



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

**Avaliação da Performance Organizacional em Medicina Interna:
Aplicação do Balanced Scorecard num Serviço de um Hospital
Universitário**

Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:

Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, Professora Associada
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro de 2025



**BUSINESS
SCHOOL**

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

**Avaliação da Performance Organizacional em Medicina Interna:
Aplicação do Balanced Scorecard num Serviço de um Hospital
Universitário**

Luís Filipe Pereira dos Santos Pinheiro

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:

Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, Professora Associada
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Setembro de 2025

*Dedicado à Carla, à Inês e à Laura,
com quem e por quem vivo cada dia.*

Agradecimentos

Assumo um estado de permanente gratidão por tudo com que de bom me deparo. A gratidão é em si mesma um estado natural de tentativa de preservação da sanidade perante a constante ameaça disruptiva das ubíquas perversidade e iniquidade.

Em contraponto, na verdadeira viagem de descoberta e crescimento que caracteriza este projeto, a gratidão não é uma forma de defesa, e muito menos uma redutora reação ao ambiente externo, é tão só um elemento fundacional e estrutural de todas as vivências que experimentei.

Estando assim, genericamente, grato, arrisco individualizar, o que, como todas as enumerações, padece de inata incompletude e como tal de injustiça por omissão.

À minha Orientadora, pela sábia amizade com que me motiva a desbravar caminhos.

À minha Mãe e ao meu Pai, por sempre me tentarem trazer a bandeja da vida.

Às minhas Filhas, por trazerem sempre sentido ao insano.

À minha Madrinha, por sempre tentar que a juventude não me largue.

Aos Colegas do meu Serviço, pela disponibilidade e empenho na construção deste edifício.

Ao meu Diretor, pela parceria e partilha enriquecedora.

Ao Diretor Clínico do meu Hospital, pelo produtivo diálogo.

Aos amigos, nunca anónimos.

Ao meu Amor, por ttudo.

Resumo

A avaliação da performance em Medicina Interna (MI) enfrenta desafios devido à complexidade clínica e diversidade de processos desta especialidade. Este projeto investigou a aplicação do Balanced Scorecard (BSC) para a gestão estratégica da avaliação da performance e desempenho em MI. Apesar da crescente adoção do BSC em saúde, persistem lacunas na sua adaptação às especificidades da MI, particularmente na integração de dimensões emergentes.

Adotou-se a metodologia de estudo de caso no Serviço de MI de um hospital universitário português, combinando questionários a médicos, incluindo avaliação da cultura organizacional, e entrevistas semiestruturadas a dirigentes clínicos, analisadas segundo a metodologia Gioia.

Identificou-se desalinhamento entre a cultura organizacional atual, orientada para o controlo e o ambiente colaborativo e inovador desejado. Constatou-se que as perspetivas do Doente e de Aprendizagem e Crescimento, consideradas primordiais pelos médicos, são atualmente as menos consideradas. A análise identificou inadequação das métricas existentes para capturar a complexidade clínica, com forte apoio à integração de uma nova perspetiva de Governança, Sustentabilidade e Ética (GSE).

Propõe-se assim um modelo de BSC de seis perspetivas, adicionando a Qualidade Clínica e GSE às quatro originais, num sistema, para implementação faseada, que inclui abordagens conjugadas para o serviço e para os médicos individuais.

Conclui-se pela premência da implementação de sistemas de avaliação de performance e desempenho especificamente adaptados à complexidade da Medicina Interna, integrando métricas ajustadas ao risco e indicadores humanizados, que equilibrem eficiência operacional com valores profissionais médicos, num alinhamento estratégico da excelência clínica, com o desenvolvimento profissional e a responsabilidade social.

Palavras-Chave

Balanced Scorecard; Controlo de Gestão; Gestão de Desempenho; Hospitais & Hospitais Universitários; Medicina Interna; Organizações de Saúde

Classificação JEL

L2 Firm Objectives, Organization, and Behaviour

M1 Business Administration

Abstract

Performance appraisal in Internal Medicine (IM) faces significant challenges given the clinical complexity and procedural diversity inherent to this speciality. This project investigated the application of the Balanced Scorecard (BSC) as a strategic management framework for evaluating performance in IM. Despite the increasing adoption of the BSC in healthcare, gaps persist in its adaptation to the specificities of IM, particularly in integrating emerging dimensions.

A case study methodology was adopted for the IM Department of a Portuguese university hospital, combining questionnaires administered to physicians, which included an assessment of organisational culture, and semi-structured interviews with clinical leaders, analysed using the Gioia methodology.

There was misalignment between the current control-oriented organisational culture and the desired collaborative and innovative environment. It was found that the Patient and the Learning and Growth perspectives, considered paramount by physicians, are currently the least regarded. The analysis identified the inadequacy of existing metrics to capture clinical complexity and revealed strong support for integrating a new Governance, Sustainability, and Ethics (GSE) perspective.

A six-perspective BSC model is proposed, adding the dimensions of Clinical Quality and GSE to the original four, in a system for phased implementation, with conjugated approaches for the department and for individual physicians.

There is, therefore, an urgent need to implement BSC-based performance assessment systems specifically adapted to the complexity of IM. Such systems should integrate risk-adjusted metrics and humanised indicators that balance operational efficiency with medical professional values, strategically aligning clinical excellence with professional development and social responsibility.

Keywords

Appraisal Management; Balanced Scorecard; Healthcare Organizations; Hospitals & University Hospitals; Internal Medicine; Performance Management

JEL Classification

L2 Firm Objectives, Organization, and Behaviour

M1 Business Administration

Índice Geral

Resumo	iii
Abstract	v
Índice de Tabelas	xi
Índice de Figuras	xiii
Glossário de Siglas.....	xv
Introdução.....	1
Capítulo 1 Revisão da Literatura.....	3
1.1 <i>A Medicina Interna</i>	3
1.2 <i>Gestão da Performance e do Desempenho em Medicina Interna</i>	5
1.3 <i>Estratégia e Controlo de Gestão em Organizações de Saúde</i>	7
1.3.1 Desafios à Implementação do Balanced Scorecard em Organizações de Saúde.....	10
1.3.2 Indicadores-Chave de Performance e Desempenho em Organizações de Saúde.....	11
1.4 <i>Integração de ESG e Ética no Balanced Scorecard</i>	13
1.4.1 Fundamentos Teóricos para a Expansão do Modelo.....	14
1.4.2 A Sustentabilidade Ambiental como Fonte de Valor Operacional	15
1.4.3 Responsabilidade Social e Ética na Missão Hospitalar	16
1.4.4 Quadros de Implementação para Integração Sistemática.....	16
1.4.5 Indicadores de Desempenho para Medição e Responsabilização	18
1.4.6 Imperativo Estratégico para os Hospitais Portugueses.....	18
1.5 <i>Modelos Organizacionais Inovadores</i>	20
Capítulo 2 Metodologia.....	23
2.1 <i>Método</i>	23
2.2 <i>Técnicas de Recolha de Dados</i>	23
2.2.1 Questionários.....	23
2.2.2 Entrevistas Semiestruturadas.....	24
2.2.3 Análise Documental	24
2.3 <i>Técnicas de Tratamento de Dados</i>	24
2.3.1 Análise de Conteúdo	24
2.3.2 Análise Estatística de Dados	24
Capítulo 3 Diagnóstico: Apresentação e Análise de Informação	25
3.1 <i>Caracterização da ULS de Santa Maria</i>	25
3.1.1 Enquadramento Institucional e Estratégico.....	25
3.1.2 Dimensão, População e Área de Influência.....	25
3.1.3 Missão, Valores e a Tripla Vocação Institucional.....	26
3.1.4 Estrutura Orgânica e Funcional.....	27

3.1.5	Indicadores de Atividade Assistencial	27
3.1.6	Recursos Humanos	28
3.1.7	Indicadores Económico-Financeiros	29
3.1.8	Desafios Estratégicos na Gestão de Performance e Desempenho	29
3.2	<i>Caracterização do Serviço de Medicina Interna da ULS de Santa Maria</i>	30
3.2.1	Enquadramento e Missão	30
3.2.2	Estrutura	30
3.2.3	Perfil Assistencial.....	31
3.2.4	Um Serviço Estruturante em Transformação	32
3.3	<i>Avaliação da Cultura Organizacional</i>	32
3.3.1	Resultados da Aplicação do OCAI.....	33
3.4	<i>Avaliação da Performance e do Desempenho: Questionário aos Médicos</i>	34
3.4.1	Dados Gerais	34
3.4.2	Perceções sobre Avaliação da Performance	35
3.4.3	Desafios e Barreiras à Avaliação da Performance e Desempenho	36
3.4.4	Perspetivas do Balanced Scorecard.....	36
3.4.5	Priorização de Perspetivas.....	38
3.4.6	Indicadores: Priorização e Tipologias	38
3.4.7	Indicadores: Propostas.....	39
3.4.8	Expansão do Modelo do Balanced Scorecard	42
3.4.9	Desafios de Implementação e Barreiras Organizacionais	42
3.4.10	Apreciação Integradora	43
3.5	<i>Resultados da Análise Gioia das Entrevistas aos Dirigentes Clínicos</i>	44
3.5.1	Conceitos de Primeira Ordem	44
3.5.2	Temas de Segunda Ordem.....	44
3.5.3	Dimensões Agregadas	47
3.5.4	Conexões entre os Temas de Segunda Ordem	48
3.5.5	Implicações para a Implementação do Balanced Scorecard.....	49
Capítulo 4 Projeto de Implementação		51
4.1	<i>O Balanced Scorecard como Catalisador da Transformação Cultural</i>	51
4.1.1	Da Medição de Desempenho à Engenharia Cultural.....	51
4.1.2	Fomentar uma Cultura de Clã	51
4.1.3	Estimular uma Cultura de Adhocracia	52
4.1.4	Um Processo Deliberado de Mudança	53
4.2	<i>Competências do Médico Internista</i>	54
4.2.1	Domínio 1: Excelência Clínica e Resultados para o Doente.....	54
4.2.2	Domínio 2: Qualidade e Segurança do Doente	55
4.2.3	Domínio 3: Eficiência Operacional e Gestão de Recursos.....	55
4.2.4	Domínio 4: Aprendizagem, Desenvolvimento Profissional e Inovação	56
4.2.5	Domínio 5: Trabalho de Equipa, Comunicação e Colaboração Interprofissional	56
4.2.6	Domínio 6: Profissionalismo e Ética.....	56
4.2.7	Domínio 7: Responsabilidade e Advocacia Ambiental, Social e de Governança	57
4.2.8	Domínio 8: Proficiência em Saúde Digital e Integração Tecnológica	57
4.3	<i>Modelos Integradores e Estratégia de Implementação</i>	58
4.3.1	Descrição e Análise dos Modelos Propostos.....	58
4.3.2	Análise Comparativa e Adequação dos Modelos.....	60

4.4	<i>Balanced Scorecard para Medicina Interna: Estrutura e Conteúdo</i>	62
4.4.1	Perspetiva de Qualidade Clínica.....	63
4.4.2	Perspetiva do Doente.....	64
4.4.3	Perspetiva de Governança, Sustentabilidade e Ética.....	65
4.4.4	Perspetiva dos Processos Internos.....	66
4.4.5	Perspetiva Financeira	67
4.4.6	Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento	68
4.4.7	Quadros de Indicadores: Serviço e Médico Internista.....	69
4.5	<i>Mapa Estratégico</i>	73
4.6	<i>Reflexão Agregadora e Proposta de Implementação</i>	74
Conclusões		77
Referências Bibliográficas		81
Anexos		97
<i>Anexo A Questionário de Avaliação da Cultura Organizacional</i>		99
<i>Anexo B Resultados do Questionário de Avaliação da Cultura Organizacional</i>		103
<i>Anexo C Questionário de Avaliação da Performance e Desempenho</i>		113
<i>Anexo D Resultados do Questionário de Avaliação da Performance e Desempenho</i>		121
	Dados Gerais	121
	Perceções sobre Avaliação de Performance.....	122
	Perspetivas – Resumo	125
	Perspetiva Financeira	127
	Perspetiva do Doente	129
	Perspetiva dos Processos Internos.....	131
	Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento	133
	Prioridades e Desafios.....	135
	Barreiras à Implementação.....	140
	Indicadores propostos pelos médicos inquiridos.....	142
<i>Anexo E Guião de Entrevista ao Diretor de Serviço de Medicina Interna</i>		151
<i>Anexo F Guião de Entrevista ao Diretor Clínico</i>		157
<i>Anexo G Análise Detalhada das Entrevistas</i>		163
	Enquadramento Concetual da Análise	163
	Mapeamento Sistemático dos Conceitos de Primeira Ordem	163
	Integração concetual em Temas de Segunda Ordem	164
	Agrupamento temático em Dimensões Agregadas	173
	Conexões Sistémicas entre Temas de Segunda Ordem.....	180
	Síntese Final.....	184
<i>Anexo H Competências do Médico Internista: desenvolvimento de indicadores</i>		187
<i>Anexo I Quadros de Indicadores para o Serviço e para o Internista Individual</i>		197

Índice de Tabelas

Tabela 3.1 – Principais Indicadores anuais de Atividade Assistencial da ULS-SM.....	28
Tabela 3.2 – Evolução anual do número de efetivos ULS-SM nos grupos profissionais mais expressivos.....	29
Tabela 3.3 – Principais Indicadores Económico-Financeiros da ULS-SM.....	29
Tabela 3.4 – Atividade Assistencial do SMI (anos de 2022-2024).....	31
Tabela 3.5 – Distribuição dos indicadores propostos pelos respondentes ao questionário e taxa de concordância relativamente à atribuição da Perspetiva do Balanced Scorecard mais adequada	40
Tabela 3.6 – Indicadores Consolidados resultantes da agregação dos indicadores propostos pelos médicos respondentes, sua inclusão na Perspetiva considerada adequada e justificação da pertinência da consolidação	40
Tabela 3.7 – Domínios conceituais primários que emergem da análise dos conceitos de primeira ordem extraídos das entrevistas aos dirigentes clínicos	44
Tabela 3.8 – Conexões entre os Temas de Segunda Ordem	48
Tabela 4.1 – Análise comparativa dos três modelos de Balanced Scorecard em discussão	61
Tabela 4.2 – Adequação por Contexto dos três modelos de Balanced Scorecard	61
Tabela 4.3 – Relação entre as Perspetivas do Balanced Scorecard e os Domínios de Competências do Médico Internista.....	62
Tabela 4.4 – Indicadores para a Perspetiva de Qualidade Clínica	63
Tabela 4.5 – Indicadores para a Perspetiva do Doente	64
Tabela 4.6 – Indicadores para a Perspetiva de Governança, Sustentabilidade e Ética	65
Tabela 4.7 – Indicadores para a Perspetiva dos Processos Internos.....	66
Tabela 4.8 – Indicadores para a Perspetiva Financeira	67
Tabela 4.9 – Indicadores para a Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento.....	68
Tabela 4.10 – Quadro de indicadores para o Serviço de Medicina Interna (agrupados por Perspetiva).....	70
Tabela 4.11 – Quadro de indicadores para o Médico Internista (agrupados por Perspetiva) ..	71

Índice de Figuras

Figura 3.1 – Aplicação do OCAI – <i>Score Global</i> a) Perfil da Cultura Organizacional b) Hiatos no perfil da Cultura Organizacional entre as situações atuais (no “Hospital” e no “Serviço”) e a situação desejável.....	33
Figura 3.2 – Resposta à questão: “A avaliação sistemática da performance e desempenho é importante para melhorar a qualidade da atividade em Medicina Interna”	35
Figura 3.3 – Importância e consideração atribuídas às perspectivas do Balanced Scorecard e hiato entre ambas	37
Figura 3.4 – Priorização das perspectivas em 1ª, 2ª, 3ª e 4ª prioridade	38
Figura 3.5 – Priorização dos impactos das barreiras à implementação do BSC em 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª e 6ª prioridade.....	42
Figura 3.6 – Integração dos Grupos Conceituais de primeira ordem em Temas de Segunda Ordem	45
Figura 3.7 – Dimensões Agregadas integrando os Temas de Segunda Ordem.....	47
Figura 3.8 – Conexões (I a VIII) entre os Temas de Segunda Ordem (1 a 8).....	48

Glossário de Siglas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
BSC	Balanced Scorecard
CME	Educação Médica Contínua (<i>Continuous Medical Education</i>)
CRI	Centro de Responsabilidade Integrado
CHULN	Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte
CSP	Cuidados de Saúde Primários
ESG	Ambiental, Social e de Governança (<i>Environmental, Social and Governance</i>)
FMUL	Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
KPI	Indicador-Chave de Desempenho (<i>Key Performance Indicator</i>)
SMI	Serviço de Medicina Interna
SNS	Serviço Nacional de Saúde
JEL	<i>Journal of Economic Literature</i>
OCAI	Instrumento de Avaliação da Cultura Organizacional (<i>Organizational Culture Assessment Instrument</i>) (Cameron & Quinn, 2011)
PROM	Medida de Resultado Reportado pelo Doente (<i>Patient-Reported Outcome Measure</i>)
ULS	Unidade Local de Saúde
ULS-SM	Unidade Local de Saúde de Santa Maria

Introdução

A gestão da performance e desempenho dos hospitais públicos constitui atualmente um dos desafios mais complexos e prementes das organizações de saúde, exigindo a reconciliação entre os imperativos, aparentemente contraditórios, da necessidade de *accountability* e transparência na utilização de recursos públicos, a preservação da autonomia profissional médica e a garantia de cuidados de saúde de elevada qualidade centrados no doente.

Numa era caracterizada por complexidade clínica crescente, pelo envelhecimento populacional e pela pressão sobre a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde, os modelos tradicionais de avaliação de performance e desempenho, predominantemente focados em métricas quantitativas rígidas – financeiras e de produtividade –, revelam-se manifestamente insuficientes para capturar a multidimensionalidade do valor em saúde (Barbazza *et al.*, 2021; Vainieri *et al.*, 2020). Esta inadequação torna-se particularmente evidente quando aplicada a especialidades médicas de elevada complexidade e transversalidade, onde a natureza holística da atividade clínica resiste à quantificação redutora.

A investigação académica neste domínio, assume, assim, pertinência não apenas do ponto de vista teórico, mas sobretudo pela sua capacidade de dar suporte a práticas de gestão que promovam simultaneamente a excelência clínica, a eficiência operacional e a satisfação dos profissionais. É patente uma mudança nos sistemas de gestão da performance e desempenho em saúde, evoluindo de abordagens baseadas em acomodação hierárquica para *frameworks* habilitantes que reconhecem os profissionais como agentes ativos na melhoria contínua da qualidade (Anders, 2024). Esta evolução, traduz o reconhecimento de que as organizações hospitalares funcionam como sistemas adaptativos complexos, onde a linearidade causa-efeito raramente se verifica, exigindo abordagens de medição e gestão que acomodem a incerteza, a variabilidade e o juízo clínico profissional.

A atividade da Medicina Interna, especialidade médica hospitalar, tem carácter abrangente e multifatorial, com predomínio de componentes qualitativas de elevada complexidade, levantando desafios na sua padronização e medida. Para avaliar a performance organizacional e o desempenho individual e/ou de grupo no âmbito da Medicina Interna, importa estabelecer matrizes de avaliação objetivas que incorporem parâmetros quantitativos devidamente aferidos/ajustados a elementos qualitativos.

A investigação sobre modelos inovadores de gestão da performance e desempenho em Medicina Interna revela-se não apenas academicamente relevante, mas operacionalmente

imperativa para o futuro sustentável das organizações hospitalares. São promissoras as abordagens baseadas no Balanced Scorecard (BSC), quando adequadamente adaptadas às especificidades da Medicina Interna e enriquecidas com perspectivas adicionais, podendo oferecer enquadramentos estruturantes para reconciliar as tensões entre medição e significado ou entre responsabilização financeira e autonomia profissional (Betto *et al.*, 2022). É neste contexto de necessidade e de oportunidade metodológica que se insere o presente projeto, que procura contribuir para o desenvolvimento de sistemas de avaliação que potenciem, em vez de constrangerem, a excelência na prática da Medicina Interna.

Pretende-se assim investigar que estratégias adotar para a monitorização e avaliação da performance e desempenho de serviços de Medicina Interna, de forma que a sua atividade seja valorizada no contexto da performance organizacional global das instituições hospitalares, bem como que métricas utilizar no quadro referencial de indicadores de atividade.

O projeto tem como objetivo geral desenvolver um sistema integrado de performance e de desempenho de um Serviço de Medicina Interna (SMI), baseado na *framework* do BSC. O foco será o contexto de internamento.

Os objetivos específicos centram-se numa visão integrada da atividade das organizações, percorrendo uma sequência articulada de etapas, desde o diagnóstico organizacional até ao desenho de modelos e são:

- I. Diagnosticar os fatores críticos de sucesso e insucesso, organizacionais e individuais, de um SMI, analisando o impacto da cultura organizacional na definição dos parâmetros de avaliação da performance e do desempenho.
- II. Identificar modelos de ajustamento que incorporem elementos clínicos e parâmetros de complexidade clínica e organizacional, numa ótica de *benchmarking*.
- III. Desenhar e desenvolver um modelo de avaliação da performance de um SMI baseado na *framework* do BSC e estratégias para a sua implementação.
- IV. Desenhar e desenvolver um modelo de gestão do desempenho dos Médicos de um SMI baseado na *framework* do BSC.

Para o efeito, a estrutura do trabalho apresenta no Capítulo 1 a *Revisão da Literatura*, no Capítulo 2 a *Metodologia* utilizada, no Capítulo 3 será feito um *Diagnóstico* onde se caracteriza a organização e apresentam os resultados e, no Capítulo 4, será desenvolvido o *Projeto de Implementação*.

Capítulo 1 | Revisão da Literatura

1.1 A Medicina Interna

A Medicina Interna é uma especialidade médica que centra a sua atuação clínica na abordagem abrangente e integrada dos doentes adultos, incluindo a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de um espectro nosológico alargado, envolvendo os diversos órgãos e sistemas. Os médicos de Medicina Interna – Internistas – são capacitados para lidar com doenças agudas e crónicas, com particular ênfase nas situações de complexidade acrescida e envolvendo multimorbilidade.

O *American College of Physicians* caracteriza os Internistas como especialistas que aplicam o conhecimento científico e a experiência clínica ao diagnóstico, tratamento e cuidados compassivos de adultos, desde o estado de saúde à doença complexa, atuando no contexto de doenças agudas, bem como naquelas que requerem assistência e acompanhamento clínico de longo prazo. Também os contextos em que atua o Internista se caracterizam pela sua diversidade e heterogeneidade, incluindo o ambulatório médico (consultas e hospitais de dia), mas centrando a sua proficiência no contexto de internamento (enfermarias de agudos, cuidados intermédios e cuidados intensivos), para além da presença incontornável nos serviços de urgência (Doherty & Crowley, 2013).

A Medicina Interna desempenha um papel de charneira no sistema de saúde, atuando de forma holística e integrada. A especialidade tem particular competência na gestão clínica coordenada da assistência aos doentes internados, promovendo a articulação entre as diversas especialidades (Gómez-Huelgas *et al.*, 2024). A Federação Europeia de Medicina Interna sublinha que a Medicina Interna é a pedra angular de qualquer serviço integrado de prestação de cuidados de saúde, essencial para a gestão efetiva da crescente complexidade clínica que a evolução demográfica e social coloca sobre os sistemas de saúde modernos (Bauer *et al.*, 2005).

A matriz de atuação da Medicina Interna pode ser materializada no *Acute Complex Care Model* (Modelo de Cuidados Complexos Agudos), que se dirige a doentes com situações clínicas agudas, de elevada complexidade e com multimorbilidade. Neste modelo, a Medicina Interna lidera as equipas multidisciplinares, agregando problemas de saúde e estabelecendo prioridades com vista à garantia do reequilíbrio clínico dos doentes. Enfatiza-se a relevância de uma abordagem global e centrada no doente, otimizando a gestão das admissões hospitalares por meio de circuitos intra-hospitalares predefinidos (Pietrantonio *et al.*, 2015).

Os Internistas desempenham igualmente um papel crucial na cogestão médica e cirúrgica, particularmente para doentes cirúrgicos de alto risco. A sua capacidade de fazer a síntese da

informação relevante e coordenar equipas multidisciplinares melhora a qualidade e os resultados dos cuidados perioperatórios, modelo colaborativo endossado pela Federação Europeia de Medicina Interna, incentivando os Internistas a assumir papel ativo no processo de continuidade dos cuidados (Fierbințeanu-Braticevici *et al.*, 2019).

Também na ligação entre os Cuidados de Saúde Primários (CSP) e o hospital, a Medicina Interna, assume papel preponderante, ao ser agente ativo de colaboração com o contexto comunitário, incluindo os profissionais de enfermagem, participando no desenvolvimento de modelos inovadores de intervenção extra-hospitalar (p. ex. Hospitalização Domiciliária). Desta forma, pretende-se garantir a continuidade dos cuidados aos doentes crónicos, integrando os vários aspetos da gestão clínica (Gómez-Huelgas *et al.*, 2024).

A Medicina Interna enfrenta diversos desafios na sua afirmação e atuação, incluindo a coordenação assistencial, os processos de alta, as funções de transição interdisciplinar e a gestão clínica da multimorbilidade.

Na área da coordenação assistencial, a comunicação eficaz com os CSP é crucial, mas muitas vezes problemática. Os desafios a ultrapassar incluem limitações de tempo, dificuldades nos contactos interpares, desadequação dos ciclos de *feedback* de informação, discrepâncias nas histórias clínicas e pouca clareza na definição da responsabilidade dos atos pendentes em regime de ambulatório (Jones *et al.*, 2015).

No processo de alta há possibilidade de surgirem múltiplas barreiras, como insuficiências dos sistemas de informação, papéis pouco claros dos diversos intervenientes, falhas na comunicação de informação e deficiências nos processos de colaboração. Esses elementos poderão conduzir a limitações na reconciliação medicamentosa e desalinhamento entre as preferências dos doentes e as recomendações médicas, sendo que o planeamento de alta deverá ser um processo participado onde o envolvimento do doente e/ou família são determinantes para os melhores resultados (Charlebois & Law, 2022; Pinelli *et al.*, 2017).

Os médicos recém-especialistas em Medicina Interna enfrentam desafios específicos na transição profissional para a fase de responsabilidades acrescidas. Assumir a perspetiva holística e centrada no doente, tomar decisões sob incerteza e pressão clínica, assegurar o equilíbrio entre a segurança do doente e as funções formativas e liderar equipas multi e interprofissionais, são funções que requerem um *coaching* profissional estruturado (formal ou informal), mas que nem sempre consegue ser efetivo (Roten *et al.*, 2022).

É na gestão da multimorbilidade que os maiores desafios se adensam, numa dualidade clínica e gestionária. Neste âmbito, a Medicina Interna tem o desígnio de gerir doentes com potencial de gravidade e probabilidade de desfecho desfavorável acrescidos. Estes elementos,

conjugados com polifarmácia (ou polimedicação), readmissões hospitalares não-evitáveis e complicações clínicas frequentes, requerem competências clínicas, humanistas e organizacionais específicas, que permitam proporcionar assistência coordenada, contínua e abrangente. Também neste âmbito a Federação Europeia de Medicina Interna explicita o papel da especialidade, sublinhando a necessidade de competências emergentes e reemergentes para abordar eficazmente a multimorbilidade (Bernabeu-Wittel *et al.*, 2023).

1.2 Gestão da Performance e do Desempenho em Medicina Interna

A gestão eficaz da performance e do desempenho em Medicina Interna visa melhorar a qualidade da assistência prestada pelos clínicos, melhorar os resultados em saúde dos doentes e garantir que a atividade está alinhada com práticas baseadas em evidência (*evidence-based*), envolvendo a avaliação sistemática balizada pela melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde. Esta abordagem inclui o desenvolvimento e a implementação de indicadores de desempenho através de abordagens padronizadas e validadas para aferir a adequação dos processos e a obtenção dos melhores resultados clínicos.

Os indicadores de desempenho podem basear-se em orientações da prática clínica e são frequentemente incorporados nas iniciativas de melhoria da qualidade, bem como nos relatórios de atividade, tendo igualmente papel relevante nos programas de pagamento por desempenho. Numa área afim da Medicina Interna, o *American College of Cardiology* (Colégio Americano de Cardiologia) e a *American Heart Association* (Associação Cardiológica Americana) desenvolveram indicadores de desempenho baseados nas suas orientações de prática clínica, com vista a promover a garantia de cuidados de alta qualidade em condições clínicas como a insuficiência cardíaca e a hipertensão (Heidenreich *et al.*, 2022; Whelton *et al.*, 2018).

Nos programas de formação especializada de Medicina Interna, a gestão do desempenho também pode incluir a valorização de elementos curriculares que integrem autoaprendizagem, *feedback* de desempenho orientado por registos de saúde eletrónicos, mentoria e definição de metas dirigidas à melhoria da formação dos médicos, bem como dos resultados clínicos (Hadley Strout *et al.*, 2022). Adicionalmente, a aferição do desempenho individual dos consultores hospitalares pode revelar-se útil para o planeamento do trabalho, a avaliação mé(Treble *et al.*, 2013)ualidade (Treble *et al.*, 2013).

A gestão do desempenho em Medicina Interna deve incluir, na sua matriz, uma combinação de estratégias administrativas, formativas e medidas de satisfação dos doentes, com vista a melhorar os resultados clínicos, promovendo uma melhoria abrangente da qualidade em saúde. Há evidência de as práticas de gestão adaptadas do setor industrial, como a padronização de

cuidados, o acompanhamento de indicadores-chave de desempenho ou o estabelecimento de metas e incentivos aos funcionários, estarem associadas a medidas de processo de cuidados otimizadas e potencial para reduzir a mortalidade (McConnell *et al.*, 2013).

A formação e o desenvolvimento dos profissionais são cruciais para a melhoria do desempenho. Destaca-se a importância de políticas de gestão de pessoas e de desempenho que incluam liderança distributiva (Trebbles *et al.*, 2015), abordagem que requer o envolvimento organizacional transversal e a sua integração na estratégia e nos programas de formação. As estratégias de implementação que incluem práticas de *feedback* e critérios partilhados, transparentes e conhecidos por todos, influenciam significativamente a motivação dos profissionais, com consequências favoráveis na qualidade dos cuidados centrados no doente (Damschroder *et al.*, 2014).

Os sistemas de gestão de desempenho têm potencial para produzir complementarmente benefícios no aumento da satisfação do doente, promovendo uma melhor comunicação entre profissional e doente. A transparência associada à implementação de sistemas robustos de gestão de desempenho poderá conduzir a maior literacia por parte dos cidadãos, sua motivação e benefícios psicossociais, conduzindo a maiores índices de satisfação (Powell *et al.*, 2014).

A padronização dos processos assistenciais, sustentada por sólida evidência científica, é determinante para reduzir a variabilidade e melhorar a qualidade. Esta abordagem garante que as práticas sejam aplicadas de forma consistente nas interações com os doentes. Por outro lado, a monitorização regular dos *Key Performance Indicators* (KPI) permite a identificação precoce de áreas com potencial de melhoria, contribuindo para a manutenção de elevados padrões de cuidados e dos melhores resultados assistenciais (Chen *et al.*, 2019). Para a efetividade deste processo, é basilar o estabelecimento de metas claras e mensuráveis para o desempenho clínico, que devem ser realistas, baseadas em evidência científica e alinhadas com os objetivos gerais da organização (McConnell *et al.*, 2013; Peterson *et al.*, 2023).

A motivação das equipas é determinante para o *engagement*, bem-estar e melhor desempenho dos profissionais, também na Medicina Interna. Neste contexto, as políticas de incentivos associados a metas de desempenho, são fatores motivacionais bem documentados e poderão incluir não apenas recompensas financeiras, mas também programas de reconhecimento do mérito conjugadas com oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional (Liang *et al.*, 2021). Os incentivos ao trabalho em equipa e a adoção de modelos de cuidados colaborativos, têm potencial documentado para conduzir à obtenção de melhores resultados em saúde, com processos que envolvam uma comunicação clara e transparente, a partilha de objetivos e coordenação de esforços entre os diversos prestadores de cuidados de

saúde (Casey *et al.*, 2019; Liang *et al.*, 2021). Nesta visão integrada e participativa, com primazia do alinhamento organizacional, a resolução de problemas baseada em evidência e atitudes de liderança autêntica, com adoção ubíqua de metodologias de melhoria contínua, antecipam-se ganhos assistenciais e de eficiência sustentados por processos ágeis e evolutivos (McConnell *et al.*, 2013; Peterson *et al.*, 2023).

O papel das lideranças, com envolvimento ativo e participado, apoiando as melhores práticas e iniciativas de melhoria contínua, está bem estabelecido (Trebble *et al.*, 2013), devendo adotar mecanismos de *feedback* eficazes e em tempo real, desta forma contribuindo para o ajuste dinâmico e tempestivo das práticas. Verifica-se, contudo, que, a eficácia do *feedback* por si só, sem uma adequada política de incentivos, pode ser limitada (Bond *et al.*, 2019; Brehaut *et al.*, 2016). Neste contexto, os processos de tomada de decisão, nos diversos níveis, devem ser apoiados pelo recurso sistemático a dados fiáveis, coerentes e aferíveis, elementos com elevado potencial para incrementar significativamente a qualidade assistencial, como é enfatizado na criação de valor em “clínicas de alto desempenho” que adotam abordagens orientadas por dados (Solberg *et al.*, 2021).

1.3 Estratégia e Controlo de Gestão em Organizações de Saúde

Em organizações de saúde, é particularmente relevante a adoção de modelos de controlo de gestão (*performance management*) que incorporem as perspetivas financeira e não-financeira. É argumentado que os modelos tradicionais (predominantemente financeiros), assumem cariz excessivamente orientado para o curto-prazo, deixando em aberto as prioridades estratégicas, de índole maioritariamente não-financeira. A capacidade de incorporar o foco no doente (cliente) e a melhoria contínua (dos processos) permite maior flexibilidade (e agilidade) das organizações para se adaptarem à evolução das necessidades e dos contextos, com vantagens estratégicas (Dimitropoulos, 2017).

O BSC apresenta vantagens para o sector da saúde, relativamente aos modelos unidimensionais como o controlo orçamental por ter uma matriz mais abrangente (pluridimensional), que não se limita à componente financeira, em si mesmo redutora dos desafios que se colocam às modernas organizações (de saúde). Relativamente ao *tableau de bord*, o BSC apresenta a mais-valia de não estar limitado à avaliação de atividade (numa ótica de produção), tendo como foco a estratégia organizacional, nas suas diversas vertentes, com potencial real de ser ferramenta ativa na evolução (ou mudança) da cultura organizacional (Gibbons & Kaplan, 2015).

O BSC, enquanto ferramenta de gestão e planeamento estratégico que traduz a missão e visão de uma organização em objetivos e métricas específicas, facilitando uma visão abrangente do desempenho (Kaplan, 2010), tem sido aplicado no contexto hospitalar, que inclui a Medicina Interna, para alcançar um sucesso equilibrado, com melhorias do desempenho nos vários domínios. A literatura é, contudo, parca em estudos que analisem as fases de implementação, utilização e revisão do BSC nas organizações de saúde, centrando-se maioritariamente no processo de desenho. Não emerge igualmente consenso quanto às perspetivas a adotar para a especificidade das instituições de saúde (Betto *et al.*, 2022).

Em grupos hospitalistas académicos, o BSC tem sido usado para promover o equilíbrio entre as vertentes de melhoria contínua da qualidade, segurança do doente, formação, investigação, gestão e atividade assistencial. Por exemplo, a Divisão de Medicina Hospitalar da Universidade da Califórnia, implementou e desenvolveu um BSC como parte de uma iniciativa de planeamento estratégico que incluiu 16 métricas iniciais em quatro perspetivas, permitindo que a organização alcançasse um sucesso equilibrado nos diversos domínios, conduzindo a uma maior transparência nos processos assistenciais e gestionários e reforço da responsabilização na tomada de decisões, o que facilitou a melhoria da qualidade e as iniciativas de segurança dos doentes (Hwa *et al.*, 2013).

Noutras organizações de saúde, o BSC tem sido aplicado para medir o desempenho dos serviços usando as dimensões-base, como satisfação do cliente, desempenho financeiro, processos internos e aprendizagem e crescimento, numa abordagem que visa apoiar os intervenientes na priorização dos indicadores-chave de desempenho e seu alinhamento com os objetivos estratégicos, melhorando a qualidade assistencial e a eficiência operacional (Lin *et al.*, 2023).

Num contexto extra-hospitalar, que privilegia também os cuidados centrados no doente, está documentada a utilização do BSC como elemento de charneira entre a qualidade do assistencial, a produtividade financeira e a eficiência operacional, conduzindo a mudanças na cultura organizacional, em que a informação objetiva é usada ativamente para reconhecer sucessos, identificar problemas e impulsionar melhorias (Fields & Cohen, 2011).

Mais recentemente, o Departamento de Medicina do Hospital de Otava desenvolveu um programa robusto de qualidade e segurança dos doentes usando um BSC estruturado que atingiu 100% de conformidade departamental nas métricas de qualidade organizacional, documentando um aumento significativo da participação dos médicos em iniciativas de melhoria da qualidade, alinhando-se com objetivos organizacionais (Hasimja-Saraqini *et al.*, 2024).

Numa revisão sistemática recente que incluiu 20 estudos e avaliou o impacto do BSC em organizações de saúde, foi demonstrado que a implementação do BSC conduziu a resultados positivos na satisfação dos doentes e na performance financeira das organizações, com margem para estudos mais aprofundados no que respeita à satisfação dos profissionais de saúde, onde apenas foram identifica(Amer *et al.*, 2022b)s ligeiros (Amer *et al.*, 2022b).

No desenvolvimento e implementação de KPI em instituições de saúde de cariz hospitalar, e envolvendo atividade clínica que inclui a Medicina Interna, associados a metodologias de controle de gestão, como o BSC, o pilar assistencial deverá ser basilar e primordial, com ênfase na gestão clínica, aferível com métricas como, tempo até o diagnóstico (de patologias específicas), tempestividade do início do tratamento ou taxas de adesão ao acompanhamento clínico. Paralelamente, a coordenação e integração, tão paradigmáticos da atividade da Medicina Interna, poderão ser avaliados com indicadores de comunicação interdisciplinar e efetividade da transição de cuidados entre o hospital e o ambulatório (Groene *et al.*, 2009; Hwa *et al.*, 2013).

A área da melhoria da qualidade e segurança do doente tem carácter prioritário e transversal, com resultados clínicos aferíveis por métricas como, taxas de readmissão, taxas de infeção e taxas de mortalidade, mas também com medidas de processo como a adesão às orientações clínicas, administração oportuna e adequada de medicamentos e preenchimento de *checklists* de segurança, não descurando a aferição da satisfação do doente com recurso a inquéritos pontuados relativamente à experiência nos processos assistenciais (Groene *et al.*, 2009; Hwa *et al.*, 2013; Lin *et al.*, 2023).

A vertente de formação, é particularmente relevante no contexto universitário, mas transversal a todos os hospitais, pois a formação médica é essencial e universal nas organizações. O desenvolvimento pessoal do corpo docente poderá ser aferível p. ex. através do número de profissionais envolvidos em atividades de educação médica contínua, em paralelo com avaliação do ensino e formação. Importa igualmente avaliar o desempenho específico de médicos em formação e de alunos, recorrendo a classificações em exames padronizados e *feedback* dos estágios (Huntington *et al.*, 2018).

A investigação e ciência, assume-se como fulcral em toda a atividade clínica, mas particularmente no contexto hospitalar universitário, onde a quantificação do número de publicações em revistas *peer-reviewed*, bem como das bolsas de investigação atribuídas são indicadores valiosos, em paralelo com os índices de citação dos trabalhos publicados, como métrica do impacto da investigação levada a cabo, não descurando a relevância da participação em ensaios clínicos (Huntington *et al.*, 2018; Hwa *et al.*, 2013).

No âmbito de gestão e administração, é relevante a preocupação com a eficiência operacional, valorizada p. ex. através de métricas como tempo médio de internamento, taxas de ocupação e taxas de transferência de doentes, mas também com o desempenho financeiro, onde a taxa de cumprimento dos orçamentos, os custos por doente e as atividades geradoras de receita são exemplos (Groene *et al.*, 2009; Hwa *et al.*, 2013; Lin *et al.*, 2023).

1.3.1 Desafios à Implementação do Balanced Scorecard em Organizações de Saúde

Os desafios (entendidos como potenciais fatores limitantes e/ou facilitadores) que se apresentam ao desenvolvimento e adoção do BSC em organizações de saúde incluem o papel dos promotores internos associado ao compromisso (*commitment*) dos profissionais, as tecnologias de informação e a relação entre as lideranças e as lógicas de profissionalismo associadas às profissões da saúde, em particular os médicos (Prenestini *et al.*, 2024). Numa análise mais detalhada, é possível identificar desafios comuns na implementação de um BSC em organizações de saúde, e que são passíveis de ser extrapolados para a Medicina Interna:

- *Construção de consenso e engagement das pessoas*: Alcançar o consenso e o envolvimento dos profissionais é crucial, pois sem a adesão de todas as partes interessadas, o processo de implementação estará comprometido, levando a uma utilização subótima do BSC, ou mesmo à sua desvirtuação (Hwa *et al.*, 2013; Rabbani *et al.*, 2011).
- *Disponibilidade e fiabilidade dos dados*: É essencial definir métricas sustentadas em dados fiáveis e objetivamente mensuráveis pois, dados inconsistentes ou indisponíveis limitam a monitorização e avaliação, pondo em causa a eficácia do BSC. Muitas instituições de saúde debatem-se com infraestruturas de dados inadequadas, condicionando a recolha e análise de métricas de desempenho (Betto *et al.*, 2022; Hwa *et al.*, 2013; Rabbani *et al.*, 2011).
- *Carga de trabalho e alocação de recursos*: As organizações clínicas têm pesadas responsabilidades decorrentes da sua atividade assistencial, em particular face à complexidade dos cuidados hospitalares. Este contexto acarreta potenciais dificuldades na alocação de tempo e recursos às atividades inerentes à utilização continuada do BSC, podendo criar assimetrias não apenas na sua implementação, mas também no desempenho das equipas (Rabbani *et al.*, 2011). Este constrangimento adquire particular acuidade em contextos de elevada imprevisibilidade e risco clínico, como o que caracteriza a Medicina Interna.

- *Liderança e Cultura organizacional*: Uma liderança solidária, próxima e autêntica, promovendo uma cultura organizacional participativa e transparente são fundamentais para uma implementação bem-sucedida do BSC. A ausência de uma visão clara e de uma estratégia agregadora, bem como de uma cultura que valorize o desempenho podem levar a fortes constrangimentos ao processo (Catuogno *et al.*, 2017).
- *Integração com sistemas existentes*: A integração do BSC com os sistemas de informação e redes de dados existentes é absolutamente incontornável para evitar redundâncias e garantir um fluxo de dados contínuo, de forma a prevenir ineficiências e resistência por parte dos profissionais (Rabbani *et al.*, 2011).
- *Comunicação clara e esclarecimento de papéis*: Uma comunicação clara sobre o propósito e os benefícios do BSC, juntamente com o esclarecimento do papel de todos os intervenientes assume especial relevância em organizações tipo “burocracias profissionais” como os serviços clínicos dos hospitais, em particular a Medicina Interna (Rabbani *et al.*, 2011).
- *Personalização e Adaptação*: Dada a diversidade das estruturas organizacionais dos hospitais, com elevados graus de autonomia funcional e técnica, o BSC deve ser personalizado para se adequar às necessidades específicas e aos contextos, sendo que os serviços de Medicina Interna, pela sua dimensão, complexidade e transversalidade serão especialmente sensíveis, contexto onde os modelos genéricos têm elevado risco de não abordar os desafios e objetivos únicos do departamento (Catuogno *et al.*, 2017; Fields & Cohen, 2011).

1.3.2 Indicadores-Chave de Performance e Desempenho em Organizações de Saúde

A adoção de KPI derivados de orientações clínicas e consenso de especialistas, abrem oportunidades para melhorar a qualidade e a eficiência dos cuidados, enquadrados nos processos de gestão de desempenho e performance em contexto clínico, e também na Medicina Interna, como os exemplos seguintes.

- *Acesso aos cuidados de saúde*: Garantir o acesso atempado aos serviços de saúde é um objetivo fundamental, aferível através de métricas como a disponibilidade de consultas e tempos de espera para atos clínicos (Hysong *et al.*, 2022).
- *Parcerias entre doentes e equipas de saúde*: A comunicação e colaboração eficazes entre os doentes e as equipas de saúde são fulcrais, mensuráveis p. ex. através de

indicadores como o rácio de contacto com o doente nos dois dias após alta hospitalar (Hysong *et al.*, 2022).

- *Qualidade Técnica*: Engloba a adesão às orientações clínicas e práticas baseadas em evidência, como exemplificado pela recomendação do *American College of Cardiology* e da *American Heart Association* de medidas de desempenho para o controle da hipertensão, como a percentagem de doentes com pressão arterial controlada (Whelton *et al.*, 2018).
- *Gestão da dor*: Sociedades científicas internacionais identificaram como indicadores de desempenho para o tratamento da dor, p. ex. a utilização de métodos de imagem para a dor lombar ou o uso de opioides em alta dosagem em pessoas sem neoplasia (Qaseem *et al.*, 2024).
- *Medidas Preventivas*: Indicadores como taxas de vacinação (p. ex. vacinas contra a gripe ou a vacina pneumocócica), bem como o aconselhamento para cessação tabágica são exemplos paradigmáticos numa ótica de medicina preventiva (Flotta *et al.*, 2012).
- *Gestão de Doenças Crónicas*: Para entidades clínicas como a diabetes ou a insuficiência cardíaca, os indicadores incluem a taxa de controlo glicémico, o recurso adequado a terapêuticas específicas ou a monitorização regular dos marcadores de doença (Heidenreich *et al.*, 2022; Reyes-Morales *et al.*, 2023).
- *Eficiência e cuidados conscientes dos custos*: Com vista a melhorar a relação custo-efetividade, a Iniciativa de Cuidados de Elevado Valor do *American College of Physicians* enfatiza a importância da redução da utilização de serviços de baixo valor, como p. ex. o recurso a métodos de imagiologia desnecessários para dor lombar não complicada (Baker *et al.*, 2013).
- *Medidas de Qualidade Clínica*: Exemplos de medidas específicas para cuidados hospitalares incluem documentação e implementação de processos relacionados com a prescrição terapêutica, tais como a abordagem atempada da hipercaliemia ou o uso adequado de antibióticos para tratamento da pneumonia (Kinneer *et al.*, 2021).

Verifica-se, contudo, que a implementação do BSC em organizações de saúde está (ainda demasiado) espartilhada pela adoção das iterações iniciais do modelo (primeira e segunda geração), muito centradas na sua utilização como ferramenta de controlo, em detrimento das vertentes de gestão e de implementação da estratégia organizacional, o que se traduz (também)

pela utilização de painéis de indicadores pouco ambiciosos, não evolutivos e com restrições à incorporação da inovação (Gonzalez-Sanchez *et al.*, 2018).

Importa assim, especificamente no que concerne à Medicina Interna, assumir o lampejo de abrir os horizontes para modelos organizacionais inovadores, refundando o BSC neste contexto, contribuindo desta forma para a premente afirmação desta área da atividade das organizações de saúde como motor da sua sustentabilidade e criação de valor em saúde (Kidanemariam *et al.*, 2023; Steinbeck *et al.*, 2024).

1.4 Integração de ESG e Ética no Balanced Scorecard

A crescente complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos coloca desafios sem precedentes aos modelos tradicionais de gestão do desempenho, nomeadamente no contexto dos serviços de Medicina Interna, e especificamente dos hospitais universitários, onde se torna cada vez mais evidente que o modelo clássico do BSC, com as suas quatro perspetivas convencionais, não consegue captar integralmente a multiplicidade de dimensões que se revelam críticas para o sucesso organizacional.

É neste enquadramento que propomos integrar uma quinta perspetiva centrada nos aspetos Ambientais, Sociais e de Governança (ESG) e da Ética. Esta opção, que reputamos de evolutiva, não representa apenas um ajuste incremental ao modelo existente, mas incorpora uma transformação fundamental na forma como são conceptualizados e medidos o desempenho e a performance hospitalares. Dados recentes de hospitais que participaram em iniciativas de sustentabilidade demonstram poupanças na vertente financeira, associadas a marcadas reduções no consumo energético e relevante conservação de recursos hídricos (Practice Greenhealth, 2025), evidenciando que a sustentabilidade encarada no âmbito de organizações hospitalares transcende as considerações meramente éticas, afirmando-se também como imperativo estratégico e operacional.

Instituições portuguesas, como a Universidade do Porto ou o Hospital de Santa Maria, têm vindo a desenvolver abordagens pioneiras neste domínio (Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, 2024; Universidade do Porto, 2024), com iniciativas que, alinhando-se com os requisitos regulamentares europeus emergentes, demonstram melhorias mensuráveis nos resultados clínicos, no impacto comunitário e na eficiência operacional. Esta evolução reflete uma compreensão mais sofisticada do papel dos hospitais, nomeadamente os universitários, na sociedade contemporânea, afirmando-se não apenas como referências na vertente clínico-assistencial, mas também como âncoras institucionais de sustentabilidade, equidade e inovação responsável.

Esta transformação foi acelerada pela pandemia de COVID-19, tornando incontornável o reconhecimento de que a excelência clínica, a responsabilidade ambiental e a equidade social constituem imperativos interligados e não prioridades concorrentes (de León *et al.*, 2021; Paremoer *et al.*, 2021), reforçando a convicção que, para os departamentos e serviços de Medicina Interna que se situem na linha da frente deste movimento, a integração sistemática de considerações ESG no modelo de gestão do desempenho surgirá não como uma opção, mas como uma necessidade premente.

1.4.1 Fundamentos Teóricos para a Expansão do Modelo

A proposta, aqui explanada, de expansão do BSC, encontra apoio na literatura e na evolução do pensamento sobre gestão estratégica em saúde. Robert Kaplan, cocriador do modelo original, reconhece explicitamente a necessidade desta evolução, afirmando que *«as empresas estão cada vez mais conscientes de que os seus clientes e a sociedade em geral esperam que as organizações adotem e trabalhem para objetivos sociais e ambientais, além dos tradicionais objetivos financeiros»* (Kaplan & McMillan, 2021).

A relevância desta perspetiva é corroborada numa revisão sistemática, abrangendo um período de duas décadas, que identificou um tripé de motivações fundamentais para a integração da sustentabilidade nos sistemas de gestão do desempenho – instrumentais, sociopolíticas e normativas –, pressupondo que *«a crescente importância estratégica das questões ambientais, sociais e éticas, bem como das medidas de desempenho relacionadas, tem estimulado o interesse em sistemas de medição e gestão do desempenho de sustentabilidade corporativa»* (Hansen & Schaltegger, 2016).

No contexto específico da saúde, a complexidade multi-*stakeholder* das organizações hospitalares torna esta expansão particularmente relevante pois, ao contrário das empresas tradicionais, que servem primariamente os seus acionistas e clientes, os hospitais, incluindo os universitários, respondem perante um leque mais alargado de *stakeholders*, como sejam os doentes, as comunidades loco-regionais, os reguladores, os investigadores, os estudantes e a sociedade em geral (Gonzalez-Sanchez *et al.*, 2018). Estudos e reflexões sobre a implementação do BSC em organizações de saúde apontam para a inexistência de consensos sobre quais as perspetivas a adotar nas organizações de saúde, nomeadamente hospitais, identificando frequentemente a adoção de alterações aos modelos mais tradicionais, levando à incorporação de dimensões relacionadas com a qualidade, a vertente comunitária, a eficiência ou a sustentabilidade (Bohm *et al.*, 2021; Gonzalez-Sanchez *et al.*, 2018).

A abordagem desta integração poderá ser levada a cabo de forma diversa – incorporação de aspetos ambientais e sociais nas perspetivas existentes, adição de uma quinta perspetiva dedicada, criação de scorecards de sustentabilidade separados –, contudo, independentemente da opção metodológica, a inclusão de dimensões relacionadas com a sustentabilidade contribui para mitigar as limitações inerentes às abordagens convencionais aos sistemas de gestão ambiental e social, permitindo integrar os três pilares da sustentabilidade numa única ferramenta gestão estratégica e com carácter abrangente (Figge *et al.*, 2002).

Consideramos que esta evolução, mesmo num plano conceptual e teórico, não representa uma rutura com os princípios fundamentais do BSC, mas antes o seu desenvolvimento natural face aos desafios contemporâneos, nomeadamente perante a crescente complexidade dos sistemas de saúde, as expectativas sociais transformadoras e os imperativos regulamentares emergentes, que, no seu todo, convergem para tornar esta expansão não apenas desejável, mas essencial para a gestão eficaz, também no contexto da Medicina Interna.

1.4.2 A Sustentabilidade Ambiental como Fonte de Valor Operacional

A Medicina Interna, com a sua atividade principal centrada no contexto do internamento, com responsabilidade clínica integral sobre doentes de elevada complexidade, quer do ponto de vista diagnóstico, quer terapêutico, integra polos onde se verifica significativo consumo de recursos e produção de resíduos, representando simultaneamente desafios ambientais e oportunidades para melhorias operacionais através de iniciativas sistemáticas de sustentabilidade (Nadeau, 2023).

Estão documentados exemplos de unidades hospitalares de referência que revelam redução da produção de resíduos médicos, por exemplo nos blocos operatórios, associados a poupanças financeiras através da expansão da recolha e bio-descontaminação de materiais clínicos não utilizados (Johns Hopkins University, 2024), bem como impactos sustentáveis a longo prazo noutras organizações de saúde, com reduções de consumos energéticos e as inerentes poupanças energéticas cumulativas, através de abordagens institucionais inovadoras como sejam o recurso a sistemas de energia mais eficientes do que as abordagens tradicionais (Mayo Clinic, 2023).

Está demonstrada que a sustentabilidade ambiental nas organizações de saúde, e por analogia na atividade da Medicina Interna, não representa um custo adicional, mas antes uma oportunidade de otimização operacional com retornos mensuráveis, uma vez que a implementação sistemática de práticas sustentáveis permite, não apenas reduzir o impacto ambiental, mas também libertar recursos que podem ser reinvestidos na melhoria dos cuidados clínicos e na inovação.

1.4.3 Responsabilidade Social e Ética na Missão Hospitalar

A natureza distintiva da atividade médica, onde a Medicina Interna enquanto especialidade transversal e fundacional é paradigmática, manifesta-se num conjunto complexo de responsabilidades sociais que transcendem o cuidado individual dos doentes, assumindo-se como pilar fundamental na promoção da saúde comunitária, na redução das desigualdades em saúde, na condução ética da investigação e na melhoria dos resultados populacionais (Daniel *et al.*, 2018).

A solidez do edifício da ética clínica demonstra a maturidade da governança nos hospitais, nomeadamente os universitários, como é exemplo o serviço de consultoria ética do Departamento de Medicina do New York-Presbyterian Hospital/Weill Cornell Medical Center, ao representar uma abordagem abrangente à tomada de decisão ética em contextos clínicos (Weill Cornell Medicine Department of Medicine, 2024), com programas cuja tipologia integra o quadro conceptual dos quatro princípios da Ética Médica – *Beneficência*, *Não-maleficência*, *Autonomia* e *Justiça* – nas atividades diárias, através de serviços de consultoria e estruturas de apoio, promovendo o desenvolvimento de políticas organizacionais e estimulando a produção académica (Varkey, 2021).

A governança da ética em investigação acrescenta outra dimensão de complexidade ao contexto hospitalar. O enquadramento internacional inclui, entre outros, o papel do Comité de Revisão Ética em Investigação da Organização Mundial da Saúde, que assegura os mais elevados padrões éticos para a investigação com seres humanos (enquanto as Comissões de Ética hospitalares mantêm processos locais de revisão de protocolos) (World Health Organization, 2024) ou as orientações éticas de outros organismos internacionais (Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), 2016) que fornecem abordagens estruturadas para assegurar e manter a integridade dos processos de investigação científica sem comprometer os avanços no conhecimento.

É precisamente perante esta multiplicidade de responsabilidades éticas e sociais que se afigura inadequada a sua dispersão e diluição pelas quatro perspetivas tradicionais do BSC, reforçando que a criação de uma perspetiva dedicada permite não apenas maior visibilidade e foco estratégico, mas também o desenvolvimento de métricas específicas e sistemas de responsabilização adequados à complexidade destas dimensões.

1.4.4 Quadros de Implementação para Integração Sistemática

A transição de conceitos teóricos para a prática operacional exige quadros de implementação estruturados que se alinhem com os sistemas existentes de medição da performance e

desempenho nas organizações de saúde, respeitando simultaneamente as características específicas da Medicina Interna.

Assinala-se o interessante exemplo da “Ferramenta de Avaliação de Sustentabilidade Clínica” (*Clinical Sustainability Assessment Tool* - CSAT) que fornece uma metodologia validada para a medição da capacidade de sustentabilidade com base em sete domínios: *Pessoas e Liderança, Stakeholders, Monitorização e Avaliação, Contexto e Capacidade Organizacional, Integração de Processos, Planeamento e Implementação e Resultados e Efetividade* (Malone *et al.*, 2021).

As instituições de saúde portuguesas devem fazer uso do quadro regulamentar europeu existente para orientar os processos de implementação, nomeadamente a Diretiva de Reporte de Sustentabilidade Corporativa (*Corporate Sustainability Reporting Directive* - CSRD) que determina o reporte obrigatório de sustentabilidade para grandes organizações de saúde da União Europeia com recurso aos Padrões Europeus de Reporte de Sustentabilidade (*European Sustainability Reporting Standards* - ESRS) (European Commission, 2025). O manifesto da *Health Care Without Harm Europe* para 2024-29 recomenda uma redução de 65% nas emissões até 2030 e neutralidade carbónica até 2040, assinalando que, ao atingir estes alvos, serão poupados 200 mil milhões de euros anuais associados a danos à saúde evitados, como consequência da transição para uma economia neutra em carbono (Health Care Without Harm (HCWH) Europe, 2024).

Enquanto instituição hospitalar referencial europeia, o Hospital Universitário Karolinska exemplifica a integração abrangente do enquadramento ESG, alcançando 99,7% de energia com fontes renováveis, tendo adotado uma estrutura organizacional que inclui uma Unidade de Sustentabilidade dedicada, desta forma demonstrando que a implementação sistemática requer tanto estruturas de governança, como o envolvimento operacional transversal a todos os níveis organizacionais (Karolinska Hospital, 2023; White Arkitekter, 2024).

É desafiante explorar o potencial transformador da ambição subjacente à adoção de um Quadro Integrado ESG nos BSC para as organizações de saúde, explorando a hipótese de adaptação de forma inovadora das perspetivas tradicionais: A Perspetiva Financeira poderia transformar-se em *Perspetiva de Sustentabilidade*, medindo a eficiência da utilização de recursos e o retorno do investimento verde; a Perspetiva do Cliente poderia evoluir para *Perspetiva do Doente e Comunidade*, abrangendo equidade em saúde e os impactos comunitários; a Perspetiva dos Processos Internos poderia tornar-se *Perspetiva de Excelência Operacional e Ética*, cobrindo a qualidade clínica e a prestação de cuidados sustentáveis; enquanto a Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento se transformaria em *Perspetiva de*

Inovação e Gestão Responsável, abordando as vertentes da inovação em sustentabilidade e gestão ambiental (Mio *et al.*, 2022). Esta hipótese de reconcetualização não representa uma mera mudança semântica, mas antes uma reorientação fundamental das prioridades estratégicas, integrando considerações de sustentabilidade em cada uma das quatro perspetivas originais, acrescentando em paralelo uma perspetiva dedicada a ESG e Ética, desta forma criando um sistema de gestão do desempenho verdadeiramente holístico e apontado aos desafios do futuro.

1.4.5 Indicadores de Desempenho para Medição e Responsabilização

A operacionalização eficaz de uma perspetiva ESG exige o desenvolvimento de quadros abrangentes de KPI que permitam a medição sistemática em todas as dimensões ambientais, sociais e de governança, também nos serviços de Medicina Interna (Amer *et al.*, 2022a).

No domínio ambiental, os indicadores fundamentais poderão incluir métricas de pegada carbónica, de gestão energética, de gestão de resíduos ou de utilização de água (Nadeau, 2023; Pasqualini Blass *et al.*, 2017). Os indicadores sociais poderão abranger medidas de equidade em saúde, de segurança e qualidade dos doentes, de envolvimento comunitário ou de bem-estar dos colaboradores (Daniel *et al.*, 2018; Dorton, 2024). No âmbito da governança, apontam-se indicadores que envolvam a adequação ética, a privacidade de dados, a composição dos órgãos de gestão ou a conformidade regulamentar (Abor & Tetteh, 2023).

A chave para o sucesso residirá não apenas na seleção dos indicadores apropriados, mas também na sua integração sistemática nos processos de tomada de decisão e na criação de mecanismos de responsabilização claros, contexto em que deverão ser desenvolvidos *dashboards* integrados para a Medicina Interna que permitam a necessária monitorização em tempo real, facilitando a identificação precoce de desvios e a implementação atempada de medidas corretivas.

1.4.6 Imperativo Estratégico para os Hospitais Portugueses

Os hospitais públicos portugueses enfrentam uma confluência de pressões – requisitos regulamentares crescentes, expectativas elevadas dos *stakeholders*, restrições de recursos persistentes – que tornam a integração sistemática de ESG nos quadros de gestão do desempenho não apenas desejável, mas imperativa. A iniciativa *Partnership for Health System Sustainability and Resilience*, na análise da sua implementação em Portugal (PHSSR-PT) fornece o contexto nacional necessário, tendo envolvido mais de 70 especialistas em saúde em sete domínios e elaborado recomendações para melhorias de 75% nos principais indicadores de

sustentabilidade ambiental num prazo de cinco anos (Oliveira *et al.*, 2025). O Quadro de Desempenho do Programa EU4Health e a integração com o Fundo Social Europeu Plus criam incentivos institucionais para a integração abrangente da esfera ESG (European Commission, 2024).

As organizações de saúde portuguesas deverão assim alinhar-se com os Padrões Europeus de Reporte de Sustentabilidade, mantendo simultaneamente elevados níveis de excelência clínica e de produtividade na investigação científica, realidade que torna crucial que os processos de avaliação de performance e desempenho integrem considerações ambientais, sociais e de governança como prioridades estratégicas centrais e não como complementos periféricos (European Commission, 2025; Silva *et al.*, 2025).

Para a Medicina Interna, esta integração representa uma oportunidade única de liderar a transformação do sistema de saúde pois, ao adotar proativamente uma perspetiva ESG abrangente, poderá posicionar-se na vanguarda da inovação em gestão hospitalar, atraindo talento, financiamento e reconhecimento externo, podendo demonstrar que a excelência clínica e a responsabilidade social e ambiental não são objetivos concorrentes, mas dimensões complementares de uma missão hospitalar verdadeiramente contemporânea.

Consideramos que a evolução para além das quatro perspetivas originais do BSC, nomeadamente com a integração de ESG e Ética como quinta perspetiva, representa uma importante evolução nos processos de avaliação de performance e desempenho dos hospitais e em particular para a Medicina Interna. Esta transformação é ancorada em *fundamentos teóricos robustos* (Betto *et al.*, 2022; Bohm *et al.*, 2021; Figge *et al.*, 2002; Gonzalez-Sanchez *et al.*, 2018; Hansen & Schaltegger, 2016; Kaplan & McMillan, 2021), com *benefícios operacionais demonstrados* (Amer *et al.*, 2022a; Dorton, 2024; Nadeau, 2023; Pasqualini Blass *et al.*, 2017; Practice Greenhealth, 2025), existindo *quadros de implementação abrangentes e requisitos regulamentares crescentes* (European Commission, 2025; Silva *et al.*, 2025).

A evidência acumulada demonstra que as organizações que implementam abordagens sistemáticas de ESG alcançam resultados superiores em múltiplas dimensões, incluindo melhores resultados clínicos, maior eficiência operacional, reforço do impacto comunitário e incremento da satisfação dos *stakeholders*, desta forma cumprindo também as expectativas para a sustentabilidade e governança ética dos cuidados de saúde (Amer *et al.*, 2022a; Dorton, 2024; Nadeau, 2023; Pasqualini Blass *et al.*, 2017; Practice Greenhealth, 2025).

Esta integração transcende o domínio das boas práticas para se afirmar como imperativo estratégico para o sucesso no enquadramento atual dos cuidados de saúde (European Commission, 2024; Oliveira *et al.*, 2025; Silva *et al.*, 2025) onde, num contexto de recursos

limitados, elevadas expectativas por parte dos cidadãos e desafios societários complexos, a capacidade de demonstrar excelência que atravesse as dimensões clínica, social, ambiental e ética constituirá um fator diferenciador das organizações de referência.

Para o sucesso neste desiderato será necessária coragem institucional, liderança com visão e compromisso sustentado no tempo. Contudo, os benefícios – para os doentes, para os profissionais, para as comunidades locais e regionais e para a esfera supranacional – justificam amplamente o esforço e o risco. Pode assim a Medicina Interna assumir um papel de catalisadora desta transformação necessária, reforçando a assunção que a medicina atual deve ser, não apenas tecnicamente excelente, mas também socialmente responsável e ambientalmente sustentável.

1.5 Modelos Organizacionais Inovadores

Centros de Responsabilidade Integrados v. Unidades de Prática Integrada

As organizações de saúde modernas confrontam-se com múltiplos desafios, contudo o maior prende-se com a necessidade de se adaptarem à evolução das necessidades em saúde de uma população, por um lado envelhecida e por outro mais exigente na qualidade, tempestividade e efetividade das intervenções que lhe são disponibilizadas, numa sociedade em que a inovação científica, seja diagnóstica, seja terapêutica, cresce exponencialmente. Compatibilizar estas exigências com a garantia da sustentabilidade das organizações é, em si mesmo, o desafio último. Este é o contexto em que se afigura incontornável o desenvolvimento de modelos organizacionais inovadores, ou mesmo disruptivos, na área dos cuidados de saúde, com destaque para as estratégias baseadas no valor-em-saúde, como os seis pilares da “*Agenda do Valor*” promovida por Michael Porter (Porter & Lee, 2013).

Destacam-se, naquela estratégia, os pilares que têm por base a integração de cuidados (criação de Unidades de Prática Integrada e a integração de cuidados de forma transversal entre organizações de saúde), em paralelo com a preponderância dada à implementação de processos de medição e avaliação multidimensionais (Porter & Lee, 2013; van der Nat, 2022).

A atividade da Medicina Interna, com o seu cariz holístico, transversal ao ciclo saúde-doença-recuperação-conforto, reúne características naturais para se afirmar como paradigma na aplicação daqueles princípios, traduzindo a definição de Unidade de Prática Integrada enquanto estrutura organizacional, com uma equipa dedicada de profissionais clínicos e não-clínicos, que trabalham conjuntamente para proporcionar respostas de saúde ao longo de todo o ciclo assistencial, a um grupo de doentes com situações clínicas convergentes (Porter & Lee, 2021).

Em Portugal, os CRI pretendem ser uma aproximação ao conceito de Unidade de Prática Integrada, ao constituírem-se *«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 (...)»* e serem *«constituídos por equipas multidisciplinares que voluntariamente se proponham aderir a um modelo de organização orientado por objetivos negociados, transparência de processos, responsabilização das partes por um projeto comum, que reconhece e premeia o desempenho coletivo e individual.»*¹

Este modelo organizacional ainda não evoluiu, contudo, para a integralidade do conceito inerente à agenda do valor em saúde, consubstanciada no arquétipo das Unidades de Prática Integrada, pois centra os seus elementos de inovação organizacional em modelos embrionários de incentivos baseados em métricas quantitativas de atividade (diga-se, “produção”) e com centralidade maioritária monoliticamente dirigida a (alguns) profissionais.

Neste contexto, a estruturação de modelos de BSC evolutivos, incorporando dimensões adaptadas às realidades assistenciais específicas, com indicadores de suporte a modelos de gestão de desempenho e performance de 360º, tendo como fulcro a atividade centrada no doente (e a sua complexidade) e nos profissionais será a pedra-de-toque para as organizações de saúde do futuro.

No âmbito específico de um hospital universitário, como o que é objeto de estudo no presente projeto, alarga-se a ambição para a evolução para Centro de Referência, ampliando este conceito para unidades cuja especialização seja, não em nosologias específicas, mas em abordar a complexidade de forma integrada, participada e eficiente.

É este o propósito último da matriz de investigação ora iniciada com o presente projeto, tomando a Medicina Interna como fonte primária de “contágio” de uma visão e estratégia transformadoras para as modernas organizações de saúde.

¹ Portaria n.º 330/2017 de 31 de outubro. Diário da República, 1.ª série – n.º 210, págs. 5848-5852.

Capítulo 2 | Metodologia

2.1 Método

Estudo de carácter qualitativo e exploratório – *Estudo de Caso* – entendido como método de investigação com duas componentes: 1) o *âmbito*: investigação de um fenómeno contemporâneo, o “caso”, i. e., a atividade de um SMI, integrado no contexto envolvente, i. e., a organização de saúde como parte do sistema de saúde); 2) as *características*: abordagem de situação com múltiplas variáveis de interesse, sustentadas por múltiplas fontes de evidência com vantagem no desenvolvimento de proposições teóricas para a recolha e análise de informação (Yin, 2018), tendo como alvo de estudo o SMI da ULS de Santa Maria (ULS-SM), integrada no SNS.

2.2 Técnicas de Recolha de Dados

O projeto baseia as suas conclusões e produtos finais na análise de dados provenientes de diferentes tipologias de fontes metodológicas. A análise de potenciais indicadores para as diversas dimensões centra-se em dados recolhidos através de questionários e de entrevistas semiestruturadas. Esta vertente é conjugada com a avaliação da cultura organizacional e complementada com análise documental.

2.2.1 Questionários

Para avaliação da cultura organizacional foi aplicado o *Organizational Culture Assessment Instrument* (OCAI) (Cameron & Quinn, 2011), com avaliação da “situação presente” (na vertente global do “Hospital” e no contexto mais restrito do “Serviço”) e sua comparação com a “situação desejável”, na mesma amostra de Conveniência de Médicos do SMI da ULS-SM (Especialistas em diversos graus de carreira e Internos de Formação Especializada). Para o efeito foi utilizado questionário construído pelo autor, incorporando o OCAI, disponibilizado por via eletrónica através da ferramenta Qualtrics XM™ (Anexo A | Questionário de Avaliação da Cultura Organizacional).

Com recurso a questionário (com perguntas fechadas e abertas), elaborado pelo autor especificamente para o projeto e disponibilizado por via eletrónica através da ferramenta Qualtrics XM™ (Anexo C | Questionário de Avaliação da Performance e Desempenho), foram explorados os indicadores e procedimentos nas dimensões de análise (Doente; Aprendizagem e Crescimento; Processos Internos; Financeira) na mesma amostra de conveniência.

2.2.2 Entrevistas Semiestruturadas

Com vista a identificar potenciais procedimentos e indicadores a desenvolver dentro das diversas perspetivas (Doente; Aprendizagem e Crescimento; Processos Internos; Financeira), bem como escrutinar a potencialidade de outras perspetivas serem relevantes para o contexto das organizações hospitalares e dos serviços de Medicina Interna, foram realizadas entrevistas semiestruturadas.

Selecionou-se uma amostra de conveniência constituída pelo Diretor do SMI e pelo Diretor Clínico da ULS-SM, no seu papel de dirigentes clínicos em duas vertentes, uma mais dirigida à realidade da Medicina Interna (o Diretor do Serviço) e outra organizacionalmente mais abrangente (o Diretor Clínico). Foram aplicados em ambas as tipologias de entrevista guiões específicos elaborados pelo autor (Anexo E | Guião de Entrevista ao Diretor de Serviço de Medicina Interna e Anexo F | Guião de Entrevista ao Diretor Clínico).

2.2.3 Análise Documental

Os resultados recolhidos pelos métodos ativos de recolha de dados (questionários e entrevistas) foram complementados e enriquecidos com informação obtida do processo de análise documental que incluiu revisão de literatura, relatórios de desempenho e dados de atividade de organizações de saúde (ACSS, Unidades Hospitalares nacionais e internacionais, portal da transparência do SNS) (Ministério da Saúde, 2024).

2.3 Técnicas de Tratamento de Dados

2.3.1 Análise de Conteúdo

Para a análise de conteúdo da informação recolhida através das entrevistas foi utilizada a Metodologia Gioia (Gioia, 2021; Gioia *et al.*, 2013). Esta metodologia pode ser definida como uma abordagem metodológica qualitativa para análise de dados, desenvolvendo conceitos por via indutiva, cumprindo elevados padrões de rigor e confiança, numa abordagem holística ao desenvolvimento conceptual (Magnani & Gioia, 2023).

2.3.2 Análise Estatística de Dados

Para a análise das variáveis quantitativas, nomeadamente dos dados dos questionários, recorreu-se a estatística descritiva geral, com frequências e sua distribuição, medidas de tendência central (média, moda e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão), complementada com tradução sob a forma de gráficos, quando aplicável. Foi utilizado o *software* IBM-SPSS® versão 29.0.2.0 e Excel® for Microsoft 365®.

Capítulo 3 | Diagnóstico: Apresentação e Análise de Informação

3.1 Caracterização da ULS de Santa Maria

3.1.1 Enquadramento Institucional e Estratégico

A ULS-SM foi formalmente constituída a 1 de janeiro de 2024 como resultado da fusão do então Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte (CHULN) com duas estruturas de CSP: o Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Norte e o Centro de Saúde de Mafra.²

A criação da ULS-SM insere-se na reforma do SNS, que generalizou o modelo de ULS a todo o território nacional, com vista a promover uma efetiva integração entre os diferentes níveis de cuidados, reforçar a capacidade de resposta de proximidade, garantir a continuidade assistencial ao longo do percurso do doente no sistema e intensificar o foco na promoção da saúde e na prevenção da doença.¹

3.1.2 Dimensão, População e Área de Influência

A ULS-SM posiciona-se, desde a sua criação, como uma das maiores e mais complexas organizações de saúde em Portugal, agregando dois hospitais universitários (o Hospital de Santa Maria e o Hospital Pulido Valente) e mais de vinte unidades de CSP, mobilizando um universo de mais de 7000 profissionais, responsável pela prestação de cuidados diretos a uma população adstrita de aproximadamente 345 000 utentes (freguesias de Alvalade, Avenidas Novas, Benfica, Campolide, Carnide, Lumiar, São Domingos de Benfica e Santa Clara do concelho de Lisboa e a totalidade do concelho de Mafra).³

A escala da ULS-SM, em termos de recursos humanos, população servida e dispersão geográfica das suas unidades, gera um desafio de gestão de enorme magnitude. A integração bem-sucedida requer a harmonização de culturas organizacionais historicamente distintas – a de um centro hospitalar universitário de alta diferenciação e a de uma rede de centros de saúde comunitários – e implica, igualmente, a interoperabilidade de sistemas de informação, a criação de políticas de recursos humanos e de incentivos profissionais que sejam coerentes e equitativas entre os diferentes níveis de cuidados, e a gestão de uma logística de abastecimento e de recursos partilhados de elevada complexidade. Para qualquer modelo de avaliação de desempenho, esta heterogeneidade estrutural constitui também um importante desafio, exigindo

² Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, Diário da República, n.º 215, 1.ª série

³ <https://www.ulssm.min-saude.pt/2023/12/29/criacao-da-unidade-local-de-saude-de-santa-maria-01-de-janeiro-de-2024/>

um sistema capaz de traduzir a visão estratégica unificada em objetivos e métricas operacionais que sejam relevantes e compreensíveis para todos os profissionais, independentemente da sua função ou localização.

3.1.3 Missão, Valores e a Tripla Vocação Institucional

Missão e Compromissos Estratégicos

A missão formal da ULS-SM estabelece um padrão de atuação ambicioso e multifacetado: *«prestar cuidados de saúde de elevada qualidade, com eficiência, eficácia e equidade, de forma inovadora, e centrada na pessoa, atuando na prevenção da doença e promoção da saúde, melhorando o bem-estar da nossa comunidade»*.⁴ Esta declaração é operacionalizada através de cinco grandes compromissos estratégicos assumidos no seu Plano de Desenvolvimento Organizacional ⁵: “Valorização dos recursos humanos”; “Melhoria do acesso aos cuidados de saúde”; “Modernização tecnológica”; “Reforço da rede assistencial e equipamentos” e “Melhoria da saúde mental e bem-estar”. A cultura organizacional é orientada por um conjunto de valores que incluem a “Confiança”, o “Compromisso com os cidadãos”, a “Integridade”, o “Respeito”, a “Responsabilidade social”, a “Inovação”, a “Colaboração”, a “Sustentabilidade” e a “Equidade”.³

A análise estratégica da ULS-SM revela, contudo, uma tensão fundamental entre a ambição destes objetivos e as restrições financeiras estruturais, como documentado no último relatório financeiro disponível do CHULN, onde é patente que a organização enfrenta um défice crónico significativo.⁶ Desta forma, objetivos como a “modernização tecnológica” e o “reforço da rede assistencial”, que são intensivos em capital e investimento, tornam o desfasamento entre a ambição estratégica e a realidade financeira um dilema central para a gestão. Neste cenário, um sistema de gestão de performance e desempenho torna-se uma ferramenta crítica não apenas para medir o progresso, mas também para comunicar a estratégia, gerir *trade-offs*, contribuindo para a construção de argumentos robustos para o financiamento necessário.

A Vocação Universitária e de Investigação

Para além da vertente assistencial e de promoção da saúde, a ULS-SM possui vocações adicionais que são centrais à sua identidade: o *ensino* e a *investigação*. A instituição dá sequência e visa aprofundar a «simbiose histórica, lógica e natural» que o Hospital de Santa

⁴ <https://www.ulssm.min-saude.pt/missao-e-valores/>

⁵ https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/12/INFOMAIL-BI-ULS.FINAL_.pdf

⁶ https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/06/Relatorio_e_contas_2024.pdf

Maria (e mais recentemente o Hospital Pulido Valente) sempre manteve com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), pilar formalmente reconhecido como um “eixo fundamental da missão” da ULS-SM.

Este posicionamento é consolidado através do seu papel como membro fundador do Centro Académico de Medicina de Lisboa (CAML), uma aliança estratégica que une a ULS-SM, a FMUL e o Instituto Gulbenkian de Medicina Molecular (GIMM), com o objetivo de promover a investigação clínica e de translação.⁷ Este ecossistema de investigação é suportado por um elevado número de profissionais com formação específica em Boas Práticas Clínicas e por uma participação ativa em múltiplos ensaios clínicos e colaborações internacionais.

3.1.4 Estrutura Orgânica e Funcional

O órgão máximo de gestão da ULS-SM é o Conselho de Administração que integra dois vogais executivos com funções de Diretor Clínico, um para a área hospitalar e outro para os CSP.

A área hospitalar da ULS-SM, núcleo de cuidados de elevada diferenciação e complexidade, é constituída por duas unidades: o Hospital de Santa Maria e o Hospital Pulido Valente. A sua estrutura orgânica é extremamente ampla e especializada, compreendendo uma carteira de serviços completa que abrange todas as principais valências médicas e cirúrgicas, num total 44 Serviços integrados em 12 Departamentos e 17 Centros de Referência. O SMI está enquadrado no Departamento de Medicina.⁸

3.1.5 Indicadores de Atividade Assistencial

Analisando o Relatório e Contas de 2024, verifica-se que a atividade assistencial nesse ano demonstrou a consolidação da tendência de recuperação pós-pandémica em áreas-chave como a cirurgia e a consulta externa, com estabilidade na área de internamento e tendência decrescente nas admissões nas urgências.⁹

De notar que 63% dos doentes saídos com alta de Internamento são de fora da área geográfica de influência direta da ULS-SM, valor que ascende a 73% no que respeita às Consultas Médicas e 76% nas sessões de Hospital de Dia, traduzindo o carácter de referência nacional que caracteriza esta organização.

Os principais indicadores de atividade estão sintetizados na Tabela 3.1.

⁷ <https://caml.pt/>

⁸ <https://www.ulssm.min-saude.pt/>

⁹ https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/06/Relatorio_e_contas_2024.pdf

Tabela 3.1 – Principais Indicadores anuais de Atividade Assistencial da ULS-SM

<i>Indicador</i>	<i>2022</i>	<i>2023</i>	<i>2024</i>
Internamento			
Doentes Saídos	35 407	34 933	33 185
Taxa de Mortalidade	6,6%	6,7%	6,7%
Demora Média de Internamento (dias)	8,6	8,8	9,0
Taxa de Ocupação	84,4%	88,1%	87,9%
Consultas Médicas			
Total de Consultas Médicas	743 703	785 802	841 578
Primeiras Consultas	206 958	226 463	242.056
Tempo médio para 1.ª consulta (dias)	98,7	129,5	132,2
Lista de Espera para 1.ª consulta (número de inscritos)	26 534	25 471	27 019
Hospital de Dia			
Número de Sessões	98 128	106 976	113 332
Número de Doentes tratados	19 174	21 261	20 588
Cirurgias			
Total de Cirurgias Realizadas	29 516	32 940	37 674
Taxa de Ambulatorização	67,4%	70,8%	72,5%
Mediana do Tempo de Espera para Cirurgia (dias)	114	91	104
Lista de Espera (número de inscritos)	8859	9953	10 611
Partos (número total)	2611	1421	579
Urgência (total de atendimentos)	207 144	195 914	196 129
Exames Complementares (excluindo Patologia Clínica)	1 757 676	1 702 158	1 829 531
Cuidados de Saúde Primários			
Utentes sem Médico de Família	85 253	111 755	111 218
Consultas Médicas (total)	842 046	796 099	814 659

Fonte: Relatório e Contas da ULS-SM 2024.

Disponível em: https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/06/Relatorio_e_contas_2024.pdf

Os dados de 2024 reforçam a imagem de uma organização com uma enorme capacidade assistencial, evidenciando um esforço notável para melhorar o acesso dos doentes. Este aumento da atividade ocorre num contexto de forte pressão financeira, levantando questões sobre a sustentabilidade do modelo de financiamento face ao custo da atividade de elevada complexidade. Um sistema de gestão de performance e desempenho eficaz deve, portanto, evoluir para além da medição dos resultados brutos, incorporando métricas de valor, de adequação dos cuidados ou de resultados ajustados à complexidade.

3.1.6 Recursos Humanos

Também na vertente de recursos humanos a ULS-SM se apresenta com uma dimensão e complexidade marcadas, traduzindo a dinâmica multiprofissional que caracteriza as organizações de saúde. Na Tabela 3.2 apresenta-se a evolução dos efetivos por grupo profissional da organização.

Tabela 3.2 – Evolução anual do número de efetivos ULS-SM nos grupos profissionais mais expressivos

<i>Grupo Profissional</i>	<i>2022</i>	<i>2023</i>	<i>2024*</i>
Médicos	1467	1483	1767
Enfermeiros	2047	2076	2339
Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica	528	521	593
Assistentes Técnicos	616	624	770
Técnicos Auxiliares de Saúde	1555	1543	1447
Total	6561	6602	7514

* Acréscimo em 2024 está em relação com a inclusão dos Profissionais dos CSP após a criação da ULS-SM.

Fonte: Relatório e Contas da ULS-SM 2024.

Disponível em https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/06/Relatorio_e_contas_2024.pdf

3.1.7 Indicadores Económico-Financeiros

A situação financeira da ULS-SM permanece desafiadora. Os dados no fecho de 2024 (Tabela 3.3) indicam a persistência de um desequilíbrio estrutural significativo entre os custos operacionais e os rendimentos. O contrato-programa para 2024, que enquadra financeiramente a nova ULS-SM, já antecipava um resultado líquido e um EBITDA fortemente negativos, refletindo o subfinanciamento crónico, onde o peso dos custos com pessoal e com medicamentos assume particular relevância¹⁰, incontornável numa unidade hospitalar de referência nacional, tantas vezes a última linha de acesso para muitos doentes e patologias.

Tabela 3.3 – Principais Indicadores Económico-Financeiros da ULS-SM

<i>Indicador</i>	<i>2023</i>	<i>2024</i>
Rendimentos Orçamentados	808,3 M€	1035,4 M€
Rendimentos Operacionais	551,9 M€	689,9 M€
Despesa Orçamentada	801,9 M€	1035,4 M€
Gastos Operacionais	602,9 M€	789,9 M€
Recursos Humanos	268,8 M€	338,3 M€
Produtos Farmacêuticos	190,7 M€	212,8 M€
Resultado Líquido do Período	-61,5 M€	-114,5 M€
EBITDA	-51,0 M€	-99,0 M€
Prazo Médio de Pagamentos (dias)	148,8	96,8
Dívida Total	200,8 M€	214,1 M€
Dívida Vencida	58,2 M€	49,9 M€

Fonte: Relatório e Contas da ULS-SM 2024.

Disponível em https://www.ulssm.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/06/Relatorio_e_contas_2024.pdf

3.1.8 Desafios Estratégicos na Gestão de Performance e Desempenho

A caracterização da ULS-SM revela uma organização de uma escala e complexidade superlativas e com uma atividade clínica que é basilar para o panorama do SNS. A tripla missão

¹⁰ https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2025/02/CP2024_Santa-Maria.SEGS_.pdf.pdf

da ULS-SM – assistencial, académica e de investigação – confere-lhe um prestígio e uma capacidade de inovação únicos, mas também adiciona uma importante camada de complexidade à sua gestão e financiamento, desenhando um contexto que é determinante para a análise e estudo da gestão de performance e desempenho do SMI. O o desafio não reside apenas em aplicar ferramentas de gestão a um serviço, mas em enquadrar essa aplicação na estratégia global de uma organização em profunda transformação e numa situação de insustentabilidade financeira estrutural.

3.2 Caracterização do Serviço de Medicina Interna da ULS de Santa Maria

3.2.1 Enquadramento e Missão

O SMI é uma das unidades orgânicas basilares da ULS-SM, assumindo-se como o pilar da medicina hospitalar para o doente adulto. A sua missão primordial é a abordagem holística e integrada de doentes complexos com multimorbilidade, que requerem uma visão global para o diagnóstico, tratamento e gestão clínica. Esta especialidade é, por definição, a que lida com a maior diversidade de situações clínicas no internamento, funcionando como o principal destino para os doentes provenientes do serviço de urgência e como um centro de consultoria para todas as outras especialidades médicas e cirúrgicas do hospital.

Integrado no Departamento de Medicina, o SMI da ULS-SM tem uma forte vocação académica e de investigação, indissociável da sua ligação histórica à FMUL. Esta simbiose traduz-se numa tripla missão¹¹:

1. *Assistencial*: Prestar cuidados de saúde de excelência, baseados na melhor evidência científica, a doentes com um elevado grau de complexidade.
2. *Formação*: Assegurar a formação pré-graduada de alunos de Medicina e de outras áreas da saúde e a formação pós-graduada de médicos internos da especialidade e de outras especialidades.
3. *Investigação*: Promover a investigação clínica e de translação, contribuindo para o avanço do conhecimento médico e para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

3.2.2 Estrutura

O SMI conta com 75 Especialistas e 52 Internos de Formação Especializada¹² e integra, desde setembro de 2023, os três anteriores serviços de Medicina Interna que existiam autonomamente

¹¹ <https://www.ulssm.min-saude.pt/medicina/medicina-interna/>

¹² Dados reportados a agosto/2024 de acordo com: <https://www.ulssm.min-saude.pt/2024/08/14/nove-recem-especialistas-reforcaram-servico-de-medicina-interna/>

no então CHULN (Medicina I, Medicina II e Medicina III), que foram unificados numa única estrutura com 263 camas de internamento, distribuídas por duas unidades hospitalares (HSM: 215 camas e HPV: 48 camas) e 12 enfermarias.¹³ Com vista a promover uma gestão de proximidade e uma melhor organização funcional, o Serviço foi dividido em quatro grandes áreas, cada uma sob a responsabilidade de um coordenador. Esta reorganização estratégica foi desenhada para potenciar a colaboração entre equipas, uniformizar protocolos e criar um ambiente integrado para a formação e a investigação, respondendo de forma mais eficaz aos desafios da gestão do doente complexo, agudo e crónico.

3.2.3 Perfil Assistencial

A atividade clínica do SMI é vasta (Tabela 3.4), abrangendo múltiplas vertentes assistenciais:

- *Internamento*: A principal atividade do Serviço, responsável pela gestão diária de centenas de doentes com um vasto leque de patologias agudas e crónicas agudizadas.
- *Consulta Externa*: Garante o seguimento de doentes após a alta hospitalar e a orientação de casos complexos referenciados por outras especialidades ou pelos CSP. Para além da Consulta de Medicina Interna, tem implementadas diversas consultas especializadas em áreas como a Hipertensão Arterial; a Diabetes Mellitus; a Obesidade; o Acidente Vascular Cerebral; as Doenças Autoimunes; as Disautonomias; a Drepanocitose; as Doenças Hereditárias do Metabolismo (no âmbito de um Centro de Referência).
- *Hospital de Dia*: Permite a realização de tratamentos ou investigação diagnóstica em regime de ambulatório, evitando internamentos desnecessários.
- *Consultadoria Interna*: A praticamente todas as outras especialidades do hospital, avaliando doentes internados noutros serviços.
- *Urgência*: Os Internistas constituem a espinha dorsal da equipa médica do serviço de urgência e asseguram igualmente 24/24 horas a atividade de Urgência Interna aos doentes internados no SMI e apoio aos restantes serviços.

Tabela 3.4 – Atividade Assistencial do SMI (anos de 2022-2024)

Indicador	2022	2023	2024
Internamento (doentes saídos)	6538	6373	6020
Hospital de Dia (número de sessões)	1238	1443	1742
Consultas Médicas (total de consultas)	14 638	16 544	18 249

Fontes: Relatório Anual sobre o Acesso aos Cuidados de Saúde da ULS-SM 2024 e Relatório Analítico Atividade Assistencial e Desempenho Económico-Financeiro da ULS-SM 2024

¹³ <https://justnews.pt/noticias/o-objetivo-destas-jornadas-e-projetar-e-unir-a-medicina-interna-desta-casa>

De notar que, apesar da sua dimensão e das recentes contratações de recém-especialistas, o Serviço enfrenta um desafio, transversal a todo o SNS e particularmente evidente na Medicina Interna, a dificuldade em atrair e reter talento médico. Esta constatação tem motivado reflexão e propostas por parte das organizações da Especialidade, como a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, que têm alertado para a crescente perda de atratividade da especialidade, motivada pelas exigentes condições de trabalho e pela desvalorização da carreira. Esta realidade reflete-se no número de vagas que ficam por preencher nos concursos de acesso à especialidade, de tal forma que no concurso de 2024, a nível nacional ficaram desertas 58% das vagas de Medicina Interna, tendo a ULS-SM (então CHULN) e a ULS São José (então CHULC) registado, em conjunto, 24 vagas por ocupar.¹⁴ Este será, porventura, o maior desafio colocado ao SMI da ULS-SM.

3.2.4 Um Serviço Estruturante em Transformação

Para o SMI da ULS-SM, unidade de enorme dimensão e complexidade, absolutamente central para o funcionamento da organização hospitalar, a sua recente unificação representa um passo estratégico. Esta opção visou otimizar a capacidade de resposta do Serviço, num contexto de crescente procura e de envelhecimento da população, não sendo, contudo, isento dos riscos associados a uma mudança organizacional desta magnitude.

O Serviço enfrenta o desafio sistémico da escassez de recursos humanos, nomeadamente médicos, que ameaça a sua sustentabilidade, pelo que a aposta na valorização das equipas, na melhoria das condições de trabalho e no reforço da sua tripla missão Assistencial, Académica e de Investigação será crucial para garantir que continue a ser um pilar de referência e excelência no exercício da Medicina, na formação da próxima geração de médicos e na inovação em saúde.

3.3 Avaliação da Cultura Organizacional

A análise e avaliação da cultura organizacional permite identificar pontos suscetíveis de mudança numa organização, bem como orientar relativamente ao sentido das medidas a adotar que permitam a melhoria dos fins da própria organização.

A metodologia adotada para a análise da cultura organizacional, baseada na *Competing Values Framework* (Cameron & Quinn, 2011), compara prioridades organizacionais em contraponto (*competing priorities*). O tipo de cultura que emerge na organização decorre da

¹⁴ https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2024/10/Valorizacao-da-M.Interna_VF.pdf

forma como a mesma estabelece a hierarquia dos valores em competição (ou valores contrastantes - *competing values*), permitindo a definição de categorias-tipo, caracterizadas por um tipo de cultura e um modelo de gestão inerente:

- *Cultura de Clã* (Colaborar) associada ao “*Modelo das Relações Humanas*”;
- *Cultura Adhocrática* (Criar) associada ao “*Modelo dos Sistemas Abertos*”;
- *Cultura Hierárquica* (Controlar) associada ao “*Modelo dos Processos Internos*”;
- *Cultura de Mercado* (Competir) associada ao “*Modelo dos Objetivos Racionais*”.

Os vários modelos são concomitantes numa Organização e a sua preponderância relativa define a cultura organizacional e o modelo de gestão seguido.

O instrumento utilizado (Anexo A), *Organizational Culture Assessment Instrument* (OCAI), tem por base seis dimensões da Cultura Organizacional – *Características Dominantes*; *Liderança Organizacional*; *Princípio Organizacional*; *Clima Organizacional*; *Critérios de Sucesso* e *Estilos de Gestão* – que permitem o posicionamento poligonal da organização segundo os vários quadrantes, assim evidenciando o perfil de cultura organizacional existente.

3.3.1 Resultados da Aplicação do OCAI

Na avaliação feita ao SMI utilizado, verifica-se um importante desequilíbrio entre o perfil “*Atual*” e o “*Desejável*” (Figura 3.1). A situação atual revela um claro predomínio dos quadrantes associados ao “*Controlo*” (“*Cultura de Mercado*” e “*Cultura Hierárquica*”), em detrimento das culturas de “*Clã*” e “*Adhocrática*” (associadas aos quadrantes de “*Flexibilidade*”), enquanto o perfil “*Desejável*”, globalmente mais equilibrado entre os quatro quadrantes, privilegia as Culturas de “*Clã*” e “*Adhocrática*”.

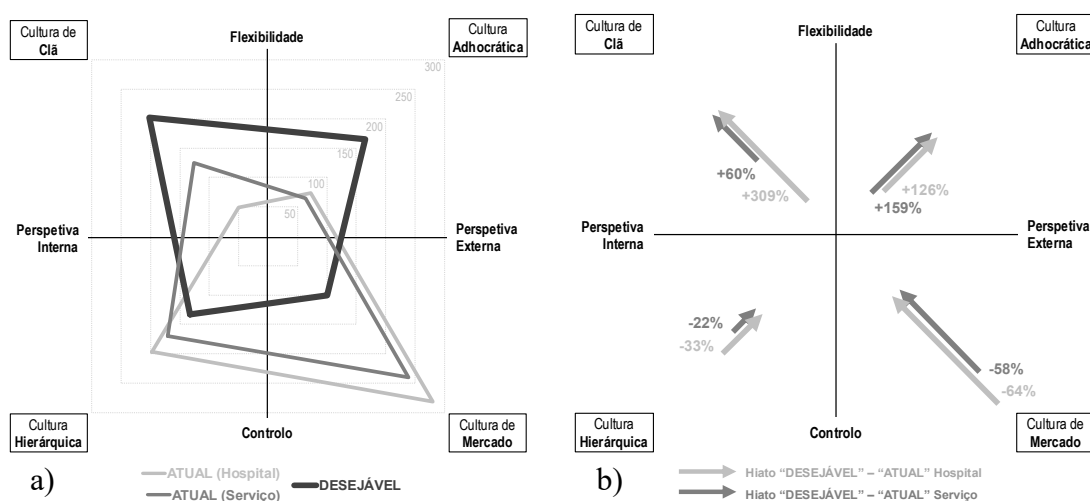


Figura 3.1 – Aplicação do OCAI – *Score Global* a) Perfil da Cultura Organizacional b) Hiatos no perfil da Cultura Organizacional entre as situações atuais (no “Hospital” e no “Serviço”) e a situação desejável

Este hiato é evidente no “excesso” de Cultura de Mercado na situação atual e no “défice” de Cultura de Clã na situação desejável quando o foco é dirigido ao hospital como um todo, não sendo tão marcados os hiatos quando se analisa a situação atual do Serviço (Figura 3.1).

A necessidade de mudança é transversal às duas categorias de Médicos Internistas inquiridas (Especialistas e Internos), com perfis que globalmente se sobrepõem e estão em linha com o perfil agregado (no Anexo B apresentam-se sob a forma gráfica estes perfis, bem como o detalhe dos resultados desagregados por dimensões de análise).

3.4 Avaliação da Performance e do Desempenho: Questionário aos Médicos

Com vista a aferir as perceções dos Médicos relativamente à avaliação da performance e do desempenho em Medicina Interna foi realizado inquérito dirigido aos médicos do SMI da ULS-SM, através da aplicação de um questionário especificamente construído para o efeito (Anexo C | Questionário de Avaliação da Performance e Desempenho). Com este processo pretendeu-se igualmente identificar propostas para a estrutura e conteúdo de um potencial BSC para implementação no Serviço.

Os resultados detalhados obtidos pela aplicação do questionário estão patentes no “Anexo D | Resultados do Questionário de Avaliação da Performance e Desempenho”, apresentando-se nesta secção os dados mais relevantes que revelaram padrões desafiantes sobre a forma como estes profissionais percecionam os sistemas de avaliação da performance.

3.4.1 Dados Gerais

De um total de 60 inquiridos, a taxa de resposta foi de 60,0%, obtendo-se uma amostra de 36 questionários completos que revelou uma distribuição equilibrada entre especialistas (58,3%, n=21) e internos em formação (41,7%, n=15), captando a diversidade de opiniões e visões associadas a diferentes graus de carreira dos médicos.

O perfil demográfico evidenciou uma coorte predominantemente jovem, com 58,3% dos inquiridos com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos, peso distante dos 22,2% do grupo com idades entre os 40 e os 49 anos.

A distribuição dos especialistas documenta um predomínio do grupo com menos de 5 anos de exercício (47,6%) e daqueles com mais de 20 anos de exercício da especialidade (23,8%). Esta distribuição aproxima-se do perfil etário da população médica, onde é conhecido o hiato geracional nos médicos decorrente da evolução das vagas para formação médica nas últimas décadas que, apontando para uma área profissional em renovação, mantém simultaneamente o peso e o valor da experiência acumulada.

3.4.2 Percepções sobre Avaliação da Performance

Os resultados revelaram um paradoxo nas práticas de avaliação da performance, na dicotomia entre a importância atribuída pelos médicos às diferentes perspetivas do BSC e a sua atual consideração nos processos existentes de avaliação da performance e desempenho.

A maioria dos inquiridos expressou um grau de concordância muito elevado com a importância da avaliação da performance e desempenho (média de 5,31 numa escala de 1 a 6), reforçando a percepção de que avaliar sistematicamente a performance é essencial para melhorar a qualidade em Medicina Interna. Especificamente, 83,4% concordaram ou concordaram totalmente com este princípio, sendo que apenas 5,6% expressaram qualquer nível de discordância (Figura 3.2).

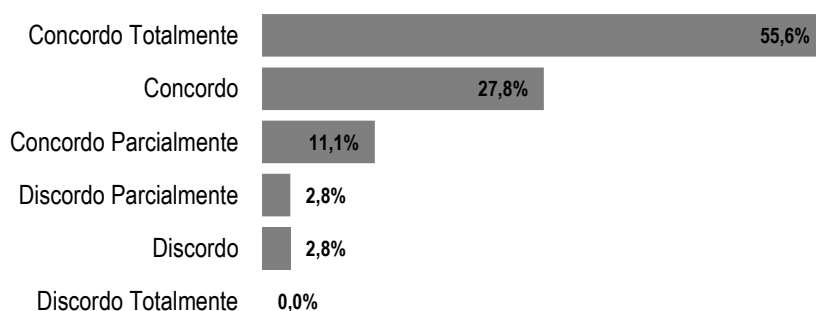


Figura 3.2 – Resposta à questão: “A avaliação sistemática da performance e desempenho é importante para melhorar a qualidade da atividade em Medicina Interna”

Apesar do reconhecimento da importância da avaliação da performance e desempenho em Medicina Interna, foi evidente o contraste entre este forte apoio teórico e a realidade da implementação atual. Quando questionados sobre a frequência da avaliação formal e sistemática da performance, 75,0% dos inquiridos indicaram que esta ocorre muito raramente (38,9%) ou apenas ocasionalmente, cerca de uma vez por ano (36,1%), resultado coerente com a documentação de reduzido grau de satisfação com os atuais métodos utilizados no Serviço (5,6%), onde nenhum inquirido considerou estar “muito satisfeito”.

De facto, os resultados sugerem uma insatisfação pronunciada com os métodos existentes, embora seja necessário considerar se esta reflete limitações reais dos sistemas ou, em parte, expectativas não alinhadas dos profissionais sobre o que constitui uma avaliação eficaz. Esta insatisfação traduz-se numa pontuação média de 2,69 numa escala de 1 a 6 (DP=1,17), com 69,5% dos inquiridos a expressarem algum nível de insatisfação com as abordagens atuais.

3.4.3 Desafios e Barreiras à Avaliação da Performance e Desempenho

Os respondentes identificaram vários desafios críticos que dificultam a implementação eficaz da avaliação da performance e desempenho, sendo o obstáculo mais frequentemente apontado a “*dificuldade em medir aspetos qualitativos da atividade*” (77,8% dos inquiridos), seguido pela “*falta de indicadores de desempenho claros e relevantes*” (72,2%). Em linha com o que muitos profissionais reconhecem informalmente, estes resultados sublinham que medir a qualidade da prática médica vai além do que as métricas quantitativas conseguem captar, especialmente quando está em causa a complexidade inerente à atividade da Medicina Interna.

A “*falta de alinhamento com os objetivos organizacionais*” destacou-se também como barreira (61,1%), sugerindo questões sistémicas na coerência estratégica entre as métricas de desempenho individual e os objetivos institucionais. Embora com menor expressão, os “*recursos ou ferramentas insuficientes para avaliação*” foram identificados por 41,7% dos participantes, enquanto a “*resistência dos médicos à avaliação de desempenho*” foi apontada por apenas 22,2%, indiciando que as barreiras primárias poderão ser mais de carácter estrutural que atitudinal.

3.4.4 Perspetivas do Balanced Scorecard

Na análise cruzada das secções do questionário dirigidas a cada uma das quatro perspetivas-base do BSC verifica-se que a todas foi atribuída importância, com *scores* médios acima de 4, numa escala de 0 a 6 (Figura 3.3), destacando-se as Perspetivas de Aprendizagem e Crescimento e do Doente.

A perspetiva de *Aprendizagem e Crescimento* foi classificada como a de importância mais elevada (média 5,45 numa escala de 1 a 6, DP=0,67), com 90,9% dos inquiridos a considerá-la como “muito importante” ou “extremamente importante”. Este resultado merece reflexão mais aprofundada, particularmente no contexto de uma especialidade onde a atualização contínua de conhecimentos é crítica para a segurança dos doentes e a subvalorização desta dimensão nos sistemas atuais pode representar um risco não apenas para o desenvolvimento profissional, mas para a própria qualidade assistencial.

A elevada valorização da perspetiva do *Doente* (média 5,09 numa escala de 1 a 6, DP=1,29), com 79,4% a classificá-la como muito ou extremamente importante, demonstra o *ethos* centrado no doente que permanece fulcral na prática médica, apesar das pressões operacionais.

A Perspetiva dos *Processos Internos* foi classificada com importância moderada-alta (média 4,61 numa escala de 1 a 6, DP=1,09), com a maioria dos médicos (57,6%) a considerá-

la muito ou extremamente importante. A vertente *Financeira*, embora ainda considerada importante, recebeu a classificação mais baixa (média 4,03 numa escala de 1 a 6, DP=1,53), sugerindo que embora os médicos reconheçam a relevância da sustentabilidade financeira, priorizam objetivos da vertente humanista, clínicos e educacionais.

Um resultado crítico emerge quando se compara a importância atribuída a cada perspetiva com a sua consideração atual na avaliação da performance institucional. Em todas as quatro perspetivas verifica-se um desalinhamento entre a importância atribuída pelos médicos e a implementação atual.

O conceito de “*hiato*”, que introduzimos, i.e., a diferença entre consideração atual na prática de uma perspetiva e a importância que lhe é atribuída, permite quantificar esta dissonância.

Foi na perspetiva de *Aprendizagem e Crescimento* que se evidenciou o maior hiato (-2,76), indicando que, apesar de ser classificada como a mais importante, recebe atenção mínima nos sistemas de avaliação atuais (consideração média 2,70). Perfil semelhante foi documentado na perspetiva do *Doente*, que também demonstrou um hiato significativo (-2,56), com a consideração atual a obter a média mais baixa, de apenas 2,53, apesar da sua elevada classificação em termos de importância.

Na perspetiva *Financeira*, paradoxalmente, foi patente o menor hiato (-0,71), com a consideração atual (3,32) mais próxima da importância percebida (4,03). Este resultado sugere que os sistemas de avaliação existentes podem sobre-enfatizar métricas financeiras relativamente às prioridades clínicas e de desenvolvimento profissional.

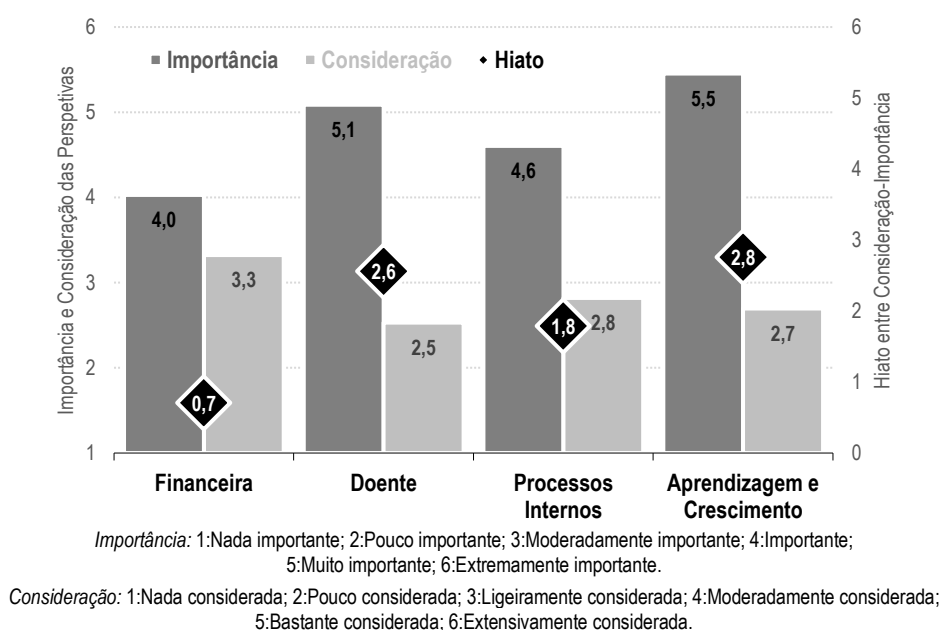


Figura 3.3 – Importância e consideração atribuídas às perspetivas do Balanced Scorecard e hiato entre ambas

3.4.5 Priorização de Perspetivas

Quando instados a priorizar as Perspetivas para um sistema ideal de avaliação da performance, os médicos expressaram um pensamento estratégico matizado (Figura 3.4). A perspetiva do *Doente* emergiu como a prioridade principal (classificação média 2,29 para um máximo de 4), reforçando os valores inerentes à prática médica centrada no doente.

Das restantes, a *Aprendizagem e Crescimento* classificou-se em segundo lugar (1,55), seguida pelos *Processos Internos* (1,29), com as preocupações *Financeiras* a receber a menor prioridade (0,87).

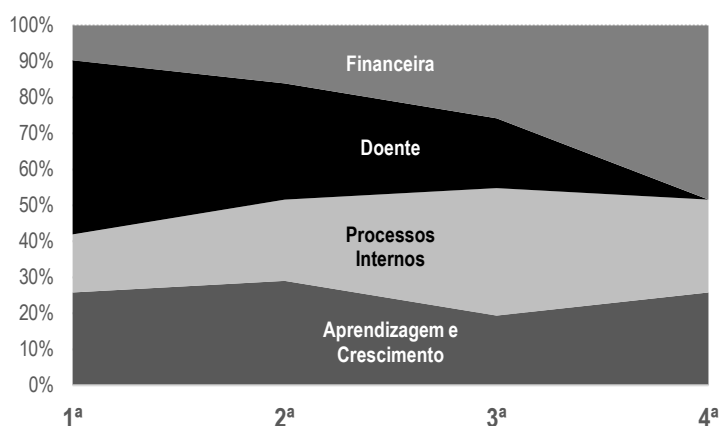


Figura 3.4 – Priorização das perspetivas em 1ª, 2ª, 3ª e 4ª prioridade

Este padrão de priorização sugere um sistema de valores que coloca os resultados clínicos e o desenvolvimento profissional acima da eficiência operacional e considerações financeiras, reconhecendo, contudo, a importância de todas as perspetivas.

Curiosamente, esta hierarquização ecoa os desafios identificados sobre a dificuldade em medir aspetos qualitativos, reforçando que os médicos parecem valorizar precisamente aquilo que reconhecem ser mais difícil de quantificar adequadamente.

3.4.6 Indicadores¹⁵: Priorização e Tipologias

No domínio *Financeiro*, a “Eficiência na Utilização de Recursos” foi o indicador mais valorizado (média 3,21), tendo sido considerado o mais importante nesta perspetiva por 70,6% dos inquiridos, traduzindo preocupações sobre a sustentabilidade dos cuidados de saúde. As métricas relacionadas com custos como “Custo por Dia de Internamento” (2,21) e “Custo por Doente” (1,91) foram classificadas com importância moderada.

¹⁵ Na classificação da “importância dos indicadores” foi utilizada escala de 1 a 5.

Num alinhamento com movimentos contemporâneos de melhoria da qualidade, na perspetiva do *Doente*, os “Indicadores de Segurança do Doente” (2,85) e “Medidas da Experiência Reportada pelo Doente” (2,79) foram priorizados, enquanto os “*scores* de satisfação do doente” (2,26) e o “tempo de internamento” (1,15) receberam menor protagonismo, sugerindo uma preferência por métricas baseadas em resultados.

Nos *Processos Internos*, destacaram-se a “Adesão a *Guidelines*/Protocolos Clínicos” (2,76) e a “Eficiência dos Processos de Admissão/Alta” (2,58), demonstrando preocupações centradas na padronização de atuação e na eficiência operacional. De notar que a taxa de mortalidade, apesar da sua natureza objetiva, foi menos considerada (1,24) como indicador prioritário, facto que poderá estar em relação com o carácter de elevada complexidade clínica que caracteriza a atividade da Medicina Interna.

Na perspetiva de *Aprendizagem e Crescimento* destacaram-se com as prioridades mais elevadas as “Oportunidades de Formação Médica Contínua” (3,30), e o “Nível de Satisfação da Equipa” (2,76), com uma menor valorização da “Adoção de Tecnologias/Inovação” (1,88) ou da “Produção Científica” (0,97), sugerindo que os valores educacionais e formativos tradicionais permanecem primordiais.

Relativamente à tipologia de indicadores, os respondentes demonstraram uma preferência expressiva por indicadores *quantitativos ajustados* (média 1,74 numa escala de 0-3), considerados por 74,2% dos médicos como a tipologia mais adequada, claramente em detrimento de medidas quantitativas simples (0,32) ou mesmo de indicadores qualitativos (0,94). Esta opção por indicadores ajustados reflete a compreensão de que métricas brutas sem ajustamento de risco ou considerações de complexidade podem ser enganosas em contextos clínicos complexos e de elevada heterogeneidade, como o que envolve a Medicina Interna.

3.4.7 Indicadores: Propostas

Foram apontados pelos médicos inquiridos um total de 182 indicadores, distribuídos pelas quatro perspetivas-base do BSC. Em muitos casos verificou-se que a perspetiva adotada pelo respondente não corresponde à perspetiva mais adequada para o indicador em causa, traduzindo-se numa taxa de concordância global de 58,2%, com 82,4% para a perspetiva de Aprendizagem e Crescimento e de apenas 37,1% nos Processos Internos (Tabela 3.5).

Da na análise da tipologia e especificação dos indicadores sugeridos pelos médicos, emerge um padrão que aponta para a atribuição de uma relevante preponderância a indicadores enquadráveis no domínio da “*Qualidade Clínica*” (26,9% do total). Torna-se assim relevante refletir sobre a pertinência de incluir uma perspetiva autónoma de “*Qualidade Clínica*”, uma

vez que esta vertente, no modelo clássico do BSC, e de acordo com os resultados do inquérito, estará diluída nas quatro perspetivas clássicas, com preponderância para o Doente (responsável por 44,9% dos indicadores enquadáveis em Qualidade Clínica) e os Processos Internos (origem de 38,8%).

Tabela 3.5 – Distribuição dos indicadores propostos pelos respondentes ao questionário e taxa de concordância relativamente à atribuição da Perspetiva do Balanced Scorecard mais adequada

<i>Perspetiva Original</i>	<i>Indicadores Propostos</i>		
	<i>Total</i>	<i>Corretos</i>	<i>Concordância</i>
Aprendizagem e Crescimento	34	28	82,4%
Doente	58	36	62,1%
Financeira	55	29	52,7%
Processos Internos	35	13	37,1%
Total	182	106	58,2%

Identificaram-se redundâncias na listagem em bruto dos indicadores apontados pelos respondentes, pelo que se torna relevante operacionalizar a respetiva listagem através da agregação dos indicadores individuais em Indicadores Consolidados, que se apresentam na Tabela 3.6 e se detalham na Tabela D-2 do Anexo D.

No Anexo D são também apresentados os resultados detalhados relativamente aos indicadores propostos pelos inquiridos, a sua distribuição pelas perspetivas, bem como as alternativas de enquadramento.

Tabela 3.6 – Indicadores Consolidados resultantes da agregação dos indicadores propostos pelos médicos respondentes, sua inclusão na Perspetiva considerada adequada e justificação da pertinência da consolidação

<i>Indicador Consolidado</i>	<i>Perspetiva Adequada</i>	<i>Justificação da Consolidação</i>
Taxa de Mortalidade Ajustada ao Risco	Doente	Agrupa o indicador de resultado clínico mais fundamental. A menção a “morbilidade” é aqui entendida como um fator de risco, sugerindo a importância de ajustar os resultados à complexidade clínica.
Taxa de Reinternamento Não-Planeado	Processos Internos	Consolida as múltiplas menções a readmissões, um indicador-chave da qualidade do processo de alta e da transição de cuidados.
Taxa de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde	Doente	Agrupa todos os indicadores de infecção adquirida no hospital, medindo a segurança e eficácia dos processos de controlo infeccioso.
Taxa de Eventos Adversos	Doente	Unifica todos os indicadores de dano não intencional (quedas, erros, complicações), oferecendo uma visão global da segurança do doente.
Grau de Satisfação e Experiência do Doente e Família	Doente	Unifica as várias formas de <i>feedback</i> (opiniões, louvores, satisfação) num único indicador que mede a perceção global da experiência do doente e da sua família.

Tabela 3.6 (cont.) – Indicadores Consolidados resultantes da agregação dos indicadores propostos pelos médicos respondentes, sua inclusão na Perspetiva considerada adequada e justificação da pertinência da consolidação

<i>Indicador Consolidado</i>	<i>Perspetiva Adequada</i>	<i>Justificação da Consolidação</i>
Qualidade da Comunicação e Relação Humana	Doente	Consolida todos os aspetos da interação humana e da comunicação, que são cruciais para a perceção da qualidade pelo doente e para a sua segurança.
Eficiência dos Tempos de Resposta do Percurso Clínico	Processos Internos	Agrupa todos os indicadores de tempo, medindo a agilidade e a eficiência do percurso do doente através dos vários pontos de contacto do serviço.
Nível de Satisfação e Bem-Estar dos Profissionais	Aprendizagem e Crescimento	Unifica os indicadores de satisfação, <i>burnout</i> e absentismo, medindo a saúde do capital humano, que é um pré-requisito para a qualidade assistencial.
Investimento e Adesão a Formação e Desenvolvimento	Aprendizagem e Crescimento	Agrupa todas as facetas da formação num indicador que mede o investimento da organização e o envolvimento dos profissionais no seu desenvolvimento.
Competência e Diferenciação Técnica da Equipa	Aprendizagem e Crescimento	Consolida os indicadores que medem o nível de competência, a especialização e a avaliação de desempenho técnico da equipa.
Capacidade de Atração e Retenção de Talento	Aprendizagem e Crescimento	Junta os indicadores que medem a capacidade do serviço de ser um local atrativo para trabalhar, de manter os seus talentos e a sua reputação externa.
Produção e Reconhecimento Científico	Aprendizagem e Crescimento	Consolida todas as atividades ligadas à ciência, investigação e disseminação, medindo a contribuição do serviço para o avanço do conhecimento.
Eficiência Operacional e de Produtividade (ajustada a risco e complexidade)	Processos Internos	Agrupa indicadores que medem o volume de atividade e a eficiência na utilização dos recursos (camas, tempo, profissionais), refletindo a otimização dos processos.
Análise de Custos e Gestão do Desperdício	Financeira	Agrupa todos os indicadores de custos e desperdício, permitindo uma visão integrada da eficiência financeira e da gestão racional de recursos.
Adesão a Protocolos e Práticas Baseadas na Evidência Científica	Processos Internos	Unifica a existência e a adesão a protocolos, medindo o grau em que a prática clínica é padronizada, segura e baseada na melhor evidência.
Gestão e Monitorização da Continuidade de Cuidados	Processos Internos	Consolida todos os processos que garantem a continuidade dos cuidados após a alta, incluindo o seguimento clínico, a monitorização e a reabilitação.
Qualidade da Estrutura e Serviços de Suporte	Processos Internos	Agrupa a avaliação das condições físicas e da logística, que são processos de suporte essenciais à experiência do doente e à eficiência do trabalho.
Complexidade das Situações Clínicas	Doente	Um indicador distinto, pois não é uma medida de desempenho, mas um fator de caracterização crucial para estratificar e comparar todos os outros indicadores.
Desempenho Financeiro e Sustentabilidade	Financeira	Consolida os indicadores macro que medem a saúde financeira, a rentabilidade dos investimentos, a liquidez e a sustentabilidade económica do serviço.
Capacidade de Inovação e Melhoria de Processos	Processos Internos	Agrupa os indicadores que medem a capacidade da equipa de gerar, implementar e avaliar projetos de melhoria, impulsionando a evolução dos processos.

3.4.8 Expansão do Modelo do Balanced Scorecard

Quase metade dos respondentes (48,4%) afirmou a convicção que perspectivas adicionais além das quatro tradicionais melhorariam a avaliação da performance em Medicina Interna, sugerindo que a complexidade da atividade clínica moderna pode requerer modelos expandidos para capturar todas as dimensões relevantes da performance e desempenho.

Este equilíbrio não se verificou quando a quase totalidade dos inquiridos (90,3%) considerou como valiosa a inclusão de uma perspectiva dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e Environmental, Social, and Governance (ESG). Este dado pode traduzir a crescente consciencialização das responsabilidades sociais mais amplas dos agentes da saúde e a importância crescente da sustentabilidade na atividade clínica.

3.4.9 Desafios de Implementação e Barreiras Organizacionais

A análise das barreiras à implementação (Figura 3.5) revelou que a “*complexidade de medir a qualidade em Medicina Interna*” representa o obstáculo mais significativo (impacto médio 3,52 numa escala de 1 a 6).

Este resultado alinha-se com observações anteriores sobre a dificuldade de capturar aspetos qualitativos da prática médica e sugere que a implementação bem-sucedida do BSC exigirá abordagens de medição sofisticadas.

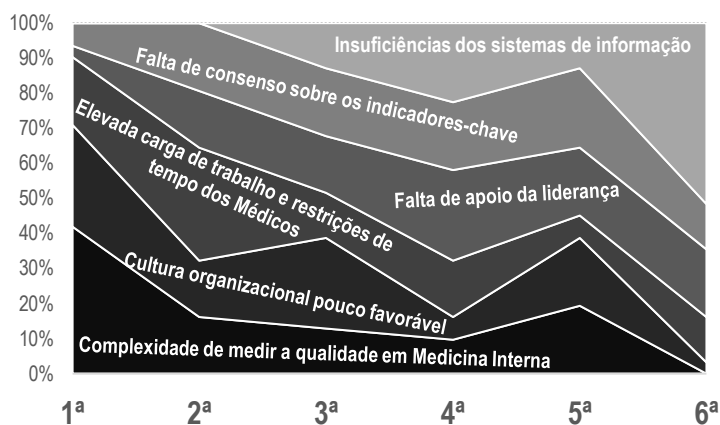


Figura 3.5 – Priorização dos impactos das barreiras à implementação do BSC em 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª e 6ª prioridade

A “*cultura organizacional pouco favorável*” foi apontada como outra barreira substancial¹⁶ (3,19), indicando que os sistemas de avaliação da performance bem-sucedidos requerem uma transformação cultural juntamente com a sua implementação técnica. Outras preocupações

¹⁶ Observação que é coerente com os hiatos verificados entre a situação atual e a situação desejada na avaliação realizada da Cultura Organizacional pelo instrumento OCAI.

apontadas incluem a “*elevada carga de trabalho e restrições de tempo dos Médicos*” (3,03), destacando a necessidade de processos de avaliação eficientes e simplificados.

Curiosamente, a “*falta de apoio da liderança*” recebeu a classificação mais baixa (2,00), sugerindo que a resistência pode ser menos hierárquica e mais operacional. As “*insuficiências dos sistemas de informação*” (0,97) não foram vistas como obstáculos importantes, possivelmente refletindo as constantes, mas sempre incompletas, melhorias na infraestrutura de tecnologia de informação nas organizações de saúde.

3.4.10 Apreciação Integradora

Esta análise sugere que a Medicina Interna se poderá encontrar num momento propício para repensar a forma como é avaliada a sua performance e desempenho, com os médicos a revelarem abertura e sentido crítico quanto às práticas atuais. As suas preferências detalhadas fornecem um possível roteiro para a implementação de um BSC:

1. *Existe um desejo consistente por avaliação:* Os Internistas não são contra a avaliação de performance e desempenho, pelo contrário, veem-na como uma ferramenta essencial para a melhoria da qualidade.
2. *Há um desalinhamento de prioridades:* O sistema atual tende a focar-se em métricas financeiras, enquanto os médicos priorizam o bem-estar do doente e o desenvolvimento e satisfação da sua equipa.
3. *Exige-se sofisticação metodológica:* Os médicos defendem o uso de indicadores quantitativos ajustados à complexidade e ao risco, reconhecendo a inadequação de métricas brutas para avaliar a sua prática.

Sistemas baseados em BSC adequadamente desenhados e implementados poderão abordar muitas das atuais limitações e lacunas na avaliação da performance e desempenho em Medicina Interna, alinhando-se com os valores médicos e as prioridades profissionais. Enfatiza-se, contudo, que a implementação bem-sucedida exigirá que a complexidade da medição, a cultura organizacional e as realidades operacionais da prática médica contemporânea sejam incluídas como fundações basilares no processo.

Das respostas obtidas é patente que a transição de um modelo focado em custos para um modelo de gestão estratégica que valoriza os doentes, as equipas e a qualidade intrínseca dos processos é o caminho para transformar a avaliação de performance e desempenho numa alavanca real da excelência clínica na Medicina Interna.

3.5 Resultados da Análise Gioia das Entrevistas aos Dirigentes Clínicos¹⁷

A metodologia Gioia pode ser entendida como um processo de destilação intelectual progressiva onde, começando com as vozes cruas dos participantes – palavras, frases e conceitos tal como emergiram naturalmente das conversas –, as observações empíricas se vão refinando sistematicamente até à obtenção de *insights* teóricos cristalinos.

3.5.1 Conceitos de Primeira Ordem

Numa primeira etapa, procedeu-se à organização de todos os conceitos de primeira ordem (a lista integral é apresentada no “Anexo G | Análise Detalhada das Entrevistas”) numa matriz sistemática, preservando tanto o conteúdo como o contexto, de forma a garantir que é sempre possível rastrear cada *insight* teórico até às palavras exatas originais dos participantes.

Analisando os dados integralmente, identificam-se sete *Domínios Conceituais* primários (Tabela 3.7), que emergem naturalmente das palavras dos entrevistados, funcionando como “territórios semânticos” onde diferentes conceitos se agrupam por afinidade temática.

Tabela 3.7 – Domínios conceituais primários que emergem da análise dos conceitos de primeira ordem extraídos das entrevistas aos dirigentes clínicos

Domínio 1	Concetualizações da Excelência em Performance
Domínio 2	Arquiteturas de Avaliação e Medição
Domínio 3	Hierarquias de Valor nas Perspetivas do BSC
Domínio 4	Reconcetualizações e Extensões do BSC
Domínio 5	Tensões Financeiras e <i>Trade-offs</i> Clínicos
Domínio 6	Culturas Profissionais e Organizacionais
Domínio 7	Modelos de Implementação e Fatores Críticos

3.5.2 Temas de Segunda Ordem

Numa segunda etapa avançou-se para um nível de abstração superior, onde os Conceitos de Primeira Ordem (agregados em Grupos Conceituais), revelando padrões mais profundos, se transformam em temas interpretativos (*Temas de Segunda Ordem*), que emergiram a partir da análise integral e simultânea dos dados transcritos das entrevistas (Figura 3.6).

¹⁷ Apresenta-se no “Anexo G | Análise Detalhada das Entrevistas” o desenvolvimento analítico extensivo da aplicação de metodologia Gioia, de onde foi retirada a súmula que integra o corpo do documento.

Temas de 2ª Ordem		Grupos Conceituais de 1ª ordem	
1	Pluralismo Hierárquico na Conceptualização da Performance	Lente Clínica Direta	
		Lente Sistêmica -Operacional	
2	Diversidade de Prioridades e Hierarquizações Estratégicas	Hierarquização Clínica -Centrada	
		Hierarquização Desenvolvimento -Centrada	
3	Tensões Adaptativas entre Sustentabilidade e Excelência	Internalização Sofisticada das Pressões	
		Estratégias de Reconciliação Econômico -Clínica	
4	Estratégias de Auto-Regulação e Autonomia Profissional	Mecanismos de Auto-Monitorização	
		Sistemas de Autorregulação Profissional	
5	Inadequação dos Sistemas de Medição Face à Complexidade Clínica	Inadequação Conceptual Fundamental	
		Propostas de Reconceptualização Sistêmica	
6	Cultura Organizacional e Modelos de Liderança Humanística	Resistência Cultural à Instrumentalização	
		Liderança e Cultura Organizacional Humanizada	
7	Desenvolvimento e Capacitação Organizacional Sustentável	Formação e Desenvolvimento Profissional	
		Investigação e Inovação Organizacional	
8	Integração de Processos e Suporte Organizacional	Otimização de Processos Clínicos	
		Suporte Integral ao Profissional	

Figura 3.6 – Integração dos Grupos Conceituais de primeira ordem em Temas de Segunda Ordem

Tema 1: Pluralismo Hierárquico na Conceptualização da Performance

Este tema captura o fenómeno organizacional onde agentes em diferentes posições hierárquicas não apenas têm opiniões diferentes sobre performance e desempenho, mas desenvolvem verdadeiros sistemas conceptuais alternativos para compreender o que significa excelência em Medicina Interna e que refletem as responsabilidades e pressões específicas de cada posição. Podemos olhar pela “*Lente Clínica-Direta*” do Diretor de Serviço ou pela “*Lente Sistêmica-Operacional*” do Diretor Clínico. Esta divergência conceptual revela a tensão fundamental na gestão de organizações profissionais de como preservar a excelência individual enquanto se otimiza a performance sistêmica, e de como, respeitando o profissionalismo médico individual, se pode assegurar a eficiência organizacional global.

Tema 2: Diversidade de Prioridades e Hierarquizações Estratégicas

Se o primeiro tema explicita como diferentes posições hierárquicas conceptualizam performance e desempenho de formas distintas, o segundo tema revela como essas conceptualizações diferentes se traduzem em também distintas estratégias organizacionais concretas e hierarquizações de prioridades que orientam a ação quotidiana. Podemos distinguir a “*Hierarquização Clínica-Centrada*” do Diretor de Serviço da “*Hierarquização Desenvolvimento-Centrada*” do Diretor Clínico.

Tema 3: Tensões Adaptativas entre Sustentabilidade e Excelência

Este tema captura o fenómeno organizacional que se foca em como os profissionais conseguem gerir simultaneamente imperativos aparentemente contraditórios sem comprometer nem a excelência clínica nem a sustentabilidade financeira. Neste âmbito o processo de análise e reflexão incluirá a *“Internalização Sofisticada das Pressões”* e as necessárias *“Estratégias de Reconciliação Económico-Clínica”*.

Tema 4: Estratégias de Autorregulação e Autonomia Profissional

Aqui é revelada, enquanto dimensão da medicina, a capacidade de desenvolver sistemas internos de qualidade que antecipem e mitiguem a necessidade de controlos externos, onde se incluem *“Mecanismos de Auto-Monitorização”* e *“Sistemas de Autorregulação Profissional”*.

Tema 5: Inadequação dos Sistemas de Medição Face à Complexidade Clínica

Este tema captura uma frustração profunda que permeia toda a medicina contemporânea e que reside na tensão entre a necessidade organizacional de medição e a natureza intrinsecamente qualitativa de muitos aspetos da excelência médica onde, partindo da *“Inadequação Concetual Fundamental”*, se tenta evoluir para *“Propostas de Reconcetualização Sistémica”*.

Tema 6: Cultura Organizacional e Modelos de Liderança Humanística

No sexto tema é revelada a preocupação de como preservar os valores humanísticos que definem a medicina como vocação numa era de crescente instrumentalização organizacional, sendo destacada a *“Resistência Cultural à Instrumentalização”* e o papel determinante da *“Liderança e Cultura Organizacional Humanizada”*.

Tema 7: Desenvolvimento e Capacitação Organizacional Sustentável

Neste grupo temático é capturada a dimensão que distingue as organizações que meramente funcionam daquelas que prosperam: a capacidade de investir sistematicamente no desenvolvimento contínuo das suas potencialidades internas, enfatizando-se o papel da *“Formação e Desenvolvimento Profissional como Investimento Estratégico”* em atuação sinérgica com a *“Investigação e Inovação como Identidade Organizacional”*.

Tema 8: Integração de Processos e Suporte Organizacional

Esta derradeira síntese revela a compreensão de que a excelência sustentável requer, não apenas profissionais competentes e motivados, mas também arquiteturas organizacionais que facilitem e amplifiquem as suas capacidades, destacando-se a *“Otimização de Processos Clínicos como forma de Empoderamento Profissional”*, indissociável do *“Suporte Integral ao Profissional como forma de Sustentabilidade Organizacional”*.

3.5.3 Dimensões Agregadas

Na derradeira etapa analítica desenvolveram-se as “*Dimensões Agregadas*”, transformando os *insights* empíricos em contribuições estruturadas, mantendo as ligações transparentes com as vozes originais dos participantes, desta forma elevadas a um nível de generalização que visa permitir a sua interpretação científica. Identificaram-se quatro “*Dimensões Agregadas*” (Figura 3.7), que não são simplesmente sínteses dos temas anteriores, afirmando-se sim como construtos teóricos novos que revelam propriedades emergentes do sistema organizacional.

<i>Dimensões Agregadas</i>		<i>Temas de 2ª Ordem</i>	
I	Gestão de Performance como Pluralismo Adaptativo	<i>Pluralismo Hierárquico na Conceptualização da Performance</i>	1
		<i>Diversidade de Prioridades e Hierarquizações Estratégicas</i>	2
II	Gestão Adaptativa de Tensões em Organizações Profissionais	<i>Tensões Adaptativas entre Sustentabilidade e Excelência</i>	3
		<i>Estratégias de Auto-Regulação e Autonomia Profissional</i>	4
III	Preservação de Valores Profissionais através da Acomodação Sistemática	<i>Inadequação dos Sistemas de Medição Face à Complexidade Clínica</i>	5
		<i>Cultura Organizacional e Modelos de Liderança Humanística</i>	6
IV	Desenvolvimento Organizacional através da Capacitação Integrada	<i>Desenvolvimento e Capacitação Organizacional Sustentável</i>	7
		<i>Integração de Processos e Suporte Organizacional</i>	8

Figura 3.7 – Dimensões Agregadas integrando os Temas de Segunda Ordem

A *Dimensão Agregada I* reconcetualiza a forma como é compreendida a gestão da performance em organizações profissionais, propondo que a eficácia não reside na criação de uniformidade conceptual, mas na orquestração produtiva da diversidade.

A *Dimensão Agregada II* traduz uma revisão concetual de como as organizações profissionais lidam com tensões entre imperativos aparentemente contraditórios. Não considerando as tensões como problemas a resolver através de compromissos ou trade-offs, esta dimensão propõe que as organizações desenvolvam capacidades de gestão dinâmica que transformem tensões em motores de desenvolvimento organizacional.

A *Dimensão Agregada III* apresenta uma potencial resolução para uma das tensões mais desafiantes das organizações profissionais, como preservar valores humanísticos numa era de crescente pressão para a instrumentalização e racionalização organizacional.

A *Dimensão Agregada IV* completa a arquitetura apresentada com a proposta de revisão concetual da forma como as organizações profissionais podem assegurar a vitalidade e a adaptabilidade de longo prazo. Não encarando o desenvolvimento organizacional como uma

série de intervenções discretas ou melhorias incrementais, esta dimensão propõe uma abordagem ecossistémica que integra o desenvolvimento profissional, a otimização de processos e o suporte organizacional numa síntese holística.

3.5.4 Conexões entre os Temas de Segunda Ordem

Em paralelo com a agregação em Dimensões, que traduz uma relação estática entre os Temas de Segunda Ordem, é possível conceber a existência de relações dinâmicas entre os temas, traduzidas em conexões (Figura 3.8 e Tabela 3.8), que enfatizam a riqueza das relações que emergem dos dados originais.

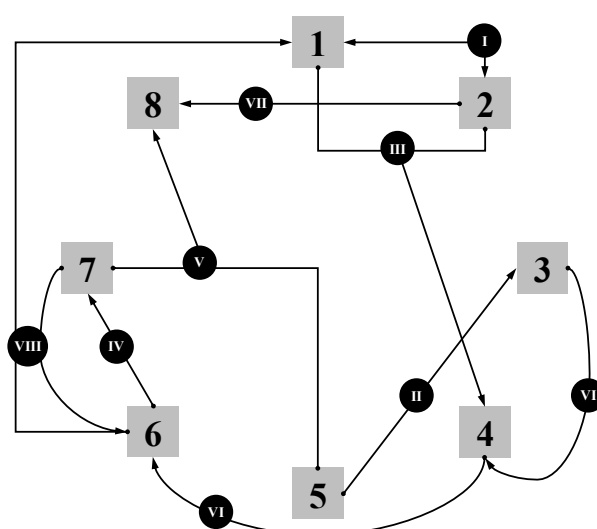


Figura 3.8 – Conexões (I a VIII) entre os Temas de Segunda Ordem (1 a 8)

Tabela 3.8 – Conexões entre os Temas de Segunda Ordem

Conexão	Descrição
I	<i>O Ciclo de Reforço entre Pluralismo Conceptual e Diversidade Estratégica</i> Pluralismo Hierárquico (Tema 1) ↔ ↔ Diversidade de Hierarquizações Estratégicas (Tema 2) Revela uma dinâmica fundamental onde diferentes formas de conceptualização da performance não apenas coexistem, mas alimentam-se mutuamente para criar diversidade estratégica
II	<i>A Génese das Tensões através da Inadequação dos Sistemas</i> Inadequação dos Sistemas de Medição (Tema 5) → Tensões Adaptativas (Tema 3) Explicita como a inadequação dos sistemas formais de medição funciona como catalisador primário das tensões que os profissionais devem gerir entre sustentabilidade e excelência.
III	<i>A Autorregulação como Resposta à Diversidade Conceptual</i> Pluralismo Hierárquico (Tema 1) + Diversidade Estratégica (Tema 2) → → Autorregulação Profissional (Tema 4) Expõe como a diversidade conceptual e estratégica identificada nos dois primeiros temas necessita dos mecanismos de autorregulação profissional para funcionar eficazmente sem criar caos organizacional.

Tabela 3.8 (cont.) – Conexões entre os Temas de Segunda Ordem

IV	<i>A Cultura Humanística como Solo para o Desenvolvimento Sustentável</i> Cultura e Liderança Humanística (Tema 6) → → Desenvolvimento Organizacional Sustentável (Tema 7) A preservação de valores humanísticos não é apenas uma questão ética ou uma preferência cultural, mas sim um pré-requisito funcional para o desenvolvimento organizacional sustentável em contextos profissionais complexos.
V	<i>O Desenvolvimento como Resposta Proactiva às Inadequações Sistémicas</i> Inadequação dos Sistemas (Tema 5) + Desenvolvimento Organizacional (Tema 7) ↔ ↔ Integração de Processos (Tema 8) Conexão tripla que apoia uma estratégia organizacional sofisticada onde, em vez de simplesmente criticar sistemas inadequados, as organizações maduras desenvolvem capacidades internas que transcendem as limitações dos sistemas formais existentes.
VI	<i>As Tensões como Motor da Autorregulação Avançada</i> Tensões Adaptativas (Tema 3) → Autorregulação Profissional (Tema 4) → → Cultura Humanística (Tema 6) Dinâmica contraintuitiva, revelando que as tensões entre sustentabilidade e excelência não são problemas a resolver, mas motores evolutivos que impulsionam o desenvolvimento de capacidades organizacionais mais sólidas.
VII	<i>A Integração de Processos como Materialização da Diversidade Estratégica</i> Diversidade de Hierarquizações (Tema 2) → → Integração de Processos e Suporte (Tema 8) Diferentes hierarquizações estratégicas traduzem-se em arquiteturas organizacionais concretas que tentam operacionalizar as múltiplas prioridades simultaneamente.
VIII	<i>O Ciclo de Renovação Cultural através do Desenvolvimento</i> Desenvolvimento Organizacional (Tema 7) → Cultura Humanística (Tema 6) → → Pluralismo Hierárquico (Tema 1) Esta conexão completa o ciclo sistémico, revelando como o investimento em desenvolvimento organizacional sustentável regenera e renova a cultura humanística, que, por sua vez, preserva e enriquece a diversidade conceptual.

3.5.5 Implicações para a Implementação do Balanced Scorecard

Desta análise podem ser retirados contributos que apontam para a possibilidade e vantagem no enriquecimento concetual da estruturação de um BSC para organizações de saúde complexas, numa ótica que pode ser esquematizada em quatro vetores:

1. *Do Alinhamento à Orquestração*: O BSC deve facilitar a orquestração da diversidade conceptual e estratégica em vez de impor uniformidade.
2. *Da Resolução à Gestão Autorregulada*: O BSC deve incorporar mecanismos de autorregulação profissional que gerem tensões produtivamente.
3. *Da Quantificação à Humanização Sistemática*: O BSC deve desenvolver métricas humanizadas que integram avaliação técnica e valores.
4. *Da Medição ao Desenvolvimento Integrado*: O BSC deve funcionar como plataforma de desenvolvimento organizacional holístico.

Capítulo 4 | Projeto de Implementação

4.1 O Balanced Scorecard como Catalisador da Transformação Cultural

4.1.1 Da Medição de Desempenho à Engenharia Cultural

A análise da cultura organizacional do SMI, realizada através do OCAI (3.3.1 Resultados da Aplicação do OCAI), revelou uma importante dissonância entre a cultura atual, percecionada como predominantemente orientada para o Controlo (Hierárquica) e para a Competição (Mercado), em contraste com a cultura desejada em que se privilegia a Colaboração (Clã) e a Criatividade (Adhocracia). Esta lacuna representa um obstáculo à inovação, ao bem-estar profissional e à excelência clínica que se pretende seja a referência para a Medicina Interna.

Tradicionalmente, a implementação de um sistema como o BSC é vista como um exercício técnico de alinhamento estratégico e medição de performance e desempenho, contudo, o maior valor do BSC, no contexto específico do SMI e dos seus profissionais, não reside no seu produto final – o painel de indicadores – mas no seu *processo*.

A implementação deliberada e participativa do BSC ora proposto pode funcionar como um dos principais catalisadores para a transformação cultural necessária, reclamada pelos médicos. Indo além do seu papel como uma ferramenta de medição, o BSC deverá ser empregue como uma ferramenta de engenharia cultural, onde a própria arquitetura do sistema e o processo da sua criação e utilização se tornam as alavancas que movem a organização da sua situação atual para o seu estado desejado. As diferentes facetas da implementação do BSC devem assim ser estrategicamente desenhadas para fomentar, de forma ativa, as culturas de Clã e de Adhocracia, transformando um projeto de gestão num motor de desenvolvimento organizacional.

4.1.2 Fomentar uma Cultura de Clã

O Balanced Scorecard como plataforma de colaboração e confiança

A cultura de Clã é caracterizada por um ambiente de trabalho coeso, participativo e de confiança e os resultados do OCAI indicam que este é o estado mais desejado pelos clínicos, mas o menos presente na realidade atual. Face a este diagnóstico, a implementação do BSC oferece múltiplos pontos de entrada para promover ativamente esta cultura.

Cocriação de indicadores como exercício de construção de consenso

Na abordagem tradicional e hierárquica a liderança define os indicadores e comunica-os à equipa, no entanto, para fomentar uma cultura de Clã, o processo deve ser invertido. A seleção e validação dos KPI para cada perspetiva – especialmente as da “Qualidade Clínica” e do

“Doente” – devem ser realizadas em processos ativos e participados de cocriação, com sessões de trabalho conjunto que devem envolver uma representação vertical e horizontal do serviço.

Este processo transforma a definição de métricas, de um exercício de controlo, numa conversa sobre valores partilhados, pois ao debater o que constitui um “bom resultado” para o doente ou o que significa “excelência clínica”, a equipa não está apenas a definir um indicador, estará a construir uma visão partilhada do seu propósito. Com este ato de deliberação coletiva afirma-se um poderoso mecanismo de construção e consolidação de equipas, gerando sentimentos de pertença e compromisso com os objetivos finais.

Transparência nos resultados como ferramenta de confiança

Uma cultura hierárquica prospera na opacidade da informação, onde os dados são uma fonte de poder quando, em contrapartida, uma cultura de Clã se baseia na transparência. Os *dashboards* do BSC não devem ser uma ferramenta exclusiva das lideranças, mas estar acessíveis a todos os membros da equipa e serem discutidos abertamente em reuniões de serviço. A discussão dos resultados deve ser enquadrada não como um exercício de julgamento (“quem está a falhar?”), mas como uma oportunidade de aprendizagem coletiva (“onde podemos melhorar juntos?”).

Indicadores focados no bem-estar e no trabalho de equipa

A própria estrutura do BSC pode ser desenhada para reforçar os valores de Clã, nomeadamente na perspetiva de “Aprendizagem e Crescimento”, uma vez que, ao medir ativamente o bem-estar da equipa, a organização envia a mensagem clara de que as pessoas são o seu ativo mais valioso. A inclusão de métricas que avaliam a colaboração formaliza a expectativa de que o trabalho em equipa é uma componente essencial do desempenho, e não um extra opcional.

4.1.3 Estimular uma Cultura de Adhocracia

O Balanced Scorecard como motor de inovação e autonomia

A cultura Adhocrática valoriza o dinamismo, o empreendedorismo e a criatividade, prosperando na inovação e na capacitação (“*empowerment*”) dos seus membros para tomar a iniciativa, contexto em que o BSC pode ser a estrutura que dá forma àquele impulso criativo.

A Perspetiva de “Aprendizagem e Crescimento” como incubadora de inovação

Esta perspetiva deve ser explicitamente desenhada como o motor de inovação onde devem ser incluídos indicadores que incentivem a experimentação. Uma métrica como o “Número de Projetos de Melhoria da Qualidade (PMQ) iniciados por equipas clínicas”, pode, e deve, ser incentivado, alocando-se uma percentagem do orçamento do serviço para financiar os PMQ

mais promissores e utilizando o BSC para monitorizar não apenas a implementação, mas também o seu impacto noutros indicadores, criando um ciclo de inovação virtuoso.

O BSC como ferramenta para uma autonomia responsável

O BSC afigura-se como a ferramenta ideal para a transição criativa de uma cultura de controlo, que chefia através de regras rígidas, para uma cultura de Adhocracia, que gere com base em objetivos claros e na autonomia para os atingir. Ao comunicar claramente os objetivos do serviço através de um mapa estratégico e de um conjunto equilibrado de indicadores, a liderança pode evoluir de um modelo de microgestão (“dizer às pessoas como fazer o seu trabalho”) para um modelo de macro-orientação (“dizer às pessoas o que precisa de ser alcançado”).

As equipas devem ter autonomia para desenhar os seus próprios processos com vista a melhorar os indicadores, podendo ser desafiadas a desenvolver e testar diferentes abordagens mais criativas e motivadoras, recorrendo ao BSC para medir qual tem o maior impacto.

Equilíbrio entre a padronização e a inovação

A cultura de Adhocracia não significa a ausência de processos e o BSC ajuda a encontrar o equilíbrio certo, nomeadamente na perspetiva dos “Processos Internos” que se pode focar na adesão a protocolos de alta criticidade garantindo a fiabilidade, ao mesmo tempo que, na perspetiva de “Aprendizagem e Crescimento”, pode recompensar o questionamento construtivo e a melhoria desses mesmos protocolos. O BSC permite à organização afirmar quais são os padrões atuais, que devem ser seguidos consistentemente e quais são os objetivos para criar padrões ainda melhores no futuro.

4.1.4 Um Processo Deliberado de Mudança

A transformação da cultura organizacional de um estado dominado pelo controlo e pela competição, para um que valoriza a colaboração e a criatividade é um dos desafios mais complexos na gestão, sendo reconhecido que tentar mudar a cultura através de declarações de intenções ou iniciativas isoladas está, invariavelmente, destinado ao fracasso. A mudança cultural requer a alteração dos sistemas, processos e símbolos que reforcem os comportamentos diários.

É neste contexto que a implementação do BSC, se abordada não como um projeto técnico, mas como uma intervenção de desenvolvimento organizacional, pode ser o veículo para aquela mudança sistémica. Através da cocriação de indicadores, da transparência nos resultados, do foco no bem-estar, da promoção da inovação ou da concessão de uma autonomia responsável, o processo de implementação do BSC incorpora diretamente as alavancas que podem fomentar

as culturas de Clã e de Adhocracia. O scorecard deixa assim de ser apenas o espelho que reflete o desempenho passado e torna-se no motor que impulsiona a organização em direção ao seu futuro desejado.

4.2 Competências do Médico Internista

Para a construção de um sistema de avaliação da performance num SMI, e mais especificamente para a componente de avaliação de desempenho dos seus médicos, importa definir *a priori* o quadro de competências dos Médicos Internistas (considerando neste grupo quer os Especialistas em Medicina Interna, quer os Internos em formação específica para a especialidade).

Com base na experiência pessoal e profissional do autor e enquadrada pela literatura científica, definiu-se um conjunto de competências individuais do Médico Internista, agrupadas em oito *Domínios* funcionais e conceptuais, permitindo desta forma estabelecer relações cruzadas com as *Perspetivas* do BSC.

Dentro de cada domínio, e para o quadro respetivo de competências específicas, identificaram-se conjuntos de indicadores base a ser considerados no processo de estruturação do BSC e que se detalham no conjunto de tabelas constantes do “Anexo H | Competências do Médico Internista: desenvolvimento de indicadores”.

4.2.1 Domínio 1: Excelência Clínica e Resultados para o Doente

Este domínio tem como foco a capacidade de proporcionar cuidados médicos de alta qualidade, baseados em sólida evidência científica e centrados nas necessidades do doente, com vista à obtenção de um estado de saúde ótimo.

A excelência clínica e o foco nos resultados para o doente são centrais na Medicina Interna moderna, onde o internista deve garantir que a sua atuação tem o doente como destinatário principal, devendo pautar o seu desempenho pela elevada acuidade diagnóstica, conduzindo a decisões terapêuticas informadas e uma capacidade de gerir eficazmente casos com complexidade clínica acrescida, sempre baseando a prática na evidência científica mais robusta (Kruk *et al.*, 2018). Deve o Médico ter a preocupação de integrar as preferências e necessidades individuais e específicas do doente (Barry & Edgman-Levitan, 2012), incluindo na monitorização dos resultados clínicos, indicadores objetivos (como mortalidade, readmissões ou complicações), e medidas reportadas pelo próprio doente (*Patient Reported Outcome Measures* - PROM) (Black, 2013), opção fundamental para o processo de melhoria contínua e real personalização assistencial, uma vez que a abordagem centrada no doente e a partilha de

decisão promovem maior satisfação, adesão terapêutica e melhores resultados em saúde (Barry & Edgman-Levitan, 2012). A implementação de programas de gestão de doenças crônicas e multimorbilidade tem demonstrado impacto positivo na redução de hospitalizações e melhoria da qualidade de vida (Kastner *et al.*, 2018; Rodrigues *et al.*, 2022). O raciocínio clínico estruturado e a integração de normas e orientações clínicas no processo assistencial são reconhecidos como determinantes para a segurança e eficácia da atuação em saúde (Guyatt *et al.*, 2015).

4.2.2 Domínio 2: Qualidade e Segurança do Doente

O foco deste domínio é o compromisso em minimizar e prevenir o dano nos doentes e a contribuição ativa para uma cultura de segurança e melhoria contínua da qualidade, pilares fundamentais para a confiança pública e a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

O Internista deve ser um agente proactivo da governação clínica, envolvendo-se em iniciativas de melhoria contínua da qualidade (Buja *et al.*, 2022), com adesão rigorosa a protocolos de segurança, incluindo a identificação, notificação e análise sistemática de eventos adversos (Carvalho *et al.*, 2023; Weaver *et al.*, 2013), que demonstraram melhorar significativamente a segurança do doente (Shekelle *et al.*, 2013). Ao atuar como agente ativo na promoção de uma verdadeira cultura de segurança (Weaver *et al.*, 2013), contribui para a prevenção de recorrências de eventos adversos e redução de riscos, conduzindo à melhoria de processos e aprendizagem organizacional, para cuidados mais seguros e eficazes, pois o envolvimento em auditorias clínicas e ciclos de melhoria contínua é reconhecido como determinante para a excelência organizacional (Knudsen *et al.*, 2019).

4.2.3 Domínio 3: Eficiência Operacional e Gestão de Recursos

O foco deste domínio é a gestão eficaz do tempo, recursos e processos para garantir cuidados tempestivos ao doente, eficientes e custo-efetivos no enquadramento organizacional e do SNS.

A eficiência operacional e a gestão racional dos recursos são essenciais para garantir cuidados acessíveis, atempados e sustentáveis (Kruk *et al.*, 2018). Neste contexto, o Internista deve otimizar a utilização do seu tempo clínico (Ashton, 2018), promover a utilização eficiente de recursos materiais e humanos, e contribuir para um fluxo ágil dos doentes, com particular ênfase no planeamento das altas (Penix *et al.*, 2019). A documentação clínica precisa e a adesão a protocolos administrativos são igualmente fundamentais para a transparência, rastreabilidade e conformidade institucional, área onde a incorporação de metodologias de melhoria contínua, como Lean e Six Sigma (Penix *et al.*, 2019; Toussaint & Berry, 2013), contribui para a redução

do desperdício e para o aumento do valor em saúde (Hackbarth, 2012). A título de exemplo, estratégias institucionais para gestão de listas de espera e planeamento de altas têm revelado ser importantes contributos para a eficiência e satisfação do doente (Siciliani *et al.*, 2013).

4.2.4 Domínio 4: Aprendizagem, Desenvolvimento Profissional e Inovação

O foco deste domínio é o compromisso com a aprendizagem ao longo da vida, prática baseada em evidência científica, ensino e contribuição ativa para o conhecimento médico e inovação.

A aprendizagem contínua, o desenvolvimento profissional e a inovação (Harden, 2006) são fundamentais para a excelência e sustentabilidade da Medicina Interna (Desai *et al.*, 2024). O Internista deve assim investir na atualização científica, assumir como imperativo profissional a participação no ensino, mentoria e investigação (Dedeilia *et al.*, 2020) e integrar a evidência científica na prática diária. A adaptabilidade e a adoção de novas tecnologias são essenciais para responder aos desafios emergentes (Greenhalgh & Papoutsis, 2018), onde a valorização da aprendizagem e da inovação (Budrionis & Bellika, 2016) permitem que as organizações e os seus profissionais apresentem melhores resultados clínicos, maior satisfação profissional e maior capacidade de adaptação a crises.

4.2.5 Domínio 5: Trabalho de Equipa, Comunicação e Colaboração Interprofissional

O foco deste domínio é a capacidade de trabalhar eficazmente em equipas multidisciplinares, comunicar claramente com doentes, famílias e colegas e promover um ambiente colaborativo.

Equipas multidisciplinares bem coordenadas demonstram melhores resultados clínicos, maior resiliência organizacional e satisfação dos profissionais (Reeves *et al.*, 2017; Schmutz *et al.*, 2019), reforçando o pressuposto de que o trabalho em equipa, a comunicação eficaz e a colaboração interprofissional são determinantes para a segurança, eficiência e satisfação dos doentes (Gittell *et al.*, 2013; M. A. West & Lyubovnikova, 2013). Neste contexto, o Internista deve ser capaz de colaborar com profissionais de diferentes áreas, comunicar de forma clara com colegas, doentes e famílias (Rosen *et al.*, 2018), resolver conflitos e exercer liderança positiva nas dinâmicas de equipa (Salas *et al.*, 2018), uma vez que a comunicação estruturada e a liderança positiva são reconhecidas como fatores críticos para a excelência assistencial (Rosen *et al.*, 2018; Schmutz *et al.*, 2019).

4.2.6 Domínio 6: Profissionalismo e Ética

Este domínio foca-se na adesão aos mais altos padrões de ética médica, conduta profissional, responsabilidade e compromisso com os valores da profissão médica e da confiança do doente.

O profissionalismo (Hafferty & Castellani, 2010; Medical Professionalism Project, 2002) e a ética (Gillon, 1994; Holm, 2022) são a base da confiança social na medicina e fundamentais para a relação médico-doente. Este domínio abrange a conduta ética (Gillon, 1994; Holm, 2022), a *accountability*, a integridade, o respeito pela diversidade e inclusão (Bailey *et al.*, 2017; Shah *et al.*, 2024), a resiliência e o compromisso com os padrões profissionais (Hafferty & Castellani, 2010; Medical Professionalism Project, 2002). O Internista deve agir com honestidade, transparência e responsabilidade (Wynia *et al.*, 2014), promovendo um ambiente de respeito, equidade e excelência clínica (Bailey *et al.*, 2017), não ignorando que o bem-estar do profissional e a prevenção do *burnout* são essenciais para a qualidade assistencial (C. P. West *et al.*, 2018).

4.2.7 Domínio 7: Responsabilidade e Advocacia Ambiental, Social e de Governança (*Environmental, Social and Governance - ESG*)

O foco deste domínio é na demonstração de compromisso com práticas de cuidados de saúde sustentáveis, na defesa da equidade em saúde e na justiça social, contribuindo para a governação ética no sistema de saúde.

A promoção de ambientes inclusivos e justos é fundamental para a motivação e retenção dos profissionais, reconhecendo que a responsabilidade ESG é central para a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Atwoli *et al.*, 2022). O Internista deve promover práticas sustentáveis (Lenzen *et al.*, 2020), defender a equidade em saúde (Frank *et al.*, 2020; Marmot & Allen, 2014), envolver-se em iniciativas de responsabilidade social (Gruen *et al.*, 2006) e contribuir para a governação ética e transparente das organizações (Magill & Prybil, 2020; Nunes *et al.*, 2023). O compromisso com ESG reforça a legitimidade institucional, a justiça social (Frank *et al.*, 2020; Marmot & Allen, 2014) e a resiliência do sistema de saúde face aos desafios globais.

4.2.8 Domínio 8: Proficiência em Saúde Digital e Integração Tecnológica

O foco deste domínio é na utilização eficaz, ética e segura de tecnologias digitais de saúde, registos de saúde eletrónicos e análise de dados, com vista a melhorar os cuidados ao doente, a eficiência operacional e a aprendizagem contínua.

A proficiência digital é indispensável para a prática clínica moderna, pelo que o Internista deve dominar a utilização dos registos eletrónicos de saúde (Kruse *et al.*, 2016), ferramentas de telemedicina (Greenhalgh *et al.*, 2018) e outras ferramentas digitais, garantindo na sua prática a segurança e ética da informação (Shachar *et al.*, 2020). Importa igualmente contribuir para o desenvolvimento da literacia em dados clínicos, atendendo a que a adoção crítica e ética de

novas tecnologias (Topol, 2019) contribui para a melhoria dos cuidados, a eficiência operacional e facilita o processo de aprendizagem contínua (Budrionis & Bellika, 2016). A segurança da informação e a proteção da privacidade do doente são requisitos legais e éticos incontornáveis na evolução das organizações de saúde (Shachar *et al.*, 2020).

4.3 Modelos Integradores e Estratégia de Implementação

O conjunto da informação obtida pela análise documental, respostas dos médicos aos questionários nos processos de inquérito dirigidos à avaliação da Cultura Organizacional e à Avaliação da Performance e Desempenho, bem como a análise das entrevistas aos dirigentes clínicos revelou, no seu todo, uma riqueza que nos permite avançar para o desenho de potenciais sistemas de avaliação de performance e desempenho em Medicina Interna.

Da revisão bibliográfica havia já emergido a incontornabilidade de ir além do modelo “clássico” de quatro perspetivas do BSC, introduzindo uma quinta perspetiva baseada nos princípios de ESG e Ética, que designaremos de “*Governança, Sustentabilidade e Ética*”. Esta opção veio a ser corroborada pelas respostas aos questionários, nas quais mais de 90% dos médicos afirmaram ser vantajosa a inclusão desta perspetiva adicional.

Consideramos, contudo, que da análise transversal e integrada dos dados recolhidos emerge a possibilidade de conceitualizar um processo mais enriquecedor para o desenvolvimento e implementação de um sistema de avaliação de performance e desempenho em Medicina Interna baseado no BSC. Propomos três modelos, que mais que alternativos, são complementares ou mesmo evolutivos:

- *Modelo A* que mantém inalteradas as quatro perspetivas originais (com a exceção da renomeação da Perspetiva do “Cliente” para “Doente”);
- *Modelo B* que adiciona uma quinta perspetiva de *Qualidade Clínica*, que emerge das Perspetivas do Doente e dos Processos Internos, autonomizando-se;
- *Modelo C* que introduz a perspetiva inovadora de *Governança, Sustentabilidade e Ética*, refletindo as tendências contemporâneas de responsabilidade social hospitalar.

4.3.1 Descrição e Análise dos Modelos Propostos

O Modelo A (“Clássico” de 4 Perspetivas) tem como principais vantagens a sua *simplicidade e reconhecimento conceptual* – pois mantém inalterado o modelo original –, a *facilidade de implementação* – pois não requer criação de novas perspetivas e será enquadrável nos processos já estabelecidos –, a *comparabilidade* – permitindo *benchmarking* direto com

outras organizações – e a *integração* – pois promove a articulação da qualidade clínica com a satisfação do doente.

Este modelo tem, contudo, um conjunto de desvantagens que importa considerar. Implica uma importante *sobrecarga da perspetiva do Doente* – ao agregar a satisfação subjetiva com resultados clínicos objetivos –, leva a *diluição do foco clínico* – uma vez que indicadores críticos de segurança ficam “ocultos”, por exemplo, nos Processos Internos –, acarreta risco de *conflito de prioridades* – como a tensão entre eficiência processual e segurança clínica – e implica uma maior *dificuldade de accountability*, com uma responsabilização menos clara pelos resultados clínicos.

Para a implementação de um sistema baseado neste modelo será vantajosa a criação de subdimensões claras dentro de cada perspetiva, bem como o desenvolvimento de *dashboards* distintos e separados para a área da segurança clínica. Importará igualmente estabelecer ponderações bem diferenciadas para indicadores críticos e apostar na implementação de um sistema de alertas para indicadores de segurança clínica.

Relativamente ao Modelo B (enriquecido com a adição de uma quinta perspetiva de Qualidade Clínica), este tem a vantagem de separar claramente os resultados clínicos da satisfação dos doentes e, ao se alinhar com muitas das implementações hospitalares atuais, facilita um *benchmarking* clínico mais específico. Esta opção adiciona, contudo, complexidade ao modelo, tornando-o mais exigente em termos de sofisticação processual e dos sistemas de informação de suporte. O potencial para criação de silos entre a vertente da qualidade e os processos é outro risco a ter em conta e que poderá funcionar como uma desvantagem que limita a sua adoção.

A opção pela implementação deste modelo deverá considerar a necessidade de reclassificar e priorizar os indicadores, partindo do modelo-base de quatro perspetivas e reforçar a relevância do desenvolvimento de um *dashboard* integrado com as cinco perspetivas. Tendo em conta o contexto do SNS português, devem ser estabelecidas metas progressivas e participadas, evitando a sua imposição não dialogada. Face à maior complexidade do arquétipo de cinco perspetivas, é particularmente relevante o envolvimento ativo e direto das equipas clínicas na validação final dos indicadores selecionados, bem como a aposta em sistemas fiáveis de automatização da recolha de dados para os indicadores-chave. O seu carácter inovador implica uma abertura organizacional para eventuais revisões das metas a intervalos mais curtos (p. ex. trimestralmente), garantindo uma monitorização mensal objetiva e transparente.

O Modelo C assenta na concetualização da Perspetiva de Governança, Sustentabilidade e Ética. Em contexto hospitalar abrange a gestão de resíduos, a eficiência energética ou a pegada

carbónica, a par da equidade no acesso, da responsabilidade comunitária ou dos determinantes sociais de saúde, com base nos princípios da transparência, da conformidade regulatória ou da ética profissional. Questões éticas como as relacionadas com o consentimento informado, a garantia de um fim de vida digno ou a justiça distributiva na alocação e utilização de recursos, estão também integradas nesta perspetiva.

Este modelo afigura-se particularmente interessante pelo seu alinhamento contemporâneo que reflete as tendências ESG globais e acomoda as pressões regulatórias. O reforço de uma visão holística, ao integrar as responsabilidades sociais e ambientais do hospital e a diferenciação competitiva, posicionando-o como líder em sustentabilidade, são elementos distintivos. Com este modelo evidencia-se o equilíbrio entre uma vertente financeira moderna – potenciando a possibilidade de captação de financiamento alinhado com critérios de investimento ESG – e uma forte responsabilidade social, explicitando o papel do hospital universitário na comunidade.

Este carácter inovador, mais abrangente e em linha com os desafios das modernas sociedades democráticas, não é isento de riscos.

A complexidade adicional que acarreta, requerendo competências em sustentabilidade e ética e a utilização de métricas ainda em desenvolvimento (muitos indicadores ESG em saúde estão ainda em maturação), poderá dificultar a sua adoção e implementação. Os custos de implementação poderão, numa fase inicial, ser acrescidos, face à necessidade de recurso a sistemas de monitorização ambiental e social. Tratando-se de uma organização pública de saúde, o potencial de dispersão do foco das questões clínicas críticas deve ser precocemente identificado e rapidamente mitigado.

Serão elementos-chave para o desenho e implementação harmoniosos deste modelo o desenvolvimento de indicadores ESG específicos para a área da saúde, indissociáveis da garantia de formação dos profissionais em competências de sustentabilidade.

Do ponto de vista organizacional, a adaptação da estrutura com o reforço da Comissão de Ética, com competências alargadas na área da sustentabilidade, a integração do reporte ESG nos relatórios de gestão e o alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável emergem como determinantes para o sucesso.

4.3.2 Análise Comparativa e Adequação dos Modelos

Face às características diferenciadoras dos modelos apresentados, os mesmos revelam uma apropriação distinta para diferentes contextos organizacionais hospitalares.

Resume-se na Tabela 4.1 a apreciação comparativa entre os três modelos, utilizando um conjunto abrangente de vetores e na Tabela 4.2 apresenta-se uma breve análise de adequação por contexto organizacional para os três modelos em apreço.

Tabela 4.1 – Análise comparativa dos três modelos de Balanced Scorecard em discussão

<i>Critério</i>	Modelo A <i>(4 Perspetivas)</i>	Modelo B <i>(Qualidade Clínica)</i>	Modelo C <i>(ESG e Ética)</i>
Complexidade	Baixa	Média-Alta	Alta
Foco Clínico	Moderado	Muito Forte	Moderado
Alinhamento Internacional	Alto (geral)	Alto (saúde)	Emergente
Facilidade de Implementação	Alta	Moderada	Baixa
Custos com os Sistemas de Informação	Baixo	Médio	Alto
Apelo a Stakeholders	Gestores	Clínicos	Sociedade/Reguladores
Benchmarking	Fácil (geral)	Fácil (hospitais)	Difícil (emergente)
Inovação	Baixa	Moderada	Alta
Sustentabilidade a longo prazo	Média	Alta	Muito Alta
Accountability Clínica	Difusa	Muito Clara	Moderada

Tabela 4.2 – Adequação por Contexto dos três modelos de Balanced Scorecard

<i>Contexto Hospitalar</i>	<i>Modelo</i>	<i>Justificação</i>
Hospital com foco em excelência clínica	Modelo B	Maximiza visibilidade de outcomes clínicos
Hospital em fase inicial BSC	Modelo A	Simplicidade facilita adoção
Hospital universitário com missão social	Modelo C	Integra tripla missão: assistencial, educativa, social
Hospital com pressão financeira	Modelo A	Foco em eficiência, sem complexidade adicional
Hospital candidato a financiamento europeu	Modelo C	Alinhamento com critérios ESG de financiamento
Hospital em processo de acreditação	Modelo B	Destaque para qualidade e segurança clínica

4.4 Balanced Scorecard para Medicina Interna: Estrutura e Conteúdo

Propomos assim a estruturação de um BSC para a Medicina Interna assente num quadro referencial de cinco a seis perspetivas, acrescentando às quatro originais (Financeira, Doente, Processos Internos, Aprendizagem e Crescimento) uma quinta perspetiva de ESG e Ética e a possibilidade de desdobramento das Perspetivas do Doente e dos Processos Internos com a emergência da Perspetiva de Qualidade Clínica.

Numa análise cruzada das competências identificadas para um Médico Internista com a *framework* do BSC, é possível associar os “Domínios de Competências” descritos às perspetivas do BSC (Tabela 4.3), criando assim um mosaico multidimensional que interliga as características individuais dos profissionais com os arquétipos a adotar para o processo de avaliação de performance e desempenho, desta forma aproximando o indivíduo e a sua ação da estratégia organizacional.

Tabela 4.3 – Relação entre as Perspetivas do Balanced Scorecard e os Domínios de Competências do Médico Internista

	<i>Perspetiva do BSC</i>	<i>Stakeholder</i>	<i>Domínio de Competências</i>							
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
0	Qualidade Clínica	Doente Gestor	⊗	⊗						
1	Doente	Doente	⊗				⊗	⊗		
2	Governança, Sustentabilidade e Ética	Sociedade Doente Gestor Investidor Colaborador						⊗	⊗	
3	Processos Internos	Gestor			⊗		⊗			⊗
4	Financeira	Investidor/ Acionista			⊗				⊗	
5	Aprendizagem e Crescimento	Colaborador		⊗		⊗	⊗			⊗

Listam-se nas secções seguintes conjuntos alargados e compreensivos de indicadores (KPI) selecionados para cada uma das seis potenciais perspetivas, a utilizar de acordo com a fase de implementação da organização e tendo em conta o destinatário específico do BSC a desenhar (p. ex. o Serviço, uma Equipa, um Médico Especialista Sénior, um Médico Especialista Consultor, um Médico recém-Especialista, um Médico Interno em formação, ou outros).

4.4.1 Perspetiva de Qualidade Clínica

Na Tabela 4.4 listam-se os indicadores para esta Perspetiva agrupados por subcategorias.

Tabela 4.4 – Indicadores para a Perspetiva de Qualidade Clínica

<i>Indicador</i>	<i>Descrição</i>
Resultados Fundamentais de Segurança do Doente	
<i>Taxa de Adesão à Higiene das Mãos</i>	Percentagem de oportunidades de higiene das mãos observadas em que a ação correta foi executada (“5 Momentos para a Higiene das Mãos”).
<i>Taxa de Análise e Melhoria de Eventos de Segurança</i>	Afere o compromisso organizacional com a cultura de segurança focada na aprendizagem e não em abordagens orientadas para a culpa, uma vez que a análise sistemática de incidentes transforma os eventos individuais de segurança em oportunidades de aprendizagem organizacional.
<i>Taxa de Eventos Adversos a Medicamentos Preveníveis</i>	O número de eventos adversos a medicamentos preveníveis por 1000 dias-doente (metodologia <i>Trigger Tool</i> do IHI ¹⁸).
<i>Taxa de Falha no Resgate</i>	Mede a capacidade clínica de prevenir o óbito subsequente a complicações potencialmente tratáveis durante o internamento.
<i>Taxa de Infecção do Trato Urinário Associada a Catete</i>	Número de infeções observadas por número de infeções previstas ou o número de infeções pelo número de dias de cateter urinário.
<i>Taxa de Lesões por Pressão Adquiridas no Hospital</i>	Novas lesões por pressão de estágio 2 ou superior que se desenvolvem após a admissão.
<i>Indicador de Segurança Medicamentosa</i>	Monitorização de utilização de medicamentos de alto-risco. Alinha-se com o desafio global da OMS “Medicação Sem Dano” ¹⁹ e requisitos de farmacovigilância da Agência Europeia de Medicamentos.
<i>Índice de Segurança e Precisão Diagnóstica</i>	Indicador compósito que avalia múltiplas dimensões da excelência diagnóstica, incluindo a precisão diagnóstica, tempo até ao diagnóstico, utilização apropriada de testes e comunicação eficaz de resultados.
Processos Clínicos Centrais e Efetividade	
<i>Índice de Compliance com Normas de Orientação Clínica</i>	Mede a adesão sistemática a <i>guidelines</i> de prática clínica estabelecidas para as condições comuns, captando a <i>compliance</i> com protocolos diagnósticos, terapêuticos e de monitorização baseados em evidência.
<i>Score de Eficiência da Utilização dos Recursos Clínicos</i>	Mede a capacidade de prestar cuidados clínicos eficazes utilizando níveis apropriados de recursos, evitando a sobreutilização que aumenta custos desnecessariamente e a subutilização que pode comprometer a qualidade clínica ou a satisfação do doente.
<i>Score Abrangente de Coordenação de Cuidados</i>	Afere a organização da atividade assistencial e partilha de informação entre os participantes, incluindo médicos de várias especialidades, enfermeiros ou farmacêuticos ao longo do continuum da hospitalização.
<i>Rácio de Mortalidade Hospitalar Ajustada ao Risco</i>	Compara o número observado de óbitos com o número que seria esperado com base na complexidade específica dos doentes assistidos.
<i>Adequação da Profilaxia do Tromboembolismo Venoso</i>	Mede a avaliação do risco de tromboembolismo venoso na admissão, a adequação da profilaxia ou a documentação de contraindicação.
<i>Indicadores de Qualidade de Prevenção nas Admissões Relacionadas com Diabetes</i>	<i>Score</i> compósito de internamentos relacionados com a diabetes, encarada como prioridade de saúde pública que requer gestão coordenada de cuidados entre os hospitais, incluindo os serviços de Medicina Interna, e os cuidados primários.
<i>Taxa Ajustada de Readmissão Não Planeada</i>	Monitoriza readmissões não planeadas (dentro de 30 dias após a alta) para condições específicas ou para todas as causas, ajustadas ao risco e à complexidade clínica.

¹⁸ Ferramenta “IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events” disponível em: <https://www.ihl.org/library/white-papers/ihl-global-trigger-tool-measuring-adverse-events>

¹⁹ Iniciativa “Medication Without Harm” da Organização Mundial da Saúde, disponível em: <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>

4.4.2 Perspetiva do Doente

Na Tabela 4.5 listam-se os indicadores para esta Perspetiva agrupados por subcategorias.

Tabela 4.5 – Indicadores para a Perspetiva do Doente

<i>Indicador</i>	<i>Descrição</i>
Satisfação	
<i>Índice de Satisfação Global</i>	Indicador compósito que avalia a satisfação do doente relativamente aos cuidados recebidos em múltiplas dimensões.
<i>Resolução de Reclamações em Tempo Adequado</i>	Mede a percentagem de reclamações formais resolvidas dentro do prazo estabelecido institucionalmente, refletindo a capacidade de resposta da organização às preocupações dos doentes e famílias.
<i>Taxa de Elogios Formais</i>	Quantifica o número de elogios formais (8/1000 internamentos) apresentados por doentes ou seus familiares, funcionando como uma medida direta e proativa de satisfação com aspetos diversos dos cuidados
Resultados	
<i>Estado de Saúde Global Reportado pelo Doente</i>	Fornece uma avaliação holística da saúde do doente a partir da sua própria perspetiva. Inclui medição da qualidade de vida geral, saúde física, saúde mental, saúde social, dor e fadiga.
<i>Estado Funcional Reportado pelo Doente na Alta</i>	Percentagem de doentes que mantêm ou melhoram a sua pontuação no Índice de Katz (Katz <i>et al.</i> , 1963) de atividades de vida diária da admissão para a alta.
<i>Índice de Preservação da Dignidade do Doente</i>	Mede a perceção dos doentes sobre a manutenção da sua dignidade durante a hospitalização, abrangendo três domínios-chave: privacidade física, informação/autonomia e interações respeitadas.
Serviços Prestados	
<i>Pontuação de Conforto do Ambiente Hospitalar</i>	Avalia a perceção dos doentes sobre a qualidade ambiental, focando-se nos níveis de ruído, limpeza e conforto físico no ambiente hospitalar.
<i>Índice de Desfasamento da Qualidade Nutricional</i>	Avalia a discrepância entre as necessidades nutricionais dos doentes e o consumo real de nutrientes, avaliando a qualidade do serviço de nutrição através de um modelo de análise de desfasamentos (gap analysis).
Comunicação e Relações Interpessoais	
<i>Perceção sobre a Comunicação com as Equipas Clínicas</i>	Utiliza questões de inquérito validado para medir as perceções dos doentes sobre as suas interações com médicos e enfermeiros.
<i>Índice de Empatia e Clareza na Comunicação</i>	Mede a qualidade da comunicação não-clínica entre o pessoal de saúde e os doentes, focando-se na empatia, na clareza da transmissão de informação e na prestação de apoio emocional.
<i>Adesão a Protocolos de Comunicação de Más Notícias</i>	Aborda a frequência em que foram seguidos os protocolos estabelecidos para comunicação de más notícias, medido através de auditorias aos registos clínicos e questionários aos profissionais e famílias.
<i>Medida de Cortesia e Resposta dos Serviços Não-Clínicos</i>	Aborda a cortesia e a resposta dos serviços hospitalares não-clínicos, incluindo a receção, o serviço de alimentação, a limpeza e as interações do pessoal administrativo com os doentes.
Relação Assistencial	
<i>Tempo Espera para o Primeiro Contacto com o Médico</i>	Quantifica o intervalo de tempo entre a chegada do doente ao serviço e a primeira avaliação formal por um médico da equipa de médica assistente. Este período inicial é crítico para a experiência do doente, podendo gerar ansiedade e incerteza.
<i>Acessibilidade e Disponibilidade da Equipa de Enfermagem</i>	Afere a perceção do doente sobre a facilidade em obter resposta da equipa de enfermagem, uma vez que a capacidade de resposta de enfermagem é um fator crítico para a segurança e o conforto do doente.
<i>Perceção do Doente sobre a Decisão Partilhada</i>	Representa uma transição de um modelo de cuidados paternalista para um de parceria genuína médico-doente, avaliando os componentes centrais da decisão partilhada na perspetiva do doente.

4.4.3 Perspetiva de Governança, Sustentabilidade e Ética

Na Tabela 4.6 listam-se os indicadores para esta Perspetiva agrupados por subcategorias.

Tabela 4.6 – Indicadores para a Perspetiva de Governança, Sustentabilidade e Ética

<i>Indicador</i>	<i>Descrição</i>
Sustentabilidade Ambiental	
<i>Pegada Carbónica por Cama-Dia</i>	Mede as emissões totais de gases com efeito de estufa associadas aos cuidados por cama ocupada por dia.
<i>Intensidade Energética Hospitalar por Cama-Dia</i>	Quantifica o consumo total de energia (eletricidade, gás natural, outros combustíveis) por cama ocupada por dia.
<i>Taxa de Geração de Resíduos Médicos por Doente-Dia</i>	Mede a quantidade total de resíduos médicos perigosos gerados por doente internado por dia.
<i>Eficiência Hídrica por Cama-Dia</i>	Avalia o consumo total de água por cama ocupada por dia.
<i>Taxa de Sustentabilidade Farmacêutica</i>	Integra múltiplas dimensões da sustentabilidade farmacêutica, medindo a percentagem de medicamentos que cumprem critérios de sustentabilidade ambiental.
Responsabilidade Social	
<i>Índice de Equidade no Acesso aos Cuidados</i>	Baseado na <i>framework</i> de <i>Health Equity Measurement</i> , foca-se na equidade do acesso aos cuidados através da análise das disparidades socioeconómicas no atendimento hospitalar.
<i>Índice de Satisfação do Doente com a Competência Cultural</i>	Avalia a qualidade da experiência do doente relativamente à competência cultural dos profissionais e à capacidade do serviço em corresponder às necessidades culturais, linguísticas e sociais diversas.
<i>Taxa de Diversidade e Inclusão da Equipa Médica</i>	Avalia o grau de diversidade e inclusão na composição da equipa médica, refletindo o compromisso institucional com a representatividade social e a equidade no emprego.
<i>Tempo Médio de Espera Ajustado por Vulnerabilidade Social</i>	Monitoriza a equidade temporal no acesso aos cuidados de saúde através da análise dos tempos de espera ajustados pelo grau de vulnerabilidade social dos doentes.
<i>Índice de Envolvimento Comunitário e Educação para a Saúde</i>	Centra-se no grau de envolvimento do serviço com a comunidade através de atividades de promoção da saúde, prevenção da doença, educação para a saúde e parcerias comunitárias.
Governança Ética	
<i>Índice de Transparência em Decisões Médicas</i>	Avalia o nível de transparência organizacional na tomada de decisões médicas, elemento fundamental para a governança ética hospitalar.
<i>Indicador de Gestão de Conflitos de Interesse</i>	Afere a eficácia dos sistemas de identificação, declaração e gestão de conflitos de interesse.
<i>Índice de Qualidade do Consentimento Informado</i>	Tem foco na qualidade e eficácia dos processos de consentimento informado, garantindo o respeito pela autonomia do doente e decisões verdadeiramente informadas.
<i>Indicador de Cultura de Segurança e Consciência Ética</i>	Quantifica o nível de cultura de segurança do doente integrada com consciência ética, num ambiente onde as questões éticas são atempadamente identificadas e abordadas proativamente.
<i>Índice de Compliance Ético-Regulamentar</i>	Centra-se na avaliação do grau de conformidade do serviço com regulamentações éticas nacionais e internacionais, orientações profissionais e standards de governança hospitalar.

4.4.4 Perspetiva dos Processos Internos

Na Tabela 4.7 listam-se os indicadores para esta Perspetiva agrupados por subcategorias.

Tabela 4.7 – Indicadores para a Perspetiva dos Processos Internos

<i>Indicador</i>	<i>Descrição</i>
Fluxos Assistenciais	
<i>Índice de Duração de Internamento Ajustado</i>	Mede a eficiência da gestão do internamento, comparando a duração média de internamento observada com a esperada para o grau de complexidade dos doentes tratado.
<i>Tempo de Permanência após Alta Clínica</i>	Avalia o impacto de fatores não clínicos na utilização das camas de internamento ao identificar o número de dias entre a alta clínica e a saída efetiva do doente (alta administrativa).
<i>Taxa de Ocupação de Camas</i>	A percentagem da lotação de camas que é utilizada é um indicador fundamental para a gestão da capacidade instalada, onde uma taxa adequada equilibra a eficiência com a flexibilidade para acomodar picos de procura ou situações de emergência.
<i>Tempo “Decisão de Internar” até Chegada à Enfermaria</i>	Mede o tempo médio desde que a equipa do serviço de urgência (ou de outra proveniência) toma a decisão clínica de internar um doente até que este chega fisicamente ao SMI.
<i>Tempo Médio de Transferência Interna de Doentes</i>	Quantifica o tempo médio decorrido desde a decisão de transferir um doente do serviço para outra unidade até à sua chegada efetiva.
Oportunidades e Coordenação de Cuidados	
<i>Taxa de Necessidades Sociais</i>	Quantifica o número de internamentos em que há necessidade de intervenção do serviço social para otimizar a resposta às necessidades individuais dos doentes ou para efetivar a saída do hospital.
<i>Tempo Médio para Realização de Exames de Imagiologia</i>	Avalia o tempo médio desde a prescrição de um exame de imagiologia essencial para o diagnóstico ou seguimento até à sua efetiva realização.
<i>Taxa de Adesão a Reuniões Multiprofissionais de Gestão de Casos</i>	Mede a frequência e a participação da equipa nuclear (médicos, enfermeiros, assistente social) nas reuniões de discussão e planeamento de casos. Estas reuniões são um processo interno vital para alinhar o plano terapêutico, antecipar barreiras à alta e coordenar os cuidados.
Processos de Alta e Transição de Cuidados	
<i>Percentagem de Processos Clínicos com Documentação de Alta Completa</i>	Avalia a proporção de processos clínicos que, no momento da alta, contêm todos os elementos documentais essenciais devidamente preenchidos e validados (p. ex: notas de alta, reconciliação da medicação, plano de cuidados, carta para equipas de ambulatório).
<i>Percentagem de Consultas de Seguimento Pós-Alta Agendadas Antes da Saída</i>	Verifica a eficácia do processo de planeamento de alta ao quantificar a proporção de doentes que, necessitando de uma consulta de seguimento hospitalar, saem do hospital já com essa consulta marcada.
<i>Taxa de Altas até às 14h</i>	Foca-se na eficiência do processo de alta, medindo a proporção de doentes que têm alta do serviço até às 14:00, funcionando como um catalisador para todo o fluxo hospitalar, libertando camas mais cedo para as admissões provenientes do serviço de urgência.
Processos Estruturais Operacionais	
<i>Rácio Médico/Doente Ajustado pela Complexidade</i>	Centra-se na alocação de recursos humanos médicos, ajustando o rácio pela complexidade clínica dos doentes tratados.
<i>Rácio Enfermeiro/Doente Ajustado pela Complexidade</i>	Aborda a alocação de recursos humanos de enfermagem, ajustando o rácio pelo nível de dependência ou complexidade dos doentes.
<i>Taxa de Desperdício de Medicação</i>	Mede a percentagem de medicamentos preparados pela Farmácia Hospitalar que são devolvidos e não podem ser reaproveitados, representando desperdício.
<i>Taxa de Resposta para Pedidos de Consultadoria <8h</i>	Avalia a efetividade da resposta atempada a pedidos de apoio de Medicina Interna por parte de outras especialidades/serviços.

4.4.5 Perspetiva Financeira

Na Tabela 4.8 listam-se os indicadores para esta Perspetiva agrupados por subcategorias.

Tabela 4.8 – Indicadores para a Perspetiva Financeira

<i>Indicador</i>	<i>Descrição</i>
Eficiência Operacional	
<i>Índice de Custo Ajustado por Doente Tratado</i>	Avalia o custo real de tratar um episódio de internamento, comparando-o com o custo esperado para doentes com a mesma complexidade.
<i>Custo da Cama/Dia Vazia (Custo de Oportunidade)</i>	Em complemento à taxa de ocupação, calcula o custo financeiro associado a cada cama que permanece desocupada, o que inclui a alocação de custos fixos que são incorridos independentemente de a cama estar ou não a ser utilizada.
<i>Receita Média Ajustada por Doente Tratado</i>	Mede receita média por cada doente tratado, permitindo compreender o valor que a atividade gera. A comparação entre a receita e o custo por é fundamental para avaliar a sustentabilidade financeira.
<i>Índice de Eficiência de Custo</i>	É o inverso do “Índice de Custo por Doente Tratado” e mede a performance em relação ao custo esperado. É uma forma positiva e intuitiva de comunicar a performance de custo, focando na eficiência alcançada em vez do custo excedido.
Custos Diretos	
<i>Custo com Pessoal por Doente-dia</i>	Quantifica o custo total com pessoal (salários, horas extraordinárias, etc.) por cada dia de internamento de um doente, sendo um indicador direto da intensidade de mão-de-obra e da sua eficiência.
<i>Custo com Meios Complementares de Diagnóstico por Episódio</i>	Agrega os custos de todos os exames complementares realizados durante um episódio de internamento, contribuindo para monitorizar uma fonte de despesa relevante e a promover a prescrição criteriosa.
<i>Custo Farmacêutico por Doente-dia Ajustado</i>	Isola o custo com medicamentos, ajusta-o pela complexidade dos doentes e normaliza-o por doente-dia, permitindo a monitorização de tendências.
<i>Custo com Material de Consumo Clínico por Doente-dia</i>	O material de consumo clínico representa uma despesa contínua e significativa, pelo que a monitorização deste custo por doente-dia permite avaliar a eficiência na sua utilização e identificar tendências.
<i>Margem de Contribuição por Grupo de GDH</i>	Calcula a diferença entre a receita gerada e os custos diretos associados a um grupo específico de GDH, permitindo identificar quais as patologias que são financeiramente mais equilibradas.
Oportunidades de Sustentabilidade	
<i>Variação Orçamental</i>	Quantifica a diferença entre o orçamento alocado e a despesa real incorrida. Uma variação negativa exige uma análise detalhada para perceber as suas causas.
<i>Custo Evitado por Projetos de Melhoria Contínua</i>	Explicita o impacto financeiro de iniciativas de melhoria implementadas, contribuindo para a justificação do investimento em projetos de qualidade e eficiência, mas também para a motivação das equipas ao demonstrar o valor tangível do seu trabalho.
<i>Percentagem do Custo com Horas Extraordinárias no Custo Total com Pessoal</i>	Evidencia que proporção dos custos com pessoal é gasta em trabalho extraordinário, pois um valor elevado e persistente é um forte indicador de inadequação do quadro de pessoal.
<i>Custo por Duração de Internamento Evitada</i>	Traduz diretamente a eficiência de processos num ganho financeiro ao comparar a duração média de internamento para um determinado GDH com um valor de referência (interno ou externo) e calcular o valor.
<i>Percentagem da Despesa com Medicamentos de Alto Custo</i>	Proporção da despesa total do serviço que é alocada a medicamentos de elevado custo. Dada o seu impacto no orçamento, é crucial acompanhar este tipo de despesa.
<i>Percentagem da Despesa com Dispositivos Médicos de Alto Custo</i>	Proporção da despesa total do serviço que é alocada a dispositivos médicos de elevado custo. Dada o seu impacto no orçamento, é crucial acompanhar este tipo de despesa.

4.4.6 Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento

Na Tabela 4.9 listam-se os indicadores para esta Perspetiva agrupados por subcategorias.

Tabela 4.9 – Indicadores para a Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento

<i>Indicador</i>	<i>Descrição</i>
Formação e Aprendizagem	
<i>Horas de Formação Contínua por Colaborador</i>	Mede o investimento na atualização de competências técnicas e não-técnicas dos profissionais, refletindo o compromisso com a excelência clínica e com o desenvolvimento profissional.
<i>Colaboração de Aprendizagem Transfuncional</i>	Avaliação da extensão e eficácia da colaboração orientada para a aprendizagem entre diferentes áreas profissionais e níveis organizacionais.
<i>Escala de Envolvimento e Desenvolvimento de Aprendizagem</i>	Centra-se na motivação intrínseca dos profissionais para a aprendizagem (em atividades de aprendizagem formais e informais), aplicação de conhecimento recém-adquirido à prática clínica e apoio organizacional para desenvolvimento profissional.
<i>Investimento e Participação em Formação Contínua</i>	Mede coletivamente o compromisso do serviço e o envolvimento dos profissionais em programas formais de formação e aprendizagem.
<i>Índice de Maturidade da Cultura de Aprendizagem Organizacional</i>	Avaliação da extensão em que a organização cria condições para aprendizagem contínua, aquisição de conhecimento e adaptação organizacional, através de um conjunto de dimensões interconectadas.
<i>Rácio Internos de Formação Específica / Especialistas</i>	Afere a capacidade formativa e de tutoria do serviço. Rácios elevados podem indicar uma sobrecarga dos especialistas, enquanto rácios reduzidos podem indiciar reduzida capacidade de captação de internos.
<i>Taxa de Profissionalização das Lideranças</i>	Avalia a percentagem de líderes das equipas que possuem formação específica em gestão e liderança, pois a formação das lideranças é crucial para a boa governação clínica e para a motivação das equipas.
Motivação, Mudança e Crescimento	
<i>Índice de Satisfação e Envolvimento dos profissionais</i>	Medida composta para avaliação da satisfação dos profissionais de saúde através de múltiplas dimensões incluindo ambiente de trabalho, oportunidades de desenvolvimento profissional, gestão de carga de trabalho, apoio organizacional, benefícios e salário ou apoio inter pares.
<i>Taxa de Retenção de Profissionais</i>	Mede a percentagem de profissionais (médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde) que permanecem no serviço durante um período de 12 meses, separando rotatividade voluntária e involuntária.
<i>Capacidades de Gestão de Mudança</i>	Aferição da capacidade para planear, implementar e sustentar mudanças clínicas e operacionais com sucesso, abordando tanto a gestão de mudança reativa quanto a iniciação proativa de mudança.
<i>Taxa de Implementação de Sugestões de Melhoria dos Colaboradores</i>	Avalia a capacidade das lideranças para ouvir, valorizar e implementar as sugestões de melhoria propostas pelos seus colaboradores, fomentando uma cultura de <i>empowerment</i> e de participação ativa na melhoria contínua.
Investigação e Inovação	
<i>Profissionais Envolvidos em Atividades de Investigação</i>	Quantifica o envolvimento da equipa em projetos de investigação, publicações científicas ou apresentações em congressos.
<i>Índice de Produção Científica</i>	Quantifica o resultado da atividade científica e de investigação realizada pelos profissionais em reuniões científicas e revistas reconhecidas.
<i>Rácio de Eficácia na Utilização de Sistemas de Apoio à Decisão Clínica</i>	Métrica abrangente que mede a eficácia económica e clínica da implementação de Sistemas de Apoio à Decisão Clínica, capturando tanto a taxa de adoção quanto o seu impacto.
<i>Índice de Eficácia da Partilha de Conhecimento</i>	Métrica composta que avalia a frequência, qualidade e impacto das atividades de partilha de conhecimento, incluindo mecanismos formais e informais de transferência de conhecimento, disseminação de resultados de investigação e iniciativas de aprendizagem colaborativa.

4.4.7 Quadros de Indicadores: Serviço e Médico Internista

A gestão eficaz de uma entidade de saúde complexa, como um SMI num hospital público universitário, exige um sistema de medição de performance e de desempenho que seja simultaneamente abrangente no seu âmbito e detalhado na sua aplicação. Uma abordagem monolítica, que empregue um único conjunto de indicadores tanto para a unidade organizacional, como para o profissional individual, arrisca-se a ocultar desafios departamentais estratégicos ou a não conseguir captar as competências específicas do clínico.

Completa-se assim este exercício exploratório com o esboço de dois quadros de indicadores, um genericamente direcionado ao *Serviço de Medicina Interna* e um outro adaptado a um hipotético *Médico Internista* individual. Pretende-se desta forma fornecer as fundações do que poderão vir a ser os desenvolvimentos futuros de um sistema de avaliação de performance e desempenho para a Medicina Interna inspirado no presente projeto, onde será incontornável aprofundar os quadros quer do Serviço, quer dos Médicos, desagregando, por exemplo, estes de acordo com o grau de carreira ou diferenciação.

O Scorecard do Serviço como Ferramenta de Gestão Estratégica

O primeiro scorecard (Tabela 4.10 e detalhado na Tabela I-1 do Anexo I) é concebido como uma ferramenta de gestão estratégica para a liderança do serviço. A sua função principal é traduzir os objetivos e desafios estratégicos globais da instituição-mãe – neste caso a ULS-SM – num conjunto coerente de métricas operacionais, focando-se na gestão de recursos coletivos, na eficiência dos processos transversais e na medição de resultados agregados. Os indicadores selecionados são, por natureza, de nível macro, refletindo o esforço coletivo e a saúde sistémica de todo o serviço.

O Scorecard do Médico como Quadro de Responsabilização Profissional

O segundo *scorecard* (Tabela 4.11 e detalhado na Tabela I-2 do Anexo I) é posicionado como um quadro-base para a gestão do desempenho individual e para o desenvolvimento e crescimento profissional contínuos. O seu propósito é operacionalizar as competências específicas que definem um internista, conforme detalhado no quadro de competências elaborado. Os indicadores são mais granulares, diretamente atribuíveis ao indivíduo e alinhados com os domínios da excelência clínica, gestão de recursos, comunicação e aprendizagem. Pretende-se que este quadro funcione como uma ferramenta para avaliação construtiva, definição de metas pessoais e cultivo da mestria profissional.

Tabela 4.10 – Quadro de indicadores para o Serviço de Medicina Interna (agrupados por Perspetiva)

Doente - Medir a Jornada Coletiva do Doente
1. <i>Índice de Satisfação Global</i>
2. <i>Estado de Saúde Global Reportado pelo Doente</i>
3. <i>Resolução de Reclamações em Tempo Adequado</i>
4. <i>Tempo de Espera para o Primeiro Contacto com o Médico</i>
5. <i>Pontuação de Conforto do Ambiente Hospitalar</i>
Qualidade Clínica - Manter Elevados Padrões Clínicos em Todo o Serviço
1. <i>Rácio de Mortalidade Hospitalar Ajustada ao Risco</i>
2. <i>Taxa Ajustada de Readmissão Não Planeada</i>
3. <i>Taxa de Eventos Adversos a Medicamentos Preveníveis</i>
4. <i>Taxa de Análise e Melhoria de Eventos de Segurança</i>
5. <i>Indicadores de Qualidade de Prevenção nas Admissões Relacionadas com Diabetes</i>
Aprendizagem e Crescimento - Cultivar uma Organização Resiliente e Inovadora
1. <i>Índice de Satisfação e Envolvimento dos Profissionais</i>
2. <i>Taxa de Retenção de Profissionais</i>
3. <i>Índice de Maturidade da Cultura de Aprendizagem Organizacional</i>
4. <i>Taxa de Profissionalização das Lideranças</i>
5. <i>Rácio Internos de Formação Específica / Especialistas</i>
Governança, Sustentabilidade e Ética - Cumprir o Contrato Social do Serviço
1. <i>Pegada Carbónica por Cama-Dia</i>
2. <i>Índice de Equidade no Acesso aos Cuidados</i>
3. <i>Índice de Envolvimento Comunitário e Educação para a Saúde</i>
4. <i>Índice de Compliance Ético-Regulamentar</i>
5. <i>Indicador de Cultura de Segurança e Consciência Ética</i>
Processos Internos - Otimizar o Fluxo de Doentes e a Eficiência Operacional
1. <i>Índice de Duração de Internamento Ajustado</i>
2. <i>Taxa de Ocupação de Camas</i>
3. <i>Taxa de Altas até às 14h</i>
4. <i>Tempo “Decisão de Internar” até Chegada à Enfermaria</i>
5. <i>Taxa de Adesão a Reuniões Multiprofissionais de Gestão de Casos</i>
Financeira - Assegurar a Sustentabilidade Estratégica
1. <i>Índice de Custo Ajustado por Doente Tratado</i>
2. <i>Variação Orçamental</i>
3. <i>Custo com Pessoal por Doente-dia</i>
4. <i>Custo Evitado por Projetos de Melhoria Contínua</i>
5. <i>Margem de Contribuição por Grupo de GDH</i>

Tabela 4.11 – Quadro de indicadores para o Médico Internista (agrupados por Perspetiva)

Doente - Potenciar a Parceria Médico-Doente
1. <i>Perceção sobre a Comunicação com as Equipas Clínicas</i>
2. <i>Índice de Empatia e Clareza na Comunicação</i>
3. <i>Perceção do Doente sobre a Decisão Partilhada</i>
4. <i>Estado Funcional Reportado pelo Doente na Alta</i>
5. <i>Índice de Preservação da Dignidade do Doente</i>
Qualidade Clínica - Apostar na Eficácia e Segurança Clínica Individual
1. <i>Índice de Compliance com Normas de Orientação Clínica</i>
2. <i>Índice de Segurança e Precisão Diagnóstica</i>
3. <i>Taxa de Falha no Resgate</i>
4. <i>Adequação da Profilaxia do Tromboembolismo Venoso</i>
5. <i>Indicador de Segurança Medicamentosa (Medicamentos de Alto Risco)</i>
Aprendizagem e Crescimento - Traçar o Caminho da Mestria Profissional
1. <i>Horas de Formação Contínua por Colaborador</i>
2. <i>Profissionais Envolvidos em Atividades de Investigação</i>
3. <i>Índice de Produção Científica</i>
4. <i>Taxa de Implementação de Sugestões de Melhoria dos Colaboradores (Individual)</i>
5. <i>Colaboração de Aprendizagem Transfuncional</i>
Governança, Sustentabilidade e Ética - Corporizar o Profissionalismo e a Integridade
1. <i>Índice de Qualidade do Consentimento Informado</i>
2. <i>Indicador de Gestão de Conflitos de Interesse</i>
3. <i>Índice de Transparência em Decisões Médicas</i>
4. <i>Índice de Satisfação do Doente com a Competência Cultural</i>
5. <i>Taxa de Sustentabilidade Farmacêutica</i>
Processos Internos - Estimular a Contribuição Individual para os Percursos Clínicos
1. <i>Percentagem de Processos Clínicos com Documentação de Alta Completa</i>
2. <i>Percentagem de Consultas de Seguimento Pós-Alta Agendadas Antes da Saída</i>
3. <i>Taxa de Adesão a Reuniões Multiprofissionais de Gestão de Casos</i>
4. <i>Tempo de Permanência após Alta Clínica (Atribuível)</i>
5. <i>Taxa de Resposta para Pedidos de Consultadoria <8h</i>
Financeira - Fomentar a Gestão Individual de Recursos
1. <i>Score de Eficiência da Utilização dos Recursos Clínicos</i>
2. <i>Custo com Meios Complementares de Diagnóstico por Episódio</i>
3. <i>Custo Farmacêutico por Doente-dia Ajustado</i>
4. <i>Índice de Duração de Internamento Ajustado</i>
5. <i>Taxa de Desperdício de Medicação (Atribuível)</i>

Sinergia e Alinhamento

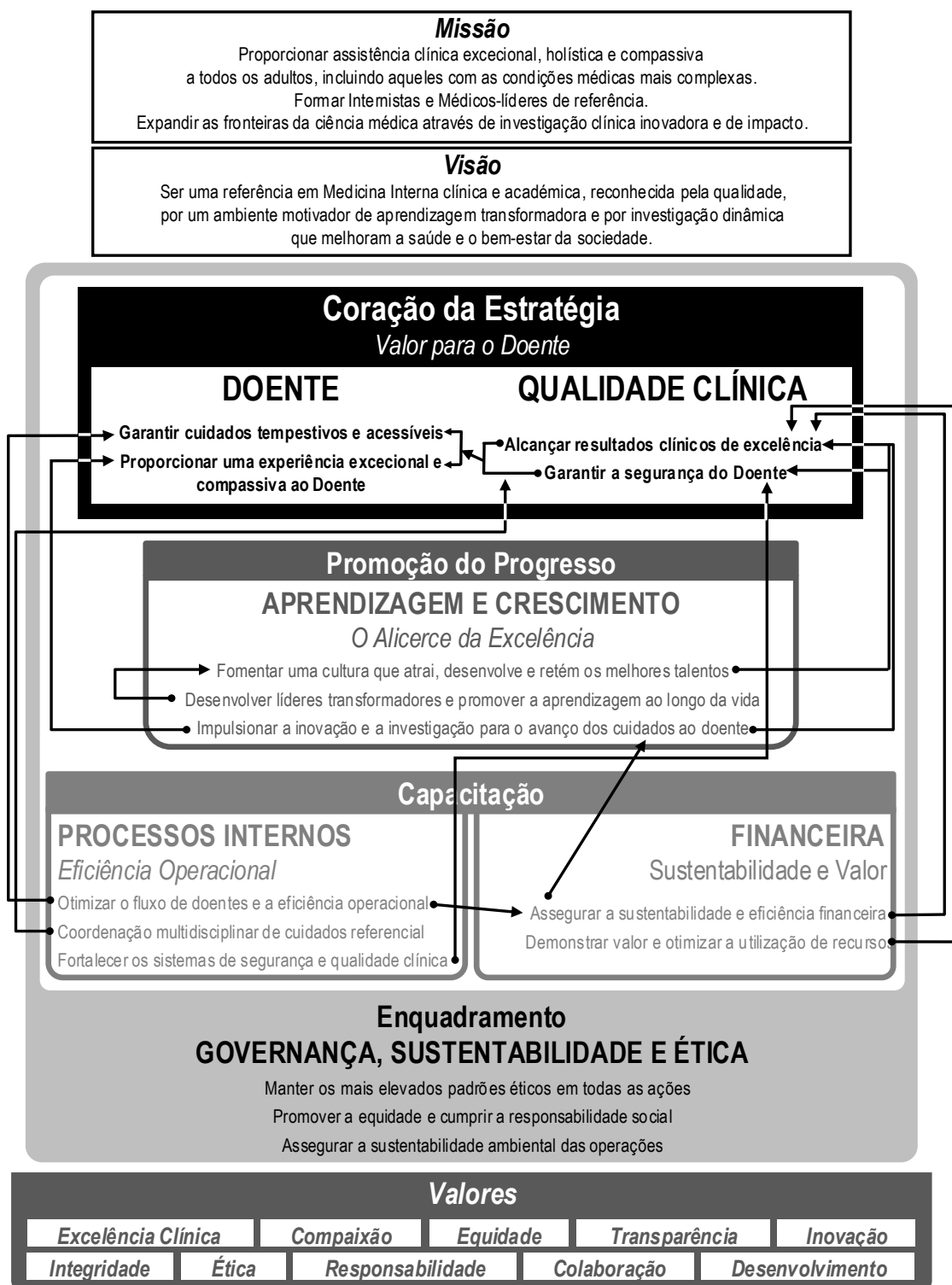
Com o exemplo dos dois quadros distintos apresentados, um para o SMI e outro para um Médico Internista individual, torna-se visível o valor da integração estratégica das duas vertentes, formando um sistema coeso onde as ligações causais entre a excelência profissional individual e o sucesso organizacional são tornadas explícitas.

Esta sinergia pode ser ilustrada pela cadeia causal onde um médico individual que obtém uma pontuação elevada em Horas de Formação Contínua (Aprendizagem e Crescimento), terá uma maior probabilidade de desenvolver as competências necessárias para também obter uma pontuação elevada no Índice de Compliance com Normas de Orientação Clínica (Qualidade Clínica). Este compromisso individual com a medicina baseada na evidência científica, quando agregado entre os médicos do serviço, contribuirá para um melhor Rácio de Mortalidade Hospitalar Ajustada ao Risco, na vertente do serviço (Qualidade Clínica). Esta melhoria nos resultados clínicos, ao reduzir complicações, ao evitar procedimentos desnecessários e ao otimizar a duração do internamento, contribuirá, por sua vez, para melhorias no Índice de Custo Ajustado por Doente Tratado do serviço (Financeira). Assim, o investimento na aprendizagem individual vem a traduzir-se na melhoria do desempenho financeiro do serviço e, acima de tudo, em melhores resultados para os doentes.

O poder estratégico deste quadro duplo reside no alinhamento deliberado entre os dois *scorecards*, num sistema que é desenhado para que o sucesso coletivo dos médicos individuais, medido pelo seu BSC, se torne num precursor avançado para o sucesso do serviço, medido pelo seu próprio BSC. Pretende-se criar um sistema de gestão de performance e desempenho coeso e que se reforça mutuamente, onde a excelência profissional individual é reconhecida como o motor fundamental do desempenho organizacional, garantindo que cada clínico compreende o seu papel na concretização dos imperativos estratégicos do serviço.

4.5 Mapa Estratégico

Apresenta-se de seguida o Mapa Estratégico para o SMI da ULS-SM, incorporando o modelo com seis perspectivas.



4.6 Reflexão Agregadora e Proposta de Implementação

Para o contexto da Medicina Interna num hospital universitário português, considerando as especificidades do SNS e a tripla missão destas instituições, afigura-se realista e ajustada a implementação do sistema de avaliação de performance e desempenho baseado no BSC estratificada em três fases:

1. Numa primeira fase a curto prazo (0-12 meses) a implementação do *Modelo A* como fase piloto pela sua simplicidade que facilita adesão e permite aprendizagem organizacional, desta forma estabelecendo-se uma cultura de medição e *accountability*.
2. Numa segunda fase a médio prazo (12-24 meses), avançar-se-ia para a transição para *Modelo B* com a inclusão da perspetiva de Qualidade Clínica, pressupondo que estaria atingida a maturidade organizacional para separar qualidade clínica, de satisfação e processos. Esta fase destacaria a excelência clínica e permitiria o *benchmarking* nacional/internacional.
3. Na terceira fase de longo prazo (24-36 meses), far-se-ia a evolução para o *Modelo C*, mas numa versão híbrida enriquecida (mantendo elementos de Qualidade Clínica), permitindo dar resposta às pressões regulatórias na área do ESG e abrindo horizontes para financiamentos europeus mais abrangentes. Esta fase final afigura-se particularmente crítica para as lideranças, exigindo-lhes um foco sólido na sustentabilidade e na responsabilidade social.

Aponta-se assim como modelo completo para o futuro, um modelo híbrido que integra seis perspetivas: uma *Perspetiva do Doente*, com foco na experiência e satisfação dos cidadãos; uma *Perspetiva de Qualidade Clínica*, centrada na segurança e resultados clínicos; uma *Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento*, com destaque ao capital humano e inovação; uma *Perspetiva de Processos Internos*, com ênfase na eficiência operacional; uma *Perspetiva Financeira*, com foco na sustentabilidade económica e a *Perspetiva de Governança, Sustentabilidade e Ética*, com aposta na responsabilidade e sustentabilidade.

Serão fatores críticos para o sucesso da implementação deste ambicioso modelo, o envolvimento dos clínicos desde o início do processo, a existência de sistemas de informação adequados, completos e resilientes, a garantia de formação em conceitos de BSC e avaliação de performance e desempenho, a par de uma comunicação clara dos objetivos, evolução e metas atingidas. Os incentivos devem estar particularmente bem alinhados com os indicadores e a organização deve assumir uma revisão periódica dos elementos do processo e seu ajustamento tempestivo e justo.

Num desiderato inovador e com potencial disruptivo, como é a implementação de um sistema de avaliação de performance e desempenho *per se*, mas adensado pela complexidade e incontornável incerteza como o ora proposto, a antecipação preventiva dos riscos a mitigar é fator-chave para potenciar o sucesso. Importa estar atento à sobrecarga de indicadores (selecionando no máximo 5-7 por perspetiva), contrariar a natural resistência à mudança, demonstrando proativamente o seu valor clínico e não apenas de gestão e promover com regularidade auditorias e validação de dados.

Para evitar o surgimento ou disseminação de atitudes de desalinhamento estratégico, é essencial uma divulgação sistémica e transparente dos objetivos. Esta comunicação não pode, contudo, obscurecer a emergência de fenómenos de “fadiga de medição”, cuja abordagem antecipatória é indissociável da implementação de sólidos processos de automatização e integração dos sistemas de informação.

Em última análise, a escolha entre os três modelos a cada momento, e em cada contexto organizacional específico, deve considerar a *maturidade organizacional* em gestão de performance, as *pressões externas* (regulatórias, de financiamento, acreditação, entre outras), a *cultura organizacional* e recetividade à mudança, os *recursos disponíveis* e sua motivação para a implementação e manutenção, tendo sempre por base a *visão estratégica* de médio-longo prazo para a organização.

Para a Medicina Interna de um hospital público universitário português, o percurso evolutivo $A \rightarrow B \rightarrow C$ permite a construção gradual de competências, mantendo o foco na excelência clínica enquanto a organização e as suas pessoas se preparam para os desafios futuros de sustentabilidade e responsabilidade social.

Conclusões

Este projeto percorreu um caminho analítico rigoroso na exploração da aplicabilidade do BSC como instrumento de gestão estratégica na Medicina Interna, revelando não apenas a viabilidade desta ferramenta, mas sobretudo a necessidade premente de uma reconcetualização dos sistemas de avaliação de performance em contexto hospitalar. O estudo de caso desenvolvido permitiu desvelar tensões entre as lógicas gestionárias contemporâneas e os valores profissionais médicos, apresentando simultaneamente um caminho de reconciliação através de modelos evolutivos, especificamente calibrados para a complexidade desta especialidade.

Os resultados empíricos evidenciaram um desalinhamento pronunciado entre a cultura organizacional vigente, caracterizada pelo predomínio de orientações Hierárquicas e de Mercado, e a cultura aspiracional dos profissionais, que privilegia dimensões de Clã e Adhocracia, revelando uma dissonância cultural que, mais que um obstáculo operacional, expressa uma contradição entre diferentes concepções de excelência em saúde. A análise com base na metodologia Gioia revelou que dirigentes clínicos em diferentes níveis de responsabilidade desenvolvem sistemas conceituais alternativos para compreender e avaliar a performance e desempenho, refletindo complementaridades estruturais inerentes à gestão de organizações profissionais complexas.

A proposta de três modelos evolutivos de BSC – desde um com as quatro perspectivas tradicionais, passando pelo que autonomiza a Qualidade Clínica como quinta perspectiva, até ao que integra dimensões de ESG e Ética – pretende ir além de uma progressão técnica, aponta, antes, para uma trajetória de amadurecimento organizacional que reconhece a insuficiência dos paradigmas tradicionais de gestão quando aplicados à complexidade intrínseca da Medicina Interna. A estratégia de implementação faseada não traduz apenas uma opção de prudência operacional, mas visa refletir o reconhecimento de que a transformação cultural profunda requer tempo, persistência e a construção gradual de legitimidade.

A integração de métricas ajustadas ao risco e indicadores humanizados emerge como contribuição metodológica distintiva. Ao propor indicadores que transcendem a quantificação redutora, incorporando dimensões qualitativas através de auditorias clínicas e mecanismos de autorregulação profissional, o estudo oferece uma resposta ao antagonismo aparentemente irreconciliável entre *accountability* gestionária e autonomia profissional médica. Esta abordagem reconhece que a excelência em Medicina Interna não pode ser capturada exclusivamente através de métricas numéricas, exigindo o desenvolvimento de sistemas de

avaliação que incorporem a complexidade do juízo clínico e a natureza holística dos cuidados integrados.

O desenvolvimento de *scorecards* distintos mas interligados para o Serviço e para o Médico Internista individual, não sendo uma inovação concetual, pois está em linha com o carácter organizacionalmente transversal e adaptativo do BSC, apresenta-se como uma dualidade que reconhece que a performance organizacional em saúde emerge da interação complexa entre competências individuais e processos coletivos, não podendo ser adequadamente gerida através de um único conjunto de indicadores. O alinhamento estratégico entre estes dois níveis de análise cria um sistema onde a busca pela mestria profissional individual se assume como catalisador natural da excelência organizacional.

Importa, contudo, reconhecer com transparência as limitações deste projeto. O carácter exploratório do estudo de caso único, embora permitindo profundidade analítica, limita a generalização dos resultados. A implementação prática dos modelos propostos carece de validação empírica, constituindo uma proposição teórica fundamentada e não uma solução comprovada. Em paralelo, a dinâmica temporal das reformas em curso no SNS português, nomeadamente a transição para o modelo de ULS, introduz variáveis contextuais cujo impacto completo ainda não pode ser plenamente apreendido e que importa acompanhar com proximidade analítica.

As implicações práticas do ora proposto, poderão estender-se para além do contexto imediato do serviço estudado, podendo ser apontado como um roteiro estruturado para a implementação de sistemas de gestão de performance que respeitem a especificidade da Medicina Interna enquanto promovem a responsabilização e a melhoria contínua. Para os decisores políticos, evidencia-se a necessidade de enquadramentos regulatórios que reconheçam a inadequação de métricas genéricas quando aplicadas a especialidades de elevada complexidade e transversalidade, como a Medicina Interna. Para a comunidade médica, demonstra-se que é possível desenvolver sistemas de avaliação que, longe de constituírem instrumentos de controlo redutor, podem funcionar como catalisadores do desenvolvimento profissional e da excelência clínica.

As direcções futuras de investigação emergirão das questões levantadas, mas não completamente respondidas, impondo-se a validação empírica dos modelos e conteúdos apresentados, por exemplo, através de implementações piloto, preferencialmente em contextos organizacionais diversos, permitindo testar a robustez e adaptabilidade das soluções desenvolvidas. A investigação longitudinal será essencial para compreender as dinâmicas temporais de mudança cultural e o impacto sustentado na performance organizacional.

Particularmente premente será o estudo da integração efetiva das dimensões ESG e Ética nos sistemas de gestão hospitalar, área ainda embrionária, mas de importância crescente face aos imperativos de sustentabilidade global.

Em síntese, tentou-se demonstrar que o BSC, quando adequadamente reconceitualizado e adaptado, pode transcender o seu papel tradicional como mera ferramenta de medição para se constituir como a arquitetura fundamental de um sistema de gestão que articula dialeticamente eficiência operacional e valores profissionais médicos. O desafio fundamental não reside na sofisticação técnica dos indicadores, mas na capacidade de construir sistemas que acomodem com harmonia simultaneamente a complexidade da medicina moderna e a humanidade essencial do ato clínico. É nesta dialética produtiva, neste equilíbrio dinâmico entre medição e significado, entre responsabilização e autonomia, que reside o futuro da gestão de performance e desempenho em Medicina Interna e, por extensão, nas organizações de saúde contemporâneas, no seu, cremos, inexorável caminho para a primazia do valor em saúde.

Referências Bibliográficas

- Abor, P. A., & Tetteh, C. K. (2023). Accountability and transparency: Is this possible in hospital governance? *Cogent Business & Management*, 10(3). <https://doi.org/10.1080/23311975.2023.2266188>
- Amer, F., Hammoud, S., Khatatbeh, H., Lohner, S., Boncz, I., & Endrei, D. (2022a). A systematic review: the dimensions to evaluate health care performance and an implication during the pandemic. *BMC Health Services Research*, 22(1), 621. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07863-0>
- Amer, F., Hammoud, S., Khatatbeh, H., Lohner, S., Boncz, I., & Endrei, D. (2022b). The deployment of balanced scorecard in health care organizations: is it beneficial? A systematic review. *BMC health services research*, 22(1), 65. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-021-07452-7>
- Anders, A. (2024). Reconsidering performance management to support innovative changes in health care services. *Journal of Health Organization and Management*, 38(9), 125–142. <https://doi.org/10.1108/JHOM-12-2022-0379>
- Ashton, M. (2018). Getting Rid of Stupid Stuff. *New England Journal of Medicine*, 379(19), 1789–1791. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1809698>
- Atwoli, L., Erhabor, G. E., Gbakima, A. A., Haileamlak, A., Ntumba, J.-M. K., Kigera, J., Laybourn-Langton, L., Mash, B., Muhia, J., Mulaudzi, F. M., Ofori-Adjei, D., Okonofua, F., Rashidian, A., El-Adawy, M., Sidibé, S., Snouber, A., Tumwine, J., Yassien, M. S., Yonga, P., ... Zielinski, C. (2022). COP27 Climate Change Conference—Urgent Action Needed for Africa and the World. *JAMA*, 328(22), 2215. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.20637>
- Bailey, Z. D., Krieger, N., Agénor, M., Graves, J., Linos, N., & Bassett, M. T. (2017). Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *The Lancet*, 389(10077), 1453–1463. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30569-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30569-X)
- Baker, D. W., Qaseem, A., Reynolds, P. P., Gardner, L. A., & Schneider, E. C. (2013). Design and Use of Performance Measures to Decrease Low-Value Services and Achieve Cost-Conscious Care. *Annals of Internal Medicine*, 158(1), 55–59. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-1-201301010-00560>

- Barbazzà, E., Klazinga, N. S., & Kringos, D. S. (2021). Exploring the actionability of healthcare performance indicators for quality of care: a qualitative analysis of the literature, expert opinion and user experience. *BMJ Quality & Safety*, 30(12), 1010–1020. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011247>
- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>
- Bauer, W., Schumm-Draeger, P.-M., Koebberling, J., Gjoerup, T., Garcia Alegria, J. J., Ferreira, F., Higgins, C., Kramer, M., Licata, G., Mittelman, M., O'Hare, J., & Ünal, S. (2005). Political issues in internal medicine in Europe. A position paper. *European Journal of Internal Medicine*, 16(3), 214–217. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2005.02.003>
- Bernabeu-Wittel, M., Para, O., Voicehovska, J., Gómez-Huelgas, R., Václavík, J., Battegay, E., Holecki, M., van Munster, B. C., Angermann, C., Battegay, E., Bernabeu-Wittel, M., Bryant, C., Elis, A., Ertl, G., Gómez-Huelgas, R., Grine, S., Holecki, M., Kürkle, A., Lidove, O., ... Voicehovska, J. (2023). Competences of internal medicine specialists for the management of patients with multimorbidity. EFIM multimorbidity working group position paper. *European Journal of Internal Medicine*, 109, 97–106. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2023.01.011>
- Betto, F., Sardi, A., Garengo, P., & Sorano, E. (2022). The Evolution of Balanced Scorecard in Healthcare: A Systematic Review of Its Design, Implementation, Use, and Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10291. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610291>
- Black, N. (2013). Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ*, 346(jan28 1), f167–f167. <https://doi.org/10.1136/bmj.f167>
- Bohm, V., Lacaille, D., Spencer, N., & Barber, C. E. (2021). Scoping review of balanced scorecards for use in healthcare settings: development and implementation. *BMJ Open Quality*, 10(3), e001293. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-001293>
- Bond, A. M., Volpp, K. G., Emanuel, E. J., Caldarella, K., Hodlofski, A., Sacks, L., Patel, P., Sokol, K., Vittore, S., Calgano, D., Nelson, C., Weng, K., Troxel, A., & Navathe, A. (2019). Real-time Feedback in Pay-for-Performance: Does More Information Lead to Improvement? *Journal of General Internal Medicine*, 34(9), 1737–1743. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05004-8>

- Brehaut, J. C., Colquhoun, H. L., Eva, K. W., Carroll, K., Sales, A., Michie, S., Ivers, N., & Grimshaw, J. M. (2016). Practice Feedback Interventions: 15 Suggestions for Optimizing Effectiveness. *Annals of Internal Medicine*, 164(6), 435–441. <https://doi.org/10.7326/M15-2248>
- Budrionis, A., & Bellika, J. G. (2016). The Learning Healthcare System: Where are we now? A systematic review. *Journal of Biomedical Informatics*, 64, 87–92. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2016.09.018>
- Buja, A., Damiani, G., Manfredi, M., Zampieri, C., Dentuti, E., Grotto, G., & Sabatelli, G. (2022). Governance for Patient Safety: A Framework of Strategy Domains for Risk Management. *Journal of Patient Safety*, 18(4), e769–e800. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000947>
- Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2011). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework* (3.^a ed.). Jossey-Bass Wiley.
- Carvalho, R. E. F. L. de, Bates, D. W., Syrowatka, A., Almeida, I., Sousa, L., Goncalves, J., Oliveira, N., Gama, M., & Alencar, A. P. (2023). Factors determining safety culture in hospitals: a scoping review. *BMJ Open Quality*, 12(4), e002310. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2023-002310>
- Casey, D. E., Thomas, R. J., Bhalla, V., Commodore-Mensah, Y., Heidenreich, P. A., Kolte, D., Muntner, P., Smith, S. C., Spertus, J. A., Windle, J. R., Wozniak, G. D., & Ziaeian, B. (2019). 2019 AHA/ACC Clinical Performance and Quality Measures for Adults With High Blood Pressure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. *Journal of the American College of Cardiology*, 74(21), 2661–2706. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.10.001>
- Catuogno, S., Arena, C., Saggese, S., & Sarto, F. (2017). Balanced performance measurement in research hospitals: the participative case study of a haematology department. *BMC Health Services Research*, 17(1), 522. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2479-6>
- Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. (2024). “Exemplo a nível nacional”, *Hospital Verde de Santa Maria já reduziu em mais de 4 mil toneladas as emissões de CO2*. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte. <https://www.ulssm.min-saude.pt/2024/08/23/exemplo-a-nivel-nacional-hospital-verde-de-santa-maria-maria-ja-reduziu-em-mais-de-4-mil-toneladas-as-emissoes-de-co2/>

- Charlebois, K., & Law, S. (2022). Optimising the discharge process in internal medicine in Québec: A qualitative interpretive descriptive study to understand the challenges faced by healthcare professionals. *Health & Social Care in the Community*, 30(6). <https://doi.org/10.1111/hsc.14023>
- Chen, P. G., Harrison, M. I., Bergofsky, L. R., St. Clair, D., Mardon, R., Raaen, L., & Friedberg, M. W. (2019). Use of Internal Performance Measurement to Guide Improvement Within Medical Groups. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 45(7), 487–494. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2019.02.009>
- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). (2016). International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans. Em *Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS)* (4.^a ed.). Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>
- Damschroder, L. J., Robinson, C. H., Francis, J., Bentley, D. R., Krein, S. L., Rosland, A.-M., Hofer, T. P., & Kerr, E. A. (2014). Effects of Performance Measure Implementation on Clinical Manager and Provider Motivation. *Journal of General Internal Medicine*, 29(S4), 877–884. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3020-9>
- Daniel, H., Bornstein, S. S., & Kane, G. C. (2018). Addressing Social Determinants to Improve Patient Care and Promote Health Equity: An American College of Physicians Position Paper. *Annals of Internal Medicine*, 168(8), 577–578. <https://doi.org/10.7326/M17-2441>
- de León, E. A., Shriwise, A., Tomson, Gö., Morton, S., Lemos, D. S., Menne, B., & Dooris, M. (2021). Beyond building back better: imagining a future for human and planetary health. *The Lancet Planetary Health*, 5(11), e827–e839. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(21\)00262-X](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(21)00262-X)
- Dedeilia, A., Sotiropoulos, M. G., Hanrahan, J. G., Janga, D., Dedeilias, P., & Sideris, M. (2020). Medical and Surgical Education Challenges and Innovations in the COVID-19 Era: A Systematic Review. *In Vivo*, 34(3 suppl), 1603–1611. <https://doi.org/10.21873/invivo.11950>
- Desai, S. V., Burk-Rafel, J., Lomis, K. D., Caverzagie, K., Richardson, J., O'Brien, C. L., Andrews, J., Heckman, K., Henderson, D., Prober, C. G., Pugh, C. M., Stern, S. D., Triola, M. M., & Santen, S. A. (2024). Precision Education: The Future of Lifelong Learning in Medicine. *Academic Medicine*, 99(4S), S14–S20. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000005601>

- Dimitropoulos, P. E. (2017). Performance Management in Healthcare Organizations: Concept and Practicum. Em P. Vlamos (Ed.), *Advances in Experimental Medicine and Biology* (Vol. 989, pp. 11–19). https://doi.org/10.1007/978-3-319-57348-9_2
- Doherty, R. B., & Crowley, R. A. (2013). Principles Supporting Dynamic Clinical Care Teams: An American College of Physicians Position Paper. *Annals of Internal Medicine*, 159(9), 620–626. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-159-9-201311050-00710>
- Dorton, D. (2024). *How Healthcare Facilities Can Embrace the Power of ESG*. Dean Dorton Healthcare Advisory Services. <https://deandorton.com/how-healthcare-facilities-can-embrace-the-power-of-esg/>
- European Commission. (2024). *EU4Health programme 2021-2027 – a vision for a healthier European Union*. European Commission Health and Food Safety. https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_en
- European Commission. (2025). *Corporate sustainability reporting*. European Commission. https://finance.ec.europa.eu/capital-markets-union-and-financial-markets/company-reporting-and-auditing/company-reporting/corporate-sustainability-reporting_en#:~:text=EU%20rules%20require%20large%20companies,impact%20people%20and%20the%20environment
- Fields, S. A., & Cohen, D. (2011). Performance enhancement using a balanced scorecard in a Patient-centered Medical Home. *Family medicine*, 43(10), 735–739.
- Fierbințeanu-Braticevici, C., Raspe, M., Preda, A. L., Livcãne, E., Lazebnik, L., Kiňová, S., de Kruijf, E.-J., Hojs, R., Hanslik, T., Durusu-Tanriover, M., Dentali, F., Corbella, X., Castellino, P., Bivol, M., Bassetti, S., Barreto, V., Ruiz, E. M., & Campos, L. (2019). Medical and surgical co-management – A strategy of improving the quality and outcomes of perioperative care. *European Journal of Internal Medicine*, 61, 44–47. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.10.017>
- Figge, F., Hahn, T., Schaltegger, S., & Wagner, M. (2002). The Sustainability Balanced Scorecard – linking sustainability management to business strategy. *Business Strategy and the Environment*, 11(5), 269–284. <https://doi.org/10.1002/bse.339>
- Flotta, D., Rizza, P., Coscarelli, P., Pileggi, C., Nobile, C. G. A., & Pavia, M. (2012). Appraising Hospital Performance by Using the JCHAO/CMS Quality Measures in Southern Italy. *PLoS ONE*, 7(11), e48923. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048923>

- Frank, J., Abel, T., Campostrini, S., Cook, S., Lin, V. K., & McQueen, D. V. (2020). The Social Determinants of Health: Time to Re-Think? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5856. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165856>
- Gibbons, R., & Kaplan, R. S. (2015). Formal measures in informal management: Can a balanced scorecard change a culture? *American Economic Review*, 105(5), 447–451. <https://doi.org/10.1257/aer.p20151073>
- Gillon, R. (1994). Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*, 309(6948), 184–184. <https://doi.org/10.1136/bmj.309.6948.184>
- Gioia, D. (2021). A Systematic Methodology for Doing Qualitative Research. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 57(1), 20–29. <https://doi.org/10.1177/0021886320982715>
- Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research. *Organizational Research Methods*, 16(1), 15–31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>
- Gittell, J. H., Godfrey, M., & Thistlethwaite, J. (2013). Interprofessional collaborative practice and relational coordination: Improving healthcare through relationships. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), 210–213. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.730564>
- Gómez-Huelgas, R., Dalekos, G. N., Dicker, D., & Montano, N. (2024). Internal medicine in the 21st century: Back to the future. *European Journal of Internal Medicine*, 128, 26–29. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2024.07.038>
- Gonzalez-Sanchez, M. B., Broccardo, L., & Martins Pires, A. M. (2018). The use and design of the BSC in the health care sector: A systematic literature review for Italy, Spain, and Portugal. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(1), 6–30. <https://doi.org/10.1002/hpm.2415>
- Greenhalgh, T., & Papoutsi, C. (2018). Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*, 16(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1089-4>
- Greenhalgh, T., Shaw, S., Wherton, J., Vijayaraghavan, S., Morris, J., Bhattacharya, S., Hanson, P., Campbell-Richards, D., Ramoutar, S., Collard, A., & Hodkinson, I. (2018). Real-World Implementation of Video Outpatient Consultations at Macro, Meso, and Micro Levels: Mixed-Method Study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e150. <https://doi.org/10.2196/jmir.9897>

- Groene, O., Brandt, E., Schmidt, W., & Moeller, J. (2009). The Balanced Scorecard of acute settings: development process, definition of 20 strategic objectives and implementation. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(4), 259–271. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp024>
- Gruen, R. L., Campbell, E. G., & Blumenthal, D. (2006). Public roles of US physicians: community participation, political involvement, and collective advocacy. *JAMA*, 296(20), 2467. <https://doi.org/10.1001/jama.296.20.2467>
- Guyatt, G., Rennie, D., Meade, M. O., & Cook, D. J. (Eds.). (2015). *Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice* (3.^a ed.). McGraw-Hill Education. <https://jamaevidence.mhmedical.com/book.aspx?bookid=847>
- Hackbarth, A. D. (2012). Eliminating Waste in US Health Care. *JAMA*, 307(14), 1513. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.362>
- Hadley Strout, E. K., Wahlberg, E. A., Kennedy, A. G., Tompkins, B. J., & Sobel, H. G. (2022). A Mixed-Methods Program Evaluation of a Self-directed Learning Panel Management Curriculum in an Internal Medicine Residency Clinic. *Journal of General Internal Medicine*, 37(9), 2246–2250. <https://doi.org/10.1007/s11606-022-07507-3>
- Hafferty, F. W., & Castellani, B. (2010). The Increasing Complexities of Professionalism. *Academic Medicine*, 85(2), 288–301. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181c85b43>
- Hansen, E. G., & Schaltegger, S. (2016). The Sustainability Balanced Scorecard: A Systematic Review of Architectures. *Journal of Business Ethics*, 133(2), 193–221. <https://doi.org/10.1007/s10551-014-2340-3>
- Harden, R. M. (2006). Trends and the future of postgraduate medical education. *Emergency Medicine Journal*, 23(10), 798–802. <https://doi.org/10.1136/emj.2005.033738>
- Hasimja-Saraqini, D., McNeill, K., Kuk, H., Forster, A. J., Wells, P. S., Hamilton, S., Gannon, E., & Mielniczuk, L. M. (2024). Quality and Patient Safety Metrics: Developing a Structured Program for Improving Patient Care in the Department of Medicine at The Ottawa Hospital. *Academic Medicine*, 99(7), 736–740. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000005693>
- Health Care Without Harm (HCWH) Europe. (2024). Manifesto for a Sustainable Healthcare System and Healthier EU Citizens. Em *Health Care Without Harm (HCWH) Europe*. <https://europe.noharm.org/news/manifesto-sustainable-healthcare-system-and-healthier-eu-citizens>

- Heidenreich, P. A., Bozkurt, B., Aguilar, D., Allen, L. A., Byun, J. J., Colvin, M. M., Deswal, A., Drazner, M. H., Dunlay, S. M., Evers, L. R., Fang, J. C., Fedson, S. E., Fonarow, G. C., Hayek, S. S., Hernandez, A. F., Khazanie, P., Kittleson, M. M., Lee, C. S., Link, M. S., ... Yancy, C. W. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 79(17), e263–e421. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.12.012>
- Holm, S. (2022). What is the Foundation of Medical Ethics—Common Morality, Professional Norms, or Moral Philosophy? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 31(2), 192–198. <https://doi.org/10.1017/S0963180121000591>
- Huntington, J., Dick, J. F., & Ryder, H. F. (2018). Achieving educational mission and vision with an educational scorecard. *BMC Medical Education*, 18(1), 245. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1354-4>
- Hwa, M., Sharpe, B. A., & Wachter, R. M. (2013). Development and implementation of a balanced scorecard in an academic hospitalist group. *Journal of Hospital Medicine*, 8(3), 148–153. <https://doi.org/10.1002/jhm.2006>
- Hysong, S. J., Arredondo, K., Hughes, A. M., Lester, H. F., Oswald, F. L., Petersen, L. A., Woodard, L., Post, E., DePeralta, S., Murphy, D. R., McKnight, J., Nelson, K., & Haidet, P. (2022). An evidence-based, structured, expert approach to selecting essential indicators of primary care quality. *PLOS ONE*, 17(1), e0261263. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261263>
- Johns Hopkins University. (2024). *Annual Sustainability Report 2024*. Johns Hopkins University. <https://sustainability.jhu.edu/wp-content/uploads/2024/08/2024-Annual-Report.pdf>
- Jones, C. D., Vu, M. B., O'Donnell, C. M., Anderson, M. E., Patel, S., Wald, H. L., Coleman, E. A., & DeWalt, D. A. (2015). A Failure to Communicate: A Qualitative Exploration of Care Coordination Between Hospitalists and Primary Care Providers Around Patient Hospitalizations. *Journal of General Internal Medicine*, 30(4), 417–424. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3056-x>
- Kaplan, R. S. (2010). Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard. Em *Harvard Business School Accounting & Management Unit Research Paper Series* (10–074; Harvard Business School Accounting & Management Unit Research Paper Series). Harvard Business School. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1562586>

- Kaplan, R. S., & McMillan, D. (2021). Reimagining the Balanced Scorecard for the ESG Era. *Harvard Business Review Digital Articles*. <https://hbr.org/2021/02/reimagining-the-balanced-scorecard-for-the-esg-era>
- Karolinska Hospital. (2023). *Sustainability*. Karolinska Hospital. <https://www.karolinskahospital.com/about-us/sustainability/>
- Kastner, M., Cardoso, R., Lai, Y., Treister, V., Hamid, J. S., Hayden, L., Wong, G., Ivers, N. M., Liu, B., Marr, S., Holroyd-Leduc, J., & Straus, S. E. (2018). Effectiveness of interventions for managing multiple high-burden chronic diseases in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 190(34), E1004–E1012. <https://doi.org/10.1503/cmaj.171391>
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA*, 185(12), 914–919. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
- Kidanemariam, M., Pieterse, A. H., van Staaldin, D. J., Bos, W. J. W., & Stiggelbout, A. M. (2023). Does value-based healthcare support patient-centred care? A scoping review of the evidence. *BMJ Open*, 13(7), e070193. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070193>
- Kinnear, B., Kelleher, M., Sall, D., Schauer, D. P., Warm, E. J., Kachelmeyer, A., Martini, A., & Schumacher, D. J. (2021). Development of Resident-Sensitive Quality Measures for Inpatient General Internal Medicine. *Journal of General Internal Medicine*, 36(5), 1271–1278. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06320-0>
- Knudsen, S. V., Laursen, H. V. B., Johnsen, S. P., Bartels, P. D., Ehlers, L. H., & Mainz, J. (2019). Can quality improvement improve the quality of care? A systematic review of reported effects and methodological rigor in plan-do-study-act projects. *BMC Health Services Research*, 19(1), 683. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4482-6>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., García-Elorrio, E., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R., Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1196–e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)

- Kruse, C. S., Kothman, K., Anerobi, K., & Abanaka, L. (2016). Adoption Factors of the Electronic Health Record: A Systematic Review. *JMIR Medical Informatics*, 4(2), e19. <https://doi.org/10.2196/medinform.5525>
- Lenzen, M., Malik, A., Li, M., Fry, J., Weisz, H., Pichler, P.-P., Chaves, L. S. M., Capon, A., & Pencheon, D. (2020). The environmental footprint of health care: a global assessment. *The Lancet Planetary Health*, 4(7), e271–e279. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30121-2](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30121-2)
- Liang, L.-L., Tussing, A. D., Huang, N., & Tsai, S.-L. (2021). Incentives for physician teams: Effectiveness of performance feedback and payment distribution methods. *Health Policy*, 125(10), 1377–1384. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.07.007>
- Lin, C.-Y., Shih, F.-C., & Ho, Y.-H. (2023). Applying the Balanced Scorecard to Build Service Performance Measurements of Medical Institutions: An AHP-DEMATEL Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1022. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021022>
- Magill, G., & Prybil, L. (2020). *Governance Ethics in Healthcare Organizations*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429328305>
- Magnani, G., & Gioia, D. (2023). Using the Gioia Methodology in international business and entrepreneurship research. *International Business Review*, 32(2), 102097. <https://doi.org/10.1016/j.ibusrev.2022.102097>
- Malone, S., Prewitt, K., Hackett, R., Lin, J. C., McKay, V., Walsh-Bailey, C., & Luke, D. A. (2021). The Clinical Sustainability Assessment Tool: measuring organizational capacity to promote sustainability in healthcare. *Implementation Science Communications*, 2(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s43058-021-00181-2>
- Marmot, M., & Allen, J. J. (2014). Social Determinants of Health Equity. *American Journal of Public Health*, 104(S4), S517–S519. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302200>
- Mayo Clinic. (2023). *Mayo Clinic Green Initiatives*. Mayo Clinic. <https://www.communityengagement.mayoclinic.org/environmental-stewardship>
- McConnell, K. J., Lindrooth, R. C., Wholey, D. R., Maddox, T. M., & Bloom, N. (2013). Management Practices and the Quality of Care in Cardiac Units. *JAMA Internal Medicine*, 173(8), 684–692. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.3577>
- Medical Professionalism Project. (2002). Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. *The Lancet*, 359(9305), 520–522. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07684-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07684-5)

- Ministério da Saúde. (2024). *Portal da Transparência do Serviço Nacional de Saúde*.
<https://www.sns.gov.pt/transparencia/>
- Mio, C., Costantini, A., & Panfilo, S. (2022). Performance measurement tools for sustainable business: A systematic literature review on the sustainability balanced scorecard use. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 29(2), 367–384.
<https://doi.org/10.1002/csr.2206>
- Nadeau, K. L. (2023). *Healthcare Waste Reduction Guide: Cost-Saving Strategies for Healthcare*. GHX. <https://www.ghx.com/the-healthcare-hub/healthcare-waste-reduction-guide/>
- Nunes, C., Gomes, P., & Santana, J. (2023). Transparência, accountability e governance: revisão sistemática da literatura nos hospitais públicos. *Revista de Administração Pública*, 57(2). <https://doi.org/10.1590/0034-761220220238>
- Oliveira, M. D., Tavares, A. I., Miranda, R., Trindade, R., & Vieira, A. C. L. (2025). A novel policy dialogue to build sustainable and resilient health systems: findings from PHSSR Portugal. *Health Research Policy and Systems*, 23(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12961-025-01329-5>
- Paremoer, L., Nandi, S., Serag, H., & Baum, F. (2021). Covid-19 pandemic and the social determinants of health. *BMJ*, n129. <https://doi.org/10.1136/bmj.n129>
- Pasqualini Blass, A., da Costa, S. E. G., de Lima, E. P., & Borges, L. A. (2017). Measuring environmental performance in hospitals: A practical approach. *Journal of Cleaner Production*, 142, 279–289. <https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2016.07.213>
- Penix, R., Kish, J., Gustovich, M., & Cudnik, M. (2019). Lean Six Sigma Methodology in the Implementation of a Standardized Health Literacy Assessment in a Safety Net Internal Medicine Residency Clinic. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 3(1). <https://doi.org/10.3928/24748307-20181217-01>
- Peterson, K. A., Solberg, L. I., Carlin, C. S., Fu, H. N., Jacobsen, R., & Eder, M. (2023). Successful Change Management Strategies for Improving Diabetes Care Delivery Among High-Performing Practices. *The Annals of Family Medicine*, 21(5), 424–431. <https://doi.org/10.1370/afm.3017>
- Pietrantonio, F., Orlandini, F., Moriconi, L., & La Regina, M. (2015). Acute Complex Care Model: An organizational approach for the medical care of hospitalized acute complex patients. *European Journal of Internal Medicine*, 26(10), 759–765. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2015.08.011>

- Pinelli, V., Stuckey, H. L., & Gonzalo, J. D. (2017). Exploring challenges in the patient's discharge process from the internal medicine service: A qualitative study of patients' and providers' perceptions. *Journal of Interprofessional Care*, 31(5), 566–574. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1322562>
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The Strategy That Will Fix Health Care. *Harvard Business Review*, 91(10), 50–70.
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2021). Integrated Practice Units: A Playbook for Health Care Leaders. *NEJM Catalyst*, 2(1). <https://doi.org/10.1056/CAT.20.0237>
- Powell, A. A., White, K. M., Partin, M. R., Halek, K., Hysong, S. J., Zarling, E., Kirsh, S. R., & Bloomfield, H. E. (2014). More than a score: a qualitative study of ancillary benefits of performance measurement. *BMJ Quality & Safety*, 23(8), 651–658. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002149>
- Practice Greenhealth. (2025). Sustainability Benchmark Data 2024. Em *Practice Greenhealth*. <https://practicegreenhealth.org/sites/default/files/2025-01/2024-benchmark-data-tables.pdf>
- Prenestini, A., Calciolari, S., & Rota, A. (2024). Keep-or-drop multidimensional control systems in professional organisations: evidence on the use of the balanced scorecard in healthcare. *Journal of Health Organization and Management*, 38(9), 157–174. <https://doi.org/10.1108/JHOM-09-2023-0287>
- Qaseem, A., Campos, K., MacDonald, S., Mount, C., Tierney, S., Fitterman, N., Fitterman, N., Basch, P., Basch, P., Choi, E. I., Choi, E. I., Goldzweig, C., Goldzweig, C., Hamori, C., Hamori, C., MacDonald, S., McLean, R., McLean, R., Mount, C., ... Watts, B. (2024). Quality Indicators for Pain in Adults: A Review of Performance Measures by the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 177(11), 1539–1546. <https://doi.org/10.7326/ANNALS-24-00773>
- Rabbani, F., Lalji, S. N., Abbas, F., Jafri, S. W., Razzak, J. A., Nabi, N., Jahan, F., Ajmal, A., Petzold, M., Brommels, M., & Tomson, G. (2011). Understanding the context of balanced scorecard implementation: a hospital-based case study in Pakistan. *Implementation Science*, 6(1), 31. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-31>
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>

- Reyes-Morales, H., Flores-Hernández, S., Díaz-Portillo, S. P., Serván-Mori, E., Escalante-Castañón, A., Hegewisch-Taylor, J., & Dreser-Mansilla, A. (2023). Design and validation of indicators for the comprehensive measurement of quality of care for type 2 diabetes and acute respiratory infections in ambulatory health services. *International Journal for Quality in Health Care*, 35(4). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzad087>
- Rodrigues, L. P., de Oliveira Rezende, A. T., Delpino, F. M., Mendonça, C. R., Noll, M., Nunes, B. P., de Oliveira, C., & Silveira, E. A. (2022). Association between multimorbidity and hospitalization in older adults: systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 51(7). <https://doi.org/10.1093/ageing/afac155>
- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J., & Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433–450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
- Roten, C., Baumgartner, C., Mosimann, S., Martin, Y., Donzé, J., Nohl, F., Kraehenmann, S., Monti, M., Perrig, M., & Berendonk, C. (2022). Challenges in the transition from resident to attending physician in general internal medicine: a multicenter qualitative study. *BMC Medical Education*, 22(1), 336. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03400-z>
- Salas, E., Reyes, D. L., & McDaniel, S. H. (2018). The science of teamwork: Progress, reflections, and the road ahead. *American Psychologist*, 73(4), 593–600. <https://doi.org/10.1037/amp0000334>
- Schmutz, J. B., Meier, L. L., & Manser, T. (2019). How effective is teamwork really? The relationship between teamwork and performance in healthcare teams: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 9(9), e028280. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028280>
- Shachar, C., Engel, J., & Elwyn, G. (2020). Implications for Telehealth in a Postpandemic Future: Regulatory and Privacy Issues. *JAMA*, 323(23), 2375. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.7943>
- Shah, D., Behravan, N., Al-Jabouri, N., & Sibbald, M. (2024). Incorporating equity, diversity and inclusion (EDI) into the education and assessment of professionalism for healthcare professionals and trainees: a scoping review. *BMC Medical Education*, 24(1), 991. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05981-3>

- Shekelle, P. G., Pronovost, P. J., Wachter, R. M., McDonald, K. M., Schoelles, K., Dy, S. M., Shojania, K., Reston, J. T., Adams, A. S., Angood, P. B., Bates, D. W., Bickman, L., Carayon, P., Donaldson, L., Duan, N., Farley, D. O., Greenhalgh, T., Haughom, J. L., Lake, E., ... Walshe, K. (2013). The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. *Annals of Internal Medicine*, 158(5_Part_2), 365–368. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00001>
- Siciliani, L., Borowitz, M., & Moran, V. (Eds.). (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>
- Silva, A., Maldonado, I., da Silva, M., & Cepeda, C. (2025). Sustainability Balanced Scorecard: Systematic Literature Review. *Journal of Risk and Financial Management*, 18(6), 324. <https://doi.org/10.3390/jrfm18060324>
- Solberg, L. I., Peterson, K. A., Fu, H., Eder, M., Jacobsen, R., & Carlin, C. S. (2021). Strategies and Factors Associated With Top Performance in Primary Care for Diabetes: Insights From a Mixed Methods Study. *The Annals of Family Medicine*, 19(2), 110–116. <https://doi.org/10.1370/afm.2646>
- Steinbeck, V., Freseemann, M. L., & Busse, R. (2024). „Value-based healthcare“ als Möglichkeit zur PatientInnensteuerung auf individueller und Systemebene [Value-based healthcare as an opportunity for patient management at the individual and system level]. *Innere Medizin (Heidelberg)*, 65(9), 890–898. <https://doi.org/10.1007/s00108-024-01767-3>
- Topol, E. J. (2019). High-performance medicine: the convergence of human and artificial intelligence. *Nature Medicine*, 25(1), 44–56. <https://doi.org/10.1038/s41591-018-0300-7>
- Toussaint, J. S., & Berry, L. L. (2013). The Promise of Lean in Health Care. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(1), 74–82. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.07.025>
- Treble, T. M., Cruickshank, L., Hockey, P. M., Heyworth, N., Powell, T., & Clarke, N. (2013). Individual performance review in hospital practice: the development of a framework and evaluation of doctors' attitudes to its value and implementation. *BMJ Quality & Safety*, 22(11), 948–955. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001738>
- Treble, T. M., Paul, M., Hockey, P. M., Heyworth, N., Humphrey, R., Powell, T., & Clarke, N. (2015). Clinically led performance management in secondary healthcare: evaluating the attitudes of medical and non-clinical managers. *BMJ Quality & Safety*, 24(3), 212–220. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003219>
- Universidade do Porto. (2024). *Sustentabilidade na Universidade do Porto*. Universidade do Porto. <https://www.up.pt/portal/pt/conhecer/sobre-a-uporto/sustentabilidade/>

- Vainieri, M., Noto, G., Ferre, F., & Rosella, L. C. (2020). A Performance Management System in Healthcare for All Seasons? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5590. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155590>
- van der Nat, P. B. (2022). The new strategic agenda for value transformation. *Health Services Management Research*, 35(3), 189–193. <https://doi.org/10.1177/09514848211011739>
- Varkey, B. (2021). Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Medical Principles and Practice*, 30(1), 17–28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
- Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2013). Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy. *Annals of Internal Medicine*, 158(5_Part_2), 369–374. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>
- Weill Cornell Medicine Department of Medicine. (2024). *Clinical Ethics*. Weill Cornell Medicine. <https://medicine.weill.cornell.edu/divisions-programs/medical-ethics/clinical-ethics>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- West, M. A., & Lyubovnikova, J. (2013). Illusions of team working in health care. *Journal of Health Organization and Management*, 27(1), 134–142. <https://doi.org/10.1108/14777261311311843>
- Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., DePalma, S. M., Gidding, S., Jamerson, K. A., Jones, D. W., MacLaughlin, E. J., Muntner, P., Ovbiagele, B., Smith, S. C., Spencer, C. C., Stafford, R. S., Taler, S. J., Thomas, R. J., Williams, K. A., ... Wright, J. T. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*, 71(6), e13–e115. <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>
- White Arkitekter. (2024). *Karolinska University Hospital in Solna: Sustainable Design Case Study*. White Arkitekter. <https://whitearkitekter.com/project/new-karolinska-solna/>
- World Health Organization. (2024). *Ensuring Ethical Standards and Procedures for Research with Human Beings*. World Health Organization. <https://www.who.int/activities/ensuring-ethical-standards-and-procedures-for-research-with-human-beings>

- Wynia, M. K., Papadakis, M. A., Sullivan, W. M., & Hafferty, F. W. (2014). More than a list of values and desired behaviors: a foundational understanding of medical professionalism. *Academic Medicine*, 89(5), 712–714. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000212>
- Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications: Design and Methods* (6.^a ed.). SAGE.

Anexos

Anexo A | Questionário de Avaliação da Cultura Organizacional

Questionário dirigido aos médicos elaborado e distribuído pela plataforma Qualtrics XM™.

Avaliação da Cultura Organizacional

Mestrado em Gestão de Empresas | ISCTE Business School

Avaliação da Performance em Medicina Interna

Caro(a) Colega,

Convido-o(a) a participar num projeto de investigação que visa desenvolver métodos para avaliar e gerir a performance e desempenho nos serviços de Medicina Interna, potencialmente utilizando o modelo do Balanced Scorecard.

A sua participação é voluntária e totalmente anónima.

O preenchimento deste questionário demorará aproximadamente 10 minutos.

Poderá aceder aqui a uma breve **Sinopse do Projeto**.

Cordialmente

Luís dos Santos Pinheiro

lfpsp@iscte-iul.pt

Introdução

O presente questionário (totalmente anónimo) pretende avaliar a “Cultura Organizacional”, com base em 6 dimensões:

1. Características dominantes
2. Liderança/Líder Organizacional
3. Princípios base
4. Clima Organizacional
5. Critérios de Sucesso
6. Estilo de Gestão

É baseado no *Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)*, que gera um perfil global da Cultura Organizacional. Este instrumento foi desenvolvido por Kim S. Cameron e Rober E. Quinn, detalhado em “*Diagnosing and Changing Organizational Culture: based on the Competing Values Framework*” 3rd edition (2011), Wiley.

Indique p.f. a sua Categoria.

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| ☐ | Especialista |
| ☐ | Interna(o) de Medicina Interna |
| ☐ | Interna(o) de Outra Especialidade |
| ☐ | Interna(o) de Formação Geral |

Explicação:

Cada um dos seis itens/grupos apresenta quatro descrições de organizações.

Pede-se que distribua 100 pontos pelas quatro descrições tendo em conta a semelhança da descrição apresentada com a da sua organização.

Nenhuma das descrições é melhor do que as outras, são apenas diferentes.

Para cada grupo, em cada coluna, utilize o máximo de 100 pontos.

Repita este processo para a situação **ATUAL** no “**HOSPITAL**”, para a situação **ATUAL** no “**SERVIÇO**” e para a situação **DESEJÁVEL** (total de 100 pontos em cada coluna).

1. Características Dominantes	ATUAL “HOSPITAL”	ATUAL “SERVIÇO”	DESEJÁVEL
A organização é muito pessoal. É como uma grande família. As pessoas estão dispostas a partilhar os seus problemas.			
A organização é muito dinâmica e empreendedora. As pessoas estão dispostas a correr riscos.			
A organização é muito estruturada e formalizada. Os procedimentos burocráticos regem normalmente o que as pessoas fazem.			
A organização está muito orientada para os resultados. A maior preocupação consiste nos resultados/números alcançados. Os indivíduos são orientados para o desempenho e produtividade.			
Total			

2. Liderança/Lider Organizacional	ATUAL “HOSPITAL”	ATUAL “SERVIÇO”	DESEJÁVEL
O líder da organização é geralmente considerado como sendo um mentor, um facilitador, uma pessoa atenta aos problemas humanos das pessoas.			
O líder da organização de saúde é geralmente considerado como um empreendedor, um inovador ou um indivíduo que aceita desafios.			
O líder da organização é normalmente caracterizado como sendo um coordenador, um organizador ou um profissional eficiente.			
O líder da organização é, de uma maneira geral, considerado como um grande diretor, produtivo e competitivo, orientado para os resultados.			
Total			

3. Princípios Base	ATUAL "HOSPITAL"	ATUAL "SERVIÇO"	DESEJÁVEL
A base sobre a qual se mantém a organização, é a lealdade e a implicação. A coesão e o trabalho de equipa são característicos desta organização.			
A base sobre a qual se mantém a organização é a preocupação com o desenvolvimento e inovação.			
Os princípios que regem a organização são os princípios formais, regras e procedimentos detalhados. É importante manter um funcionamento regular.			
A preocupação com a produção e a consecução de objetivos, são os princípios fundamentais que regem a organização. Enfatiza-se um posicionamento centrado nos números/resultados.			
Total			

4. Clima Organizacional	ATUAL "HOSPITAL"	ATUAL "SERVIÇO"	DESEJÁVEL
O clima da organização é agradável e participativo. Existe uma grande abertura e confiança.			
O clima da organização caracteriza-se pela inovação, criatividade e vontade de enfrentar novos desafios. Privilegia-se a mudança e o desenvolvimento.			
O clima da organização caracteriza-se pelo rigor e clareza. Os procedimentos são claros.			
O clima da organização é competitivo e conflituoso. Dá-se ênfase aos resultados alcançados.			
Total			

5. Critérios de Sucesso	ATUAL “HOSPITAL”	ATUAL “SERVIÇO”	DESEJÁVEL
A organização define o sucesso com base no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho em equipa e na preocupação com as pessoas.			
A organização define o sucesso com base na posse de competências únicas e capacidade de desenvolver ações que outros serviços similares não fazem. É inovadora e em certas áreas de atuação é referenciada como a melhor do género em Portugal.			
A organização define o sucesso com base na manutenção da atividade diária, evitando sobressaltos. O cumprimento das normas e rotinas é assegurado e são os pontos chave desta organização.			
A organização determina o sucesso com base no número de atos praticados e no número de doentes tratados. Os objetivos numéricos a alcançar norteiam toda a atividade do serviço.			
Total			

6. Estilo de Gestão	ATUAL “HOSPITAL”	ATUAL “SERVIÇO”	DESEJÁVEL
O estilo de gestão na organização é caracterizado pelo trabalho de equipa, consenso e participação.			
O estilo de gestão na organização caracteriza-se pela iniciativa individual, inovação, liberdade e originalidade.			
O estilo de gestão na organização é caracterizado pela manutenção da atividade normal sem sobressaltos, cumprimento das rotinas e assegurando a previsibilidade.			
O estilo de gestão na organização é caracterizado por uma forte competitividade, produção e desempenho centrado nos resultados.			
Total			

Anexo B | Resultados do Questionário de Avaliação da Cultura Organizacional

Caracterização da Amostra

Categoria	n	%
Especialista	11	73,3%
Interna(o) de Medicina Interna	4	26,7%
Total	15	100,0%

Perfil Global do OCAI

(Médias das pontuações atribuídas pelos respondentes)

GLOBAL (Especialistas + Internos)	ATUAL		DESEJÁVEL
	Hospital	Serviço	
Cultura de Clã	49,3	126,0	201,7
Adhocracia	73,0	63,7	165,0
Cultura Hierárquica	197,3	170,7	133,0
Cultura de Mercado	280,3	239,7	100,3
Total	600,0	600,0	600,0

GLOBAL (Especialistas)	ATUAL		DESEJÁVEL
	Hospital	Serviço	
Cultura de Clã	50,5	128,2	214,5
Adhocracia	68,2	56,8	165,0
Cultura Hierárquica	194,1	164,5	131,4
Cultura de Mercado	287,3	250,5	89,1
Total	600,0	600,0	600,0

GLOBAL (Internos)	ATUAL		DESEJÁVEL
	Hospital	Serviço	
Cultura de Clã	46,3	120,0	166,3
Adhocracia	86,3	82,5	165,0
Cultura Hierárquica	206,3	187,5	137,5
Cultura de Mercado	261,3	210,0	131,3
Total	600,0	600,0	600,0

Domínio das “Características Dominantes” do OCAI
(Médias das pontuações atribuídas pelos respondentes)

CARACTERÍSTICAS DOMINANTES (Especialistas + Internos)		ATUAL		DESEJÁVEL
		<i>Hospital</i>	<i>Serviço</i>	
Clã	A organização é muito pessoal. É como uma grande família. As pessoas estão dispostas a partilhar os seus problemas.	8,3	20,7	25,3
Adhocracia	A organização é muito dinâmica e empreendedora. As pessoas estão dispostas a correr riscos.	11,0	11,3	33,3
Hierárquica	A organização é muito estruturada e formalizada. Os procedimentos burocráticos regem normalmente o que as pessoas fazem.	42,7	32,0	18,0
Mercado	A organização está muito orientada para os resultados. A maior preocupação consiste nos resultados/números alcançados. Os indivíduos são orientados para o desempenho e produtividade.	38,0	36,0	23,3
Total		100,0	100,0	100,0

CARACTERÍSTICAS DOMINANTES (Especialistas)		ATUAL		DESEJÁVEL
		<i>Hospital</i>	<i>Serviço</i>	
Clã	A organização é muito pessoal. É como uma grande família. As pessoas estão dispostas a partilhar os seus problemas.	7,3	19,1	26,8
Adhocracia	A organização é muito dinâmica e empreendedora. As pessoas estão dispostas a correr riscos.	9,1	8,2	35,5
Hierárquica	A organização é muito estruturada e formalizada. Os procedimentos burocráticos regem normalmente o que as pessoas fazem.	42,3	32,7	16,4
Mercado	A organização está muito orientada para os resultados. A maior preocupação consiste nos resultados/números alcançados. Os indivíduos são orientados para o desempenho e produtividade.	41,4	40,0	21,4
Total		100,0	100,0	100,0

CARACTERÍSTICAS DOMINANTES (Internos)		ATUAL		DESEJÁVEL
		<i>Hospital</i>	<i>Serviço</i>	
Clã	A organização é muito pessoal. É como uma grande família. As pessoas estão dispostas a partilhar os seus problemas.	11,3	25,0	21,3
Adhocracia	A organização é muito dinâmica e empreendedora. As pessoas estão dispostas a correr riscos.	16,3	20,0	27,5
Hierárquica	A organização é muito estruturada e formalizada. Os procedimentos burocráticos regem normalmente o que as pessoas fazem.	43,8	30,0	22,5
Mercado	A organização está muito orientada para os resultados. A maior preocupação consiste nos resultados/números alcançados. Os indivíduos são orientados para o desempenho e produtividade.	28,8	25,0	28,8
Total		100,0	100,0	100,0

Domínio da “Liderança/Líder Organizacional” do OCAI
(Médias das pontuações atribuídas pelos respondentes)

LIDERANÇA/LÍDER ORGANIZACIONAL (Especialistas + Internos)		ATUAL		DESEJÁVEL
		<i>Hospital</i>	<i>Serviço</i>	
Clã	O líder da organização é geralmente considerado como sendo um mentor, um facilitador, uma pessoa atenta aos problemas humanos das pessoas.	10,7	27,0	33,3
Adhocracia	O líder da organização de saúde é geralmente considerado como um empreendedor, um inovador ou um indivíduo que aceita desafios.	14,3	16,0	24,0
Hierárquica	O líder da organização é normalmente caracterizado como sendo um coordenador, um organizador ou um profissional eficiente.	31,3	26,3	23,3
Mercado	O líder da organização é de uma maneira geral considerado como um grande diretor, produtivo e competitivo, orientado para os resultados.	43,7	30,7	19,3
Total		100,0	100,0	100,0

LIDERANÇA/LÍDER ORGANIZACIONAL (Especialistas)		ATUAL		DESEJÁVEL
		<i>Hospital</i>	<i>Serviço</i>	
Clã	O líder da organização é geralmente considerado como sendo um mentor, um facilitador, uma pessoa atenta aos problemas humanos das pessoas.	10,9	29,1	34,1
Adhocracia	O líder da organização de saúde é geralmente considerado como um empreendedor, um inovador ou um indivíduo que aceita desafios.	13,2	14,1	23,2
Hierárquica	O líder da organização é normalmente caracterizado como sendo um coordenador, um organizador ou um profissional eficiente.	32,7	26,4	23,6
Mercado	O líder da organização é de uma maneira geral considerado como um grande diretor, produtivo e competitivo, orientado para os resultados.	43,2	30,5	19,1
Total		100,0	100,0	100,0

LIDERANÇA/LÍDER ORGANIZACIONAL (Internos)		ATUAL		DESEJÁVEL
		<i>Hospital</i>	<i>Serviço</i>	
Clã	O líder da organização é geralmente considerado como sendo um mentor, um facilitador, uma pessoa atenta aos problemas humanos das pessoas.	10,0	21,3	31,3
Adhocracia	O líder da organização de saúde é geralmente considerado como um empreendedor, um inovador ou um indivíduo que aceita desafios.	17,5	21,3	26,3
Hierárquica	O líder da organização é normalmente caracterizado como sendo um coordenador, um organizador ou um profissional eficiente.	27,5	26,3	22,5
Mercado	O líder da organização é de uma maneira geral considerado como um grande diretor, produtivo e competitivo, orientado para os resultados.	45,0	31,3	20,0
Total		100,0	100,0	100,0

Domínio dos “Princípios Base” do OCAI
(Médias das pontuações atribuídas pelos respondentes)

PRINCÍPIOS BASE (Especialistas + Internos)		ATUAL		DESEJÁVEL
		<i>Hospital</i>	<i>Serviço</i>	
Clã	A base sobre a qual se mantém a organização, é a lealdade e a implicação. A coesão e o trabalho de equipa são característicos desta organização.	8,0	19,0	33,3
Adhocracia	A base sobre a qual se mantém a organização é a preocupação com o desenvolvimento e inovação.	9,0	10,0	25,0
Hierárquica	Os princípios que regem a organização são os princípios formais, regras e procedimentos detalhados. É importante manter um funcionamento regular.	39,0	28,0	21,3
Mercado	A preocupação com a produção e a consecução de objetivos, são os princípios fundamentais que regem a organização. Enfatiza-se um posicionamento centrado nos números/resultados.	44,0	43,0	20,3
Total		100,0	100,0	100,0

PRINCÍPIOS BASE (Especialistas)		ATUAL		DESEJÁVEL
		<i>Hospital</i>	<i>Serviço</i>	
Clã	A base sobre a qual se mantém a organização, é a lealdade e a implicação. A coesão e o trabalho de equipa são característicos desta organização.	8,6	19,1	35,9
Adhocracia	A base sobre a qual se mantém a organização é a preocupação com o desenvolvimento e inovação.	8,2	8,6	23,6
Hierárquica	Os princípios que regem a organização são os princípios formais, regras e procedimentos detalhados. É importante manter um funcionamento regular.	37,3	25,9	20,9
Mercado	A preocupação com a produção e a consecução de objetivos, são os princípios fundamentais que regem a organização. Enfatiza-se um posicionamento centrado nos números/resultados.	45,9	46,4	19,5
Total		100,0	100,0	100,0

PRINCÍPIOS BASE (Internos)		ATUAL		DESEJÁVEL
		<i>Hospital</i>	<i>Serviço</i>	
Clã	A base sobre a qual se mantém a organização, é a lealdade e a implicação. A coesão e o trabalho de equipa são característicos desta organização.	6,3	18,8	26,3
Adhocracia	A base sobre a qual se mantém a organização é a preocupação com o desenvolvimento e inovação.	11,3	13,8	28,8
Hierárquica	Os princípios que regem a organização são os princípios formais, regras e procedimentos detalhados. É importante manter um funcionamento regular.	43,8	33,8	22,5
Mercado	A preocupação com a produção e a consecução de objetivos, são os princípios fundamentais que regem a organização. Enfatiza-se um posicionamento centrado nos números/resultados.	38,8	33,8	22,5
Total		100,0	100,0	100,0

Domínio do “Clima Organizacional” do OCAI
(Médias das pontuações atribuídas pelos respondentes)

CLIMA ORGANIZACIONAL (Especialistas + Internos)		ATUAL		DESEJÁVEL
		<i>Hospital</i>	<i>Serviço</i>	
Clã	O clima da organização é agradável e participativo. Existe uma grande abertura e confiança.	9,3	21,3	38,0
Adhocracia	O clima da organização caracteriza-se pela inovação, criatividade e vontade de enfrentar novos desafios. Privilegia-se a mudança e o desenvolvimento.	12,0	11,3	26,7
Hierárquica	O clima da organização caracteriza-se pelo rigor e clareza. Os procedimentos são claros.	22,0	19,3	27,3
Mercado	O clima da organização é competitivo e conflituoso. Dá-se ênfase aos resultados alcançados.	56,7	48,0	8,0
Total		100,0	100,0	100,0

CLIMA ORGANIZACIONAL (Especialistas)		ATUAL		DESEJÁVEL
		<i>Hospital</i>	<i>Serviço</i>	
Clã	O clima da organização é agradável e participativo. Existe uma grande abertura e confiança.	9,1	20,9	41,4
Adhocracia	O clima da organização caracteriza-se pela inovação, criatividade e vontade de enfrentar novos desafios. Privilegia-se a mudança e o desenvolvimento.	12,7	10,9	25,9
Hierárquica	O clima da organização caracteriza-se pelo rigor e clareza. Os procedimentos são claros.	21,8	18,2	28,6
Mercado	O clima da organização é competitivo e conflituoso. Dá-se ênfase aos resultados alcançados.	56,4	50,0	4,1
Total		100,0	100,0	100,0

CLIMA ORGANIZACIONAL (Internos)		ATUAL		DESEJÁVEL
		<i>Hospital</i>	<i>Serviço</i>	
Clã	O clima da organização é agradável e participativo. Existe uma grande abertura e confiança.	10,0	22,5	28,8
Adhocracia	O clima da organização caracteriza-se pela inovação, criatividade e vontade de enfrentar novos desafios. Privilegia-se a mudança e o desenvolvimento.	10,0	12,5	28,8
Hierárquica	O clima da organização caracteriza-se pelo rigor e clareza. Os procedimentos são claros.	22,5	22,5	23,8
Mercado	O clima da organização é competitivo e conflituoso. Dá-se ênfase aos resultados alcançados.	57,5	42,5	18,8
Total		100,0	100,0	100,0

Domínio dos “Critérios de Sucesso” do OCAI
(Médias das pontuações atribuídas pelos respondentes)

CRITÉRIOS DE SUCESSO (Especialistas + Internos)		ATUAL		DESEJÁVEL
		<i>Hospital</i>	<i>Serviço</i>	
Clã	A organização define o sucesso com base no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho em equipa e na preocupação com as pessoas.	5,0	15,0	34,3
Adhocracia	A organização define o sucesso com base na posse de competências únicas e capacidade de desenvolver ações que outros serviços similares não fazem. É inovadora e em certas áreas de atuação é referenciada como a melhor do género em Portugal.	17,0	7,3	30,3
Hierárquica	A organização define o sucesso com base na manutenção da atividade diária, evitando sobressaltos. O cumprimento das normas e rotinas é assegurado e são os pontos chave desta organização.	25,3	26,7	21,3
Mercado	A organização determina o sucesso com base no número de atos praticados e no número de doentes tratados. Os objetivos numéricos a alcançar norteiam toda a atividade do serviço.	52,7	51,0	14,0
Total		100,0	100,0	100,0

CRITÉRIOS DE SUCESSO (Especialistas)		ATUAL		DESEJÁVEL
		<i>Hospital</i>	<i>Serviço</i>	
Clã	A organização define o sucesso com base no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho em equipa e na preocupação com as pessoas.	5,9	15,0	35,9
Adhocracia	A organização define o sucesso com base na posse de competências únicas e capacidade de desenvolver ações que outros serviços similares não fazem. É inovadora e em certas áreas de atuação é referenciada como a melhor do género em Portugal.	16,8	7,7	30,9
Hierárquica	A organização define o sucesso com base na manutenção da atividade diária, evitando sobressaltos. O cumprimento das normas e rotinas é assegurado e são os pontos chave desta organização.	22,3	22,7	20,9
Mercado	A organização determina o sucesso com base no número de atos praticados e no número de doentes tratados. Os objetivos numéricos a alcançar norteiam toda a atividade do serviço.	55,0	54,5	12,3
Total		100,0	100,0	100,0

CRITÉRIOS DE SUCESSO (Internos)		ATUAL		DESEJÁVEL
		<i>Hospital</i>	<i>Serviço</i>	
Clã	A organização define o sucesso com base no desenvolvimento dos recursos humanos, no trabalho em equipa e na preocupação com as pessoas.	2,5	15,0	30,0
Adhocracia	A organização define o sucesso com base na posse de competências únicas e capacidade de desenvolver ações que outros serviços similares não fazem. É inovadora e em certas áreas de atuação é referenciada como a melhor do género em Portugal.	17,5	6,3	28,8
Hierárquica	A organização define o sucesso com base na manutenção da atividade diária, evitando sobressaltos. O cumprimento das normas e rotinas é assegurado e são os pontos chave desta organização.	33,8	37,5	22,5
Mercado	A organização determina o sucesso com base no número de atos praticados e no número de doentes tratados. Os objetivos numéricos a alcançar norteiam toda a atividade do serviço.	46,3	41,3	18,8
Total		100,0	100,0	100,0

Domínio do “Estilo de Gestão” do OCAI
(Médias das pontuações atribuídas pelos respondentes)

ESTILO DE GESTÃO (Especialistas + Internos)		ATUAL		DESEJÁVEL
		<i>Hospital</i>	<i>Serviço</i>	
Clã	O estilo de gestão na organização é caracterizado pelo trabalho de equipa, consenso e participação.	8,0	23,0	37,3
Adhocracia	O estilo de gestão na organização caracteriza-se pela iniciativa individual, inovação, liberdade e originalidade.	9,7	7,7	25,7
Hierárquica	O estilo de gestão na organização é caracterizado pela manutenção da atividade normal sem sobressaltos, cumprimento das rotinas e assegurando a previsibilidade.	37,0	38,3	21,7
Mercado	O estilo de gestão na organização é caracterizado por uma forte competitividade, produção e desempenho centrado nos resultados.	45,3	31,0	15,3
Total		100,0	100,0	100,0

ESTILO DE GESTÃO (Especialistas)		ATUAL		DESEJÁVEL
		<i>Hospital</i>	<i>Serviço</i>	
Clã	O estilo de gestão na organização é caracterizado pelo trabalho de equipa, consenso e participação.	8,6	25,0	40,5
Adhocracia	O estilo de gestão na organização caracteriza-se pela iniciativa individual, inovação, liberdade e originalidade.	8,2	7,3	25,9
Hierárquica	O estilo de gestão na organização é caracterizado pela manutenção da atividade normal sem sobressaltos, cumprimento das rotinas e assegurando a previsibilidade.	37,7	38,6	20,9
Mercado	O estilo de gestão na organização é caracterizado por uma forte competitividade, produção e desempenho centrado nos resultados.	45,5	29,1	12,7
Total		100,0	100,0	100,0

ESTILO DE GESTÃO (Internos)		ATUAL		DESEJÁVEL
		<i>Hospital</i>	<i>Serviço</i>	
Clã	O estilo de gestão na organização é caracterizado pelo trabalho de equipa, consenso e participação.	6,3	17,5	28,8
Adhocracia	O estilo de gestão na organização caracteriza-se pela iniciativa individual, inovação, liberdade e originalidade.	13,8	8,8	25,0
Hierárquica	O estilo de gestão na organização é caracterizado pela manutenção da atividade normal sem sobressaltos, cumprimento das rotinas e assegurando a previsibilidade.	35,0	37,5	23,8
Mercado	O estilo de gestão na organização é caracterizado por uma forte competitividade, produção e desempenho centrado nos resultados.	45,0	36,3	22,5
Total		100,0	100,0	100,0

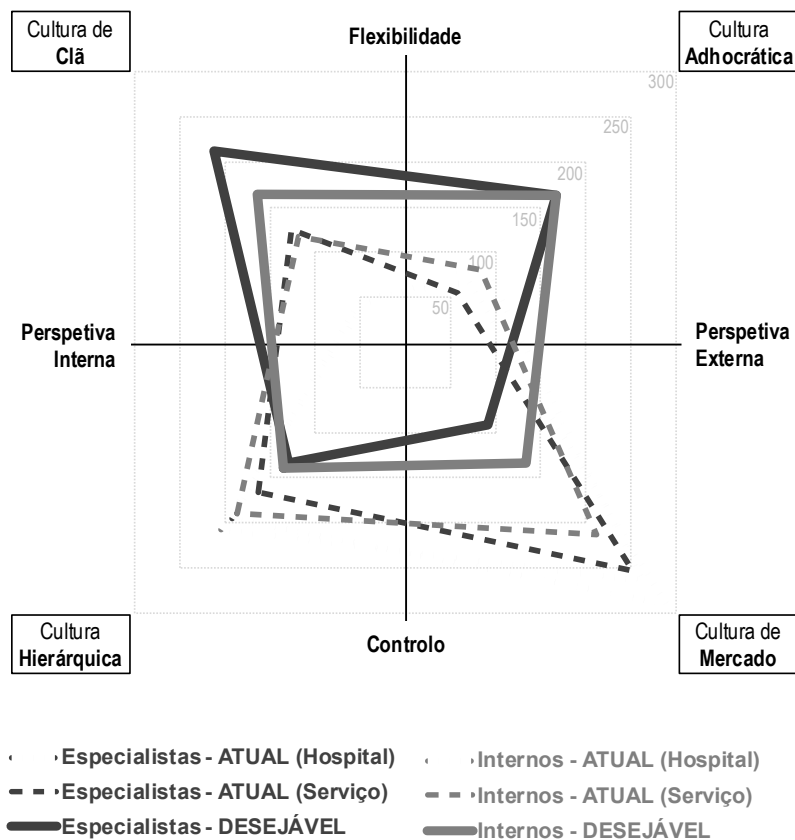


Figura B-1 – Perfil da Cultura Organizacional obtido pela aplicação do OCAI (desagregação por categoria profissional) - *Score Global*

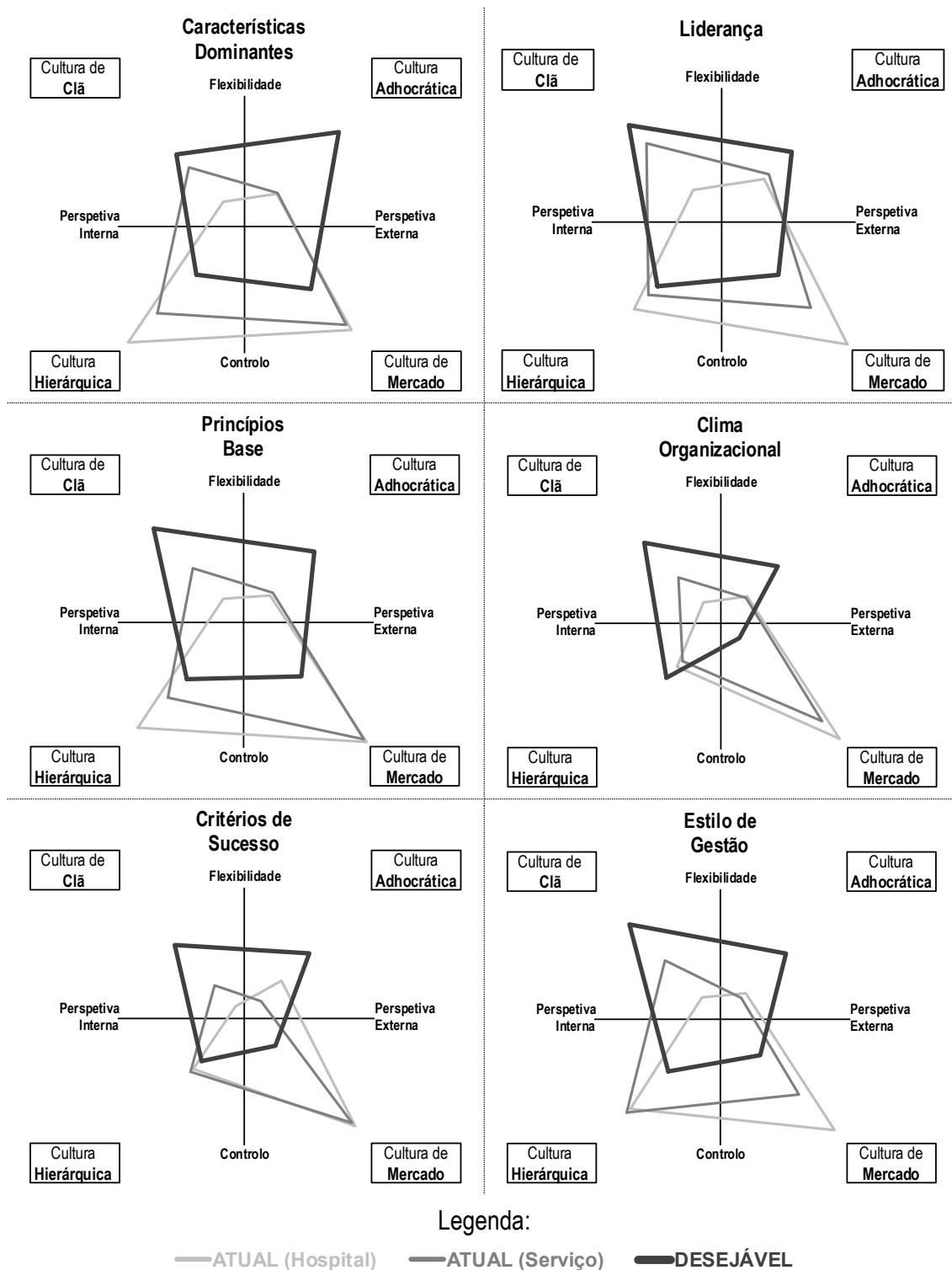


Figura B-2 – Perfil da Cultura Organizacional obtido pela aplicação do OCAI comparando a situação “Atual” com a situação “Desejável”
Scores desagregados por dimensão de análise

Anexo C | Questionário de Avaliação da Performance e Desempenho

Questionário dirigido aos médicos elaborado e distribuído pela plataforma Qualtrics XM™.

Avaliação da Performance em Medicina Interna

Mestrado em Gestão de Empresas | ISCTE Business School

Caro(a) Colega,

Convido-o(a) a participar num projeto de investigação que visa desenvolver métodos para avaliar e gerir a performance e desempenho nos serviços de Medicina Interna, potencialmente utilizando o modelo do Balanced Scorecard.

A sua participação é voluntária e totalmente anónima.

O preenchimento deste questionário demorará aproximadamente 10 minutos.

Poderá aceder aqui a uma breve **Sinopse do Projeto**.

Cordialmente

Luís dos Santos Pinheiro

lfpsp@iscte-iul.pt

P0 Consente em participar neste questionário de investigação com base nas informações fornecidas?

☐
☐

Sim, consinto participar

Não, não desejo participar

P1 Qual é a sua situação profissional atual?

☐
☐

Médico(a) **Interno(a)** de Medicina Interna

Médico(a) **Especialista** em Medicina Interna

P2 Há quantos anos exerce como Especialista em Medicina Interna?

☐
☐
☐
☐
☐

Menos de 5 anos

5-10 anos

11-15 anos

16-20 anos

Mais de 20 anos

P3 Qual a sua idade?

☐
☐
☐
☐
☐
☐

<20 anos

20-29 anos

30-39 anos

40-49 anos

50-59 anos

>59 anos

Percepções sobre a Avaliação de Desempenho em Medicina Interna

Esta secção pretende conhecer as suas percepções gerais sobre a avaliação da performance e desempenho em Medicina Interna.

P4 A avaliação sistemática da performance e desempenho é importante para melhorar a qualidade da atividade em Medicina Interna.

Discordo Totalmente	Discordo	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo	Concordo Totalmente
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P5 Na sua experiência, com que frequência é realizada a avaliação da performance e desempenho de formal e sistemática em Medicina Interna?

- ☐ Muito raramente (menos de uma vez por ano)
- ☐ Ocasionalmente (cerca de uma vez por ano)
- ☐ Regularmente (a cada 6 meses)
- ☐ Frequentemente (trimestralmente ou mais frequentemente)
- ☐ Não tenho a certeza/Desconheço

P6 Grau de satisfação com os métodos atuais utilizados para avaliar a performance e desempenho em Medicina Interna.

Muito Insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Parcialmente Insatisfeito(a)	Parcialmente Satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito Satisfeito(a)
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P7a Na sua opinião, qual/quais o(s) maior(es) desafio(s) para avaliar eficazmente a performance e desempenho nos serviços de Medicina Interna? (pode seleccionar mais que uma opção)

- ☐ Falta de indicadores de desempenho claros e relevantes
- ☐ Dificuldade em medir aspetos qualitativos da atividade
- ☐ Resistência dos Médicos à avaliação de desempenho
- ☐ Recursos ou ferramentas insuficientes para a avaliação
- ☐ Falta de alinhamento com os objetivos organizacionais
- ☐ Outro(s) (por favor, especifique na resposta seguinte)

P7b Se seleccionou “Outro(s)” na pergunta anterior, p.f. especifique o(s) desafio(s).

Desafio #1 _____

Desafio #2 _____

Desafio #3 _____

Desafio #4 _____

Desafio #5 _____

Perspetiva Financeira

As questões seguintes dizem respeito à Perspetiva Financeira da avaliação da performance em Medicina Interna. Esta perspetiva considera a sustentabilidade financeira e a eficiência dos serviços.

P8 Quão importante considera a Perspetiva Financeira na avaliação da performance de um serviço de Medicina Interna?

Nada Importante ☐	Pouco Importante ☐	Moderadamente Importante ☐	Importante ☐	Muito Importante ☐	Extremamente Importante ☐
--	---	---	-------------------------------------	---	--

P9 Em que medida a Perspetiva Financeira é atualmente considerada na avaliação da performance da Medicina Interna no seu hospital/instituição?

Nada Considerada ☐	Pouco Considerada ☐	Ligeiramente Considerada ☐	Moderadamente Considerada ☐	Bastante Considerada ☐	Extensivamente Considerada ☐
---	--	---	--	---	---

P10 Classifique os seguintes Indicadores Financeiros quanto à sua importância para avaliar a performance de um serviço de Medicina Interna.

(Ordene desde 1=Menos importante até 5=Mais importante)

- ☐ Atividades Geradoras de Receita
- ☐ Adesão ao Orçamento
- ☐ Custo por Dia de Internamento
- ☐ Custo por Doente
- ☐ Eficiência na Utilização de Recursos

P11 Por favor, indique até 5 outros Indicadores Financeiros que considere importantes para avaliar a performance de um serviço de Medicina Interna.

(1=Menos importante; 5=Mais importante)

Indicador #1 _____

Indicador #2 _____

Indicador #3 _____

Indicador #4 _____

Indicador #5 _____

Perspetiva do Doente

As seguintes questões dizem respeito à Perspetiva do Doente da avaliação da performance em Medicina Interna. Esta foca-se na satisfação e na experiência do doente, bem como nos resultados de saúde

P12 **Quão importante considera a Perspetiva do Doente na avaliação da performance de um serviço de Medicina Interna?**

Nada Importante ○	Pouco Importante ○	Moderadamente Importante ○	Importante ○	Muito Importante ○	Extremamente Importante ○
----------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------	-----------------------	------------------------------

P13 **Em que medida a Perspetiva do Doente é atualmente considerada na avaliação da performance da Medicina Interna no seu hospital/instituição?**

Nada Considerada ○	Pouco Considerada ○	Ligeiramente Considerada ○	Moderadamente Considerada ○	Bastante Considerada ○	Extensivamente Considerada ○
-----------------------	------------------------	-------------------------------	--------------------------------	---------------------------	---------------------------------

P14 **Classifique os seguintes Indicadores relacionados com o Doente quanto à sua importância para avaliar a performance de um serviço de Medicina Interna.**

(Ordene desde 1=Menos importante até 5=Mais importante)

- ☐ Indicadores de Segurança do Doente
- ☐ Medidas da Experiência Reportada pelo Doente (*Patient-Reported Outcome Measures – PROM*)
- ☐ Reclamações de Doentes
- ☐ Score de Satisfação do Doente
- ☐ Tempo de Internamento

P15 **Por favor, indique até 5 outros Indicadores relacionados com o Doente que considere importantes para avaliar a performance de um serviço de Medicina Interna.**

(1=Menos importante; 5=Mais importante)

Indicador #1 _____

Indicador #2 _____

Indicador #3 _____

Indicador #4 _____

Indicador #5 _____

Perspetivas do Balanced Scorecard
Perspetiva dos Processos Internos

As questões seguintes dizem respeito à Perspetiva dos Processos Internos da avaliação de performance em Medicina Interna.

Esta perspetiva foca-se na eficiência, qualidade e eficácia dos processos clínicos e operacionais dentro do serviço.

P16 Quão importante considera a Perspetiva dos Processos Internos na avaliação da performance de um serviço de Medicina Interna?

Nada Importante ○	Pouco Importante ○	Moderadamente Importante ○	Importante ○	Muito Importante ○	Extremamente Importante ○
----------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------	-----------------------	------------------------------

P17 Em que medida a Perspetiva dos Processos Internos é atualmente considerada na avaliação da performance da Medicina Interna no seu hospital/instituição?

Nada Considerada ○	Pouco Considerada ○	Ligeiramente Considerada ○	Moderadamente Considerada ○	Bastante Considerada ○	Extensivamente Considerada ○
-----------------------	------------------------	-------------------------------	--------------------------------	---------------------------	---------------------------------

P18 Classifique os seguintes Indicadores de Processos Internos com base na sua importância para avaliar a performance de um serviço de Medicina Interna.

(Ordene desde 1=Menos importante até 5=Mais importante)

☐	Adesão a Guidelines/Protocolos Clínicos
☐	Tempestividade do Início do Tratamento
☐	Eficiência dos Processos de Admissão/Alta
☐	Comunicação e Coordenação Interdepartamental
☐	Taxa de Mortalidade

P19 Por favor, indique até 5 outros Indicadores de Processos Internos que considere importantes para avaliar a performance de um serviço de Medicina Interna.

(1=Menos importante, 5=Mais importante)

Indicador #1 _____

Indicador #2 _____

Indicador #3 _____

Indicador #4 _____

Indicador #5 _____

Perspetiva da Aprendizagem e Crescimento

As seguintes questões dizem respeito à Perspetiva da Aprendizagem e Crescimento da avaliação da performance em Medicina Interna.

Esta perspetiva foca-se no desenvolvimento da equipa, na inovação e na capacidade de melhoria contínua.

P20 Quão importante considera a Perspetiva da Aprendizagem e Crescimento na avaliação da performance de um serviço de Medicina Interna?

Nada Importante	Pouco Importante	Moderadamente Importante	Importante	Muito Importante	Extremamente Importante
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P21 Em que medida a Perspetiva da Aprendizagem e Crescimento é atualmente considerada na avaliação da performance da Medicina Interna no seu hospital/instituição?

Nada Considerada	Pouco Considerada	Ligeiramente Considerada	Moderadamente Considerada	Bastante Considerada	Extensivamente Considerada
☐	☐	☐	☐	☐	☐

P22 Classifique os seguintes Indicadores de Aprendizagem e Crescimento com base na sua importância para avaliar a performance de um serviço de Medicina Interna.

(Ordene desde 1=Menos importante até 5=Mais importante)

- ☐ Adoção de Novas Tecnologias/Inovação
- ☐ Nível de Satisfação da Equipa
- ☐ Oportunidades de Formação Médica Contínua (Continuing Medical Education – CME)
- ☐ Participação em Iniciativas de Melhoria da Qualidade
- ☐ Produção Científica (p. ex. Publicações, Projetos de Investigação)

P23 Por favor, indique até 5 outros Indicadores de Aprendizagem e Crescimento que considere importantes para avaliar a performance de um serviço de Medicina Interna.

(1=Menos importante; 5=Mais importante)

Indicador #1 _____

Indicador #2 _____

Indicador #3 _____

Indicador #4 _____

Indicador #5 _____

Prioridades e Desafios na Avaliação da Performance

Esta secção aborda as suas prioridades e desafios adicionais relacionados com a avaliação da performance em Medicina Interna.

P24 Se fosse desenhar um sistema ideal de avaliação da performance para um serviço de Medicina Interna, como priorizaria as Perspetivas do Balanced Scorecard?

(Ordene desde 1=Menor prioridade até 4=Maior prioridade)

- ☐ Perspetiva Financeira
- ☐ Perspetiva do Doente/Cliente
- ☐ Perspetiva dos Processos Internos
- ☐ Perspetiva da Aprendizagem e Crescimento

P25 Considera que as 4 (quatro) Perspetivas originais são suficientes para a melhor e mais completa avaliação da performance dos serviços de Medicina Interna?

- ☐ Sim, considero que são suficientes
- ☐ Não, penso que será útil incluir outras Perspetivas

P26 Por favor, indique até 3 outras Perspetivas que considere relevantes na avaliação da performance em Medicina Interna.

(1=Menos importante, 3=Mais importante)

Perspetiva #1 _____
Perspetiva #2 _____
Perspetiva #3 _____

P27 Na sua opinião, e tendo em conta a missão e a atividade da Medicina Interna, qual a tipologia de indicadores que melhor se adequa à avaliação da performance de um serviço de Medicina Interna e do desempenho dos seus Médicos?

(Ordene desde 1=Menos adequados até 3=Maiores adequados)

- ☐ Quantitativos simples (p. ex. demora média bruta, taxa de mortalidade bruta)
- ☐ Quantitativos ajustados (p. ex. demora média ajustada à complexidade, taxa de mortalidade ajustada ao risco)
- ☐ Qualitativos

P28 Pedia-lhe que indicasse até 5 indicadores que considere particularmente úteis e adequados para a avaliação da performance e desempenho em Medicina Interna?

Indicador #1 _____
Indicador #2 _____
Indicador #3 _____
Indicador #4 _____
Indicador #5 _____

P29 Considera que a inclusão de uma perspetiva baseada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), alinhada com o quadro de ESG (*Environmental, Social, Governance*) poderá ser uma mais-valia na avaliação da performance dos serviços de Medicina Interna?

- ☐ Sim, considero que será uma mais-valia
- ☐ Não, penso que não será útil no contexto da Medicina Interna

P30 Com base na sua experiência, classifique as seguintes barreiras com base no seu impacto na implementação eficaz de um sistema de avaliação da performance e desempenho em Medicina Interna.

(Ordene desde 1=Menor impacto até 6=Maior impacto)

- ☐ Complexidade de medir a qualidade em Medicina Interna
- ☐ Cultura organizacional pouco favorável
- ☐ Elevada carga de trabalho e restrições de tempo dos Médicos
- ☐ Falta de apoio da liderança
- ☐ Falta de consenso sobre os indicadores-chave
- ☐ Insuficiências dos sistemas de informação

P31 Por favor, indique até 5 outras barreiras com impacto na implementação eficaz de um sistema de avaliação da performance e desempenho em Medicina Interna.

(1=Menor impacto; 5=Maior impacto)

- Barreira #1 _____
- Barreira #2 _____
- Barreira #3 _____
- Barreira #4 _____
- Barreira #5 _____

Feedback Aberto e Sugestões

P32 São muito bem-vindos comentários ou sugestões relativamente à avaliação da performance e desempenho nos serviços de Medicina Interna, ou sobre a potencial utilização do modelo do Balanced Scorecard. *Poderá utilizar o espaço abaixo para deixar as suas ideias!*

Anexo D | Resultados do Questionário de Avaliação da Performance e Desempenho

Dados Gerais

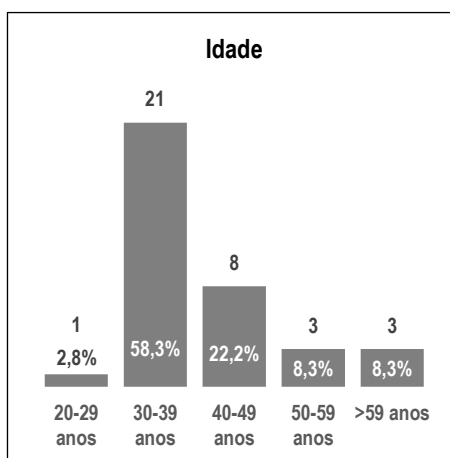
Situação Profissional	n	%
Especialista	21	58,3%
Interno(a)	15	41,7%
Total	36	100,0%



Anos de Exercício	n	%
Menos de 5 anos	10	47,6%
5-10 anos	3	14,3%
11-15 anos	2	9,5%
16-20 anos	1	4,8%
Mais de 20 anos	5	23,8%
Total	21	100,0%

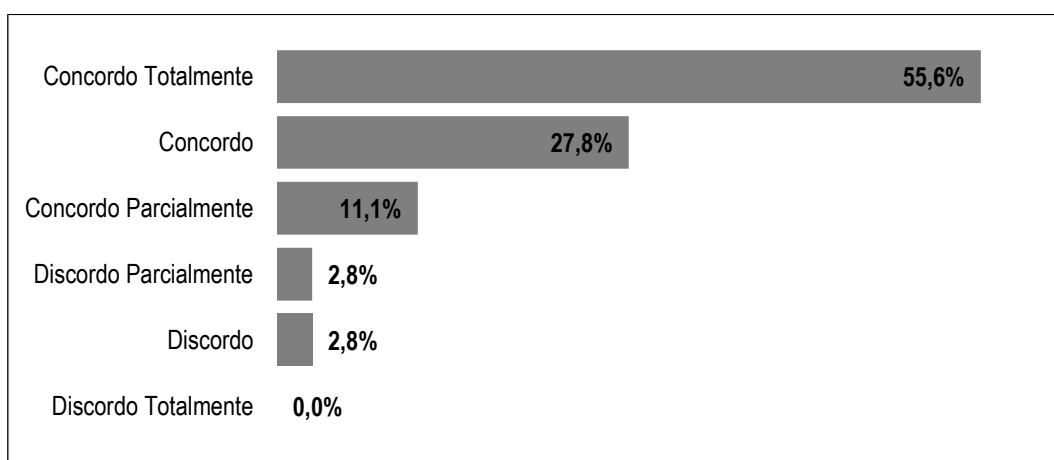


Idade	n	%
<20 anos	0	0,0%
20-29 anos	1	2,8%
30-39 anos	21	58,3%
40-49 anos	8	22,2%
50-59 anos	3	8,3%
>59 anos	3	8,3%
Total	36	100,0%



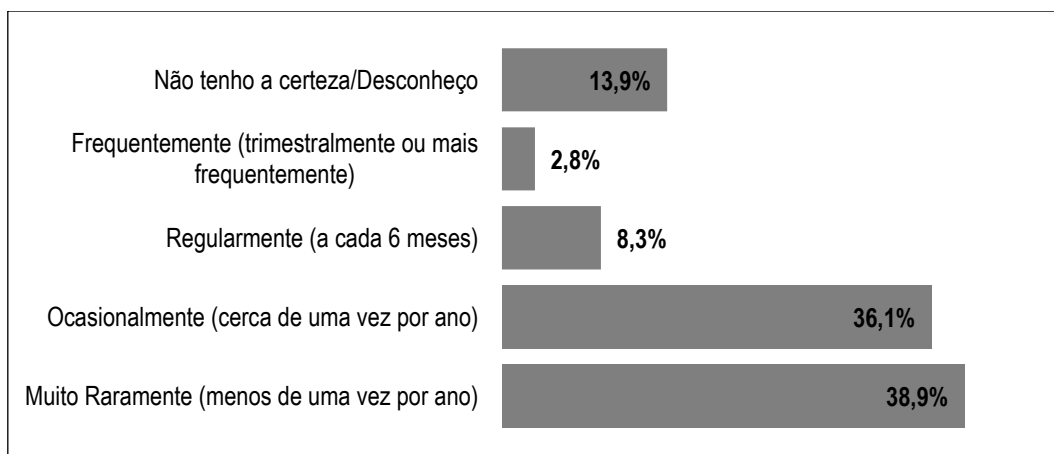
Percepções sobre Avaliação de Performance

P4 A avaliação sistemática da performance e desempenho é importante para melhorar a qualidade da atividade em Medicina Interna.		n	%
1	Discordo Totalmente	0	0,0%
2	Discordo	1	2,8%
3	Discordo Parcialmente	1	2,8%
4	Concordo Parcialmente	4	11,1%
5	Concordo	10	27,8%
6	Concordo Totalmente	20	55,6%
Total		36	100,0%
		5,31	Média
		0,98	DP



P5 Com que frequência é realizada a avaliação da performance e desempenho de forma formal e sistemática em Medicina Interna?		n	%
1	Muito Raramente (menos de uma vez por ano)	14	38,9%
2	Ocasionalmente (cerca de uma vez por ano)	13	36,1%
3	Regularmente (a cada 6 meses)	3	8,3%
4	Frequentemente (trimestralmente ou mais frequentemente)	1	2,8%
5	Não tenho a certeza/Desconheço	5	13,9%
Total		36	100,0%
		2,17	Média
		1,36	DP

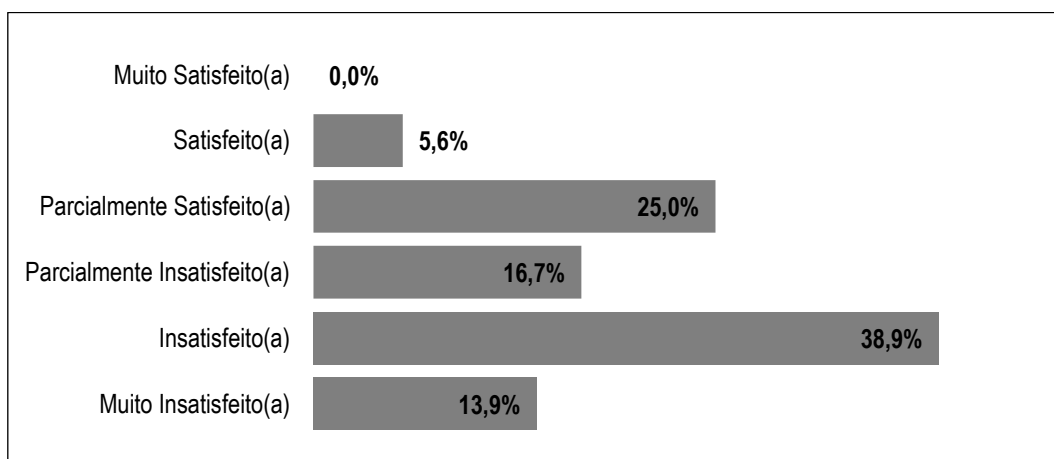
(excluindo "Não tenho a certeza/Desconheço")



P6

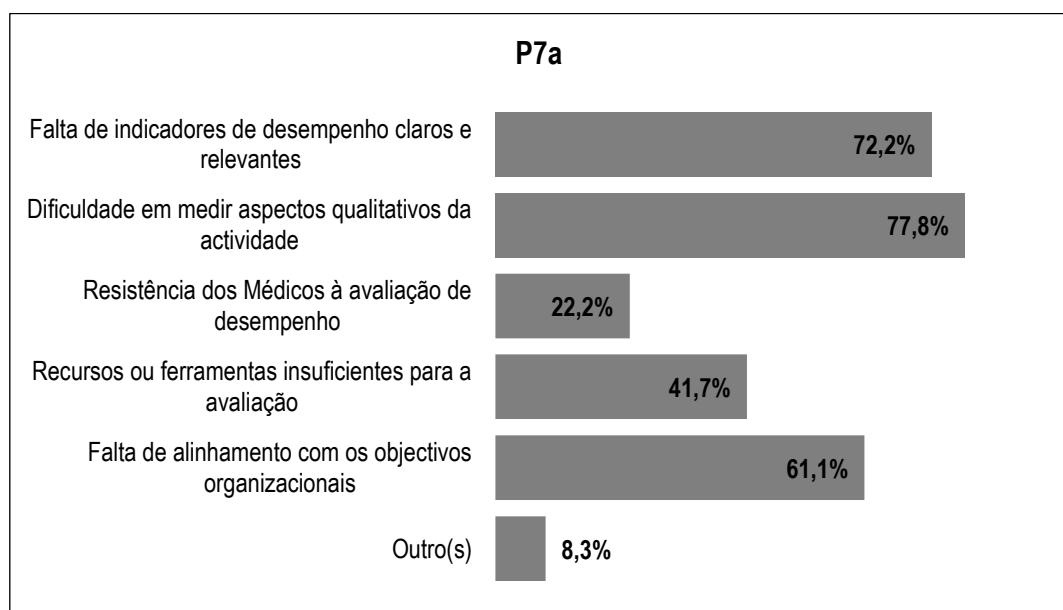
Grau de satisfação com os métodos atuais utilizados para avaliar a performance e desempenho em Medicina Interna.

		n	%
1	Muito Insatisfeito(a)	5	13,9%
2	Insatisfeito(a)	14	38,9%
3	Parcialmente Insatisfeito(a)	6	16,7%
4	Parcialmente Satisfeito(a)	9	25,0%
5	Satisfeito(a)	2	5,6%
6	Muito Satisfeito(a)	0	0,0%
Total		36	100,0%
		2,69	Média
		1,17	DP



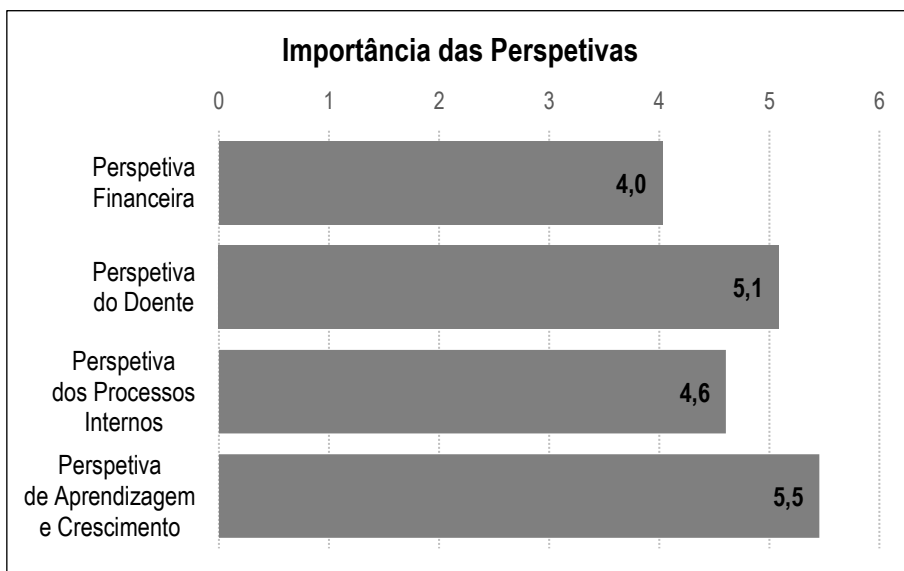
P7a Maior(es) desafio(s) para avaliar eficazmente a performance e desempenho nos serviços de Medicina Interna.		
	n	% (inq.)
1 Falta de indicadores de desempenho claros e relevantes	26	72,2%
2 Dificuldade em medir aspetos qualitativos da atividade	28	77,8%
3 Resistência dos Médicos à avaliação de desempenho	8	22,2%
4 Recursos ou ferramentas insuficientes para a avaliação	15	41,7%
5 Falta de alinhamento com os objetivos organizacionais	22	61,1%
6 Outro(s)	3	8,3%
Total (<i>desafios identificados</i>)	102	

P7b Outros desafios	
Profissionais desconhecerem métodos de avaliação.	
Cultura organizacional.	
A avaliação de desempenho das equipas médicas pressupõe equipas equitativas, o que não acontece.	
Há equipas com 1 elemento médico e outras com 3 ou 4, o desempenho das mesmas não pode ser comparado.	
Desconhecimento do orçamento.	
A distribuição dos doentes é frequentemente enviesada, com alterações à escala de distribuição dos doentes de modo a privilegiar as equipas com mais internos, alegando benefício para a sua formação.	
Desconhecimento dos custos dos seus atos profissionais	
A lógica de "banco bom" vs. "banco mau", tende a agravar assimetrias.	
Como não é costume promover rotatividade, promove-se mais o "lobbying" e menos a cooperação.	

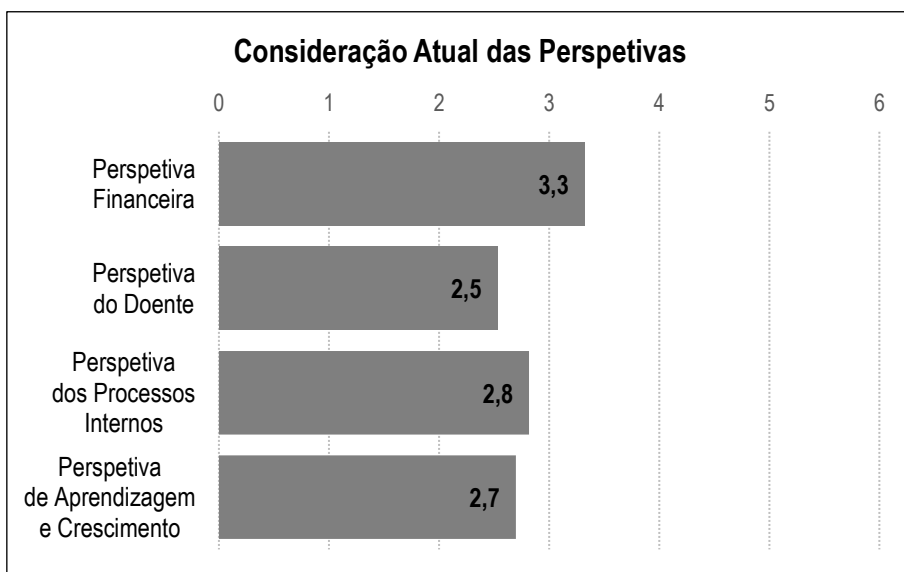


Perspetivas – Resumo

Quão importante considera cada Perspetiva na avaliação da performance de um serviço de Medicina Interna?		
<i>Escala: 1: Menor Importância; 6: Maior Importância</i>	Média	DP
Perspetiva Financeira	4,03	1,53
Perspetiva do Doente	5,09	1,29
Perspetiva dos Processos Internos	4,61	1,09
Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento	5,45	0,67

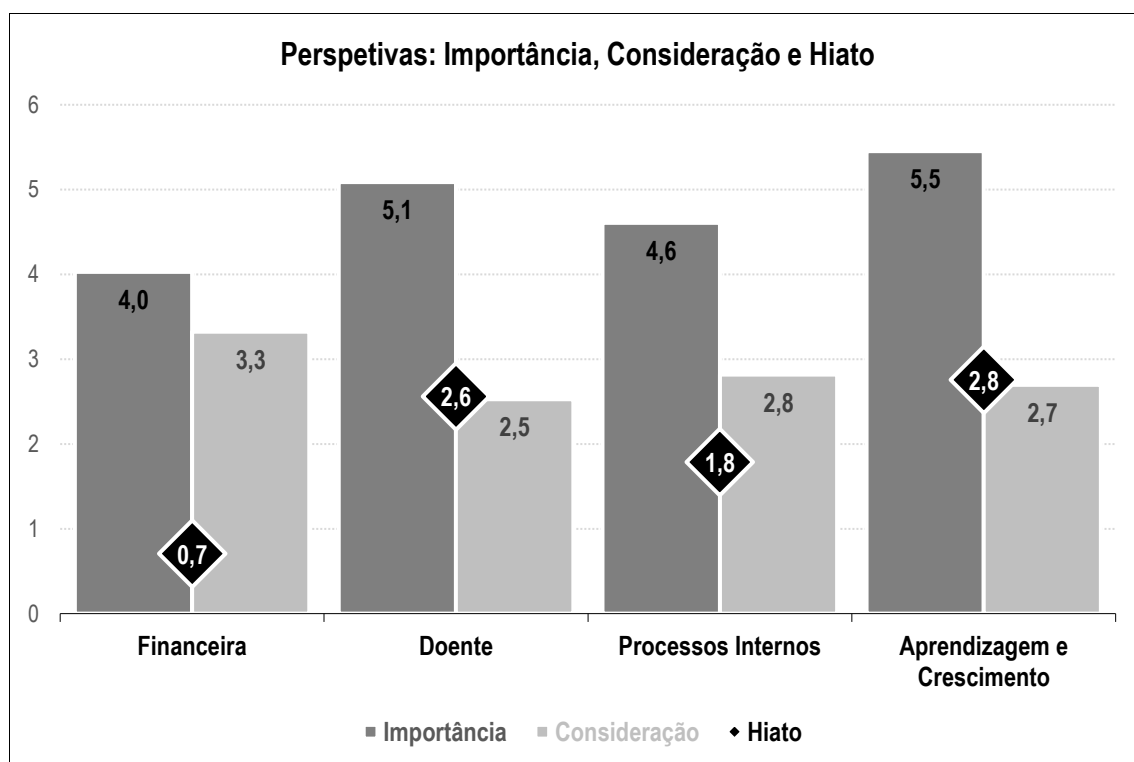
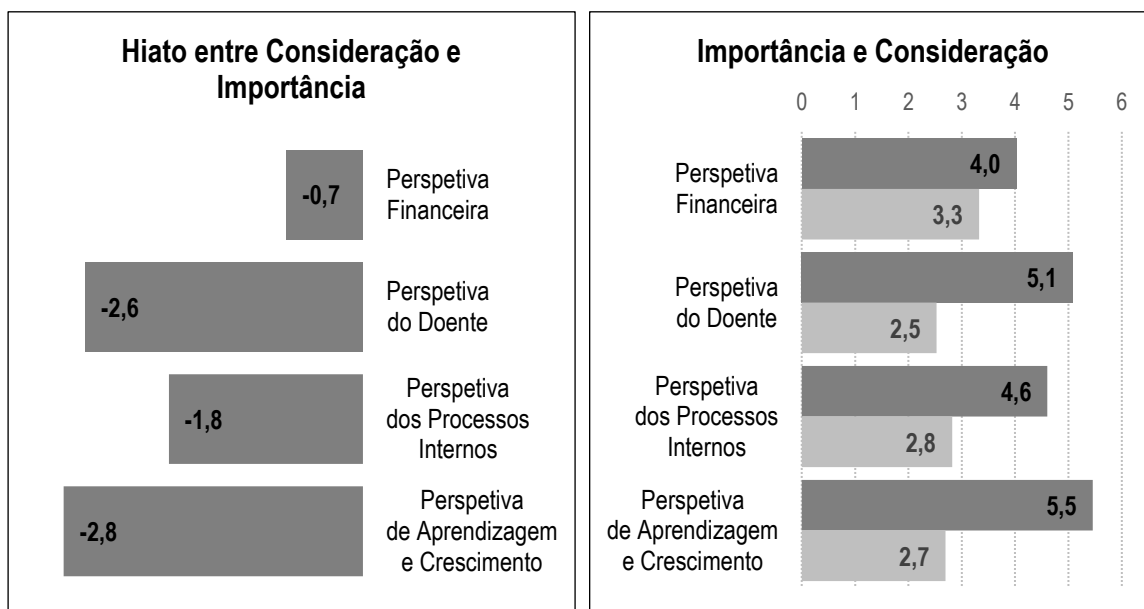


Em que medida cada Perspetiva é atualmente considerada na avaliação da performance da Medicina Interna no seu hospital/instituição?		
<i>Escala: 1: Menos considerada; 6: Mais considerada</i>	Média	DP
Perspetiva Financeira	3,32	1,45
Perspetiva do Doente	2,53	1,33
Perspetiva dos Processos Internos	2,82	1,24
Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento	2,70	1,24



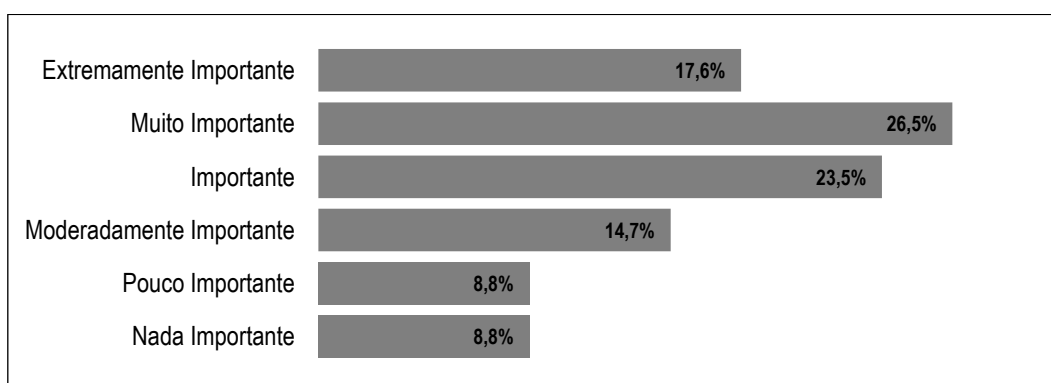
Hiato entre "Consideração" e "Importância" das Perspetivas na avaliação da performance em Medicina Interna

$[Valor Consideração] - [Valor Importância]$	Hiato	Hiato
Perspetiva Financeira	-0,71	0,71
Perspetiva do Doente	-2,56	2,56
Perspetiva dos Processos Internos	-1,79	1,79
Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento	-2,76	2,76



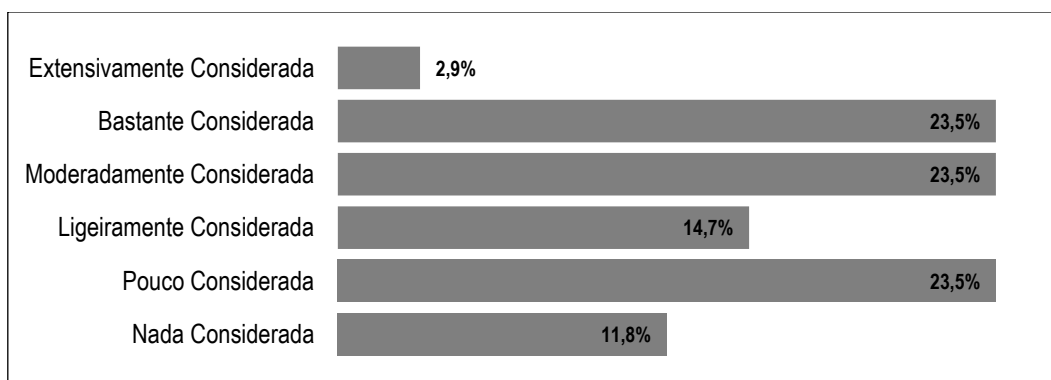
Perspetiva Financeira

P8	Quão importante considera a Perspetiva Financeira na avaliação da performance de um serviço de Medicina Interna?	
	n	%
1	Nada Importante	3 8,8%
2	Pouco Importante	3 8,8%
3	Moderadamente Importante	5 14,7%
4	Importante	8 23,5%
5	Muito Importante	9 26,5%
6	Extremamente Importante	6 17,6%
	Total	34 100,0%
	4,03	Média
	1,53	DP



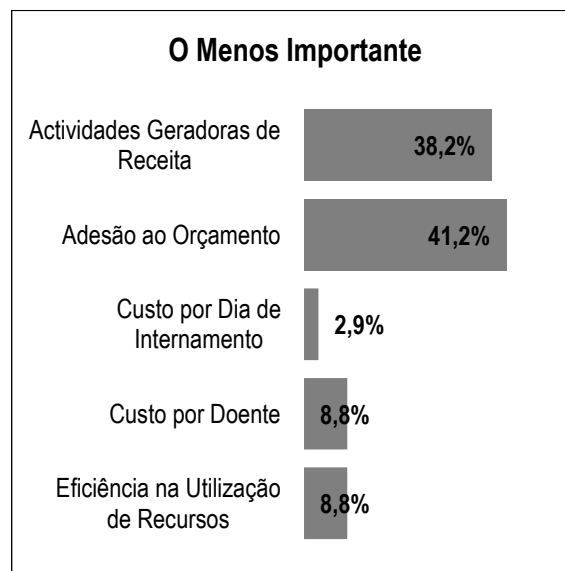
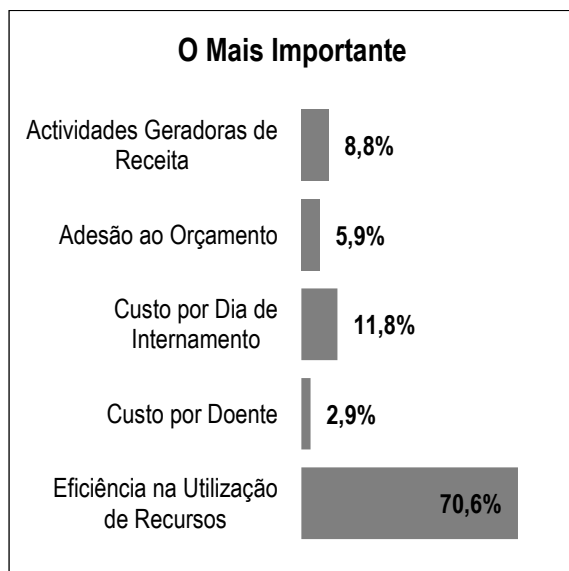
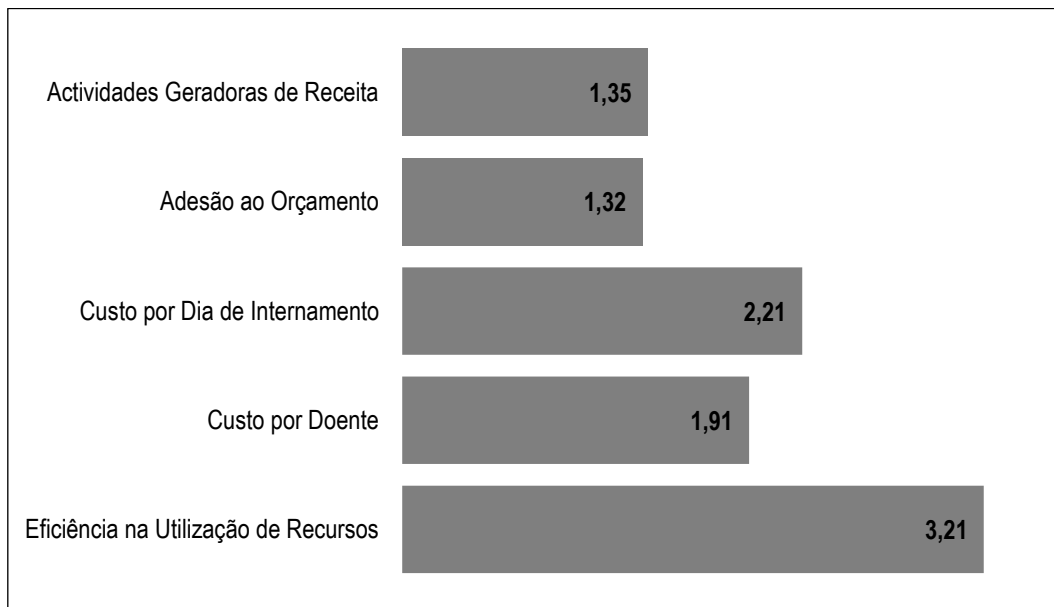
P9	Em que medida a Perspetiva Financeira é atualmente considerada na avaliação da performance da Medicina Interna no seu hospital/instituição?	
	n	%
1	Nada Considerada	4 11,8%
2	Pouco Considerada	8 23,5%
3	Ligeiramente Considerada	5 14,7%
4	Moderadamente Considerada	8 23,5%
5	Bastante Considerada	8 23,5%
6	Extensivamente Considerada	1 2,9%
	Total	34 100,0%
	3,32	Média
	1,45	DP

(excluindo "Não tenho a certeza/Desconheço")



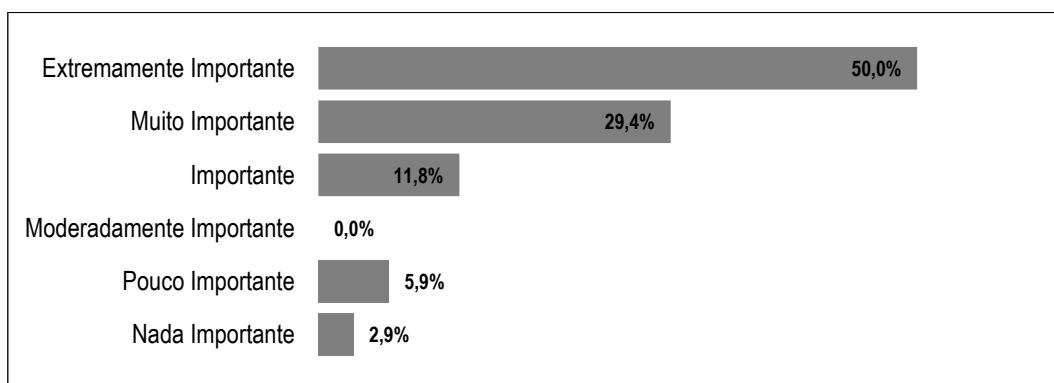
P10 Classifique os seguintes Indicadores Financeiros quanto à sua importância para avaliar a performance de um serviço de Medicina Interna.

		Média	DP
1	Atividades Geradoras de Receita	1,35	1,39
2	Adesão ao Orçamento	1,32	1,39
3	Custo por Dia de Internamento	2,21	1,07
4	Custo por Doente	1,91	0,97
5	Eficiência na Utilização de Recursos	3,21	1,39
	Total		



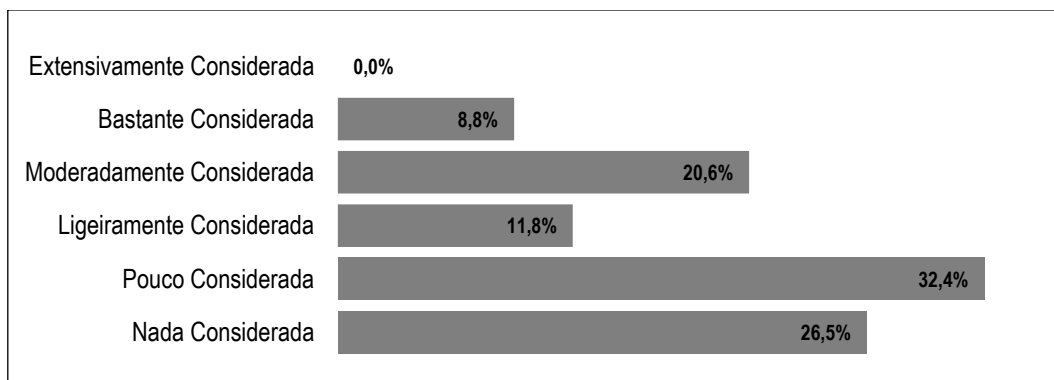
Perspetiva do Doente

P12	Quão importante considera a Perspetiva do Doente na avaliação da performance de um serviço de Medicina Interna?	
	n	%
1	Nada Importante	1 2,9%
2	Pouco Importante	2 5,9%
3	Moderadamente Importante	0 0,0%
4	Importante	4 11,8%
5	Muito Importante	10 29,4%
6	Extremamente Importante	17 50,0%
	Total	34 100,0%
	5,09	Média
	1,29	DP



P13	Em que medida a Perspetiva do Doente é atualmente considerada na avaliação da performance da Medicina Interna no seu hospital/instituição?	
	n	%
1	Nada Considerada	9 26,5%
2	Pouco Considerada	11 32,4%
3	Ligeiramente Considerada	4 11,8%
4	Moderadamente Considerada	7 20,6%
5	Bastante Considerada	3 8,8%
6	Extensivamente Considerada	0 0,0%
	Total	34 100,0%
	2,53	Média
	1,33	DP

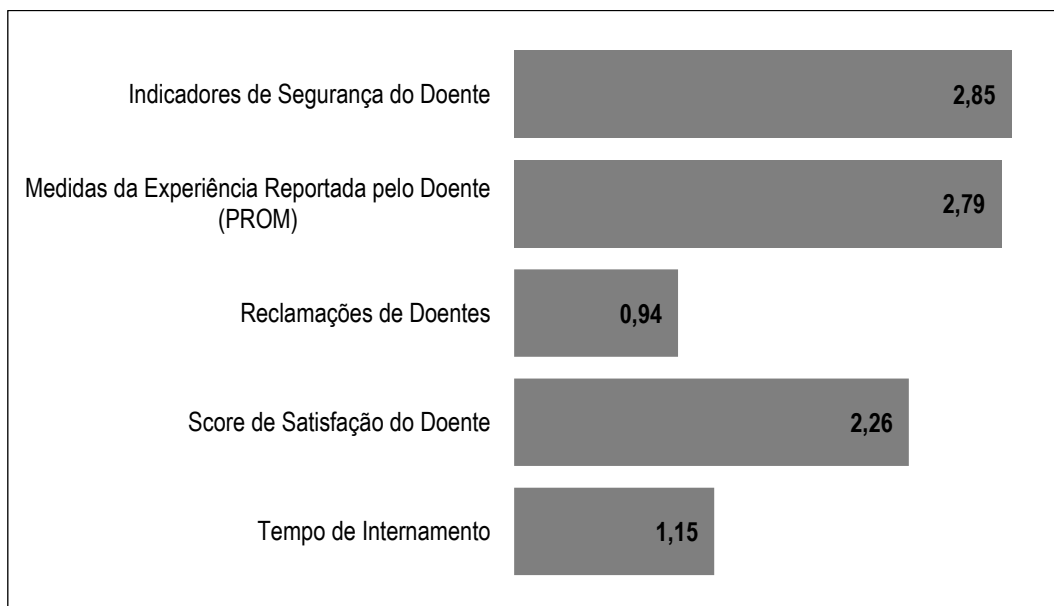
(excluindo "Não tenho a certeza/Desconheço")



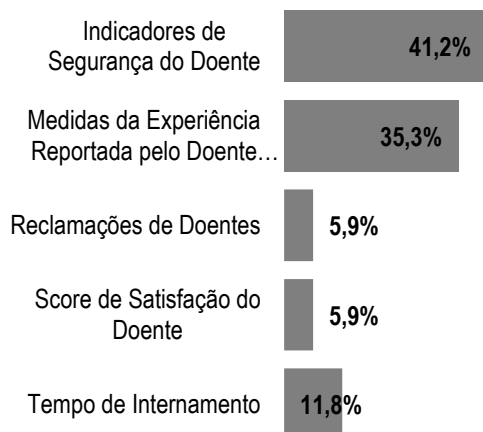
P14

Classifique os seguintes Indicadores relacionados com o Doente quanto à sua importância para avaliar a performance de um serviço de Medicina Interna.

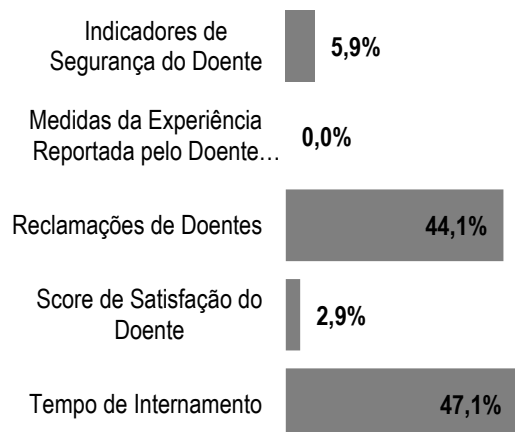
		Média	DP
1	Indicadores de Segurança do Doente	2,85	1,18
2	Medidas da Experiência Reportada pelo Doente (PROM)	2,79	1,17
3	Reclamações de Doentes	0,94	1,13
4	Score de Satisfação do Doente	2,26	0,96
5	Tempo de Internamento	1,15	1,40
	Total		



O Mais Importante

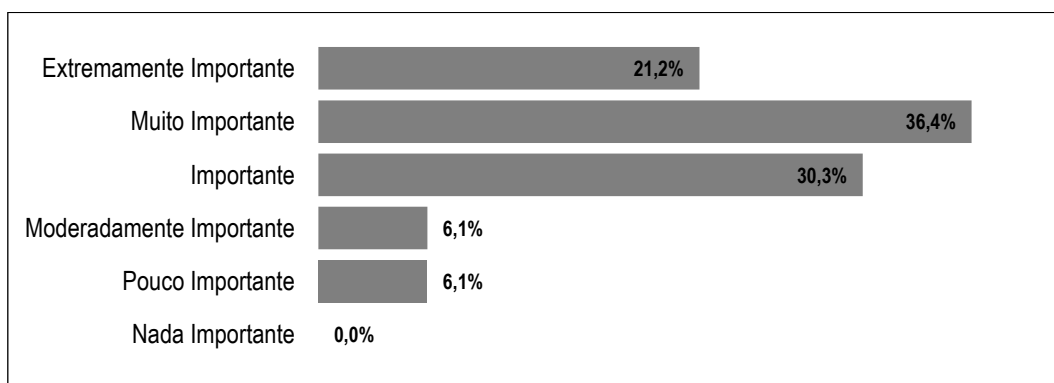


O Menos Importante



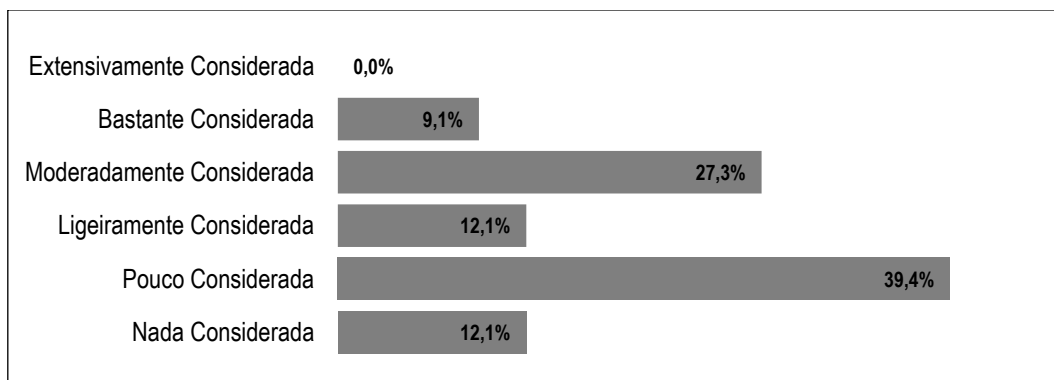
Perspetiva dos Processos Internos

P16		Quão importante considera a Perspetiva dos Processos Internos na avaliação da performance de um serviço de Medicina Interna?	
		n	%
1	Nada Importante	0	0,0%
2	Pouco Importante	2	6,1%
3	Moderadamente Importante	2	6,1%
4	Importante	10	30,3%
5	Muito Importante	12	36,4%
6	Extremamente Importante	7	21,2%
	Total	33	100,0%
		4,61	Média
		1,09	DP



P17		Em que medida a Perspetiva dos Processos Internos é atualmente considerada na avaliação da performance da Medicina Interna no seu hospital/instituição?	
		n	%
1	Nada Considerada	4	12,1%
2	Pouco Considerada	13	39,4%
3	Ligeiramente Considerada	4	12,1%
4	Moderadamente Considerada	9	27,3%
5	Bastante Considerada	3	9,1%
6	Extensivamente Considerada	0	0,0%
	Total	33	100,0%
		2,82	Média
		1,24	DP

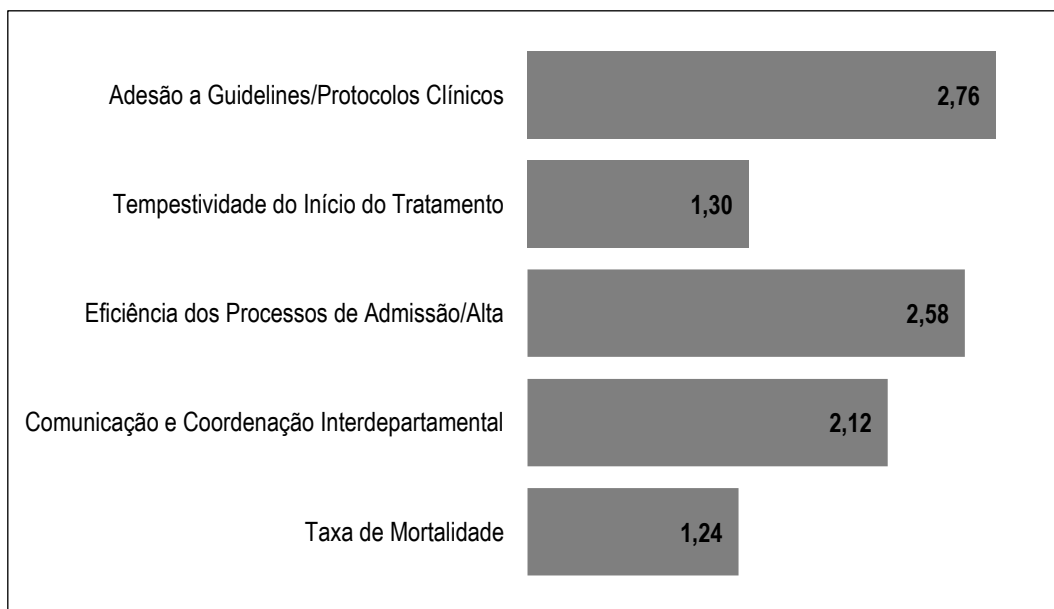
(excluindo "Não tenho a certeza/Desconheço")



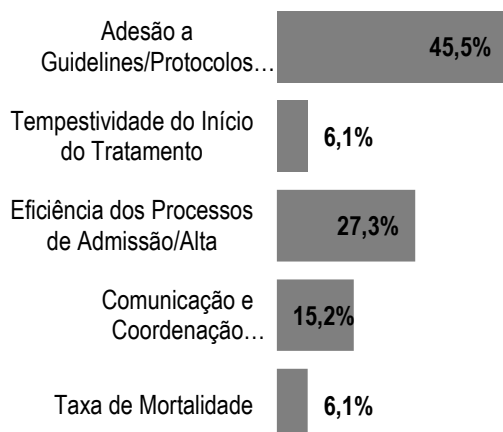
P18

Classifique os seguintes Indicadores de Processos Internos quanto à sua importância para avaliar a performance de um serviço de Medicina Interna.

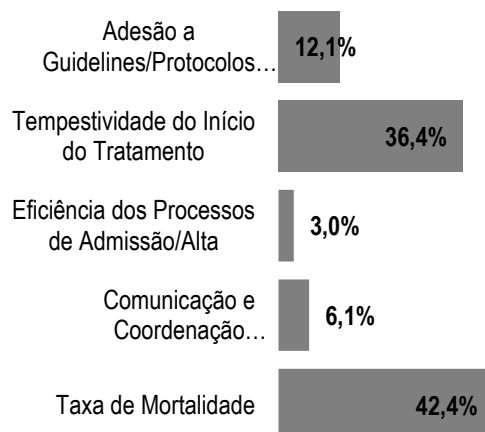
		Média	DP
1	Adesão a Guidelines/Protocolos Clínicos	2,76	1,44
2	Tempestividade do Início do Tratamento	1,30	1,31
3	Eficiência dos Processos de Admissão/Alta	2,58	1,12
4	Comunicação e Coordenação Interdepartamental	2,12	1,22
5	Taxa de Mortalidade	1,24	1,32



O Mais Importante

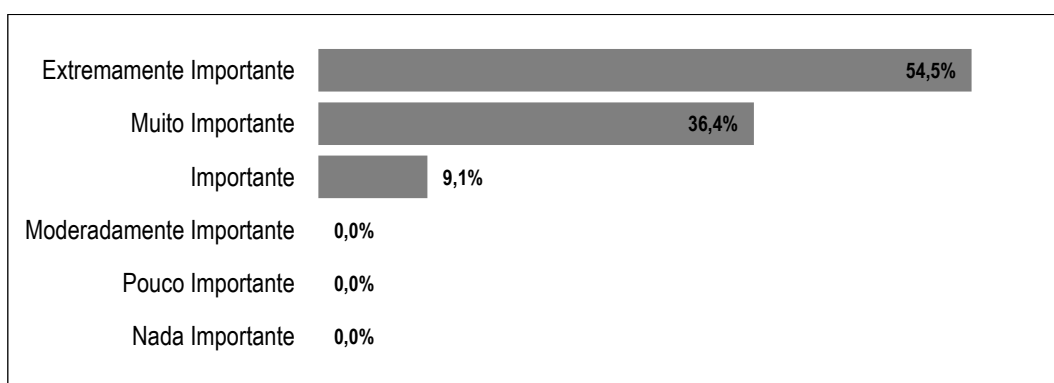


O Menos Importante



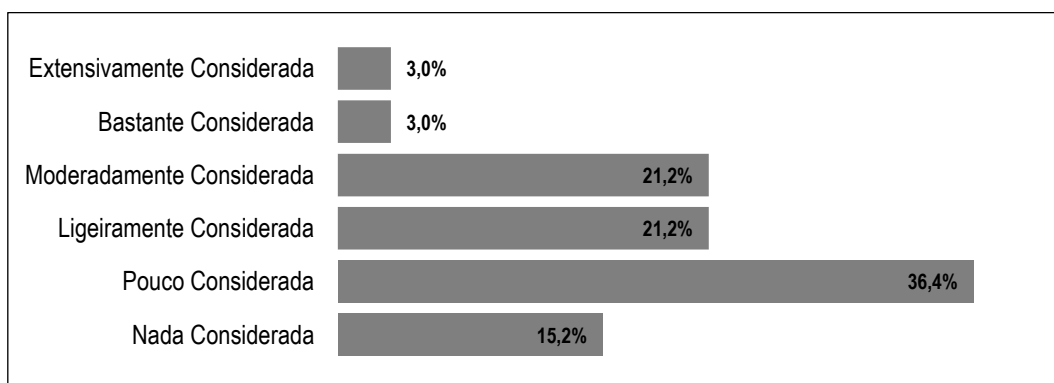
Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento

P20		Quão importante considera a Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento na avaliação da performance de um serviço de Medicina Interna?	
		n	%
1	Nada Importante	0	0,0%
2	Pouco Importante	0	0,0%
3	Moderadamente Importante	0	0,0%
4	Importante	3	9,1%
5	Muito Importante	12	36,4%
6	Extremamente Importante	18	54,5%
	Total	33	100,0%
		5,45	Média
		0,67	DP



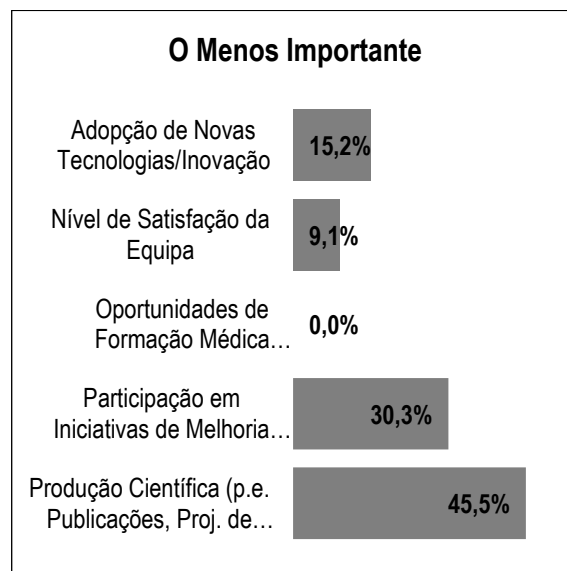
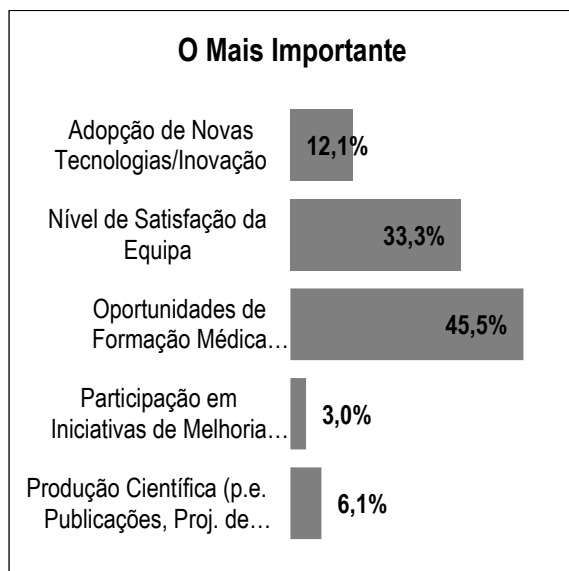
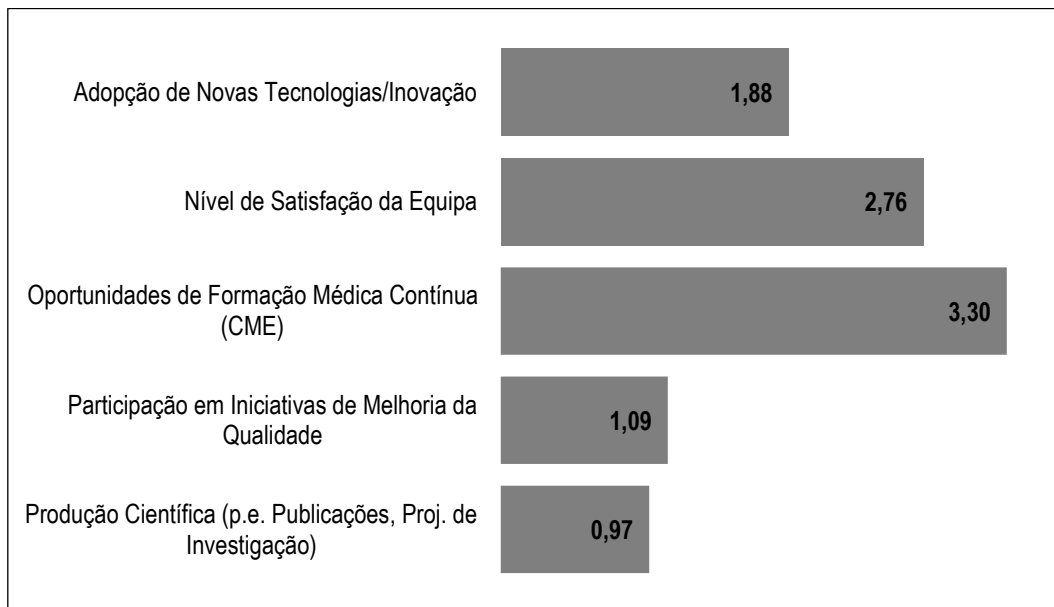
P21		Em que medida a Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento é atualmente considerada na avaliação da performance da Medicina Interna no seu hospital/instituição?	
		n	%
1	Nada Considerada	5	15,2%
2	Pouco Considerada	12	36,4%
3	Ligeiramente Considerada	7	21,2%
4	Moderadamente Considerada	7	21,2%
5	Bastante Considerada	1	3,0%
6	Extensivamente Considerada	1	3,0%
	Total	33	100,0%
		2,70	Média
		1,24	DP

(excluindo "Não tenho a certeza/Desconheço")



P22 Classifique os seguintes Indicadores de Aprendizagem e Crescimento quanto à sua importância para avaliar a performance de um serviço de Medicina Interna.

		Média	DP
1	Adoção de Novas Tecnologias/Inovação	1,88	1,27
2	Nível de Satisfação da Equipa	2,76	1,23
3	Oportunidades de Formação Médica Contínua (CME)	3,30	0,73
4	Participação em Iniciativas de Melhoria da Qualidade	1,09	1,01
5	Produção Científica (p. ex. Publicações, Proj. de Investigação)	0,97	1,32
Total			

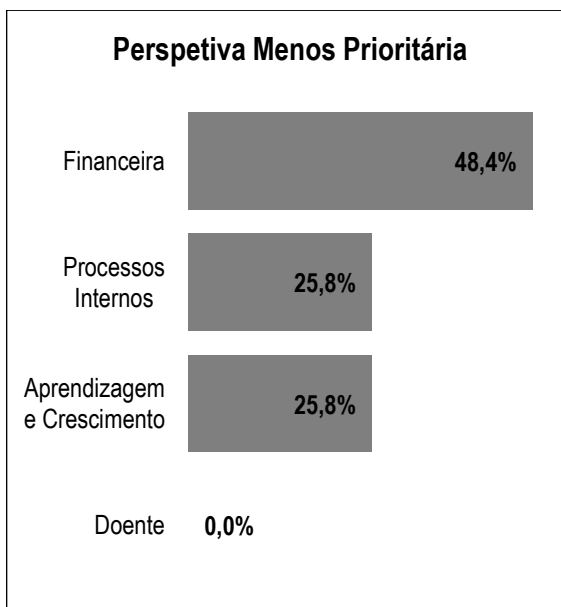
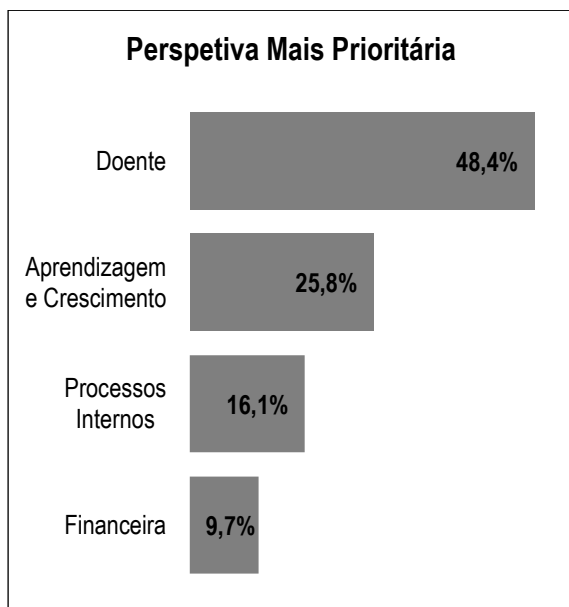
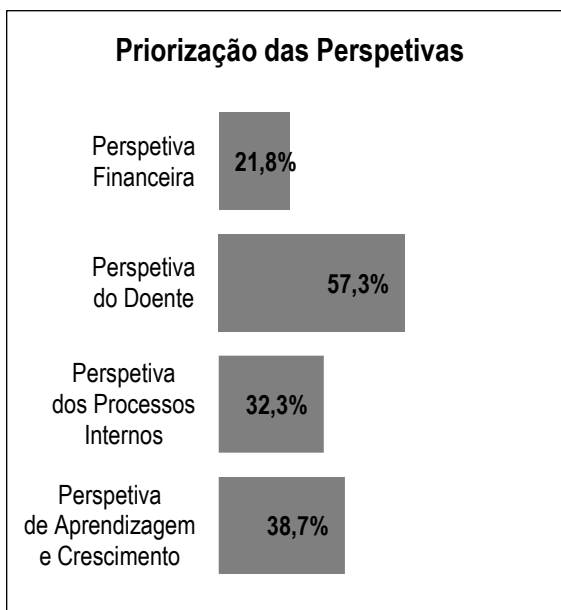
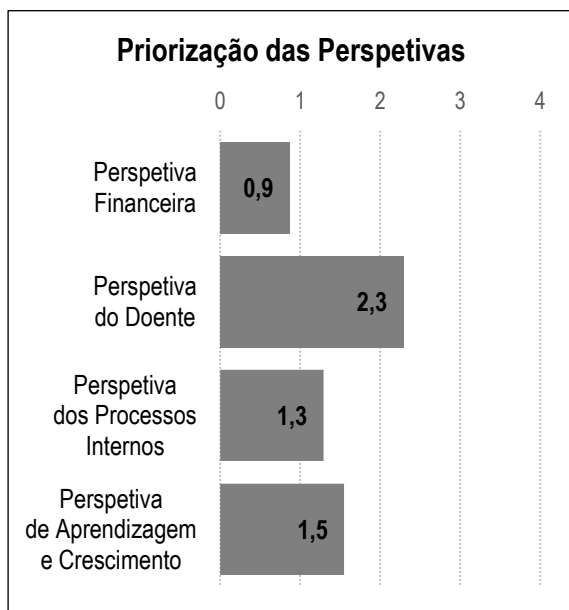


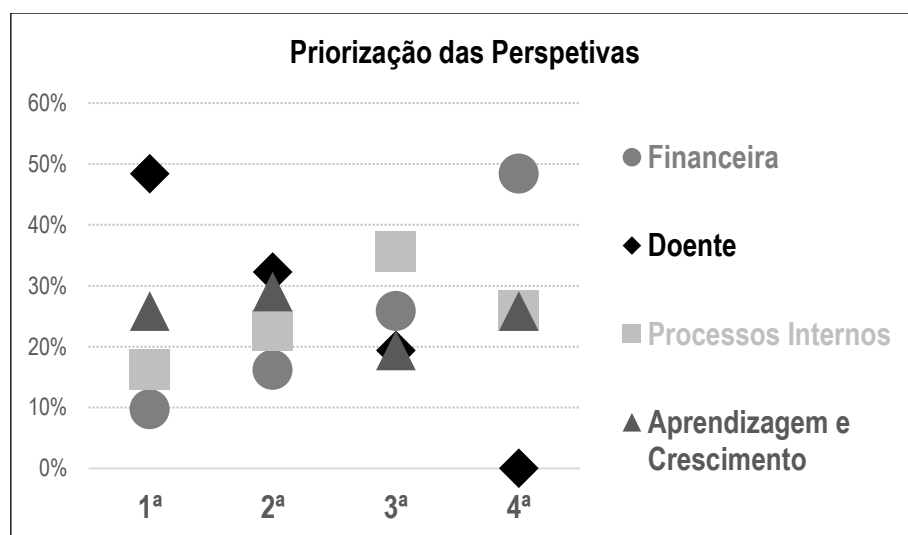
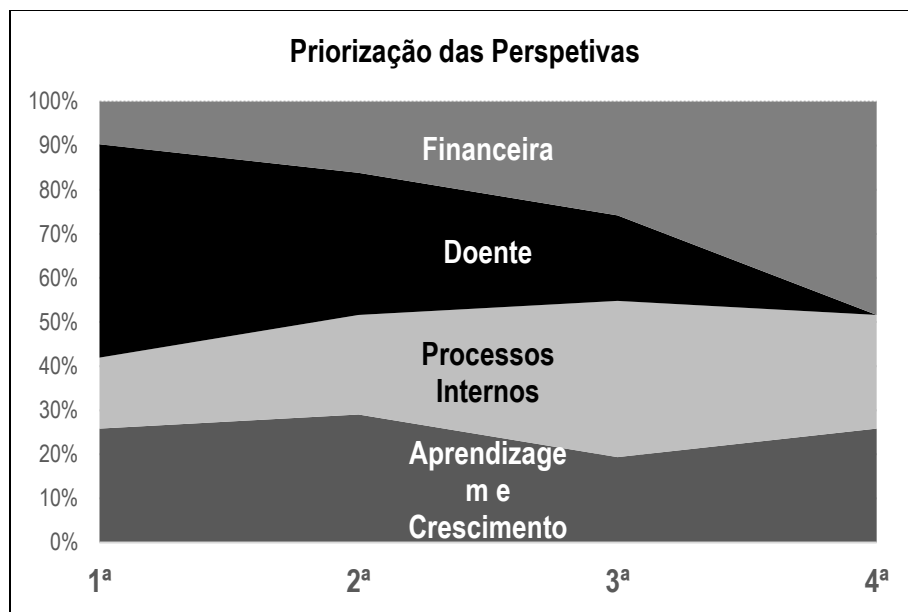
Prioridades e Desafios

P24

Num sistema ideal de avaliação da performance para um serviço de Medicina Interna, como priorizaria as Perspetivas do Balanced Scorecard?

<i>Escala: 1: Menos prioritária a 4: Mais Prioritária</i>	Média	DP
Perspetiva Financeira	0,87	1,02
Perspetiva do Doente	2,29	0,78
Perspetiva dos Processos Internos	1,29	1,04
Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento	1,55	1,15



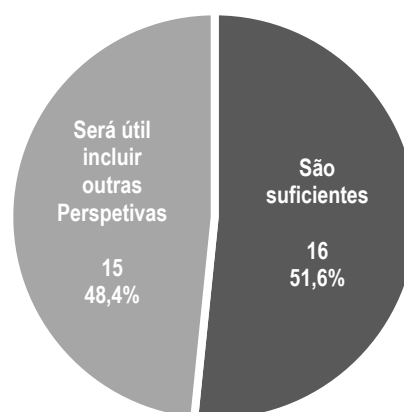


P25

Considera que as 4 (quatro) Perspetivas originais são suficientes para a melhor e mais completa avaliação da performance dos serviços de Medicina Interna?

	n	%
São suficientes	16	51,6%
Será útil incluir outras Perspetivas	15	48,4%
Total	31	100,0%

As 4 Perspetivas originais são suficientes?

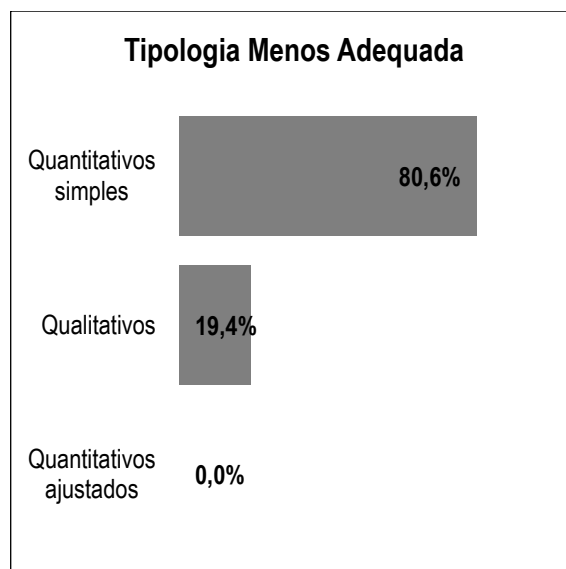
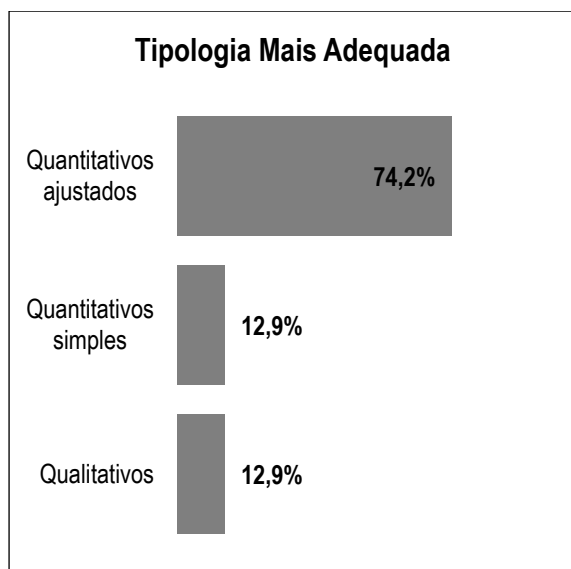
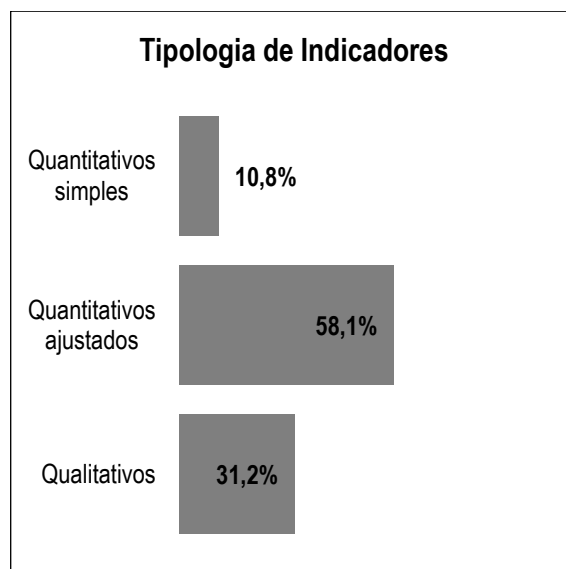
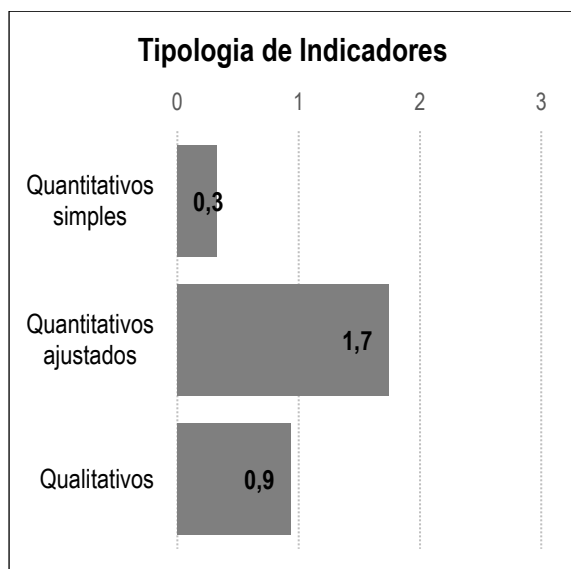


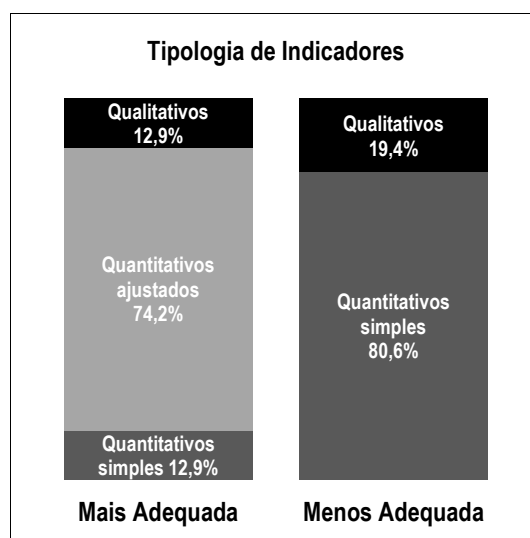
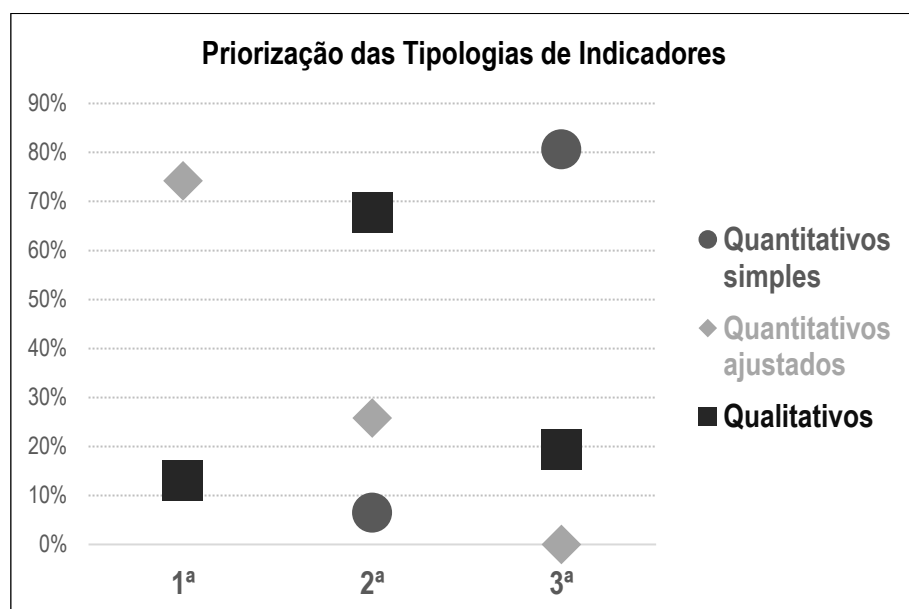
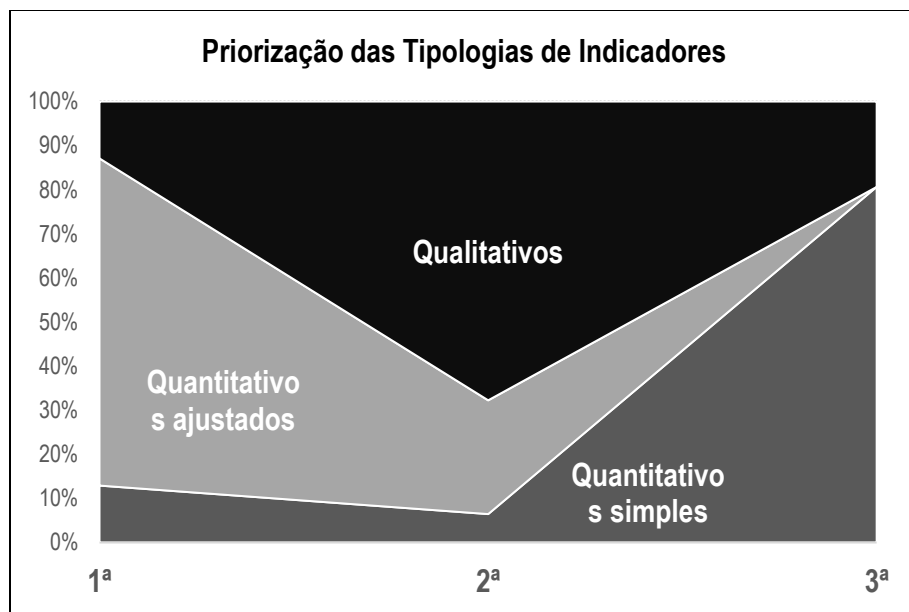
P27

Tipologia de indicadores que melhor se adequa à avaliação da performance de um serviço de Medicina Interna e do desempenho dos seus Médicos?

Escala: 1: Menos adequada a 3: Mais adequada

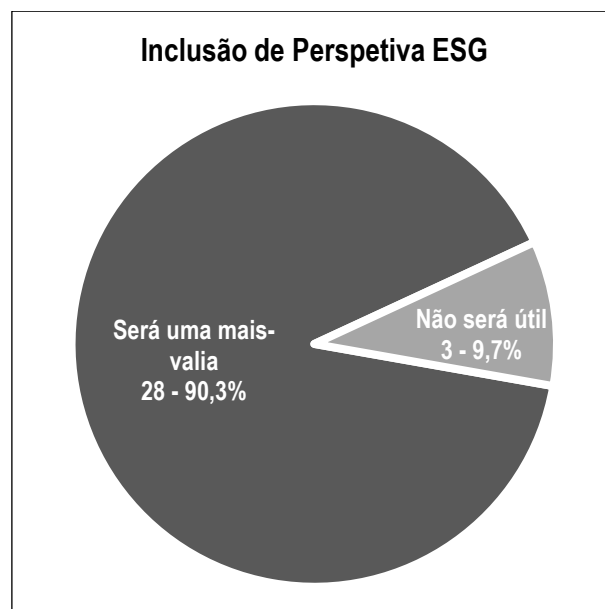
	Média	DP
Quantitativos simples	0,32	0,70
Quantitativos ajustados	1,74	0,44
Qualitativos	0,94	0,57





P29 A inclusão de uma perspectiva baseada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), alinhada com o quadro de ESG poderá ser uma mais-valia na avaliação da performance dos serviços de Medicina Interna?

	n	%
Será uma mais-valia	28	90,3%
Não será útil	3	9,7%
Total	31	100%



Barreiras à Implementação

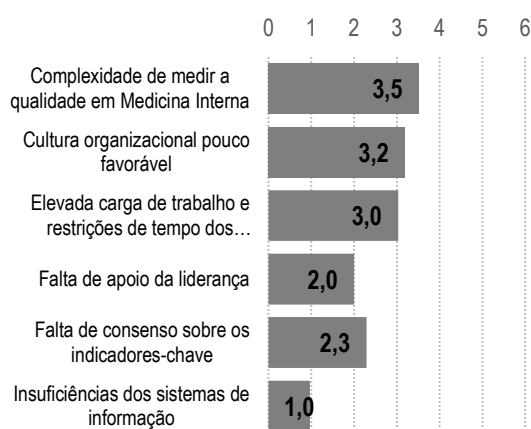
P30

Impacto das barreiras à implementação eficaz de um sistema de avaliação da performance e desempenho em Medicina Interna.

Escala: 1: Menor impacto a 6: Maior impacto

	Média	DP
Complexidade de medir a qualidade em Medicina Interna	3,52	1,59
Cultura organizacional pouco favorável	3,19	1,58
Elevada carga de trabalho e restrições de tempo dos Médicos	3,03	1,66
Falta de apoio da liderança	2,00	1,46
Falta de consenso sobre os indicadores-chave	2,29	1,51
Insuficiências dos sistemas de informação	0,97	1,14

Impacto das Barreiras à Implementação



Impacto das Barreiras à Implementação

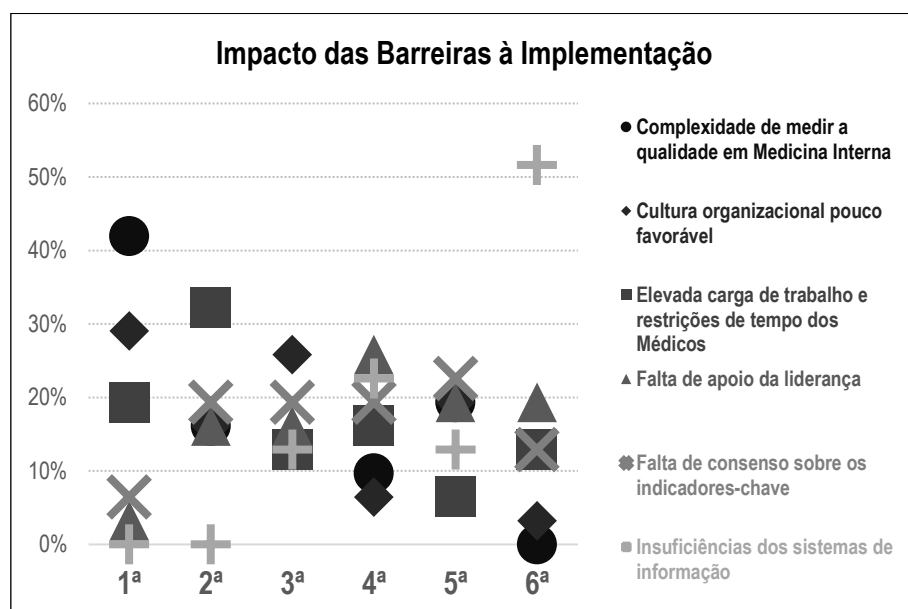
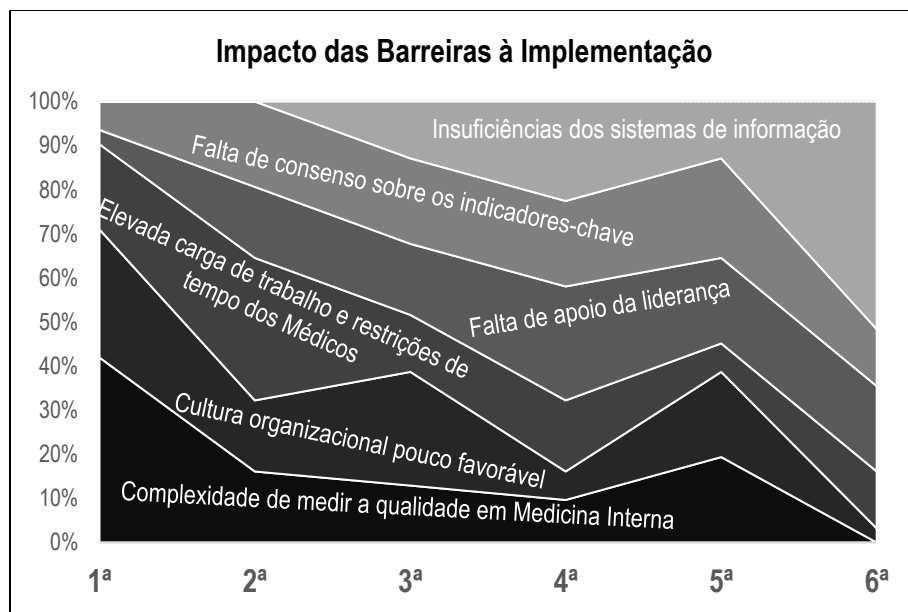


Barreira com Maior Impacto



Barreira com Menor Impacto





Indicadores propostos pelos médicos inquiridos

P11, P15, P19, P23

Tabela D-1 – Listagem em bruto dos indicadores propostos pelos médicos respondentes, com indicação da Perspetiva indicada na resposta original e a sua revisão pelo autor (considerando ou não a inclusão de uma Perspetiva de “Qualidade Clínica”)

Legenda: AC=Aprendizagem e Crescimento; D=Doente; PI=Processos Internos; F=Financeira; QC=Qualidade Clínica

#	Indicador proposto	Perspetiva Proposta	Perspetiva Adequada (s/QC)	Perspetiva Adequada (c/QC)
1	Acompanhamento pós-alta	D	PI	PI
2	Acreditação	AC	PI	QC
3	Adequação da prescrição ao doente	F	D	QC
4	Adequação das práticas clínicas	PI	PI	QC
5	Ajustes nutricionais	D	D	QC
6	Apoio do serviço social	D	D	D
7	Atitudes baseadas em fundamentação científica	PI	D	QC
8	Atividade por médico	F	PI	PI
9	Atividades formativas	F	AC	AC
10	Atratividade novos profissionais	AC	AC	AC
11	Avaliação das diferentes equipas envolvidas no seu processo	D	D	D
12	Avaliação de outros serviços que o doente usa	D	D	D
13	Avaliação de questões burocráticas	D	PI	PI
14	Avaliação de questões logísticas	D	PI	PI
15	Avaliação espaço físico e serviços fornecidos	D	D	D
16	Avaliação interpares	AC	PI	PI
17	Avaliação médica e de enfermagem contínuas	AC	PI	PI
18	Avaliação processos resolução doentes com alta clínica	PI	PI	PI
19	Avaliadores integrados na prática clínica diária	PI	PI	QC
20	Bónus para profissionais	F	F	F
21	Capacidade do serviço de retenção dos seus profissionais	AC	AC	AC
22	Carga assistencial	F	PI	PI
23	Case mix	D	D	D
24	Certificações	AC	PI	QC
25	Ciclos de antibióticos	PI	D	QC
26	Clareza da estrutura hierárquica	PI	PI	PI
27	Codificação de diagnósticos	PI	D	QC
28	Complicações	D	D	QC
29	Comunicação e compreensão do plano de cuidados	D	D	D
30	Comunicação entre equipas	PI	PI	PI
31	Comunicação entre profissionais e doente/família	D	D	D
32	Comunicação interprofissional dentro do serviço	PI	PI	PI
33	Condições estrutura funcional	D	D	D
34	Consulta monitorização após internamento	D	PI	PI
35	Custo associado a prolongamento por motivos não clínicos	F	F	F
36	Custo associado a utilização irracional de antibioterapia	F	F	F
37	Custo de exames de diagnóstico	F	F	F
38	Custo do trabalho extraordinário	F	F	F
39	Custo médio de ECDs por diagnóstico	F	F	F
40	Custo por cada médico	F	F	F
41	Custo por cada serviço	F	F	F
42	Custo tratamentos desnecessários	F	F	F
43	Custos	PI	F	F
44	Custos dos atos médicos	F	F	F
45	Custos dos materiais	F	F	F
46	Custos logísticos	F	F	F
47	Custos relacionados com internamentos sociais	F	F	F

Tabela D-1 (cont.) – Listagem em bruto dos indicadores propostos pelos médicos respondentes, com indicação da Perspetiva indicada na resposta original e a sua revisão pelo autor (considerando ou não a inclusão de uma Perspetiva de “Qualidade Clínica”)

Legenda: AC=Aprendizagem e Crescimento; D=Doente; PI=Processos Internos; F=Financeira; QC=Qualidade Clínica

#	Indicador proposto	Perspetiva Proposta	Perspetiva Adequada (s/QC)	Perspetiva Adequada (c/QC)
48	Demora média	F	PI	PI
49	Demora média de internamento	F	PI	PI
50	Despesa e receita	F	F	F
51	Diagnósticos/tratamentos errados	D	D	QC
52	Diálogo com família	D	D	D
53	Diálogo com os familiares	D	D	D
54	Distribuição/premiação de bons indicadores	AC	AC	AC
55	Duração internamento	PI	PI	PI
56	Eficácia do tratamento	F	D	QC
57	Eficiência logística	F	PI	PI
58	Eficiência operacional	F	PI	PI
59	Estágios pós especialidade	AC	AC	AC
60	Exames pedidos	PI	PI	PI
61	Existência de protocolos de avaliação e tratamento	PI	D	QC
62	Financiamento de projetos pela indústria farmacêutica	F	F	F
63	Formação aos colaboradores	F	AC	AC
64	Formação de alunos	AC	AC	AC
65	Formação de internos	AC	AC	AC
66	Formação em gestão financeira	F	AC	AC
67	Formação financiada	AC	AC	AC
68	Formação financiada e disponibilizada pelo serviço	AC	AC	AC
69	Formação pós-graduada	AC	AC	AC
70	Garantia de seguimento médico após Alta	D	PI	PI
71	Gastos com fármacos	F	F	F
72	Gastos com horas extraordinárias	F	F	F
73	Gastos com prevenções	F	F	F
74	Gastos materiais	F	F	F
75	Gestão e flexibilidade das equipas	F	AC	AC
76	Grau de diferenciação e capacidade científica dos médicos	D	AC	AC
77	Grau de satisfação dos doentes com os projetos desenvolvidos	AC	D	D
78	Grau de satisfação dos profissionais	PI	AC	AC
79	Horas de formação por colaborador por ano	AC	AC	AC
80	Horas de trabalho não remunerado	F	F	F
81	Horas extra dos profissionais	F	F	F
82	Humanidade	D	D	D
83	Iatrogenia reportada	D	D	QC
84	Igualdade de oportunidades entre especialistas	AC	AC	AC
85	Impacto das medidas/projetos desenvolvidos	AC	PI	QC
86	Implementação de projetos enquanto equipa	AC	AC	AC
87	Implementação de projetos pessoais	AC	AC	AC
88	Infeções nosocomiais	D	D	QC
89	Investigação	F	AC	AC
90	Investimento	F	F	F
91	Lideranças académicas ou de grupos de investigação	AC	AC	AC
92	Liquidez	F	F	F
93	Louvres dos doentes	D	D	D
94	Melhoria sintomática	D	D	QC
95	Monitorização da performance status após saída	D	D	QC
96	Mortalidade	D	D	QC
97	Mortalidade e morbilidade	D	D	QC
98	Mortalidade e reinternamentos	PI	D	QC

Tabela D-1 (cont.) – Listagem em bruto dos indicadores propostos pelos médicos respondentes, com indicação da Perspetiva indicada na resposta original e a sua revisão pelo autor (considerando ou não a inclusão de uma Perspetiva de “Qualidade Clínica”)

Legenda: AC=Aprendizagem e Crescimento; D=Doente; PI=Processos Internos; F=Financeira; QC=Qualidade Clínica

#	Indicador proposto	Perspetiva Proposta	Perspetiva Adequada (s/QC)	Perspetiva Adequada (c/QC)
99	Número de consultas de Medicina Interna	F	PI	PI
100	Número de consultas por Médico	F	PI	PI
101	Número de diagnósticos à data da alta/complexidade	F	D	D
102	Número de diagnósticos estabelecidos	PI	D	QC
103	Número de reclamações feitas ao serviço	PI	D	D
104	Opiniões da família	D	D	D
105	Organização de eventos científicos	AC	AC	AC
106	Participação coletiva em organizações científicas externas	AC	AC	AC
107	Participação individual em organizações científicas externas	AC	AC	AC
108	Possibilidade de estágios externos periódicos	AC	AC	AC
109	Possibilidades de desenvolvimento e inovação	PI	AC	AC
110	Poupança feita com o aumento da eficiência	F	F	F
111	Prémios científicos ganhos	AC	AC	AC
112	Prémios coletivos de performance	F	F	F
113	Prémios individuais de performance	F	F	F
114	Preocupação com o bem-estar profissional dos funcionários	AC	AC	AC
115	Processo de segurança nas administrações de fármacos	PI	D	QC
116	Processo de segurança nas transfusões	PI	D	QC
117	Proteção de infeções nosocomiais	PI	D	QC
118	Proteção de quedas	PI	D	QC
119	Protocolos clínicos	PI	D	QC
120	Protocolos de segurança	PI	D	QC
121	Protocolos institucionais antibióterápia	D	PI	PI
122	Qualidade dos alimentos fornecidos	D	D	D
123	Qualidade funcional do serviço	D	D	QC
124	Quantificação do desperdício	F	F	F
125	Quedas	D	D	QC
126	Reabilitação	D	PI	PI
127	Recorrência dos sintomas	D	D	QC
128	Recursos utilizados	D	F	F
129	Referência dos médicos do serviço	D	D	D
130	Reinternamento	D	PI	QC
131	Reinternamentos	D	PI	QC
132	Reinternamentos até 30 dias	D	PI	QC
133	Rentabilidade	F	F	F
134	Rentabilidade dos meios complementares de diagnóstico	PI	F	F
135	Requisição MCDT	F	PI	PI
136	Retorno sobre o investimento realizado	F	F	F
137	Satisfação com a relação humana com os profissionais	D	D	D
138	Satisfação dos familiares com o serviço prestado	D	D	D
139	Satisfação dos profissionais	PI	AC	AC
140	Satisfação dos profissionais de saúde	F	AC	AC
141	Seguimento após alta	D	PI	PI
142	Seguimento do doente em Consulta/Hospital de Dia	PI	PI	PI
143	Seletividade nos pedidos de MCDTs	F	PI	PI
144	Simpatia dos funcionários, incluindo médicos	D	D	D
145	Simulador clínico	AC	AC	AC
146	Taxa complicações	D	D	QC
147	Taxa de absentismo por doença	AC	AC	AC
148	Taxa de adesão a formação pós-graduada	AC	AC	AC
149	Taxa de burnout	AC	AC	AC

Tabela D-1 (cont.) – Listagem em bruto dos indicadores propostos pelos médicos respondentes, com indicação da Perspetiva indicada na resposta original e a sua revisão pelo autor (considerando ou não a inclusão de uma Perspetiva de “Qualidade Clínica”)

Legenda: AC=Aprendizagem e Crescimento; D=Doente; PI=Processos Internos; F=Financeira; QC=Qualidade Clínica

#	Indicador proposto	Perspetiva Proposta	Perspetiva Adequada (s/QC)	Perspetiva Adequada (c/QC)
150	Taxa de erros médicos	PI	D	QC
151	Taxa de eventos adversos	PI	D	QC
152	Taxa de infeção hospitalar	D	D	QC
153	Taxa de internos com grelha curricular com pontuação máxima	AC	AC	AC
154	Taxa de mortalidade	D	D	QC
155	Taxa de mortalidade	F	D	QC
156	Taxa de ocupação	F	PI	PI
157	Taxa de produtividade	F	PI	PI
158	Taxa de quedas e lesões do doente	D	D	QC
159	Taxa de reinternamento	F	PI	QC
160	Taxa de reinternamento	PI	PI	QC
161	Taxa de reinternamento/readmissão	D	PI	QC
162	Tempo até diagnóstico	D	PI	PI
163	Tempo até diagnóstico	F	PI	PI
164	Tempo de consulta de especialidade	D	PI	PI
165	Tempo de internamento foi justificado	D	D	QC
166	Tempo de permanência no serviço urgência até internamento	D	PI	PI
167	Tempo de realização dos exames	D	PI	PI
168	Tempo dispensado para cada doente	F	PI	PI
169	Tempo entre definição de paliativo e tempo de morte	D	D	QC
170	Tempo entre pedido e efetivação de consulta	PI	PI	PI
171	Tempo médio de espera pela consulta	D	PI	PI
172	Tempo médio para avaliação em consulta	D	PI	PI
173	Tempo médio para diagnóstico	D	PI	PI
174	Tempo médio para diagnóstico	PI	PI	PI
175	Tempo para consulta de especialidade	D	PI	PI
176	Tempo para produção de trabalho não clínico	AC	AC	AC
177	Tempo semanal para estudo/formação	AC	AC	AC
178	Tempo total de trabalho para cada atividade	F	PI	PI
179	Trabalho multidisciplinar	PI	PI	PI
180	Uso irracional de antibióticos	PI	D	QC
181	Visitas e sessões clínicas	PI	AC	QC
182	Vontade de profissionais de outras instituições virem aprender	AC	AC	QC

Tabela D-2 – Agregação dos indicadores propostos pelos médicos respondentes em novos “Indicadores Consolidados”, sua categorização, inclusão na Perspetiva considerada adequada e justificação da pertinência da consolidação

<i>Indicador Consolidado</i>	<i>Indicadores Originais</i>	<i>Perspetiva Adequada</i>	<i>Categoria</i>	<i>Justificação da Consolidação</i>
Taxa de Mortalidade Ajustada ao Risco	— Mortalidade e morbilidade — Taxa de mortalidade — Mortalidade	Doente	Resultados Clínicos	Agrupa o indicador de resultado clínico mais fundamental. A menção a “morbilidade” é aqui entendida como um fator de risco, sugerindo a importância de ajustar os resultados à complexidade clínica.
Taxa de Reinternamento Não-Planeado	— Taxa de reinternamento/readmissão — Reinternamentos até 30 dias — Reinternamentos — Taxa de reinternamento	Processos Internos	Resultados Clínicos	Consolida as múltiplas menções a readmissões, um indicador-chave da qualidade do processo de alta e da transição de cuidados.
Taxa de Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS)	— Infecções nosocomiais — Taxa de infecção hospitalar — Proteção de infecções nosocomiais	Doente	Segurança do Doente	Agrupa todos os indicadores de infecção adquirida no hospital, medindo a segurança e eficácia dos processos de controlo infeccioso.
Taxa de Eventos Adversos (Quedas, Lesões e Erros)	— Taxa de quedas e lesões do doente — Quedas — Proteção de quedas — Diagnósticos / tratamentos errados — Iatrogenia reportada — Taxa de erros médicos — Taxa de eventos adversos — Complicações — Taxa complicações	Doente	Segurança do Doente	Unifica todos os indicadores de dano não intencional (quedas, erros, complicações), oferecendo uma visão global da segurança do doente.
Grau de Satisfação e Experiência do Doente e Família	— Opiniões da família — Louvores dos doentes — Satisfação dos familiares com o serviço prestado — Grau de satisfação dos doentes com os projetos desenvolvidos	Doente	Satisfação do Doente/Família	Unifica as várias formas de <i>feedback</i> (opiniões, louvores, satisfação) num único indicador que mede a perceção global da experiência do doente e da sua família.
Qualidade da Comunicação e Relação Humana	— Humanidade — Satisfação com a relação humana com os profissionais de saúde — Comunicação entre os profissionais de saúde e o doente/família — Diálogo com família — Simpatia dos funcionários, incluindo médicos — Comunicação e compreensão do plano de cuidados	Doente	Qualidade da Relação com o Doente	Consolida todos os aspetos da interação humana e da comunicação, que são cruciais para a perceção da qualidade pelo doente e para a sua segurança.

Tabela D-2 (cont.) – Agregação dos indicadores propostos pelos médicos respondentes em novos “Indicadores Consolidados”, sua categorização, inclusão na Perspetiva considerada adequada e justificação da pertinência da consolidação

Indicador Consolidado	Indicadores Originais	Perspetiva Adequada	Categoria	Justificação da Consolidação
Eficiência dos Tempos de Resposta do Percurso Clínico	- Tempo de realização dos exames - Tempo de permanência no serviço urgência até ao internamento - Tempo médio de espera pela consulta - Tempo até diagnóstico - Tempo de consulta de especialidade - Tempo médio para diagnóstico - Tempo entre pedido e efetivação de consulta da especialidade	Processos Internos	Acessibilidade e Tempos de Espera	Agrupa todos os indicadores de tempo, medindo a agilidade e a eficiência do percurso do doente através dos vários pontos de contacto do serviço.
Nível de Satisfação e Bem-estar dos Profissionais	- Preocupação com o bem-estar profissional dos funcionários - Taxa de <i>burnout</i> - Satisfação dos profissionais de saúde que nele trabalham - Grau de satisfação dos profissionais - Taxa de absentismo por doença	Aprendizagem e Crescimento	Saúde e Bem-estar dos Colaboradores	Unifica os indicadores de satisfação, <i>burnout</i> e absentismo, medindo a saúde do capital humano, que é um pré-requisito para a qualidade assistencial.
Investimento e Adesão a Formação e Desenvolvimento	- Formação financiada - Taxa de adesão a formação pós-graduada - Avaliação médica e de enfermagem contínuas - Formação financiada e disponibilizada pelo serviço - Horas de formação por colaborador por ano - Formação de internos - Tempo semanal para estudo / formação - Estágios pós especialidade - Formação de alunos - Formação pós-graduada - Formação aos colaboradores - Atividade formativas - Formação em gestão financeira	Aprendizagem e Crescimento	Desenvolvimento Profissional	Agrupa todas as facetas da formação num indicador que mede o investimento da organização e o envolvimento dos profissionais no seu desenvolvimento.
Competência e Diferenciação Técnica da Equipa	- Avaliação interpares - Grau de diferenciação e capacidade científica e técnica dos médicos - Taxa de internos com grelha curricular com pontuação máxima no final da especialidade	Aprendizagem e Crescimento	Desenvolvimento Profissional	Consolida os indicadores que medem o nível de competência, a especialização e a avaliação de desempenho técnico da equipa.

Tabela D-2 (cont.) – Agregação dos indicadores propostos pelos médicos respondentes em novos “Indicadores Consolidados”, sua categorização, inclusão na Perspetiva considerada adequada e justificação da pertinência da consolidação

<i>Indicador Consolidado</i>	<i>Indicadores Originais</i>	<i>Perspetiva Adequada</i>	<i>Categoria</i>	<i>Justificação da Consolidação</i>
Capacidade de Atração e Retenção de Talento	— Capacidade do serviço de retenção dos seus profissionais — Atratividade novos profissionais — Vontade de profissionais de outras instituições virem aprender com a nossa equipa — Referencia dos médicos do serviço	Aprendizagem e Crescimento	Gestão de Recursos Humanos	Junta os indicadores que medem a capacidade do serviço de ser um local atrativo para trabalhar, de manter os seus talentos e a sua reputação externa.
Produção e Reconhecimento Científico	— Lideranças académicas ou de grupos de investigação — Organização de eventos científicos — Participação individual em organizações científicas externas — Prémios científicos ganhos — Participação coletiva em organizações científicas externas — Investigação	Aprendizagem e Crescimento	Inovação e Investigação	Consolida todas as atividades ligadas à ciência, investigação e disseminação, medindo a contribuição do serviço para o avanço do conhecimento.
Eficiência Operacional e de Produtividade (ajustada a risco e complexidade)	— Taxa de produtividade — Taxa de ocupação — Demora média — Duração internamento — Tempo de internamento foi justificado — Tempo para produção de trabalho não clínico — Atividade por médico — Número de consultas de Medicina Interna — Número de consultas por Médico	Processos Internos	Eficiência Operacional	Agrupa indicadores que medem o volume de atividade e a eficiência na utilização dos recursos (camas, tempo, profissionais), refletindo a otimização dos processos.

Tabela D-2 (cont.) – Agregação dos indicadores propostos pelos médicos respondentes em novos “Indicadores Consolidados”, sua categorização, inclusão na Perspetiva considerada adequada e justificação da pertinência da consolidação

<i>Indicador Consolidado</i>	<i>Indicadores Originais</i>	<i>Perspetiva Adequada</i>	<i>Categoria</i>	<i>Justificação da Consolidação</i>
Análise de Custos e Gestão do Desperdício	— Custo por cada medico — Custo por cada serviço — Custo de exames de diagnóstico — Custos dos materiais — Gastos materiais — Gastos com fármacos — Custo associado a utilização irracional de antibioterapia — Custo tratamentos desnecessários — Custo do trabalho extraordinário — Custos logísticos — Custos dos atos médicos — Quantificação do desperdício — Custo médio de ECDs por diagnóstico — Carga assistencial (custo médico-doentes e custo enfermeiro-doentes) — Custos relacionados com internamentos sociais	Financeira	Eficiência de Custos	Agrupa todos os indicadores de custos e desperdício, permitindo uma visão integrada da eficiência financeira e da gestão racional de recursos.
Adesão a Protocolos e Práticas Baseadas na Evidência Científica	— Protocolos institucionais antibioterapia — Protocolos de segurança — Protocolos clínicos — Existência de protocolos de avaliação e tratamento de complicações — Ciclos de antibióticos — Adequação das práticas clínicas ao melhor interesse do doente — Atitudes baseadas em fundamentação científica — Uso irracional de antibióticos — Adequação da prescrição ao doente	Processos Internos	Qualidade e Segurança	Unifica a existência e a adesão a protocolos, medindo o grau em que a prática clínica é padronizada, segura e baseada na melhor evidência.
Gestão e Monitorização da Continuidade de Cuidados	— Seguimento após alta — Acompanhamento pós - alta — Consulta monitorização após internamento — Garantia de seguimento médico após Alta — Reabilitação — Monitorização da performance status após saída	Processos Internos	Continuidade de Cuidados	Consolida todos os processos que garantem a continuidade dos cuidados após a alta, incluindo o seguimento clínico, a monitorização e a reabilitação.

Tabela D-2 (cont.) – Agregação dos indicadores propostos pelos médicos respondentes em novos “Indicadores Consolidados”, sua categorização, inclusão na Perspetiva considerada adequada e justificação da pertinência da consolidação

<i>Indicador Consolidado</i>	<i>Indicadores Originais</i>	<i>Perspetiva Adequada</i>	<i>Categoria</i>	<i>Justificação da Consolidação</i>
Qualidade da Estrutura e Serviços de Suporte	— Avaliação de questões logísticas — Qualidade dos alimentos fornecidos — Qualidade funcional do serviço — Condições estrutura funcional — Avaliação espaço físico e serviços fornecidos e materiais — Recursos utilizados	Processos Internos	Tecnologia e Infraestrutura	Agrupa a avaliação das condições físicas e da logística, que são processos de suporte essenciais à experiência do doente e à eficiência do trabalho.
Complexidade das Situações Clínicas	— Case mix	Doente	Caracterização de Doentes	Um indicador distinto, pois não é uma medida de desempenho, mas um fator de caracterização crucial para estratificar e comparar todos os outros indicadores.
Desempenho Financeiro e Sustentabilidade	— Rentabilidade — Investimento — Despesa e receita — Retorno sobre o investimento realizado — Liquidez — Poupança feita com o aumento da eficiência — Financiamento de projetos per parte da indústria farmacêutica e/ou outras entidades	Financeira	Desempenho Financeiro	Consolida os indicadores macro que medem a saúde financeira, a rentabilidade dos investimentos, a liquidez e a sustentabilidade económica do serviço.
Capacidade de Inovação e Melhoria de Processos	— Implementação de projetos enquanto equipa — Implementação de projetos pessoais — Impacto das medidas/projetos desenvolvidos — Possibilidades de desenvolvimento, inovação e crescimento profissional enquanto individual e enquanto equipa	Processos Internos	Inovação e Melhoria	Agrupa os indicadores que medem a capacidade da equipa de gerar, implementar e avaliar projetos de melhoria, impulsionando a evolução dos processos.

Anexo E | Guião de Entrevista ao Diretor de Serviço de Medicina Interna

Introdução

Bom dia/Boa tarde [*Nome do(a) Entrevistado(a)*], agradeço profundamente a sua disponibilidade para esta entrevista.

No âmbito do Mestrado em Gestão de Empresas do ISCTE estou a desenvolver um projecto de investigação que explora a avaliação da performance e desempenho na área da Medicina Interna e o potencial do Balanced Scorecard como ferramenta de gestão.

Este projecto pretende contribuir para a melhoria da avaliação e gestão da performance e do desempenho na área da Medicina Interna, com foco na realidade organizacional dos Hospitais públicos portugueses, procurando potenciais alinhamentos com as políticas e prioridades do SNS, mas também tentando trazer elementos construtivos para a sua definição nesta área.

Propósito da Entrevista

Nesta entrevista, o meu objetivo principal é compreender e conhecer a sua *experiência e as suas perspetivas enquanto Diretor(a) de um Serviço de Medicina Interna* de um grande hospital público português relativamente à performance e desempenho da Medicina Interna no SNS.

Pretendo aprender com *o seu conhecimento e as suas vivências* na gestão e liderança do Serviço.

Interessa-me particularmente compreender os desafios e as estratégias que utiliza para garantir a performance do seu Serviço, e como ferramentas como o Balanced Scorecard poderão ser relevantes neste contexto, com especial ênfase na avaliação e melhoria de resultados clínicos e no valor de perspetivas de gestão mais abrangentes.

Naturalmente não existem respostas certas ou erradas, sendo que o valor intrínseco da sua *expertise e visão* será crucial para este projeto.

[Secção 1: Contexto e Visão Estratégica]

10-15 minutos

- Questão de Abertura (Contexto Organizacional):
 - Para iniciarmos, poderia descrever brevemente o seu percurso profissional até se tornar Diretor(a) do Serviço de Medicina Interna, e há quanto tempo exerce este cargo?
(*Contextualizar a experiência e trajetória do(a) Diretor(a) do Serviço*)
- Visão sobre a Performance do Serviço:
 - Na sua perspetiva enquanto Diretor(a) do Serviço, como é que define “boa performance” para um Serviço de Medicina Interna como o seu?
O que é que considera que um Serviço de Medicina Interna com “bom desempenho” deve alcançar, nomeadamente em termos de resultados clínicos para os doentes?
(*Definição de boa performance na ótica do(a) Diretor(a) do Serviço e relação entre performance organizacional e outcomes clínicos*)
 - Como é que avalia atualmente a performance do seu próprio Serviço de Medicina Interna?
Que mecanismos, indicadores ou processos utiliza?
São utilizados indicadores de resultados clínicos? Quais? (Ex: taxas de mortalidade intra-hospitalar, readmissões, tempo médio de internamento, etc.)
São utilizados indicadores clínicos ajustados ao risco?
(*Práticas atuais de avaliação de performance no Serviço, utilização de indicadores de outcomes clínicos e de ajustamento ao risco*)

- Pontos Fortes e Desafios Atuais do Serviço:

- Na sua opinião, quais são os principais pontos fortes do seu Serviço de Medicina Interna em termos de performance e desempenho?
De que aspetos se orgulha mais no funcionamento do seu serviço?
(Identificar os aspetos positivos e sucessos)
- Por outro lado, quais são os maiores desafios ou áreas de melhoria que identifica atualmente no seu Serviço, em termos de performance?
Onde é que sente que existem dificuldades ou oportunidades de otimização?
(Identificar desafios e áreas de melhoria)

[Secção 2: Balanced Scorecard e a Performance dos Serviços de Medicina Interna]

Aproximadamente 30-40 minutos

(para adaptar e expandir com base nas respostas da Secção 1 e no decorrer da entrevista)

- Introdução ao Balanced Scorecard (breve, se necessário, foco na gestão de serviço):

- O projeto que estou a desenvolver explora o Balanced Scorecard como uma ferramenta de gestão para avaliar a performance e desempenho de forma mais abrangente, considerando as perspetivas Financeira, Cliente (Doente), Processos Internos e Aprendizagem e Crescimento.
Está familiarizado/a com o conceito de Balanced Scorecard, mesmo que de forma geral?
(Avaliar o conhecimento prévio – adaptar a explicação conforme necessário)
- *(Se familiarizado)* Tendo em conta o conceito do Balanced Scorecard, como antevê que esta *framework* possa ser aplicada e ser útil para a gestão e avaliação da performance e desempenho do e no seu Serviço de Medicina Interna?
(BSC aplicado à gestão do Serviço)
- *(Se não familiarizado)* Em termos simples, o Balanced Scorecard propõe-se analisar a performance e desempenho através de quatro perspetivas-base interligadas: Financeira, Cliente (Doente), Processos Internos e Aprendizagem e Crescimento.
É uma *framework* útil para a gestão, mas também será útil verificar se existem outras perspetivas relevantes para a gestão de um Serviço de Medicina Interna e como integrar melhor os resultados clínicos na avaliação de performance a nível do Serviço.
O objetivo é obter uma visão abrangente e estratégica do desempenho.
Pensando nesta abordagem, como é que lhe parece que o BSC poderia ser relevante para a gestão do seu Serviço de Medicina Interna?
(Explicar o BSC e focar na relevância para o Serviço)

- Perspetivas do BSC e a Medicina Interna – Visão do(a) Diretor(a) de Serviço:

(Explorar cada perspetiva na ótica da gestão do Serviço)

- *Apreciação Global:*

Qual o seu entendimento sobre a importância das diferentes perspetivas e como poderiam ser medidas à luz de outros exemplos, até de fora da área da saúde?

Para além das 4 perspetivas originais (Financeira, Doente, Processos Internos, Aprendizagem e Crescimento), considera haver vantagem na incorporação de outras no contexto hospitalar e especificamente na Medicina Interna?

– *Perspetiva Financeira (Serviço):*

Na gestão do seu Serviço, como é que a perspetiva Financeira se manifesta e qual a sua importância?

Que tipo de indicadores financeiros considera relevantes para gerir o seu Serviço, tendo em conta a necessidade de garantir a qualidade clínica e os melhores resultados para os doentes?

(Perspetiva financeira na gestão do Serviço)

Sondas para a Perspetiva Financeira (Serviço):

- ✓ Quais são os principais custos que o seu Serviço tem de gerir e controlar?
- ✓ Como é que o seu Serviço gere os recursos financeiros de forma a otimizar a qualidade clínica e os resultados para os doentes, dentro das restrições orçamentais?
- ✓ De que forma o orçamento e os recursos financeiros influenciam as decisões e a gestão do seu Serviço?
- ✓ Considera que a performance financeira é um aspeto prioritário na gestão do seu Serviço? Porquê?
- ✓ Existe alguma pressão para reduzir custos que possa impactar na qualidade clínica ou nos resultados para os doentes? Como gere esses *trade-offs*?

– *Perspetiva do Doente (a nível do Serviço):*

No seu Serviço, como é que a perspetiva do Cliente, ou seja, do Doente, é considerada e avaliada?

Qual a importância de garantir uma boa experiência para o doente no seu Serviço?

Que indicadores relacionados com os doentes, incluindo resultados clínicos, considera essenciais?

(Centralidade do doente na gestão do Serviço)

Sondas para a Perspetiva do Cliente/Doente (Serviço):

- ✓ Como é que mede ou acompanha a satisfação dos doentes atendidos no seu Serviço?
- ✓ E como são medidos e acompanhados os resultados clínicos dos doentes
- ✓ Na sua opinião, quais são os fatores que mais contribuem para a experiência positiva dos doentes e para melhores resultados clínicos?
- ✓ Que iniciativas ou projetos tem implementado ou planeia implementar para melhorar a experiência do doente no seu Serviço?

– *Perspetiva dos Processos Internos (a nível do Serviço):*

No funcionamento interno do seu Serviço, quais são os processos que considera mais críticos para garantir a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados?

Que indicadores de processo são utilizados ou considera mais relevantes, nomeadamente indicadores clínicos de processo que impactam diretamente nos resultados para os doentes e na segurança clínica?

(Processos internos chave na gestão do Serviço)

Sondas para a Perspetiva dos Processos Internos (Serviço):

- ✓ Poderia dar exemplos de processos internos que têm um impacto direto na qualidade dos cuidados, na eficiência e nos resultados clínicos dos doentes? (Ex: processo de admissão no Serviço, gestão de internamentos, fluxos de trabalho da equipa, etc.)
- ✓ Quais são os principais desafios em termos de processos internos que afetam a performance do seu Serviço?
- ✓ Como é que a tecnologia e os sistemas de informação são utilizados (ou poderiam ser mais utilizados) para otimizar os processos internos do seu Serviço?

– *Perspetiva da Aprendizagem e Crescimento/Desenvolvimento (Serviço):*

Para garantir o desenvolvimento contínuo do seu Serviço e da sua equipa, que aspetos considera mais importantes?

Que indicadores relacionados com a aprendizagem e o crescimento da equipa e do Serviço utiliza ou considera relevantes, nomeadamente no que diz respeito ao desenvolvimento de competências clínicas avançadas e à melhoria da qualidade assistencial?

(Desenvolvimento e crescimento do departamento e da equipa)

Sondas para a Perspetiva da Aprendizagem e Crescimento (Serviço):

- ✓ Qual é a importância da formação contínua e do desenvolvimento profissional dos médicos e outros profissionais do seu Serviço?
- ✓ Como é que promove uma cultura de aprendizagem e melhoria contínua dentro do seu Serviço?
- ✓ Que tipo de indicadores relacionados com a satisfação profissional, o desenvolvimento de competências ou a inovação no seu Serviço poderiam ser relevantes?

• Integração das Perspetivas e Gestão Departamental:

– Na gestão do seu Serviço, como é que vê a interligação entre estas quatro perspetivas (financeira, doente, processos, aprendizagem)?

– Como é que as gere de forma integrada para garantir a performance global do seu Serviço?

(Visão integrada das perspetivas na gestão do Serviço)

– Considerando os desafios da gestão de um Serviço de Medicina Interna, pensa que estas quatro perspetivas são suficientes para abranger todos os aspetos críticos para uma gestão eficaz e para garantir a melhor performance possível, incluindo os melhores resultados clínicos para os doentes?

– Existem outras perspetivas, dimensões, ou áreas que considera que deveriam ser consideradas para além destas, na gestão de um Serviço de Medicina Interna?

– Que outras perspetivas poderíamos considerar?

(Perspetivas adicionais para além das quatro tradicionais)

[Secção 3: Desafios e Estratégias de Implementação do BSC no Serviço de Medicina Interna]

15-20 minutos

• Foco nos Fatores Críticos de Sucesso e Insucesso (Serviço):

– Pensando na possível implementação de um Balanced Scorecard no seu Serviço, quais antecipa que seriam os maiores desafios ou obstáculos a ultrapassar, especialmente na integração robusta de resultados clínicos e na consideração de outras perspetivas relevantes?

Que dificuldades específicas prevê a nível do Serviço, nomeadamente na operacionalização de indicadores clínicos e na adoção de um modelo de avaliação mais abrangente?

(Desafios de implementação a nível do Serviço)

– E, por outro lado, que fatores considera que poderiam facilitar ou impulsionar o sucesso da implementação do BSC no seu Serviço, num modelo que coloque o foco nos resultados clínicos e que contemple perspetivas adicionais relevantes?

Que elementos seriam cruciais para garantir que o BSC fosse útil e adotado pela sua equipa?

(Facilitadores e fatores de sucesso a nível do Serviço)

– Qual o papel da cultura organizacional específica do seu Serviço na aceitação e implementação de um sistema de avaliação como o BSC?

A cultura atual do seu Serviço é mais facilitadora ou dificultadora?

O que seria importante reforçar ou mudar na cultura do Serviço?

(Impacto da cultura do Serviço)

– Considerando as características e a complexidade do seu Serviço, que adaptações ou personalizações específicas do BSC seriam necessárias para que o modelo fosse realmente útil e relevante para o seu contexto?

(Adaptação e personalização para o contexto do Serviço)

- Modelos Organizacionais e Gestão do Serviço

(Contextualizar com o Projeto - Ligar com a Revisão de Literatura do projeto CRI vs. UPI)

- Modelos organizacionais como os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) ou as Unidades de Prática Integrada (UPI) têm sido discutidos como formas de melhorar a organização e a gestão de serviços clínicos.

Na sua experiência, como é que a estrutura e o modelo organizacional do seu Serviço influenciam a forma como avalia e gere a performance?

(Modelos organizacionais e gestão do Serviço)

- Como é que perspectiva que as tendências de cuidados de saúde mais integrados e centrados no valor em saúde irão impactar a gestão e a avaliação de performance em Serviços de Medicina Interna como o seu, no futuro?

(Tendências futuras e gestão do Serviço)

[Secção 4: Visão Futura e Recomendações para a Gestão dos Serviços]

5-10 minutos

- Visão Ideal e Recomendações para o Serviço:

- Se pudesse idealizar o sistema de avaliação de performance perfeito para o seu Serviço, como seria?

Quais seriam as suas características mais importantes para ser útil e eficaz na gestão do seu Serviço?

(Visão ideal para o Serviço – perspectiva do(a) Diretor(a) do Serviço)

- Com base na nossa conversa e na sua experiência na gestão do seu Serviço, quais seriam as suas principais recomendações para implementar um sistema de avaliação de performance eficaz no seu Serviço, utilizando o Balanced Scorecard ou outras abordagens de gestão?

(Recomendações para a gestão do Serviço – orientar para a implementação prática)

- Espaço para Comentários Adicionais e Encerramento:

- Há algum outro aspeto relacionado com a performance do seu Serviço, ou com a gestão de um serviço como o seu, que gostaria de acrescentar e que ainda não tenhamos falado?

(Questão aberta para garantir que nada é omitido)

- Em retrospectiva da nossa conversa, qual seria a principal mensagem ou *take-home* que gostaria de partilhar sobre este tema da avaliação de performance em Serviços de Medicina Interna, especialmente no contexto da possível utilização de um Balanced Scorecard?

(Síntese da mensagem chave – perspectiva do(a) Diretor(a) do Serviço)

- Agradecimentos e Próximos Passos:

- Agradeço imensamente o seu tempo e as suas perspetivas valiosas, Doutor(a) [Nome do(a) Diretor(a) do Serviço].

A sua experiência na gestão de um Serviço de Medicina Interna é fundamental para este projeto. As suas contribuições serão de grande ajuda.

Se necessitarmos de alguma clarificação após a análise das entrevistas, poderemos contactá-lo brevemente por email? [Sim/Não]."

- O próximo passo será analisar todas as entrevistas e identificar os principais temas e recomendações para a gestão de Serviços de Medicina Interna.

Partilharemos as conclusões gerais do projeto com todos os intervenientes interessados [mencionar como partilhará as conclusões – p. ex.: relatório para os participantes, etc.].

- Mais uma vez, muito obrigado pela sua participação e ajuda!

Anexo F | Guião de Entrevista ao Diretor Clínico

Introdução

Bom dia/Boa tarde [*Nome do(a) Entrevistado(a)*], agradeço profundamente a sua disponibilidade para esta entrevista.

No âmbito do Mestrado em Gestão de Empresas do ISCTE estou a desenvolver um projeto de investigação que explora a avaliação da performance e desempenho na área da Medicina Interna e o potencial do Balanced Scorecard como ferramenta de gestão.

Este projeto pretende contribuir para a melhoria da avaliação e gestão da performance e do desempenho na área da Medicina Interna, com foco na realidade organizacional dos Hospitais públicos portugueses, procurando potenciais alinhamentos com as políticas e prioridades do SNS, mas também tentando trazer elementos construtivos para a sua definição nesta área.

Propósito da Entrevista

Nesta entrevista, o meu objetivo principal é compreender e conhecer a sua *experiência e as suas perspetivas enquanto Diretor(a) Clínico(a)* de um grande hospital público português relativamente à performance e desempenho da Medicina Interna no SNS.

Pretendo aprender com *o seu conhecimento e as suas vivências* na gestão e liderança hospitalares.

Interessa-me particularmente compreender os desafios e as estratégias com que se confronta no âmbito da avaliação e monitorização da performance organizacional, e como ferramentas como o Balanced Scorecard poderão ser relevantes neste contexto, com especial ênfase na avaliação e melhoria de resultados clínicos e no valor de perspetivas de gestão mais abrangentes.

Naturalmente não existem respostas certas ou erradas, sendo que o valor intrínseco da sua *expertise e visão* será crucial para este projeto.

[Secção 1: Contexto e Visão Estratégica]

10-15 minutos

- Questão de Abertura (Contexto Organizacional):
 - Para iniciarmos, poderia descrever brevemente o seu percurso profissional até se tornar Diretor(a) Clínico(a), e há quanto tempo exerce este cargo?
(*Contextualizar a experiência e trajetória do(a) Diretor(a) Clínico(a)*)
- Visão sobre a Medicina Interna:
 - Na perspetiva do Conselho de Administração e na ótica do(a) Diretor(a) Clínico(a), como caracterizaria o papel da especialidade de Medicina Interna no contexto do hospital?
Qual é a importância estratégica da Medicina Interna para o funcionamento global do hospital?
(*Visão estratégica sobre a especialidade*)
- Visão sobre a Performance Organizacional:
 - Na sua perspetiva enquanto Diretor(a) Clínico(a), como é que define “boa performance” para um Serviço de Medicina Interna?
O que é que considera que um Serviço de Medicina Interna com “bom desempenho” deve alcançar, nomeadamente em termos de resultados clínicos para os doentes?
(*Definição de boa performance na ótica do(a) Diretor(a) Clínico(a) e relação entre performance organizacional e outcomes clínicos*)

- Tem ideia de como é avaliada atualmente a performance do Serviço de Medicina Interna?
Que mecanismos, indicadores ou processos são utilizados?
São utilizados indicadores de resultados clínicos? Quais?
São utilizados indicadores clínicos ajustados ao risco?
(Práticas atuais de avaliação de performance no Serviço de Medicina Interna, utilização de indicadores de outcomes clínicos e de ajustamento ao risco)
- Pontos Fortes e Desafios Atuais da Medicina Interna no hospital:
 - Na sua opinião, quais são os principais pontos fortes do Serviço de Medicina Interna em termos de performance e desempenho?
(Identificar os aspetos positivos e sucessos)
 - Por outro lado, quais são os maiores desafios ou áreas de melhoria que identifica atualmente na Medicina Interna, em termos de performance?
Onde é que sente que existem dificuldades ou oportunidades de otimização?
(Identificar desafios e áreas de melhoria)

[Secção 2: Balanced Scorecard e a Performance dos Hospitais e dos Serviços de Medicina Interna]

Aproximadamente 30-40 minutos

(para adaptar e expandir com base nas respostas da Secção 1 e no decorrer da entrevista)

- Introdução ao Balanced Scorecard (breve, se necessário, foco na gestão hospitalar):
 - O projeto que estou a desenvolver explora o Balanced Scorecard como uma ferramenta de gestão para avaliar a performance e desempenho de forma mais abrangente, considerando as perspetivas Financeira, Cliente (Doente), Processos Internos e Aprendizagem e Crescimento.
Está familiarizado/a com o conceito de Balanced Scorecard, mesmo que de forma geral?
(Avaliar o conhecimento prévio – adaptar a explicação conforme necessário)
 - *(Se familiarizado(a))* Tendo em conta o conceito do Balanced Scorecard, como antevê que esta *framework* possa ser aplicada e ser útil para a avaliação da performance e desempenho do Serviço de Medicina Interna e seu alinhamento com a estratégia da instituição?
(BSC aplicado à gestão do Serviço)
 - *(Se não familiarizado)* Em termos simples, o Balanced Scorecard propõe-se analisar a performance e desempenho através de quatro perspetivas-base interligadas: Financeira, Cliente (Doente), Processos Internos e Aprendizagem e Crescimento.
É uma *framework* útil para a gestão, mas também será útil verificar se existem outras perspetivas relevantes e como integrar melhor os resultados clínicos na avaliação de performance hospitalar e a nível do Serviço.
O objetivo é obter uma visão abrangente e estratégica do desempenho.
Pensando nesta abordagem, como é que lhe parece que o BSC poderia ser relevante para a gestão e estratégia hospitalares e sua focalização a nível do Serviço de Medicina Interna?
(Explicar o BSC e focar na relevância para a organização e o serviço)

- Perspetivas do BSC e a Medicina Interna – Visão do(a) Diretor(a) Clínico(a):
(Explorar cada perspetiva na ótica da gestão de topo)

- *Apreciação Global:*

Qual o seu entendimento sobre a importância das diferentes perspetivas e como poderiam ser medidas à luz de outros exemplos, até de fora da área da saúde?

Para além das 4 perspetivas originais (Financeira, Cliente/Doente, Processos Internos, Aprendizagem e Crescimento), considera haver vantagem na incorporação de outras no contexto hospitalar e especificamente na Medicina Interna?

- *Perspetiva Financeira (Hospital):*

Na vertente hospitalar e sua aplicação à gestão dos Serviços, nomeadamente de Medicina Interna, como é que a perspetiva Financeira se manifesta e qual a sua importância?

Que tipo de indicadores financeiros considera relevantes, tendo em conta a necessidade de garantir a qualidade clínica e os melhores resultados para os doentes?

(Perspetiva financeira na gestão hospitalar e dos Serviços)

Sondas para a Perspetiva Financeira (Hospital):

- ✓ Quais serão, ou deverão ser, os principais custos associados à atividade da Medicina Interna no hospital, que o Conselho de Administração acompanha (ou deverá acompanhar)?
- ✓ Como é que o Conselho de Administração avalia o retorno do investimento no Serviço de Medicina Interna, numa ótica de otimização dos recursos hospitalares?
- ✓ Como são geridos os recursos financeiros de forma a otimizar a qualidade clínica e os resultados para os doentes, dentro das restrições orçamentais?
- ✓ De que forma o orçamento e os recursos financeiros influenciam as decisões e a gestão?
- ✓ Considera que a performance financeira é um aspeto prioritário na gestão dos Serviços? Porquê?
- ✓ Existe alguma pressão para reduzir custos que possa impactar na qualidade clínica ou nos resultados para os doentes? Como são geridos esses *trade-offs*?

- *Perspetiva do Doente (a nível do Hospital):*

No Hospital, como é que a perspetiva do Cliente, ou seja, do Doente, é considerada e avaliada?

Qual a importância de garantir uma boa experiência para o doente?

Que indicadores relacionados com os doentes, incluindo resultados clínicos, considera essenciais?

(Centralidade do doente na gestão hospitalar)

Sondas para a Perspetiva do Doente (Hospital):

- ✓ Como é que mede ou acompanha a satisfação dos doentes assistidos no hospital?
- ✓ E como são medidos e acompanhados os resultados clínicos dos doentes
- ✓ Na sua opinião, quais são os fatores que mais contribuem para a experiência positiva dos doentes e para melhores resultados clínicos?
- ✓ Que iniciativas ou projetos tem implementado ou planeia implementar para melhorar a experiência do doente no hospital e nos serviços?

- *Perspetiva dos Processos Internos (a nível do Hospital):*

Na perspetiva dos processos internos do hospital e da coordenação entre diferentes níveis de cuidados, que processos relacionados com a Medicina Interna considera críticos para o bom funcionamento do sistema como um todo?

Que indicadores de processo seriam relevantes para o hospital?

(Processos a nível do sistema e coordenação de cuidados)

Quais são os processos que considera mais críticos para garantir a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados?

Que indicadores de processo são utilizados ou considera mais relevantes, nomeadamente indicadores clínicos de processo que impactam diretamente nos resultados para os doentes e na segurança clínica?

(Processos internos chave na gestão do hospital)

Sondas para a Perspetiva dos Processos Internos (Hospital):

- ✓ Poderia dar exemplos de processos internos envolvendo a Medicina Interna que têm um impacto direto na qualidade dos cuidados, na eficiência e nos resultados clínicos dos doentes?
- ✓ Quais serão os maiores desafios de coordenação e integração que identifica envolvendo a Medicina Interna?
- ✓ Quais são os principais desafios em termos de processos internos que afetam a performance do hospital e dos serviços?
- ✓ Como é que a tecnologia e os sistemas de informação são utilizados (ou poderiam ser mais utilizados) para otimizar os processos internos do hospital e dos serviços?

– *Perspetiva da Aprendizagem e Crescimento/Desenvolvimento (Hospital):*

No âmbito da capacidade do hospital se desenvolver e inovar na área da Medicina Interna, contribuindo para o desenvolvimento dos profissionais desta especialidade, que fatores considera essenciais para garantir a evolução contínua da Medicina Interna no hospital?

Que indicadores seriam relevantes?

(Desenvolvimento do hospital e da especialidade)

Que indicadores relacionados com a aprendizagem e o crescimento das equipas, dos serviços e do hospital utiliza ou considera relevantes, nomeadamente no que diz respeito ao desenvolvimento de competências clínicas avançadas e à melhoria da qualidade assistencial?

(Desenvolvimento e crescimento do hospital e das equipas)

Sondas para a Perspetiva da Aprendizagem e Crescimento (Hospital):

- ✓ Qual é (ou deverá ser) a importância do desenvolvimento profissional contínuo dos Internistas para o hospital? Como é (ou deverá ser) promovido este desenvolvimento?
- ✓ Como é (ou deverá ser) fomentada a inovação e a adoção de melhores práticas na área da Medicina Interna a hospitalar?
- ✓ Que indicadores relacionados com a formação, investigação, inovação e a satisfação dos profissionais de Medicina Interna poderiam (ou deveriam) ser relevantes para o hospital?
- ✓ Como é que promove uma cultura de aprendizagem e melhoria contínua no hospital?

• Integração das Perspetivas e Gestão Departamental:

- O Balanced Scorecard enfatiza a visão integrada das perspetivas.

Como é que o Conselho de Administração e o(a) Diretor(a) Clínico(a) vê a interligação entre estas quatro perspetivas (financeira, doente, processos, aprendizagem) no que respeita à Medicina Interna?

Como é que a melhoria numa perspetiva pode impactar as outras?

(Visão sistémica e holística a nível hospitalar)

- Considerando os desafios da gestão de um hospital universitário, pensa que estas quatro perspetivas são suficientes para abranger todos os aspetos críticos para uma gestão eficaz e para garantir a melhor performance possível, incluindo os melhores resultados clínicos para os doentes?
- Existem outras perspetivas, dimensões, ou áreas que considera que deveriam ser consideradas para além destas, nomeadamente no que diz respeito à Medicina Interna?
- Que outras perspetivas poderíamos considerar?

(Perspetivas adicionais para além das quatro tradicionais)

[Secção 3: Desafios e Estratégias de Implementação do Balanced Scorecard no Hospital e na Medicina Interna]

15-20 minutos

- Foco nos Fatores Críticos de Sucesso e Insucesso (Hospital):
 - Pensando na possível implementação de um Balanced Scorecard no hospital, ou mesmo especificamente na Medicina Interna, quais antecipa que seriam os maiores desafios ou obstáculos a ultrapassar, especialmente na integração robusta de resultados clínicos e na consideração de outras perspetivas relevantes?
Que dificuldades específicas prevê a nível hospitalar, nomeadamente na operacionalização de indicadores clínicos e na adoção de um modelo de avaliação mais abrangente?
(Desafios de implementação a nível do hospital)
 - E, por outro lado, que fatores considera que poderiam facilitar ou impulsionar o sucesso da implementação do BSC no hospital, num modelo que coloque o foco nos resultados clínicos e que contemple perspetivas adicionais relevantes?
Que elementos seriam cruciais para garantir que o BSC fosse útil e adotado pelas equipas?
(Facilitadores e fatores de sucesso a nível hospitalar)
 - Qual o papel da cultura organizacional específica do hospital, e da Medicina Interna, na aceitação e implementação de um sistema de avaliação como o BSC?
A cultura organizacional atual é mais facilitadora ou dificultadora?
O que seria importante reforçar ou mudar na cultura do Serviço?
(Impacto da cultura organizacional)
 - Considerando as características e a complexidade do hospital, que adaptações ou personalizações específicas do BSC seriam necessárias para que o modelo fosse realmente útil e relevante para o seu contexto?
(Adaptação e personalização para o contexto hospitalar)
- Modelos Organizacionais e Gestão Hospitalar
(Contextualizar com o Projeto - Ligar com a Revisão de Literatura do projeto CRI vs. UPI)
 - Modelos organizacionais como os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) ou as Unidades de Prática Integrada (UPI) têm sido discutidos como formas de melhorar a organização e a gestão de serviços clínicos.
Na sua experiência, como é que a estrutura e o modelo organizacional dos serviços influenciam a forma como é avaliada e gerida a sua performance?
(Modelos organizacionais e gestão dos serviços)
 - Como é que perspetiva que as tendências de cuidados de saúde mais integrados e centrados no valor em saúde irão impactar a gestão e a avaliação de performance nos hospitais e especificamente nos Serviços de Medicina Interna, no futuro?
(Tendências futuras e gestão hospitalar)

[Secção 4: Visão Futura e Recomendações para a Gestão Hospitalar]

5-10 minutos

- Visão Ideal e Recomendações para o Hospital:

- Se pudesse idealizar o sistema de avaliação de performance perfeito para o hospital, como seria?

Quais seriam as suas características mais importantes para ser útil e eficaz na gestão a nível hospitalar e dos serviços?

(Visão ideal para o hospital e serviços – perspectiva do(a) Diretor(a) Clínico(a))

- Com base na nossa conversa e na sua experiência na gestão do hospital, quais seriam as suas principais recomendações para implementar um sistema de avaliação de performance eficaz no hospital e nos serviços, utilizando o Balanced Scorecard ou outras abordagens de gestão?

(Recomendações para a gestão hospitalar e dos serviços – orientar para a implementação prática)

- Espaço para Comentários Adicionais e Encerramento:

- Há algum outro aspeto relacionado com a performance organizacional, ou com a gestão de um hospital e dos serviços, que gostaria de acrescentar e que ainda não tenhamos falado?

(Questão aberta para garantir que nada é omitido)

- Em retrospectiva da nossa conversa, qual seria a principal mensagem de *take-home* que gostaria de partilhar sobre este tema da avaliação de performance em contexto hospitalar e na Medicina Interna, especialmente no contexto da possível utilização de um Balanced Scorecard?

(Síntese da mensagem chave – perspectiva do(a) Diretor(a) Clínico(a))

- Agradecimentos e Próximos Passos:

- Agradeço imensamente o seu tempo e as suas perspectivas valiosas, Doutor(a) [Nome do(a) Diretor(a) Clínico(a)].

A sua experiência na gestão de um hospital universitário é fundamental para este projeto. As suas contribuições serão de grande ajuda.

Se necessitarmos de alguma clarificação após a análise das entrevistas, poderemos contactá-lo(a) brevemente por e-mail? [Sim/Não]."

- O próximo passo será analisar todas as entrevistas e identificar os principais temas e recomendações para a gestão de Serviços de Medicina Interna.

Partilharemos as conclusões gerais do projeto com todos os intervenientes interessados [mencionar como partilhará as conclusões – p. ex.: relatório para os participantes, etc.].

- Mais uma vez, muito obrigado pela sua participação e ajuda!

Anexo G | Análise Detalhada das Entrevistas (desenvolvimento extensivo da metodologia Gioia)

Enquadramento Concetual da Análise

A metodologia Gioia pode ser entendida como um processo de destilação intelectual progressiva onde, começando com as vozes cruas dos participantes – palavras, frases e conceitos tal como emergiram naturalmente das conversas –, as observações empíricas se vão refinando sistematicamente até à obtenção de *insights* teóricos cristalinos.

Mapeamento Sistemático dos Conceitos de Primeira Ordem

Numa primeira etapa, procedeu-se à organização de todos os conceitos de primeira ordem numa matriz sistemática, preservando tanto o conteúdo como o contexto, de forma a garantir que é sempre possível rastrear cada *insight* teórico até às palavras exatas originais dos participantes.

Da análise integral dos dados, identificam-se *sete domínios concetuais primários*, que emergem naturalmente das palavras dos entrevistados, funcionando como “territórios semânticos” onde diferentes conceitos se agrupam por afinidade temática.

Domínio 1: Concetualizações da Excelência em Performance

Os participantes identificam a “boa performance” através de lentes profissionais distintas, mas complementares. O Diretor de Serviço enfatiza dimensões intimamente clínicas (“ver bem os doentes”, “melhor investigação diagnóstica”, “recuperação *ad integrum*”), enquanto o Diretor Clínico adota uma perspetiva mais sistémica (“complexidade clínica dos doentes”, “apropriação dos internamentos”, “uso racional dos exames de diagnóstico”). Esta diferenciação revela como diferentes posições e responsabilidades organizacionais geram diferentes visões sobre o que constitui a excelência.

Domínio 2: Arquiteturas de Avaliação e Medição

Aqui é evidenciada uma tensão entre aspirações e realidades. Ambos os grupos de entrevistados reconhecem limitações significativas nos sistemas atuais (“não medimos qualidade clínica”, “faltam indicadores clínicos”), mas propõem soluções concetualmente distintas. O Diretor de Serviço advoga “auditorias clínicas” e indicadores específicos da qualidade clínica, enquanto o Diretor Clínico prefere métricas mais integradas que incluam “indicadores ajustados ao risco clínico”.

Domínio 3: Hierarquias de Valor nas Perspetivas do BSC

Os dados revelam hierarquizações diferentes das perspetivas do Balanced Scorecard (BSC). O Diretor de Serviço prioriza: Doente, Aprendizagem e Crescimento, Financeira, Processos Internos, enquanto o Diretor Clínico hierarquiza: Aprendizagem e Crescimento, Doente, Processos Internos, Financeira. Esta divergência sugere perceções diferentes sobre onde reside o “motor” da performance organizacional.

Domínio 4: Reconcetualizações e Extensões do BSC

Ambos os grupos de entrevistados sugerem perspetivas adicionais, mas com focos distintos. O Diretor de Serviço propõe explicitamente uma “Perspetiva de Qualidade Clínica” autónoma, enquanto o Diretor Clínico sugere a inclusão de dimensões como a “Política”, “Social” e “Ética”. Isto indica que o BSC tradicional pode ser insuficiente para capturar a complexidade da gestão em Medicina Interna.

Domínio 5: Tensões Financeiras e Trade-offs Clínicos

Aqui emerge um padrão sofisticado na gestão das tensões entre sustentabilidade financeira e excelência clínica. O Diretor de Serviço expressa que “a pressão está na nossa cabeça (dos médicos)”, enquanto o Diretor Clínico reconhece pressões “por via indireta”, embora ambos rejeitem pressões externas diretas, revelando, contudo, internalização de preocupações financeiras.

Domínio 6: Culturas Profissionais e Organizacionais

Os dados evidenciam preocupações culturais profundas. O Diretor de Serviço foca a tensão entre médicos “Clínico-Humanistas” em contraponto com “Curso-Curriculares”, enquanto o Diretor Clínico enfatiza a necessidade de “liderança empática, humilde, não punitiva” e a importância do “bem-estar dos profissionais”.

Domínio 7: Modelos de Implementação e Fatores Críticos

Ambos os entrevistados identificam fatores críticos para implementação bem-sucedida do BSC, mas com ênfases diferentes. O Diretor de Serviço privilegia “automatismos” e “sistemas de informação”, enquanto o Diretor Clínico destaca aspetos culturais e de liderança.

Integração concetual em Temas de Segunda Ordem

Numa segunda etapa avançou-se para um nível de abstração superior, onde os domínios se transformam em temas interpretativos que revelam padrões mais profundos. Assim, a partir da análise integral e simultânea dos dados transcritos das entrevistas, é possível identificar a emergência de um conjunto de temas de segunda ordem que se resumem na Tabela E-1.

Tabela E-1 – Conceitos de primeira ordem que emergiram da análise das entrevistas e seu agrupamento em temas de segunda ordem, incluindo subdivisões temáticas

<i>Temas de Segunda Ordem</i>	<i>Conceitos de Primeira Ordem</i>
Tema 1: Pluralismo Hierárquico na Concetualização da Performance	
<i>Lente Clínica Direta</i> (Diretor de Serviço)	– “Qualidade dos Cuidados em primeiro lugar” – “Bons cuidados clínicos: única forma de garantir é o trabalho de equipa” – “Ver bem os doentes” – “A melhor investigação diagnóstica” – “O melhor tratamento e seguimento” – “Recuperação <i>ad integrum</i>” – “Minimizar sequelas da doença e das intervenções” – “Só em segundo lugar a quantidade, o desempenho numérico” – “Trabalho de equipa na defesa dos doentes” – “Comunicação com as famílias com compaixão” – “Observação diária dos doentes”
<i>Lente Sistémica-Operacional</i> (Diretor Clínico)	– “Complexidade clínica dos doentes” – “Apropriação dos internamentos” – “Uso racional dos exames de diagnóstico” – “Raciocínio clínico complexo” – “Diferenciação dos cuidados médicos” – “Gestão analítica dos horários: tarefas médicas e não médicas” – “Indicadores ajustados ao risco clínico e/ou à complexidade” – “Processos de revisão de utilização (PRU)” – “Reuniões de morbimortalidade” – “Relação com outros profissionais e grupos profissionais”

Tabela E-1 (cont.) – Conceitos de primeira ordem que emergiram da análise das entrevistas e seu agrupamento em temas de segunda ordem, incluindo subdivisões temáticas

<i>Temas de Segunda Ordem</i>	<i>Conceitos de Primeira Ordem</i>
Tema 2: Diversidade de Prioridades e Hierarquizações Estratégicas	
<i>Hierarquização Clínica-Centrada (Diretor de Serviço)</i>	– “Hierarquia das perspectivas do BSC: 1-Doente, 2-Aprendizagem e Crescimento, 3-Financeira, 4-Processos Internos” – “Uma 5ª nova perspectiva a incluir: Qualidade Clínica” – “A maior relevância deve ser da Qualidade Clínica e sua medição” – “Importância das auditorias clínicas” – “Perspetiva autónoma a adicionar ao Balanced Scorecard: Qualidade Clínica”
<i>Hierarquização Desenvolvimento-Centrada (Diretor Clínico)</i>	– “Hierarquia das perspectivas do BSC: 1-Aprendizagem e Crescimento, 2-Doente, 3-Processos Internos, 4-Financeira” – “Novas perspectivas a incluir no BSC: Política, Social, Ética (com cautela)” – “O Balanced Scorecard poderá ser útil e importante: Sim” – “Importante formação em gestão” – “Governança clínica”
Tema 3: Tensões Adaptativas entre Sustentabilidade e Excelência	
<i>Internalização Sofisticada das Pressões</i>	– “O médico não pode dizer ‘eu não tenho nada a ver com a parte financeira’” – “A preocupação financeira tem que existir, mas não é a primeira” – “A pressão está na nossa cabeça (dos médicos)” – “Não há pressão externa para reduzir custos com impacto na qualidade clínica” – “Pressão externa para redução de custos: não existe diretamente, por via indireta está presente”
<i>Estratégias de Reconciliação Económico-Clínica</i>	– “Retorno financeiro do investimento na Medicina Interna: é elevado, mas pouco valorizado” – “Custos com medicamentos e outros produtos” – “Custos com: Recursos humanos (salários, formação), Exames de diagnóstico, Medicamentos” – “Perspetiva Financeira: Importância: muita!” – “Como são geridos os recursos financeiros de forma a otimizar a qualidade clínica”

Tabela E-1 (cont.) – Conceitos de primeira ordem que emergiram da análise das entrevistas e seu agrupamento em temas de segunda ordem, incluindo subdivisões temáticas

<i>Temas de Segunda Ordem</i>	<i>Conceitos de Primeira Ordem</i>
Tema 4: Estratégias de Autorregulação e Autonomia Profissional	
<i>Mecanismos de Automonitorização</i>	– “Visitas clínicas regulares” – “Presença dos médicos nas visitas clínicas” – “Sessões clínicas” – “Discussões de morbimortalidade” – “Reuniões clínicas” – “Pedidos consultadoria por outros (como forma de identificar a qualidade interpares)”
<i>Sistemas de Autorregulação Profissional</i>	– “Processo clínico eletrónico único” – “Notas de alta (ou relatórios de alta) padronizados e completos” – “Qualidade dos registos e relatórios clínicos” – “Registar a alta clínica (quando não coincide com a alta efetiva)” – “Pedidos adequados de exames de diagnóstico” – “Protocolos clínicos”
Tema 5: Inadequação dos Sistemas de Medição Face à Complexidade Clínica	
<i>Inadequação Concetual Fundamental</i>	– “Atualmente não medimos qualidade clínica” – “Faltam indicadores clínicos” – “Não medimos a capacidade clínica” – “Faltam auditorias clínicas” – “Ajustamento ao risco não substitui a medição da qualidade clínica” – “Há lacunas na definição formal dos processos internos”
<i>Propostas de Reconcetualização Sistémica</i>	– “Auditorias Clínicas: ver se o doente foi bem tratado” – “Pedidos consultadoria por outros (como forma de identificar qualidade interpares)” – “Resolutividade diagnóstica e terapêutica” – “Complicações e Eventos Adversos: Taxa de infeção, Taxa de úlceras de pressão, Taxa de quedas” – “Satisfação dos doentes (inquéritos): louvores versus reclamações”

Tabela E-1 (cont.) – Conceitos de primeira ordem que emergiram da análise das entrevistas e seu agrupamento em temas de segunda ordem, incluindo subdivisões temáticas

<i>Temas de Segunda Ordem</i>	<i>Conceitos de Primeira Ordem</i>
Tema 6: Cultura Organizacional e Modelos de Liderança Humanística	
<i>Resistência Cultural à Instrumentalização</i>	– “Valorização do médico ‘Clínico-Humanista’ e não ‘Curso-Curricular’” – “Profissão médica” – “A melhor qualidade dos cuidados não é habitualmente preocupação, exceto dos clínicos” – “Comunicação com as famílias com compaixão” – “Mudar a progressão na carreira médica para modelos que valorizem o desempenho clínico”
<i>Liderança e Cultura Organizacional Humanizada</i>	– “Ter o médico satisfeito com vida equilibrada entre vertente profissional e vertente pessoal” – “Liderança empática, humilde, não punitiva” – “Cultura Organizacional: Tem muito impacto, Precisa de ser mudada” – “Código de conduta” – “Bem-estar dos profissionais” – “Preocupação com profissional de saúde”
Tema 7: Desenvolvimento e Capacitação Organizacional Sustentável	
<i>Formação e Desenvolvimento Profissional</i>	– “Acesso a ferramentas de conhecimento científico e médico (atualizadas)” – “Utilização regular das ferramentas de conhecimento e informação” – “Importância da formação e atualização científica dos profissionais” – “Cursos: acesso e frequência” – “Congressos e seminários (participação)” – “Prêmios científicos e bolsas” – “Importante a satisfação dos profissionais”
<i>Investigação e Inovação Organizacional</i>	– “Orientação para a investigação, incluindo a investigação clínica” – “Investigação científica: Publicações científicas, Comunicações científicas” – “Estágios de médicos de outras instituições” – “Imagem externa” – “Participação em comissões e grupos de trabalho” – “Os elementos ‘estrela’”

Tabela E-1 (cont.) – Conceitos de primeira ordem que emergiram da análise das entrevistas e seu agrupamento em temas de segunda ordem, incluindo subdivisões temáticas

<i>Temas de Segunda Ordem</i>	<i>Conceitos de Primeira Ordem</i>
Tema 8: Integração de Processos e Suporte Organizacional	
<i>Otimização de Processos Clínicos</i>	– “Gestão do doente crónico” – “Gestor clínico do doente” – “Gestor dos pedidos de exames de diagnóstico” – “Equipas de alto rendimento” – “Integração de cuidados” – “Fluxos dos exames de diagnóstico: melhorar” – “Estratificação de doentes”
<i>Suporte Integral ao Profissional</i>	– “Apoio psicológico” – “Team building” – “Pausas” – “Equilíbrio entre vida profissional e vida pessoal” – “Formação” – “Medir taxa de retenção dos médicos” – “Tarefas administrativas deixarem de ser feitas por médicos”

Tabela E1 (cont) – Conceitos de primeira ordem que emergiram da análise das entrevistas e seu agrupamento em temas de segunda ordem, incluindo subdivisões temáticas

Tema 1: Pluralismo Hierárquico na Concetualização da Performance

Este tema captura o fenómeno organizacional onde diferentes posições hierárquicas não apenas têm opiniões diferentes sobre performance, mas desenvolvem verdadeiros sistemas concetuais alternativos para compreender o que significa excelência em Medicina Interna, refletindo as responsabilidades e pressões específicas de cada posição.

A Lente Clínica-Direta do Diretor de Serviço

Quando o Diretor de Serviço fala em “ver bem os doentes” e “recuperação *ad integrum*”, articula aquilo que podemos designar por ‘epistemologia da proximidade clínica’. Esta forma de abordar a performance está intimamente ligada ao ato médico individual, à relação direta médico-doente, e à capacidade de observar de forma tangível os resultados das intervenções clínicas.

O Diretor de Serviço concetualiza performance através desta intimidade com a prática clínica, onde “qualidade dos cuidados em primeiro lugar” não é apenas uma prioridade, mas uma ontologia, uma forma fundamental de ser médico.

Esta visão valoriza aspetos que resistem à quantificação direta, tais como a compaixão na comunicação com as famílias, a subtileza do trabalho de equipa na defesa dos doentes ou a arte de minimizar sequelas através de decisões clínicas sofisticadas. Quando insiste que “em segundo lugar a quantidade, o desempenho numérico”, está a defender uma hierarquia de valores na qual a profundidade da relação terapêutica precede a amplitude da atividade assistencial.

A Lente Sistémica-Operacional do Diretor Clínico

Contrastando, o Diretor Clínico desenvolve aquilo que podemos caracterizar como uma ‘epistemologia da coordenação sistémica’. Quando fala em “complexidade clínica dos doentes” e “apropriação dos internamentos”, revela uma compreensão da performance que transcende o ato médico individual para abranger fluxos organizacionais, coordenação de recursos, e otimização de sistemas.

O Diretor Clínico vê a performance através de uma lente sistémica, onde “uso racional dos exames de diagnóstico” e “gestão analítica dos horários” representam componentes essenciais de uma medicina que é simultaneamente de excelência e sustentável.

A Profundidade Teórica da Divergência

Neste tema, estes dois ângulos não são simplesmente preferências individuais ou diferenças de personalidade. Refletem diferentes responsabilidades funcionais e pressões organizacionais onde, por um lado, o Diretor de Serviço, mais próximo da prática clínica direta, enfrenta pressões para manter a qualidade dos cuidados individuais, enquanto o Diretor Clínico, responsável pela coordenação de múltiplos serviços, enfrenta pressões para otimizar o funcionamento sistêmico global. Esta divergência conceitual revela a tensão fundamental na gestão de organizações profissionais de como preservar a excelência individual enquanto se otimiza a performance sistêmica e, respeitando o profissionalismo médico individual, como assegurar a eficiência organizacional global.

Tema 2: Diversidade de Prioridades e Hierarquizações Estratégicas

Se o primeiro tema explicita como diferentes posições hierárquicas conceitualizam performance de formas distintas, o segundo tema revela como essas conceitualizações diferentes se traduzem em, também distintas, estratégias organizacionais concretas e hierarquizações de prioridades que orientam a ação quotidiana.

A Hierarquização Clínica-Centrada do Diretor de Serviço

Quando o Diretor de Serviço estabelece a hierarquia “Doente, Aprendizagem e Crescimento, Financeira, Processos Internos” para as perspectivas do BSC, faz muito mais do que uma ordenação casual de prioridades. Esta sequência revela uma filosofia estratégica que parte do impacto direto no doente como valor fundamental e progride através de capacitação profissional antes de considerar aspetos financeiros e processuais.

A proposta de uma quinta perspectiva dedicada à “Qualidade Clínica” é particularmente reveladora, uma vez que não se trata de uma adição técnica ao BSC, mas de uma reivindicação ontológica ao considerar-se que a qualidade clínica é tão fundamental que merece reconhecimento autónomo, não podendo, por isso, ser subsumida nas outras perspectivas. Esta proposta sugere que o BSC tradicional, mesmo sendo útil, é conceitualmente incompleto para capturar a essência da Medicina Interna.

Quando insiste na “importância das auditorias clínicas”, está a propor um modelo de avaliação que privilegia o julgamento profissional sobre métricas quantitativas, pois as auditorias clínicas (que são rigorosas, mas não reducionistas, sistemáticas, mas não mecânicas) representam uma forma de *accountability* que honra a complexidade da medicina.

A Hierarquização Desenvolvimento-Centrada do Diretor Clínico

A hierarquia estabelecida pelo Diretor Clínico – “Aprendizagem e Crescimento, Doente, Processos Internos, Financeira” - revela uma filosofia estratégica fundamentalmente diferente, embora não contraditória. Ao colocar “Aprendizagem e Crescimento” como primeira prioridade, articula uma compreensão ‘desenvolvimentista’ da performance, onde a capacitação organizacional é vista como o motor fundamental que impulsiona todos os outros resultados.

Esta opção reflete uma compreensão sofisticada de causalidade organizacional, pressupondo que organizações que investem primeiro no desenvolvimento das suas capacidades internas acabam por alcançar melhores resultados em todas as outras dimensões. Esta é uma visão de longo prazo que privilegia a sustentabilidade sobre a otimização de curto prazo.

A proposta de perspectivas adicionais (“Política”, “Social”, “Ética”) revela uma compreensão de que a Medicina Interna não opera num vácuo social, antes reconhecendo que a relevância das dimensões sociais da prática médica num olhar triangulado sobre os hospitais enquanto instituições sociais que devem navegar complexidades políticas, responder a necessidades sociais, e manter integridade ética.

A ênfase na “importante formação em gestão” e “governança clínica” sugere que o Diretor Clínico vê a integração de competências clínicas e de gestão como fundamental para liderança eficaz em Medicina Interna. Não se tratando de os médicos “aprenderem gestão” como ferramenta externa, mas de desenvolverem literacia integrada que combina excelência clínica com competência organizacional.

Tema 3: Tensões Adaptativas entre Sustentabilidade e Excelência

Este tema captura um dos fenómenos organizacionais mais sofisticados que emergiu da análise e que se foca em como os profissionais conseguem gerir simultaneamente imperativos aparentemente contraditórios sem comprometer nem a excelência clínica nem a sustentabilidade financeira.

A Internalização Sofisticada das Pressões

Quando o Diretor de Serviço afirma que “o médico não pode dizer ‘eu não tenho nada a ver com a parte financeira’”, está a articular uma forma de responsabilidade voluntária que transcende modelos tradicionais de gestão hierárquica. Esta não é conformidade passiva com regulamentações externas, mas autorresponsabilização proactiva que preserva autonomia profissional enquanto reconhece realidades organizacionais.

A frase “a pressão está na nossa cabeça (dos médicos)” revela o fenómeno psicológico e organizacional onde a interiorização de pressões externas ocorre de tal forma que elas se tornam motivações intrínsecas. Esta interiorização permite aos profissionais manterem controlo sobre como respondem a pressões, transformando constrangimentos externos em drivers internos.

Simultaneamente, quando insiste que “não há pressão externa para reduzir custos com impacto na qualidade clínica”, está a estabelecer uma linha vermelha ética que delimita até onde a preocupação financeira pode penetrar na prática clínica. Esta é uma forma sofisticada de gestão de tensões que reconhece realidades financeiras sem permitir que elas comprometam valores fundamentais.

As Estratégias de Reconciliação Económico-Clínica

O Diretor Clínico desenvolve estratégias ainda mais elaboradas para reconciliar estes imperativos aparentemente contraditórios. Quando afirma que o “retorno financeiro do investimento na Medicina Interna é elevado, mas pouco valorizado”, está a empregar uma estratégia argumentativa que reenquadra a Medicina Interna de centro de custo para investimento rentável, numa recontextualização que é teoricamente sofisticada porque permite preservar comprometimento com excelência clínica enquanto se demonstra sensibilidade financeira. Não se trata de negar tensões, mas de reconfigurar narrativamente a relação entre qualidade e eficiência, mostrando que são complementares ao invés de contraditórias.

A afirmação de que a “perspetiva financeira” tem “muita importância”, mas aparece como última na sua hierarquia do BSC revela uma estratégia de priorização contextual onde diferentes tipos de importância coexistem num mosaico onde a importância concetual (reconhecer que recursos financeiros são fundamentais) não se traduz diretamente em prioridade operacional (tomar decisões baseadas primariamente em critérios financeiros).

Tema 4: Estratégias de Autorregulação e Autonomia Profissional

Aqui é revelada uma dimensão fundamental da medicina como profissão: a capacidade de desenvolver sistemas internos de qualidade que antecipem e mitiguem a necessidade de controlos externos.

Os Mecanismos de Automonitorização

Quando os participantes enfatizam “visitas clínicas regulares”, “presença dos médicos nas visitas clínicas”, “sessões clínicas”, e “discussões de morbimortalidade”, estão a descrever um ecossistema de revisão pelos pares que funciona como sistema de qualidade distribuído. Estas não são atividades burocráticas impostas externamente, mas rituais profissionais que servem simultaneamente propósitos educativos, formativos, de controlo de qualidade, e de desenvolvimento profissional.

As “discussões de morbimortalidade” são particularmente reveladoras porque representam uma forma de *accountability* radical onde profissionais examinam voluntariamente os casos mais difíceis e os resultados menos favoráveis. Esta metodologia traduz uma forma de autorregulação que vai além do que qualquer sistema externo poderia impor, sendo intrinsecamente motivada pelo compromisso profissional com a melhoria contínua.

Os “pedidos de consultadoria por outros” funcionam como indicador natural de qualidade interpares, uma vez que quando outros médicos procuram regularmente a opinião de um profissional, isso constitui reconhecimento orgânico de competência que nenhum sistema formal de avaliação poderia replicar com a mesma autenticidade.

Os Sistemas de Autorregulação Profissional

A ênfase no “processo clínico eletrónico único”, “relatórios de alta padronizados e completos”, e “qualidade dos registos e relatórios clínicos” revela uma compreensão de que a autorregulação profissional requer infraestruturas sistémicas que facilitem transparência e *accountability*.

Estes sistemas não são apenas ferramentas técnicas, mas tecnologias de profissionalismo que permitem aos médicos demonstrarem a qualidade do seu trabalho de formas que respeitam tanto o rigor científico quanto a complexidade clínica. Um relatório de alta bem escrito, por exemplo, não é apenas um ato de comunicação, é um ‘artefacto’ profissional que demonstra competência clínica, capacidade de síntese, e responsabilidade face aos colegas.

A menção de “protocolos clínicos” como elemento de autorregulação sugere que profissionais veem a padronização não como uma limitação da autonomia, mas como uma ferramenta de empoderamento que assegura consistência na qualidade, enquanto preserva espaço para julgamento clínico individual.

Tema 5: Inadequação dos Sistemas de Medição Face à Complexidade Clínica

Este tema captura uma frustração profunda que permeia toda a medicina contemporânea e que reside na tensão entre a necessidade organizacional de medição e a natureza intrinsecamente qualitativa de muitos aspectos da excelência médica.

A Inadequação Conceitual Fundamental

Quando o Diretor de Serviço afirma categoricamente que “atualmente não medimos qualidade clínica” e “faltam indicadores clínicos”, não está simplesmente a identificar uma lacuna técnica, está a articular uma ‘crítica ontológica’ aos sistemas atuais, por estes falharem na captura daquilo que os profissionais consideram ser a essência do seu trabalho.

A observação de que “ajustamento ao risco não substitui a medição da qualidade clínica” é particularmente sofisticada, revelando compreensão de que mesmo sistemas tecnicamente avançados que consideram complexidade e casemix podem ainda revelar incapacidade em capturar dimensões fundamentais da excelência médica. Não se tratará de falta de sofisticação estatística, mas sim de incompatibilidade conceitual entre o modo como sistemas formais operam e os matizes com que a excelência clínica se manifesta.

A menção a “lacunas na definição formal dos processos internos” sugere que a inadequação não é apenas questão de medição, mas de ‘formalização prematura’ de processos que podem funcionar melhor quando preservam elementos de flexibilidade e adaptação situacional.

As Propostas de Reconceitualização Sistémica

Face a estas inadequações, ambos os grupos de entrevistados propõem alternativas conceitualmente sofisticadas que tentam preservar o rigor enquanto honram a complexidade. As “auditorias clínicas” propostas pelo Diretor de Serviço representam uma forma de avaliação que combina sistematicidade com julgamento profissional contextualizado, onde em vez de métricas quantitativas uniformes, se propõe um processo avaliativo que pode adaptar-se às especificidades de cada situação clínica.

A ênfase na “resolutividade diagnóstica e terapêutica” como indicador revela compreensão de que boa medicina não se traduz apenas na ausência de complicações, mas maioritariamente na capacidade de resolver problemas clínicos complexos. Esta é uma visão que valoriza competência ativa sobre conformidade passiva.

A inclusão de “complicações e eventos adversos” juntamente com “satisfação dos doentes” sugere uma abordagem multidimensional que reconhece que qualidade clínica tem tanto componentes técnicos quanto relacionais, ambos igualmente importantes para uma avaliação que se pretende holística.

Tema 6: Cultura Organizacional e Modelos de Liderança Humanística

No sexto tema é revelada a preocupação mais profunda, que atravessa toda a análise, de como preservar os valores humanísticos que definem a medicina como vocação numa era de crescente instrumentalização organizacional.

A Resistência Cultural à Instrumentalização

A distinção articulada pelo Diretor de Serviço entre médico “Clínico-Humanista” e “Curso-Curricular” não é simplesmente uma preferência estilística, mas uma declaração ontológica sobre diferentes formas de ser (profissional) médico. O médico “Clínico-Humanista” é aquele cuja identidade profissional se fundamenta na competência clínica e na capacidade de estabelecer relações terapêuticas significativas, enquanto o médico “Curso-Curricular” é aquele que define sucesso através de credenciais formais e progressão hierárquica e carreirista.

Esta distinção revela a dualidade fundamental na profissão médica contemporânea entre ‘vocação’ e ‘carreira’, entre medicina como ‘missão’ e medicina como ‘emprego’.

A ênfase na “comunicação com as famílias com compaixão” como elemento essencial revela compreensão de que medicina técnica sem dimensão humana é medicina incompleta, onde a compaixão não é adorno opcional, mas componente funcional da eficácia terapêutica.

A Liderança e Cultura Organizacional Humanizada

O Diretor Clínico articula uma visão de liderança que integra eficácia instrumental com autenticidade humana. Quando enfatiza “liderança empática, humilde, não punitiva”, não está a propor um modelo de

gestão aligeirada, mas uma abordagem que reconhece que em organizações profissionais, a liderança eficaz deve honrar a dignidade e autonomia dos profissionais.

A insistência em “ter o médico satisfeito, com vida equilibrada entre a vertente profissional e vertente pessoal” revela compreensão de que a sustentabilidade organizacional depende de sustentabilidade humana, reconhecendo que médicos em *burnout* não podem proporcionar cuidados de excelência, independentemente da sofisticação dos sistemas organizacionais.

A menção de que a “cultura organizacional precisa de ser mudada” não traduz uma crítica destrutiva, mas sim um diagnóstico construtivo que reconhece que a mudança cultural é pré-requisito para a implementação eficaz de qualquer sistema de gestão de performance.

Tema 7: Desenvolvimento e Capacitação Organizacional Sustentável

Neste grupo temático é capturada uma dimensão temporal fundamental que distingue as organizações que meramente funcionam daquelas que prosperam: a capacidade de investir sistematicamente no desenvolvimento contínuo das suas potencialidades internas.

A Formação e Desenvolvimento Profissional como Investimento Estratégico

Quando os entrevistados enfatizam “acesso a ferramentas de conhecimento científico e médico atualizadas” e “utilização regular das ferramentas de conhecimento”, estão a afirmar que a competência profissional não é uma conquista estática, mas um processo dinâmico que requer promoção contínua.

A medicina é uma profissão onde o conhecimento se torna obsoleto rapidamente, pelo que a ênfase em “formação e atualização científica dos profissionais” não é luxo educativo, mas uma necessidade operacional para manter a qualidade clínica, pois organizações que falham em investir no desenvolvimento profissional contínuo condenam-se à obsolescência gradual.

A valorização de “cursos: acesso e frequência” a par com “congressos e seminários” revela compreensão de que desenvolvimento profissional requer tanto aprendizagem formal quanto exposição a comunidades de prática mais amplas, uma vez que congressos e seminários não são apenas oportunidades formativas, mas rituais profissionais que mantêm conexão com padrões e tendências da especialidade.

A Investigação e Inovação como Identidade Organizacional

A ênfase na “orientação para investigação, incluindo investigação clínica” revela compreensão de que os hospitais universitários não são apenas prestadores de cuidados, mas têm um papel central enquanto produtores de conhecimento. Esta dupla identidade - assistencial e académica - cria ela própria tensões, mas também oportunidades para a excelência que transcendem o mero cumprimento de padrões existentes.

A valorização de “publicações científicas” e “comunicações científicas” não é vaidade académica, mas um indicador de vitalidade intelectual da organização, uma vez que os profissionais que contribuem para o avanço do conhecimento na sua área se mantêm na vanguarda da competência, beneficiando tanto a organização quanto os doentes.

A menção a “elementos ‘estrela’” sugere reconhecimento de que desenvolvimento organizacional requer tanto elevação geral do nível de competência quanto a promoção da “excelência excecional” em áreas específicas, tendo em conta que organizações prósperas conseguem simultaneamente manter padrões elevados gerais e adensar talentos especiais.

Tema 8: Integração de Processos e Suporte Organizacional

Este tema revela uma compreensão madura de que a excelência sustentável requer não apenas profissionais competentes e motivados, mas também arquiteturas organizacionais que facilitem e amplifiquem as suas capacidades.

A Otimização de Processos Clínicos como forma de Empoderamento Profissional

Quando os entrevistados mencionam “gestão do doente crónico”, “gestor clínico do doente”, e “gestor dos pedidos de exames de diagnóstico”, estão a propor modelos de organização que colocam a competência clínica no centro dos processos organizacionais. Rejeitando sistemas burocráticos que constroem a prática clínica, propõem estruturas que amplificam a capacidade profissional.

O conceito de “equipas de alto rendimento” não é uma importação acrítica de modelos empresariais, mas uma reconceitualização que adapta os princípios de performance coletiva às especificidades da prática médica, onde estas equipas médicas de alto rendimento combinam competência técnica individual com capacidade de colaboração que transcende a soma das partes.

O destaque dado à “integração de cuidados” revela a compreensão de que a medicina contemporânea requer coordenação sofisticada entre múltiplas especialidades, níveis de cuidados, e tipos de intervenção, sendo que esta integração não acontece automaticamente, mas requer arquiteturas organizacionais deliberadamente concebidas para facilitar colaboração.

O Suporte Integral ao Profissional como forma de Sustentabilidade Organizacional

A inclusão de “apoio psicológico”, “team building”, e “pausas” como elementos organizacionais fundamentais revela compreensão de que os profissionais são seres humanos integrais, e não apenas portadores de competências técnicas, pressupondo que as organizações que tratam os profissionais como recursos puramente instrumentais, comprometem tanto o bem-estar humano quanto a eficácia organizacional.

A preocupação com o “equilíbrio entre a vida profissional-pessoal” não é uma concessão a modismos contemporâneos, mas um requisito funcional para a sustentabilidade de longo prazo. A medicina é uma profissão emocionalmente exigente que requer profissionais com reservas psicológicas que lhes permitam lidar com stress, incerteza, e responsabilidade em situações-limite.

A menção à “taxa de retenção dos médicos” como indicador relevante sugere a compreensão de que a rotatividade excessiva não é apenas um problema de recursos humanos, mas um sintoma organizacional que indicia problemas sistêmicos na cultura, liderança, ou condições de trabalho.

Agrupamento temático em Dimensões Agregadas

Na derradeira etapa analítica desenvolveram-se as dimensões agregadas, transformando os *insights* empíricos em contribuições estruturadas, mantendo as ligações transparentes com as vozes originais dos participantes, sendo desta forma elevadas a um nível de generalização que visa permitir interpretação científica. Identificaram-se 4 “Dimensões Agregadas”, que não são simplesmente sínteses dos temas anteriores, afirmando-se sim como construtos teóricos novos que revelam propriedades emergentes do sistema organizacional em estudo.

Dimensão Agregada I:

Pluralismo Adaptativo na Concetualização da Performance

Esta primeira dimensão reconcetualiza a forma como é compreendida a gestão da performance em organizações profissionais, propondo que a eficácia não reside na criação de uniformidade concetual, mas sim na orquestração produtiva da diversidade.

Temas de 2ª Ordem Integrados

- Tema 1: Pluralismo Hierárquico na Concetualização da Performance
- Tema 2: Diversidade de Prioridades e Hierarquizações Estratégicas

Princípio Teórico Central

A eficácia dos sistemas de gestão de performance em organizações profissionais complexas reside na sua capacidade de orquestrar de forma produtiva a diversidade concetual e estratégica entre diferentes níveis hierárquicos, manifestada tanto através de diferentes epistemologias práticas (lente clínica direta versus sistémica-operacional), quanto através de hierarquizações estratégicas distintas, mas complementares, das prioridades organizacionais.

Mecanismos Operacionais

- Preservação de epistemologias práticas distintas que refletem responsabilidades funcionais específicas;
- Integração de hierarquizações estratégicas complementares através de sistemas flexíveis;
- Reconhecimento da diversidade concetual e estratégica como recurso adaptativo organizacional;
- Desenvolvimento de perspetivas adicionais que refletem necessidades específicas do contexto.

Manifestação Empírica

- Concetualizações distintas, mas válidas, da performance (clínica direta vs. sistémica-operacional);
- Hierarquizações diferentes do BSC que refletem responsabilidades distintas;
- Propostas de perspetivas adicionais (Qualidade Clínica vs. Política/Social/Ética);
- Ambas as abordagens são funcionalmente necessárias para uma gestão eficaz.

A Inovação Concetual que esta Dimensão Representa

A visão tradicional sobre a implementação do BSC centra-se frequentemente no pressuposto da convergência necessária, pressupondo que as organizações eficazes devem alinhar todas as perspetivas numa visão unificada de performance. Esta dimensão desafia este pressuposto.

Como esta Dimensão Emerge dos Dados

Esta dimensão integra organicamente dois temas de segunda ordem que revelaram padrões empíricos convergentes, mas distintos. O ‘Pluralismo Hierárquico na Concetualização da Performance’ (Tema 1) apontou para que diferentes posições organizacionais desenvolvem legitimamente sistemas concetuais distintos para compreender a excelência (“lente clínica direta” do Diretor de Serviço versus a “lente sistémica-operacional” do Diretor Clínico).

A “Diversidade de Prioridades e Hierarquizações Estratégicas” (Tema 2) revelou que esta diversidade concetual se traduz em estratégias organizacionais concretas, com hierarquizações diferentes, mas complementares das perspetivas do BSC e propostas de perspetivas adicionais distintas, mas igualmente válidas.

Quando estes dois padrões empíricos convergem, revelam que a diversidade constitui não um problema a resolver através de alinhamento, mas sim um recurso organizacional a gerir através de orquestração sofisticada.

O Núcleo Teórico da Contribuição

O “Pluralismo Adaptativo” opera através do princípio fundamental da “Complementaridade Concetual Funcional” que sugere que diferentes posições organizacionais não apenas podem, mas devem desenvolver perspetivas distintas sobre a performance, porque cada perspetiva captura aspetos da realidade organizacional que outras perspetivas podem negligenciar.

Ousando fazer uma analogia com uma orquestra sinfónica, onde diferentes instrumentos tocam melodias distintas que individualmente poderiam parecer discordantes, mas que quando orquestradas por um maestro competente criam harmonia, o Diretor de Serviço representaria os instrumentos de cordas, próximos e íntimos, capazes de nuances emocionais subtis, enquanto o Diretor Clínico representaria os instrumentos de percussão, rítmicos e estruturais, fornecendo o timing que permite que toda a orquestra funcione coerentemente. Esta analogia captura uma verdade organizacional profunda sobre como perspetivas diferentes criam capacidades organizacionais complementares que nenhuma perspetiva única poderia alcançar.

Os Mecanismos Operacionais da Orquestração

É possível identificar três mecanismos através dos quais o Pluralismo Adaptativo funciona na prática:

1. Preservação de Epistemologias Práticas Distintas: As organizações eficazes não tentam eliminar as diferenças na forma como os diferentes grupos compreendem a performance, desenvolvendo sim sistemas de comunicação que permitem que as diferentes epistemologias sejam articuladas e comparadas sem serem homogeneizadas.
2. Integração de Hierarquizações Estratégicas Complementares: Em vez de impor uma hierarquia única de prioridades, as organizações desenvolvem arquiteturas estratégicas que permitem que diferentes hierarquizações coexistam e se materializem através de processos organizacionais específicos.
3. Desenvolvimento de Perspetivas Adicionais Contextualizadas: Quando as organizações reconhecem a legitimidade de múltiplas perspetivas, tornam-se mais abertas ao desenvolvimento de dimensões de performance adicionais que refletem as especificidades do seu contexto organizacional.

Implicações Transformadoras

Esta dimensão oferece várias contribuições transformadoras para diferentes correntes:

- Para a área do desenvolvimento do BSC, desafia o pressuposto fundamental de que implementações eficazes requerem um alinhamento concetual uniforme e propõe em alternativa modelos de implementação que preservam e integram a diversidade concetual, criando BSC que são simultaneamente mais ricos e mais sustentáveis.
- Para a área da Gestão de Performance, introduz o conceito de “performance como fenómeno perspetivístico”, centrado na ideia de que a performance organizacional não é uma realidade objetiva única, mas sim uma construção social multifacetada que beneficia de múltiplos ângulos interpretativos.

- Para a área do Comportamento Organizacional, contribui para a reflexão sobre como as organizações podem gerir a diversidade cognitiva como recurso estratégico e não como um problema operacional.

Dimensão Agregada II:

Gestão Adaptativa de Tensões em Organizações Profissionais

Esta segunda dimensão traduz uma reconcetualização de como as organizações profissionais lidam com tensões entre imperativos aparentemente contraditórios. Não considerando as tensões como problemas a resolver através de compromissos ou *trade-offs*, esta dimensão propõe que as organizações desenvolvam capacidades de gestão dinâmica que transformem tensões em motores de desenvolvimento organizacional.

Temas de 2ª ordem Integrados

- Tema 3: Tensões Adaptativas entre Sustentabilidade e Excelência
- Tema 4: Estratégias de Autorregulação e Autonomia Profissional

Princípio Teórico Central

Organizações profissionais sofisticadas gerem tensões através de capacidades adaptativas duplas que permitem simultaneamente a coexistência produtiva de imperativos contraditórios (sustentabilidade-excelência) e o desenvolvimento de sistemas de autorregulação profissional que preservam autonomia enquanto asseguram accountability organizacional.

Mecanismos Operacionais

- Internalização seletiva e voluntária de pressões organizacionais externas;
- Desenvolvimento de estratégias de reconciliação que recontextualizam tensões;
- Criação de sistemas de automonitorização profissional que antecipam pressões externas;
- Implementação de mecanismos de autorregulação que preservam autonomia clínica.

Manifestação Empírica

- Internalização sofisticada das pressões financeiras sem compromisso explícito da qualidade;
- Desenvolvimento de narrativas integradoras que reconciliam imperativos aparentemente contraditórios;
- Sistemas de revisão interpares e automonitorização que demonstram responsabilidade profissional;
- Protocolos e processos que asseguram a qualidade através da autorregulação.

A Inovação Teórica Central

Tradicionalmente as tensões são abordadas como disfunções temporárias que devem ser eliminadas através de clarificação de objetivos, alinhamento de prioridades ou otimização de processos, pressupondo-se que as organizações eficazes operam em estados de equilíbrio onde diferentes imperativos foram reconciliados de forma estável.

Esta dimensão propõe em alternativa que as tensões sejam encaradas como características funcionais permanentes das organizações profissionais complexas e sejam geridas dinamicamente em vez de resolvidas estaticamente.

A Convergência Empírica que Sustenta esta Dimensão

Esta dimensão emerge da integração de dois temas de segunda ordem que revelaram padrões empíricos complementares mas distintos: as ‘Tensões Adaptativas entre Sustentabilidade e Excelência’ (Tema 3), que demonstraram como os profissionais desenvolvem estratégias sofisticadas para gerir simultaneamente pressões financeiras e aspirações de qualidade clínica sem comprometer nem uma nem outra e as ‘Estratégias de Autorregulação e Autonomia Profissional’ (Tema 4), que revelam como os profissionais desenvolvem sistemas internos de qualidade e accountability que antecipam as pressões externas e preservam a autonomia enquanto demonstram responsabilidade organizacional.

Quando estes padrões convergem, revelam uma capacidade organizacional de transformar tensões externas em capacidades internas através de mecanismos de autorregulação profissional avançados.

O Conceito Central: Tensões como Recursos Adaptativos

O núcleo desta dimensão centra-se no conceito de “Tensões como Recursos Adaptativos”, que sugere que certas tensões organizacionais não são obstáculos à performance, mas sim catalisadores necessários que forcem as organizações a desenvolver capacidades mais elaboradas do que seria possível em ambientes de baixa tensão.

As organizações profissionais que conseguem gerir apropriadamente as tensões entre a excelência e a eficiência desenvolvem capacidades organizacionais híbridas que são superiores àquelas que resultariam da otimização de objetivos únicos.

Neste âmbito, os profissionais de Medicina Interna não veem a tensão entre a qualidade clínica e a sustentabilidade financeira como um problema a resolver, mas sim como uma condição definitiva da medicina contemporânea que requer uma gestão inovadora e não uma eliminação simplista.

Os Mecanismos da Gestão Dinâmica

Apontam-se cinco mecanismos através dos quais as organizações profissionais gerem dinamicamente tensões de forma produtiva:

1. Internalização Seletiva de Pressões Externas: Em vez de resistir passivamente ou conformar-se completamente com as pressões externas, os profissionais desenvolvem capacidades de absorção crítica que permitem incorporar elementos funcionais das pressões enquanto preservam os aspetos fundamentais da sua identidade profissional.
2. Hierarquização Contextual de Prioridades: Os profissionais desenvolvem sistemas de priorização adaptativa que permitem diferentes ordenações de valores dependendo do contexto específico, evitando a rigidez que poderia comprometer a resposta apropriada a situações variadas.
3. Recontextualização Estratégica de Tensões: Os profissionais desenvolvem narrativas integradoras que transformam as tensões aparentemente contraditórias em relações complementares através de reenquadramento concetual.
4. Desenvolvimento de Sistemas de Automonitorização: As organizações profissionais criam ecossistemas de revisão interpares que funcionam como sistemas de qualidade distribuídos, permitindo accountability rigorosa sem perda de autonomia profissional.
5. Implementação de Protocolos de Autorregulação: Os profissionais desenvolvem arquiteturas de responsabilidade que demonstram competência e responsabilidade através de mecanismos internos, reduzindo a necessidade de controlos externos invasivos.

Contribuições Concetuais

Esta dimensão oferece contribuições para várias áreas potenciais:

- Para a área da Gestão de Tensões Organizacionais, introduz o conceito de gestão dinâmica como alternativa à resolução estática de tensões, com implicações para como as organizações podem navegar os paradoxos organizacionais.
- Para a área da Autonomia Profissional, apresenta um enquadramento para compreender como as profissões conseguem preservar a autonomia numa era de accountability crescente através de estratégias proactivas de autorregulação.
- Para a área da Gestão de Qualidade, propõe modelos de controlo de qualidade distribuído que integram o rigor técnico com a flexibilidade profissional.

Dimensão Agregada III:

Instrumentalização Humanizada através da Acomodação Sistemática de Valores

Esta terceira dimensão apresenta uma potencial resolução para uma das tensões mais desafiantes que as organizações profissionais contemporâneas enfrentam, como preservar valores humanísticos numa era de crescente pressão para a instrumentalização e racionalização organizacional.

Temas de 2ª ordem Integrados

- Tema 5: Inadequação dos Sistemas de Medição Face à Complexidade Clínica
- Tema 6: Cultura Organizacional e Modelos de Liderança Humanística

Princípio Teórico Central

A preservação dos valores profissionais face às pressões de instrumentalização é possível através de estratégias ativas de acomodação sistemática que simultaneamente reconhecem e abordam as inadequações dos sistemas formais de medição enquanto promovem modelos de cultura e liderança organizacional que integram o rigor técnico com os valores humanísticos, criando uma “instrumentalização humanizada”.

Mecanismos Operacionais

- Crítica construtiva dos sistemas existentes com propostas de alternativas humanizadas;
- Desenvolvimento de métricas que capturam tanto aspetos técnicos quanto relacionais;

- Promoção de modelos de liderança que integram a eficácia organizacional com os valores humanistas;
- Criação de culturas organizacionais que honram tanto performance quanto bem-estar.

Manifestação Empírica

- Identificação específica das inadequações dos sistemas atuais e propostas de soluções;
- Valorização explícita do humanismo médico em contraposição à orientação curricular;
- Ênfase em liderança empática e não punitiva como requisito funcional;
- Propostas de sistemas de medição que incluem revisão interpares e avaliação qualitativa.

O Problema Fundamental que esta Dimensão aborda

Tem sido apontada a tensão aparentemente irreconciliável entre a ‘racionalização instrumental’ (eficiência, quantificação, otimização) e os ‘valores humanos’ (compaixão, dignidade, significado), que se afigura particularmente aguda em profissões como a medicina, onde o imperativo de cuidar dos outros colide com as pressões organizacionais para eficiência e *accountability*.

Esta tensão pode ser encarada como um dilema de soma-zero onde as organizações devem escolher entre a eficiência instrumental e a preservação de valores, com compromissos inevitáveis em qualquer direção escolhida. Neste contexto, esta dimensão propõe uma terceira via de abordagem, centrada na possibilidade de “Instrumentalização Humanizada” onde o rigor organizacional e os valores humanos se reforçam mutuamente através de arquiteturas organizacionais inovadoras.

A Síntese Empírica que Fundamenta esta Dimensão

Esta dimensão emerge da integração de dois temas de segunda ordem que revelaram padrões aparentemente contraditórios, mas, na realidade complementares: a ‘Inadequação dos Sistemas de Medição Face à Complexidade Clínica’ (Tema 5), que demonstrou tanto críticas construtivas aos sistemas existentes quanto propostas sofisticadas para as alternativas que preservam o rigor não desvirtuando a complexidade; a ‘Cultura Organizacional e Modelos de Liderança Humanística’ (Tema 6), que revelou não uma resistência passiva à instrumentalização, mas sim estratégias ativas para desenvolver formas de organização que integram a eficácia operacional com a autenticidade humana.

Quando estes padrões convergem, revelam a capacidade organizacional de transcender dicotomias tradicionais através de sínteses criativas que preservam benefícios de ambos os lados enquanto eliminam as deficiências de cada lado isoladamente.

O Conceito Inovador: Instrumentalização Humanizada

O núcleo desta dimensão é o conceito de “Instrumentalização Humanizada”, que traduz a capacidade de desenvolver sistemas organizacionais que são simultaneamente rigorosos e compassivos, quantitativos e qualitativos, eficientes e significativos.

No exemplo clínico de uma cirurgia de alta precisão realizada por um cirurgião excepcionalmente hábil, onde o ato é simultaneamente técnico (requer instrumentos precisos, protocolos rigorosos, medições exatas) e profundamente humano (motivado por compaixão, orientado para alívio do sofrimento, sensível à dignidade do doente), a excelência não resulta de escolher entre precisão técnica ou sensibilidade humana, mas da integração de ambas as vertentes.

Esta analogia captura a essência da Instrumentalização Humanizada, evidenciando que o que está em causa não é adicionar elementos humanos a sistemas técnicos ou humanizar processos instrumentais, mas sim reconceitualizar fundamentalmente como os sistemas organizacionais podem operar de formas que incorporam simultaneamente eficácia e humanidade.

Os Mecanismos da Acomodação Sistemática

É possível identificar quatro mecanismos através dos quais as organizações conseguem alcançar a Instrumentalização Humanizada:

1. Redefinição de Métricas para Incluir Dimensões Humanísticas: Não rejeitando a medição, as organizações poderão desenvolver métricas multidimensionais que capturam tanto os aspetos quantitativos como os qualitativos da performance. As propostas de “auditorias clínicas” exemplificam esta abordagem, pois mantêm o rigor avaliativo enquanto preservam espaço para o juízo profissional contextualizado.
2. Desenvolvimento de Liderança Valorativamente Informada: Os líderes eficazes em organizações profissionais não escolhem entre a eficácia operacional e a autenticidade humana, mas sim desenvolvem competências integradas que permitem uma liderança simultaneamente empática e eficaz. A ênfase em “liderança empática, humilde, não punitiva” não é encarada como uma

preferência estilística, mas como um requisito funcional para a liderança eficaz em contextos profissionais.

3. Criação de Sistemas de Suporte Integral: As organizações humanizadas desenvolvem arquiteturas de cuidado que dão resposta às necessidades humanas integrais dos profissionais, reconhecendo que a sustentabilidade organizacional depende da sustentabilidade humana. O “Apoio psicológico”, o “equilíbrio vida-trabalho” e o “team building” não são luxos opcionais, mas investimentos infraestruturais necessários.
4. Implementação de Processos de Acomodação Sistemática: As organizações ágeis e equilibradas desenvolvem mecanismos organizacionais que sistematicamente identificam e acomodam os valores humanos fundamentais, assegurando que estes valores são preservados mesmo quando os sistemas evoluem e as pressões externas mudam.

Implicações Transformadoras para Teoria e Prática

Esta dimensão oferece contribuições para múltiplas áreas:

- Para a área da Teoria Organizacional, desafia as dicotomias fundamentais que têm estruturado o campo, propondo modelos de organização que transcendem tensões tradicionalmente assumidas como irreconciliáveis.
- Para a área da Gestão de Recursos Humanos, apresenta um enquadramento para o desenvolvimento de práticas que integram a performance organizacional com o bem-estar humano.
- Para a área da Ética Organizacional, propõe modelos de organização que incorporam as considerações éticas como componentes funcionais e não como constrangimentos externos.

Dimensão Agregada IV:

Desenvolvimento Organizacional Sustentável Através de Capacitação Holística

Esta dimensão completa a arquitetura apresentada com a proposta de revisão conceitual da forma como as organizações profissionais podem assegurar a vitalidade e a adaptabilidade de longo prazo. Não encarando o desenvolvimento organizacional como uma série de intervenções discretas ou melhorias incrementais, esta dimensão propõe uma abordagem ecossistêmica que integra o desenvolvimento profissional, a otimização de processos e o suporte organizacional numa síntese holística.

Temas de 2ª Ordem Integrados

- Tema 7: Desenvolvimento e Capacitação Organizacional Sustentável
- Tema 8: Integração de Processos e Suporte Organizacional

Princípio Teórico Central

O desenvolvimento organizacional sustentável em contextos profissionais complexos requer uma abordagem integrada que combina sistematicamente a capacitação profissional contínua (formação, investigação, inovação) com a otimização de processos organizacionais e suporte integral aos profissionais, criando ecossistemas organizacionais que sustentam simultaneamente a excelência técnica e o bem-estar humano.

Mecanismos Operacionais

- Investimento sistemático em formação e desenvolvimento profissional contínuo;
- Promoção de investigação e inovação como componentes integrais da prática;
- Otimização de processos que reduzam a carga administrativa e aumentem o foco clínico;
- Implementação de sistemas de suporte integral que atendam às necessidades humanas e técnicas.

Manifestação Empírica Robusta

- Ênfase na formação contínua, acesso a conhecimento atualizado e participação científica;
- Valorização da investigação, publicações científicas e reconhecimento externo;
- Propostas de otimização de processos que integrem a eficiência com a qualidade clínica;
- Sistemas de suporte que incluam apoio psicológico, equilíbrio vida-trabalho e desenvolvimento de equipas.

A Visão Transformadora do Desenvolvimento Organizacional

Indo além do modelo de desenvolvimento organizacional “intervencionista sequencial”, que identifica problemas específicos, implementa soluções dirigidas, avalia resultados e repete todo o processo, numa abordagem que pressupõe que as organizações são entidades complexas que podem ser melhoradas através de ajustamentos sequenciais de componentes individuais, esta dimensão propõe uma alternativa

baseada numa metáfora ecológica de desenvolvimento organizacional. As organizações profissionais são consideradas ecossistemas vivos que se desenvolvem através da criação de condições onde o crescimento natural pode prosperar.

A Convergência Empírica que sustenta esta Dimensão

Esta dimensão emerge da integração de dois temas de segunda ordem que revelaram padrões empíricos convergentes sobre como as organizações podem cultivar as capacidades duradouras: o “Desenvolvimento e Capacitação Organizacional Sustentável” (Tema 7), que demonstrou que as organizações prósperas investem sistematicamente tanto em formação profissional quanto em investigação e inovação, assumidas como componentes integrais da sua identidade e a “Integração de Processos e Suporte Organizacional” (Tema 8), que revelou que o desenvolvimento sustentável requer não apenas competências individuais aprimoradas, mas também arquiteturas organizacionais que facilitem a colaboração, suportem o bem-estar profissional e otimizem os processos de forma integrada.

Quando estes padrões convergem, revelam uma abordagem de desenvolvimento organizacional que é simultaneamente mais holística e mais sustentável do que modelos baseados em intervenções específicas.

O Conceito Central: Capacitação Holística como Ecossistema

O núcleo desta dimensão é o conceito de “Capacitação Holística como Ecossistema”, centrado na ideia de que o desenvolvimento organizacional sustentável resulta da criação de condições onde tipos de crescimento diversos podem ocorrer simultaneamente e se reforçam mutuamente.

Propõe-se assim que as organizações profissionais podem funcionar de modo que o desenvolvimento profissional individual, a otimização de processos organizacionais, a investigação e inovação e o suporte ao bem-estar profissional se reforçam mutuamente para criar capacidades organizacionais emergentes que transcendem a soma dos componentes individuais.

Os Mecanismos da Capacitação Ecossistémica

Identificam-se cinco mecanismos através dos quais as organizações podem cultivar o desenvolvimento sustentável:

1. Investimento Sistemático em Formação Contínua: As organizações prósperas não veem a formação como custo discreto, mas como investimento infraestrutural contínuo que mantém a organização na vanguarda do conhecimento. O “Acesso a ferramentas de conhecimento atualizadas” e a “formação e atualização científica” tornam-se componentes sistemáticos da cultura organizacional.
2. Integração de Investigação e Prática: As organizações sustentáveis desenvolvem capacidades de produção de conhecimento que as transformam de consumidoras para contribuidoras para o avanço na sua área. A “Investigação científica”, as “publicações” e as “comunicações científicas” não são atividades académicas separadas, mas componentes integrais da excelência operacional.
3. Otimização de Processos Centrada no Profissional: Em alternativa à otimização de processos para eficiência máxima, as organizações evoluídas otimizam para amplificação da capacidade profissional. As “Equipas de alto rendimento”, a “integração de cuidados” e a “gestão do doente crónico” refletem processos concebidos para potenciar as competências profissionais.
4. Desenvolvimento de Infraestruturas de Suporte Integral: As organizações sustentáveis reconhecem que os profissionais são pessoas integrais cujo bem-estar pessoal e profissional são inseparáveis. O “Apoio psicológico”, o “equilíbrio vida-trabalho” e o “team building” tornam-se investimentos infraestruturais, e não benefícios opcionais.
5. Criação de Sistemas de Renovação Organizacional: As organizações prósperas desenvolvem mecanismos de autorrenovação que asseguram que o próprio processo de desenvolvimento se adapta e melhora ao longo do tempo. A “Taxa de retenção dos médicos” e os “elementos ‘estrela’” funcionam como indicadores de vitalidade do ecossistema organizacional.

Um Novo Paradigma de Desenvolvimento

Esta dimensão contribui para uma reconcetualização do desenvolvimento organizacional em diversas áreas:

- Para a área do Desenvolvimento Organizacional, apresenta um modelo ecossistémico que transcende as abordagens intervencionistas, propondo o desenvolvimento como criação de condições para o crescimento natural.

- Para a área da Gestão do Conhecimento, propõe a integração de produção e aplicação de conhecimento como características definidoras das organizações profissionais maduras.
- Para a área da Sustentabilidade Organizacional, explicita um quadro conceitual que integra a sustentabilidade humana e organizacional como componentes mutuamente dependentes.

Conexões Sistêmicas entre Temas de Segunda Ordem

Conexão I:

O Ciclo de Reforço entre Pluralismo Conceitual e Diversidade Estratégica

Temas Conectados

Pluralismo Hierárquico (Tema 1) ↔ Diversidade de Hierarquizações Estratégicas (Tema 2)

Esta primeira conexão revela uma dinâmica fundamental onde diferentes formas de conceitualização da performance não apenas coexistem, mas alimentam-se mutuamente para criar diversidade estratégica.

Quando o Diretor de Serviço desenvolve a sua “lente clínica direta” focada em “ver bem os doentes” e “recuperação ad integrum”, este quadro conceitual influencia diretamente a forma como hierarquiza as prioridades estratégicas, colocando o “Doente” como primeira perspectiva do BSC. O processo funciona também, contudo, na direção inversa de modo que a experiência de tentar operacionalizar estratégias centradas no doente reforça e refina a sua compreensão conceitual do que constitui a verdadeira excelência clínica.

Simultaneamente, quando o Diretor Clínico expressa a sua “lente sistêmica-operacional” enfatizando “complexidade clínica” e “apropriação dos internamentos”, é levado a priorizar “Aprendizagem e Crescimento” como primeira perspectiva do BSC, porque compreende que a capacitação organizacional é o motor que impulsiona todos os outros resultados sistêmicos.

O Mecanismo de Retroalimentação Positiva

Esta conexão opera através de um mecanismo de ‘*retroalimentação positiva*’ onde cada elemento reforça o outro, criando ciclos de refinamento conceitual e estratégico progressivamente mais elaborados. O Diretor de Serviço não “prefere” simplesmente uma abordagem centrada no doente, as suas responsabilidades funcionais criam experiências que validam continuamente esta opção, que, por sua vez, influencia as suas escolhas estratégicas futuras.

Esta dinâmica explica por que razão tentativas de impor a uniformidade conceitual em organizações hierárquicas complexas frequentemente falham. Neste tipo de sistemas as diferentes perspectivas não são caprichos individuais, mas sim adaptações funcionais a diferentes responsabilidades organizacionais, pelo que a sua eliminação equivaleria a tentar fazer com que todos os órgãos do corpo funcionassem da mesma forma, o que é tecnicamente possível, mas biologicamente disfuncional.

Conexão II:

A Gênese das Tensões através da Inadequação dos Sistemas

Temas Conectados

Inadequação dos Sistemas de Medição (Tema 5) → Tensões Adaptativas (Tema 3)

Esta conexão revela como a inadequação dos sistemas formais de medição funciona como catalisador primário das tensões que os profissionais devem gerir entre sustentabilidade e excelência.

Quando os sistemas formais se revelam incapazes de capturar adequadamente a qualidade clínica, conforme é evidenciado na observação “atualmente não medimos qualidade clínica”, criam um vácuo de legitimidade que torna mais difícil justificar investimentos na excelência clínica.

Esta inadequação obriga os profissionais a desenvolverem as estratégias adaptativas identificadas no Tema 3. Quando o Diretor Clínico afirma que o “retorno financeiro do investimento na Medicina Interna é elevado, mas pouco valorizado”, está a responder expressamente à falha dos sistemas formais em demonstrar convincentemente o valor da Medicina Interna.

A Dinâmica da Compensação Adaptativa

A inadequação dos sistemas formais força os profissionais a desenvolverem sistemas informais compensatórios que tentam preencher as lacunas deixadas pelos mecanismos oficiais. Quando o Diretor de Serviço internaliza que “a pressão está na nossa cabeça (dos médicos)”, está a descrever como a ausência de sistemas adequados de demonstração de valor obriga os profissionais a recorrerem à

autorregulação de formas que deveriam ser equilibradas através de arquiteturas organizacionais mais elaboradas.

Esta compensação adaptativa é simultaneamente a força e a fraqueza do sistema. É força porque permite o funcionamento eficaz mesmo quando sistemas formais são inadequados, mas é fraqueza porque coloca fardos desnecessários sobre os profissionais e pode levar a exaustão se mantida indefinidamente.

Conexão III:

A Autorregulação como Resposta à Diversidade Concetual

Temas Conectados

Pluralismo Hierárquico (Tema 1) + Diversidade Estratégica (Tema 2) →

→ Autorregulação Profissional (Tema 4)

Esta conexão revela como a diversidade concetual e estratégica identificada nos dois primeiros temas necessita dos mecanismos de autorregulação profissional para funcionar eficazmente sem criar caos organizacional. Para que o resultado seja harmonioso em vez de cacofônico, cada interveniente deve desenvolver capacidades avançadas de escuta e ajustamento que permitam coordenação mesmo na ausência de controlo centralizado rígido.

Quando diferentes níveis hierárquicos concetualizam performance de formas distintas e estabelecem prioridades estratégicas diferentes, é criado potencial para divergência disfuncional, contexto onde os mecanismos de autorregulação profissional (“visitas clínicas regulares”, “sessões clínicas”, “discussões de morbimortalidade”) funcionam como sistemas de coordenação distribuída que permitem que esta diversidade se torne produtiva.

O Papel Integrador da Autorregulação

A autorregulação profissional não elimina diferenças concetuais e estratégicas, mas cria espaços de diálogo onde diferentes perspetivas podem ser articuladas, comparadas e integradas. As discussões de morbimortalidade, por exemplo, permitem que tanto a perspetiva clínica direta, como a sistémica-operacional, contribuam para análise de casos complexos, criando compreensões mais ricas do que qualquer olhar individual poderia alcançar.

Esta função integradora da autorregulação explica por que razão as profissões maduras desenvolvem rituais e práticas que podem parecer ineficientes para observadores externos, mas que servem funções organizacionais cruciais de coordenação e integração.

Conexão IV:

A Cultura Humanística como Solo para o Desenvolvimento Sustentável

Temas Conectados

Cultura e Liderança Humanística (Tema 6) → Desenvolvimento Organizacional Sustentável (Tema 7)

Esta conexão revela que a preservação de valores humanísticos não é apenas uma questão ética ou uma preferência cultural, mas sim um pré-requisito funcional para o desenvolvimento organizacional sustentável em contextos profissionais complexos.

As organizações que olham para os profissionais como recursos puramente instrumentais podem alcançar resultados de curto prazo, mas comprometem a capacidade de desenvolvimento sustentável de longo prazo.

Quando o Diretor Clínico enfatiza “liderança empática, humilde, não punitiva” e a importância de “ter o médico satisfeito com vida equilibrada”, não está apenas a expressar preferências humanísticas, mas a articular condições funcionais para que os profissionais mantenham a curiosidade intelectual, a criatividade e a motivação intrínseca necessárias para o desenvolvimento contínuo.

A Dinâmica da Fertilização Cruzada

A cultura humanística cria condições onde o ‘desenvolvimento profissional’ e o ‘desenvolvimento pessoal’ se reforçam mutuamente. Profissionais que se sentem valorizados como pessoas integrais são mais propensos a investir energia na aprendizagem contínua, na investigação e na inovação que caracterizam organizações em desenvolvimento e constante crescimento.

Numa prática dialética, organizações que investem sistematicamente no desenvolvimento profissional (“acesso a ferramentas de conhecimento atualizadas”, “formação e atualização científica”) demonstram que valorizam os profissionais como pessoas em crescimento e não apenas como executores de tarefas.

Esta conexão explica por que razão as organizações com culturas humanísticas fortes frequentemente superam as organizações mais instrumentalizadas em indicadores de inovação, retenção de talentos, e adaptabilidade organizacional.

Conexão V:

O Desenvolvimento como Resposta Proactiva às Inadequações Sistémicas

Temas Conectados

Inadequação dos Sistemas (Tema 5) + Desenvolvimento Organizacional (Tema 7) ↔
↔ Integração de Processos (Tema 8)

Esta conexão tripla revela uma estratégia organizacional sofisticada onde, em vez de simplesmente criticar sistemas inadequados, as organizações maduras desenvolvem capacidades internas que transcendem as limitações dos sistemas formais existentes.

Quando os entrevistados propõem “auditorias clínicas” como alternativa aos sistemas atuais de medição, estão simultaneamente a desenvolver competências organizacionais e a integrar processos, criando mecanismos que combinam avaliação, aprendizagem e melhoria contínua.

A Sinergia da Capacitação Integrada

Esta conexão revela que o desenvolvimento organizacional sustentável requer não apenas investimento em competências individuais, mas arquiteturas de integração que permitam que essas competências se combinem de forma produtiva. A ênfase em “equipas de alto rendimento” e “integração de cuidados” reflete compreensão de que as capacidades individuais devem ser orquestradas através de processos organizacionais concebidos deliberadamente.

O “apoio psicológico” e “team building” mencionados no Tema 8 não são apenas benefícios sociais, mas também investimentos na infraestrutura social que permite que o desenvolvimento profissional se traduza em capacidades organizacionais ampliadas.

Conexão VI:

As Tensões como Motor da Autorregulação Avançada

Temas Conectados

Tensões Adaptativas (Tema 3) → Autorregulação Profissional (Tema 4) →
→ Cultura Humanística (Tema 6)

Esta conexão apresenta uma dinâmica contraintuitiva, revelando que as tensões entre sustentabilidade e excelência não são problemas a resolver, mas motores evolutivos que impulsionam o desenvolvimento de capacidades organizacionais mais sólidas.

Quando os profissionais enfrentam a tensão associada com “a preocupação financeira tem que existir, mas não é a primeira”, são forçados a desenvolver capacidades de priorização contextual e tomada de decisão multidimensional.

Esta necessidade de gerir tensões complexas impulsiona o desenvolvimento dos mecanismos de autorregulação profissional observados, contexto em que as “discussões de morbimortalidade” e “sessões clínicas” se tornam não apenas atividades formativas, mas laboratórios de gestão de tensões onde os profissionais podem explorar a melhor forma de equilibrar imperativos múltiplos em casos concretos.

A Evolução da Sabedoria Profissional

A gestão bem-sucedida destas tensões ao longo do tempo contribui para a ‘sabedoria profissional’, enquanto capacidade de navegar complexidades sem recorrer a soluções simplistas. Esta sabedoria manifesta-se na valorização do médico “Clínico-Humanista” que consegue integrar a competência técnica com a sensibilidade humana.

Neste arquétipo, a cultura humanística emerge não como luxo adicional, mas como resultado evolutivo da necessidade de preservar valores fundamentais enquanto se responde a pressões operacionais complexas.

Conexão VII:

A Integração de Processos como Materialização da Diversidade Estratégica

Temas Conectados

Diversidade de Hierarquizações (Tema 2) → Integração de Processos e Suporte (Tema 8)

Esta conexão revela como as diferentes hierarquizações estratégicas identificadas se traduzem em arquiteturas organizacionais concretas que tentam operacionalizar as múltiplas prioridades simultaneamente.

A hierarquização “clínica-centrada” do Diretor de Serviço, que prioriza o Doente, manifesta-se através de processos como “gestor clínico do doente” e “gestão do doente crônico”, correspondendo a estruturas organizacionais que colocam a continuidade e a qualidade da relação terapêutica no centro da organização do trabalho.

A hierarquização “desenvolvimento-centrada” do Diretor Clínico, que prioriza a Aprendizagem e Crescimento, é expressa através de investimentos em “formação” e “investigação científica”, mas também de “apoio psicológico” e “equilíbrio vida profissional-pessoal”, reconhecendo que o desenvolvimento sustentável requer suporte integral.

A Arquitetura da Complementaridade

Esta conexão revela que organizações complexas e evolutivas não precisam de escolher entre hierarquizações estratégicas diferentes, mas podem sim desenvolver arquiteturas de complementaridade que permitam que diferentes prioridades se materializem através de processos específicos.

A menção a “equipas de alto rendimento” e “integração de cuidados” sugere que a organização procura estruturas que podem simultaneamente honrar a primazia da relação médico-doente (hierarquização clínica-centrada) e investir no desenvolvimento das capacidades coletivas (hierarquização desenvolvimento-centrada).

Conexão VIII:

Ciclo de Renovação Cultural através do Desenvolvimento

Temas Conectados

Desenvolvimento Organizacional (Tema 7) → Cultura Humanística (Tema 6) →
→ Pluralismo Hierárquico (Tema 1)

Esta conexão completa o ciclo sistémico, revelando como o investimento em desenvolvimento organizacional sustentável regenera e renova a cultura humanística, que, por sua vez, preserva e enriquece a diversidade concetual.

Quando as organizações investem sistematicamente em “formação e atualização científica”, “investigação clínica” e “acesso a ferramentas de conhecimento atualizadas”, não estão apenas a melhorar competências técnicas, estão igualmente a demonstrar que valorizam os profissionais como intelectuais em crescimento e não apenas como executores de protocolos.

Este investimento no desenvolvimento reforça os elementos da cultura humanística, incorporando a ideia de que cada profissional tem valor intrínseco que merece ser cultivado e acarinhado. Os profissionais que se sentem envolvidos desta forma têm maior probabilidade de desenvolver uma identificação profunda com os valores humanísticos da medicina.

A Dinâmica da Regeneração Cultural

A cultura humanística fortalecida cria, por sua vez, condições onde diferentes atitudes hierárquicas podem coexistir respeitosamente, uma vez que quando os profissionais se sentem valorizados como pessoas integrais, são menos propensos a considerar as diferenças concetuais como ameaças territoriais e mais abertos a vê-las como contribuições complementares para uma compreensão mais rica da realidade organizacional.

Esta renovação da capacidade de honrar a diversidade concetual completa o ciclo, criando condições onde tanto a “lente clínica direta”, como a “lente sistémica-operacional” podem prosperar e contribuir para a excelência organizacional global.

A Emergência de Padrões Sistêmicos Complexos

Quando consideramos todas estas conexões simultaneamente, emerge um padrão sistêmico que transcende qualquer elemento individual e que revela um sistema organizacional adaptativo que consegue simultaneamente preservar os valores fundamentais e responder a pressões de mudança através de processos de autorrenovação contínua.

Este sistema revela propriedades emergentes interessantes:

- *Resiliência Adaptativa*: O sistema consegue absorver os choques externos (pressões financeiras, mudanças regulamentares, exigências tecnológicas) sem perder as suas características fundamentais, porque desenvolveu múltiplos mecanismos de adaptação que funcionam a diferentes níveis organizacionais.
- *Diversidade Produtiva*: Em vez de tentar eliminar diferenças conceituais e estratégicas, o sistema desenvolveu formas de orquestrar produtivamente essa diversidade, criando capacidades organizacionais mais ricas do que qualquer perspectiva única poderia alcançar.
- *Autorrenovação Contínua*: O sistema inclui mecanismos que asseguram renovação contínua das suas próprias capacidades adaptativas, evitando a estagnação que afeta muitas organizações maduras.

Síntese Final

Um Paradigma Inovador para a Gestão da Performance em Organizações Profissionais Complexas

Considerando as quatro dimensões agregadas como um sistema integrado, emerge um paradigma inovador para compreender e gerir a performance em organizações profissionais complexas que transcende as limitações de modelos existentes.

A Arquitetura Paradigmática Integrada

As quatro dimensões apresentadas não operam independentemente, mas formam uma arquitetura teórica integrada onde cada componente reforça e potencia os outros:

1. O Pluralismo Adaptativo (Dimensão I) reconhece e orquestra a diversidade conceitual e estratégica necessárias e cria as condições onde perspetivas múltiplas podem contribuir para o enriquecimento da compreensão da realidade organizacional, fornecendo fundamentos conceituais para toda a arquitetura.
2. A Gestão Dinâmica de Tensões (Dimensão II) permite a coexistência produtiva de imperativos através da autorregulação, levando a que perspetivas distintas coexistam produtivamente, mesmo quando criam tensões, transformando a diversidade potencialmente destrutiva em motor de desenvolvimento organizacional.
3. A Instrumentalização Humanizada (Dimensão III) oferece mecanismos através dos quais a eficácia organizacional e os valores humanos podem ser integrados, eliminando falsas dicotomias que limitam tanto a performance como o bem-estar.
4. O Desenvolvimento Holístico (Dimensão IV) sustenta esta arquitetura através de ecossistemas organizacionais holísticos, assegurando que as capacidades se renovem e desenvolvam continuamente, criando sustentabilidade de longo prazo para toda a arquitetura organizacional.

Implicações Inovadoras para a Prática

Este paradigma inovador tem potencial transformador para como são implementados os sistemas de gestão da performance, incluindo os centrados no Balanced Scorecard, em organizações de saúde. Em alternativa à opção de procurar alinhamento através de uniformidade, procura-se a integração através de orquestração da diversidade. Ao invés de resolver tensões, desenvolvem-se capacidades para geri-las dinamicamente. Em vez de escolher entre eficiência e humanismo, criam-se arquiteturas que integram ambos. De intervenções pontuais, evolui-se para ecossistemas de desenvolvimento contínuo.

Princípios Fundamentais Integrados:

Complementaridade Concetual Multi-Hierárquica:

A diversidade de perspectivas e prioridades entre níveis hierárquicos constitui um recurso organizacional essencial que deve ser sistematicamente orquestrado.

Tensão Produtiva com Autorregulação:

Certas tensões são funcionalmente necessárias e devem ser geridas através de capacidades adaptativas profissionais sofisticadas que preservem a autonomia.

Instrumentalização Humanizada:

Sistemas eficazes que integram o rigor técnico com valores humanistas através de arquiteturas organizacionais que acomodam ambos simultaneamente.

Desenvolvimento Sistémico Integrado:

A sustentabilidade organizacional requer investimento holístico em capacitação profissional, otimização de processos e suporte integral.

Implicações para a Implementação do Balanced Scorecard

Reconcetualização Fundamental Quadridimensional

1. *Do Alinhamento à Orquestração:* O BSC deve facilitar a orquestração da diversidade concetual e estratégica em vez de impor uniformidade.
2. *Da Resolução à Gestão Autorregulada:* O BSC deve incorporar mecanismos de autorregulação profissional que gerem tensões produtivamente.
3. *Da Quantificação à Humanização Sistemática:* O BSC deve desenvolver métricas humanizadas que integram avaliação técnica e valores.
4. *Da Medição ao Desenvolvimento Integrado:* O BSC deve funcionar como plataforma de desenvolvimento organizacional holístico.

Anexo H | Competências do Médico Internista: desenvolvimento de indicadores

Apresentam-se de seguida os detalhes relativos aos Domínios de Competências do Médico Internista, nomeadamente com a descrição individual de cada competência dentro de cada domínio, bem como a indicação de potenciais indicadores de um BSC e que seriam enquadráveis dentro dos Domínios de Competências que se enunciam:

1. Excelência Clínica e Resultados para o Doente (Tabela H-1)
2. Qualidade e Segurança do Doente (Tabela H-2)
3. Eficiência Operacional e Gestão de Recursos (Tabela H-3)
4. Aprendizagem, Desenvolvimento Profissional e Inovação (Tabela H-4)
5. Trabalho de Equipa, Comunicação e Colaboração Interprofissional (Tabela H-5)
6. Profissionalismo e Ética (Tabela H6)
7. Responsabilidade e Advocacia Ambiental, Social e de Governança (ESG) (Tabela H-7)
8. Proficiência em Saúde Digital e Integração Tecnológica (Tabela H-8)

Tabela H-1 – Domínio 1 das Competências do Médico Internista: Excelência Clínica e Resultados para o Doente

<i>Competência</i>	<i>Descrição</i>	<i>Potenciais Indicadores</i>
Cuidados Centrados no Doente	Envolve ativamente os doentes e as suas famílias nas decisões clínicas, demonstrando empatia, respeito pela autonomia e adaptando os planos às necessidades individuais, valores e contexto socioeconómico dos doentes.	– Índices de satisfação do doente – Evidência de tomada de decisão partilhada nas notas clínicas – Comunicação culturalmente sensível – Abordagem eficaz das preocupações do doente
Acuidade Diagnóstica	Demonstra capacidade na recolha abrangente de informação do doente, na observação clínica minuciosa e na formulação de diagnósticos precisos, incluindo os casos mais complexos.	– Precisão dos diagnósticos iniciais vs. finais – Uso e interpretação apropriados de exames de diagnóstico – <i>Feedback</i> de pares – Complexidade de casos geridos
Tomada de Decisão Terapêutica	Desenvolve e implementa planos individualizados de tratamento, eficazes, baseados em sólida evidência científica e considerando os riscos, os benefícios, as preferências do doente e as comorbilidades.	– Adesão a linhas de orientação clínica nacionais/internacionais (p. ex. Normas da DGS) – Adequação da prescrição de medicamentos e/ou das intervenções prescritas – Resposta clínica ao tratamento – Redução de complicações evitáveis
Gestão de Casos Complexos e Multimorbilidade	Gere eficazmente doentes com múltiplas condições crónicas, apresentações atípicas ou que requerem coordenação de múltiplas subespecialidades.	– Gestão bem-sucedida de percursos de doentes complexos – Referenciação e co-gestão apropriadas – Planos de intervenção clínica abrangentes documentados – Tempo de internamento para situações clínicas comparáveis
Competências Procedimentais	Realiza procedimentos relevantes de diagnóstico e/ou terapêutica de forma segura e eficaz, aderindo a protocolos estabelecidos (p. ex. paracentese, toracentese, punção lombar, entubação oro-traqueal, cateterização venosa central, ecografia).	– Taxas de sucesso de procedimentos – Taxas de complicação de procedimentos – Adesão a protocolos pré e pós-procedimento – Documentação da utilização de consentimento informado e esclarecido
Avaliação e Acompanhamento Holístico do Doente	Garante uma avaliação abrangente e integral dos doentes, incluindo fatores psicossociais, e proporciona acompanhamento e continuidade de cuidados apropriados, especialmente durante os processos de transição assistencial.	– Exaustividade dos relatórios de alta – Articulação com os Cuidados de Saúde Primários – Redução de readmissões não planeadas para condições específicas – Adesão do doente aos planos de seguimento
<i>Foco: A capacidade de proporcionar cuidados médicos de alta qualidade, baseados em sólida evidência científica e centrados nas necessidades do doente, com vista à obtenção de um estado de saúde ótimo.</i>		

Tabela H-2 – Domínio 2 das Competências do Médico Internista: Qualidade e Segurança do Doente

<i>Competência</i>	<i>Descrição</i>	<i>Potenciais Indicadores</i>
Compreensão da Governança Clínica	Demonstra conhecimento dos princípios de governação clínica e como se aplicam à sua prática e ao funcionamento da organização e do SNS.	– Articulação de estruturas de responsabilidade (accountability) – Contribuição para alcançar objetivos de qualidade departamentais
Envolvimento em Iniciativas de Qualidade	Participa ativamente em projetos de melhoria da qualidade a nível departamental ou hospitalar, incluindo auditorias clínicas e iniciativas destinadas a melhorar os padrões assistenciais.	– Envolvimento documentado em projetos de melhoria da qualidade – Contribuição para o desenvolvimento ou revisão de <i>pathways</i>/protocolos clínicos – Apresentação de resultados de auditorias – Melhorias mensuráveis em indicadores de qualidade específicos
Adesão a Protocolos de Segurança	Segue consistentemente os protocolos estabelecidos para a segurança dos doentes (p. ex. reconciliação terapêutica, controlo de infeção, prevenção de quedas, listas de verificação de segurança cirúrgica, se aplicável).	– Resultados de auditoria sobre a adesão a protocolos (p. ex. higiene das mãos, identificação correta do doente) – Taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde – Outros acontecimentos adversos evitáveis relacionados com a atividade clínica
Identificação e Mitigação de Riscos	Identifica proativamente riscos potenciais para a segurança dos doentes e toma as medidas apropriadas para mitigá-los.	– Participação em procedimentos de avaliação de risco – Comunicação de quase-erros e ocorrências de segurança – Sugestões para melhorias de segurança
Notificação e Análise de Eventos Adversos	Notifica eventos adversos e quase-erros de forma transparente e participa construtivamente na sua análise (por exemplo, análise da causa raiz) para prevenir a sua recorrência.	– Número e qualidade das notificações de incidentes submetidas através dos sistemas de notificação hospitalares e nacionais – Participação ativa em reuniões de morbi-mortalidade – Implementação de recomendações da análise de eventos
<i>Foco: Compromisso em prevenir e minimizar o dano nos doentes e contribuir ativamente para uma cultura de segurança e melhoria contínua da qualidade na organização.</i>		

Tabela H-3 – Domínio 3 das Competências do Médico Internista: Eficiência Operacional e Gestão de Recursos

<i>Competência</i>	<i>Descrição</i>	<i>Potenciais Indicadores</i>
Utilização Eficiente de Recursos	Toma decisões judiciosas e custo-eficazes relativamente a exames de diagnóstico, medicamentos, consumíveis e referências, evitando intervenções desnecessárias ou redundantes.	– Adequação da solicitação de exames (auditorias) – Adesão normas e orientações de prescrição de medicamentos – Contribuição para a redução do desperdício – Custo médio por doente para situações clínicas específicas comparado com pares (ajustado para a complexidade)
Contribuição para o Fluxo dos Doentes e Planeamento das Altas	Participa ativamente na otimização do fluxo dos doentes, incluindo o planeamento atempado das altas e eficaz coordenação com as entidades extra-hospitalares.	– Tempo médio de internamento (TMI) para condições comuns (ajustado à complexidade) – Taxa de altas proteladas atribuíveis à equipa médica – Envolvimento proactivo em reuniões multidisciplinares de planeamento da alta
Gestão do Tempo e Priorização	Gere eficazmente a carga de trabalho, prioriza tarefas com base na urgência e importância e garante a conclusão atempada das tarefas clínicas.	– Fluxo clínico eficiente – Pontualidade – Resposta atempada a pedidos de consultoria – Resposta atempada a emergências – Cumprimento de prazos para documentação clínica
Documentação Clínica Precisa e Atempada	Mantém registos médicos claros, concisos, precisos e atempados nos sistemas hospitalares, facilitando a comunicação, a continuidade de cuidados e a análise de custos.	– Integridade e tempestividade dos registos clínicos (notas de admissão, notas de evolução, relatórios de alta) – Clareza da documentação que auxilia outros profissionais de saúde – Auditoria da precisão das descrições clínicas
Adesão a Protocolos Administrativos em vigor	Compreende e cumpre as regulamentações relevantes do SNS, políticas hospitalares e procedimentos administrativos (p. ex. vias de referência, processos de consentimento).	– Preenchimento correto de formulários administrativos – Adesão a protocolos internos de referência – Conformidade com as regulamentações de proteção de dados (RGPD)
<i>Foco: Gestão eficaz do tempo, recursos e processos para garantir cuidados ao atempados, eficientes e custo-efetivos dentro do enquadramento organizacional e do SNS.</i>		

Tabela H-4 – Domínio 4 das Competências do Médico Internista: Aprendizagem, Desenvolvimento Profissional e Inovação

<i>Competência</i>	<i>Descrição</i>	<i>Potenciais Indicadores</i>
Desenvolvimento Profissional Contínuo	Envolve-se ativamente na aprendizagem contínua para aprimorar o conhecimento e as capacidades clínicas, mantendo-se a par dos avanços médicos e evidência científica atuais.	– Registo de atividades de formação médica contínua (<i>Continuous Medical Education – CME</i>), p. ex. cursos, conferências, workshops – Certificações e recertificações – Aplicação de novos conhecimentos/competências na prática clínica – Subscrição e leitura de revistas científicas relevantes e reconhecidas
Ensino e Mentoria	Ensina e orienta eficazmente médicos internos (de Formação Geral e de Formação Específica), estudantes de medicina e outros profissionais de saúde, promovendo um ambiente de aprendizagem envolvente.	– Assunção de responsabilidade na formação de internos e estudantes pré-graduados – <i>Feedback</i> de internos/estudantes (avaliações formais) – Qualidade da supervisão proporcionada – Participação ativa em programas de formação departamentais – Orientação fornecida em projetos de investigação ou auditoria para internos
Participação em Investigação e Atividades Académicas	Contribui para investigação ou outras atividades académicas que promovam o avanço do conhecimento médico ou melhorem a assistência aos doentes.	– Publicações em revistas com revisão por pares – Apresentações em reuniões científicas – Papel ativo em projetos de investigação (como investigador principal ou colaborador) – Desenvolvimento projetos de investigação
Integração da Prática Baseada em Evidência Científica	Avalia criticamente a literatura médica e integra a melhor evidência científica disponível na tomada de decisão clínica.	– Uso de evidência científica em discussões/apresentações de casos clínicos – Capacidade de avaliar criticamente artigos e projetos de investigação – Contribuição para <i>Journal Clubs</i>
Adaptabilidade e Adoção de Inovação	Demonstra abertura a novas tecnologias, modalidades de tratamento e modelos assistenciais, e adapta a prática clínica em conformidade.	– Disponibilidade e interesse em aprender e utilizar novos sistemas e tecnologias de informação hospitalares ou equipamentos médicos – Adoção de novas práticas baseadas em evidência científica – Participação em programas-piloto para novas intervenções ou introdução de novas tecnologias ou práticas
<i>Foco: Compromisso com a aprendizagem ao longo da vida, prática baseada em evidência científica, ensino e contribuição ativa para o conhecimento médico e inovação.</i>		

Tabela H-5 – Domínio 5 das Competências do Médico Internista: Trabalho de Equipe, Comunicação e Colaboração Interprofissional

<i>Competência</i>	<i>Descrição</i>	<i>Potenciais Indicadores</i>
Colaboração Interprofissional	Trabalha de forma respeitosa e eficaz com enfermeiros, outros médicos (de outras especialidades hospitalares, de medicina geral e familiar), farmacêuticos, terapeutas, assistentes sociais e outros elementos das equipas de saúde.	– <i>Feedback</i> positivo dos membros da equipa (<i>feedback</i> 360 graus, quando disponível) – Participação em reuniões de equipas multidisciplinares e multiprofissionais – Contribuições construtivas para planos assistenciais partilhados – Transições assistenciais de doentes fluidas
Comunicação com Colegas	Comunica de forma clara, concisa e respeitosa com colegas médicos e com não-médicos, tanto verbalmente como por escrito, garantindo uma troca eficaz de informação.	– Clareza e profissionalismo em consultoria e referenciação – Eficácia da comunicação em passagens de turno (por exemplo, usando <i>Situation, Background, Assessment, and Recommendation</i> - SBAR) – Participação construtiva em discussões de equipa
Comunicação com Doentes e Famílias	Comunica informações médicas complexas aos doentes e famílias de forma compreensível, empática e culturalmente sensível, facilitando o seu envolvimento nos cuidados.	– <i>Feedback</i> do doente/família sobre a clareza e empatia da comunicação – Evidência documentada de discussões de consentimento informado – Capacidade de lidar eficazmente com conversas difíceis (p. ex. comunicação de “más notícias”)
Resolução de Conflitos	Aborda e resolve conflitos interpessoais na equipa de forma construtiva e profissional.	– Capacidade de diminuir situações tensas – Procura de mediação quando apropriado – Reconhecimento de contribuição para um ambiente de trabalho positivo e respeitoso
Liderança e Contribuição para as Dinâmicas de Equipa	Demonstra qualidades de liderança apropriadas ao seu papel, promove um espírito de equipa positivo e contribui para o funcionamento eficaz das equipas.	– Tomada de iniciativa – Reconhecimento de apoio a colegas – Orientação de membros juniores da equipa – Contribuição para processos de resolução de problemas da equipa – Influência positiva no moral da equipa
<i>Foco: Capacidade de trabalhar eficazmente em equipas multidisciplinares, comunicar claramente com doentes, famílias e colegas, e promover um ambiente colaborativo.</i>		

Tabela H-6 – Domínio 6 das Competências do Médico Internista: Profissionalismo e Ética

<i>Competência</i>	<i>Descrição</i>	<i>Potenciais Indicadores</i>
Conduta Ética e Tomada de Decisão	Adere consistentemente aos princípios éticos da profissão médica (beneficência, não maleficência, autonomia, justiça) e ao código de conduta da Ordem dos Médicos. Aplica raciocínio ético sólido em situações clínicas complexas.	– Sem queixas fundamentadas do foro da ética – Considerações éticas documentadas na gestão de casos complexos – Respeito pela dignidade, privacidade e confidencialidade do doente (conformidade com o RGPD)
Accountability e Responsabilidade	Assume a responsabilidade pelas suas ações, decisões clínicas e respetivos resultados. É responsabilizável pela assistência prestada. Reconhece e aprende com erros ou quase-erros.	– Responsabilização por questões assistenciais – Proatividade em abordar e corrigir erros – Transparência na prática – Participação em práticas reflexivas
Integridade e Honestidade	Demonstra honestidade, confiabilidade e integridade em todas as interações profissionais, documentação e deveres.	– Veracidade nos registos médicos e comunicação – Exclusão de conflitos de interesse – Manutenção de limites profissionais claros
Respeito pela Diversidade e Inclusão	Proporciona práticas clínicas e interações com colegas de forma a respeitar a diversidade (cultural, social, económica, género, orientação sexual, etc.) e promove a inclusão.	– Comportamento não discriminatório – Atividade clínica prestada de forma culturalmente competentes – Defesa do tratamento equitativo de todos os doentes e colegas
Autoconsciência, Resiliência e Bem-Estar	Reconhece limitações pessoais, vieses e respostas emocionais. Procura ajuda quando necessário e gere ativamente o bem-estar pessoal e a resiliência para garantir a aptidão para a prática e prevenir o esgotamento (<i>burnout</i>).	– Consciência dos sinais de esgotamento (<i>burnout</i>) – Conhecimento das técnicas de gestão do stress – Procura de apoio ou supervisão quando apropriado – Compromisso em manter o equilíbrio entre vida profissional e pessoal – Envolvimento em atividades que promovem a resiliência pessoal e profissional
Compromisso com os Padrões Profissionais	Zela pela reputação da profissão médica e adere às políticas institucionais e diretrizes e normas profissionais.	– Pontualidade e fiabilidade – Aparência e conduta profissionais – Adesão a protocolos hospitalares não abrangidos noutras áreas – Envolvimento construtivo com organismos profissionais
<i>Foco: Adesão aos mais altos padrões de ética médica, conduta profissional, responsabilidade e compromisso com os valores da profissão médica e da confiança do doente.</i>		

Tabela H-7 – Domínio 7 das Competências do Médico Internista: Responsabilidade e Advocacia Ambiental, Social e de Governança

<i>Competência</i>	<i>Descrição</i>	<i>Potenciais Indicadores</i>
Gestão Ambiental nos Cuidados de Saúde	Promove e adota práticas que minimizam a pegada ambiental das atividades clínicas, como a redução de desperdício, a conservação de recursos e o apoio a iniciativas sustentáveis.	– Adesão a protocolos de segregação de resíduos – Uso criterioso de artigos de uso único – Participação ou proposta de iniciativas departamentais “verdes” (p. ex. redução do uso de papel, conservação de energia) – Conhecimento dos impactos das alterações climáticas na saúde e nas organizações de saúde
Advocacia para a Equidade em Saúde e Populações Vulneráveis	Reconhece e trabalha ativamente para abordar os determinantes sociais da saúde e reduzir as desigualdades em saúde. Defende o acesso equitativo à saúde para todos os doentes, especialmente grupos marginalizados ou vulneráveis.	– Identificação e apoio a doentes que enfrentam barreiras socioeconómicas no acesso à saúde – Colaboração com o serviço social – Esforços para garantir assistência culturalmente sensível para populações diversas – Defesa de mudanças políticas que promovam a equidade em saúde
Responsabilidade Social e Envolvimento Comunitário	Demonstra um compromisso com a saúde da comunidade em geral, além dos encontros individuais com os doentes, podendo participar em iniciativas de promoção da saúde ou saúde pública.	– Envolvimento em programas de educação para a saúde comunitária (p. ex., palestras, workshops) – Contribuição para campanhas de sensibilização para a saúde pública – Compreensão das necessidades locais de saúde da comunidade
Governança Ética e Transparência	Zela e contribui para práticas de governança transparentes, éticas e responsáveis no departamento e no hospital. Manifesta preocupações éticas relacionadas com o funcionamento do sistema.	– Adesão a processos e políticas hospitalares de governança – Fornecimento de <i>feedback</i> construtivo sobre políticas e procedimentos – Participação em comités relacionados com ética ou governança – Comunicação transparente sobre matérias de carácter sistémico que afetam os cuidados aos doentes
Promoção de um Ambiente de Trabalho Inclusivo e Justo	Contribui para uma cultura de trabalho que é respeitosa, justa, inclusiva e livre de discriminação ou assédio, alinhada com os princípios de responsabilidade social.	– Interação respeitosa com todos os colegas – Apoio a iniciativas de diversidade e inclusão na equipa/serviço/hospital – Contestação apropriada de práticas discriminatórias ou injustas
<i>Foco: Demonstrar compromisso com práticas de cuidados de saúde sustentáveis, defender a equidade em saúde e a justiça social, e contribuir para a governação ética no sistema de saúde.</i>		

Tabela H-8 – Domínio 8 das Competências do Médico Internista: Proficiência em Saúde Digital e Integração Tecnológica

<i>Competência</i>	<i>Descrição</i>	<i>Potenciais Indicadores</i>
Domínio dos Registos de Saúde Eletrónicos (RSE)	Demonstra uso proficiente e significativo do sistema de RSE do hospital para documentação e registo de atos clínicos, introdução de prescrições, recuperação de informações e suporte à decisão clínica.	– Registo de dados completo, preciso e atempado no sistema de SER – Navegação e utilização eficientes das funcionalidades do SER – Uso de ferramentas de suporte à decisão no âmbito do SER – <i>Feedback</i> positivo de colegas sobre a clareza dos registos no RSE
Utilização de Telemedicina e Monitorização Remota de Doentes	Utiliza eficazmente plataformas de telemedicina para consultas virtuais e monitorização remota de doentes, garantindo a qualidade assistencial e a segurança dos doentes.	– Seleção apropriada de doentes para telemedicina – Capacidades de comunicação eficazes em ambientes virtuais – Adesão a protocolos e boas-práticas de telemedicina – Satisfação do doente com consultas virtuais
Literacia em Dados Clínicos e sua Utilização	Compreende como aceder, interpretar e utilizar dados clínicos (individuais e agregados) para melhorar a assistência aos doentes, apoiar iniciativas de melhoria da qualidade e aprendizagem pessoal.	– Capacidade de obter e interpretar tendências evolutivas dos doentes a partir de dados do sistema de RSE – Uso de dados e informação para auditorias clínicas ou investigação – Compreensão dos princípios básicos da informática em saúde – Contribuição para projetos de melhoria da qualidade baseados em dados
Profissionalismo Digital e Consciência em Cibersegurança	Adere a normas e orientações éticas e boas-práticas para o profissionalismo médico <i>online</i> , privacidade de dados do doente (RGPD) e cibersegurança no contexto da utilização de todas as ferramentas e plataformas digitais.	– Manuseamento seguro de dados dos doentes em formatos digitais – Utilização apropriada de redes sociais e plataformas profissionais online – Adesão às políticas de segurança de tecnologias de informação da organização – Utilização responsável de dispositivos móveis para fins clínicos
Adaptabilidade a Novas Ferramentas e Sistemas Digitais	Demonstra vontade e capacidade para aprender e integrar novas tecnologias de saúde digital, atualizações de software e ferramentas assistidas por IA à medida que são introduzidas na prática clínica.	– Envolvimento em formação para novos sistemas/software – Aprendizagem proactiva de novas funcionalidades – Fornecimento de <i>feedback</i> construtivo sobre a usabilidade de novas ferramentas digitais – Adoção bem-sucedida de novas tecnologias destinadas a melhorar a prática clínica ou a eficiência
<i>Foco: Uso eficaz, ético e seguro de tecnologias digitais de saúde, registos de saúde eletrónicos e análise de dados, com vista a melhorar os cuidados ao doente, a eficiência operacional e a aprendizagem contínua.</i>		

Anexo I | Quadros de Indicadores para o Serviço e para o Internista Individual

Apresentam-se de seguida os quadros detalhados de indicadores para o protótipo de Balanced Scorecard do Serviço de Medicina Interna (Tabela I-1) e para o Médico Internista individual (Tabela I-2).

Tabela I-1 – Quadro de indicadores para o Serviço de Medicina Interna

Perspetiva e Indicadores Enquadramento e Fundamentação

Doente - Medir a Jornada Coletiva do Doente	
1. <i>Índice de Satisfação Global</i>	Proporciona uma visão holística e de alto nível da experiência do doente, refletindo o desempenho agregado de todos os profissionais e os processos com que o doente interage, desde a admissão até à alta, desta forma resumindo o sucesso geral do serviço em corresponder às expectativas dos doentes.
2. <i>Estado de Saúde Global Reportado pelo Doente</i>	Eleva a medição além da satisfação, focando-se em resultados de saúde tangíveis na perspetiva do próprio doente. Capta dimensões que são frequentemente os resultados mais significativos para os doentes com as doenças crónicas e complexas típicas da Medicina Interna, refletindo a eficácia global do modelo de cuidados abrangente do serviço, e não apenas uma única interação.
3. <i>Resolução de Reclamações em Tempo Adequado</i>	Mede a capacidade sistémica do serviço para responder a falhas, afirmando-se como uma medida da capacidade de resposta organizacional e do compromisso em aprender com o <i>feedback</i> dos doentes. Uma pontuação baixa indicia lacunas sistémicas na comunicação ou na resolução de problemas que requerem intervenção.
4. <i>Tempo de Espera para o Primeiro Contacto com o Médico</i>	Afere uma primeira impressão crítica e uma fonte-chave de ansiedade para o doente, sendo um indicador de processo departamental que reflete a eficiência dos protocolos de admissão e triagem, a alocação de pessoal e a organização geral da enfermaria, desta forma funcionando como medida da acessibilidade do sistema, e não do desempenho individual do médico.
5. <i>Pontuação de Conforto do Ambiente Hospitalar</i>	Aborda aspetos da experiência do doente que estão em grande parte fora do controlo de um médico individual, mas são da responsabilidade da gestão do serviço em coordenação com os serviços gerais do hospital. Reconhece-se por esta via que o ambiente de saúde é uma componente essencial da jornada global do doente.
Qualidade Clínica - Manter Elevados Padrões Clínicos em Todo o Serviço	
1. <i>Rácio de Mortalidade Hospitalar Ajustada ao Risco</i>	Este será um dos indicadores de resultado clínico mais críticos para o serviço como um todo e ao ser ajustado ao risco, permite uma comparação justa ao longo do tempo e com <i>benchmarks</i> externos. É uma medida da capacidade coletiva do serviço em proporcionar os melhores resultados em saúde e gerir eficazmente doenças graves e complexas.
2. <i>Taxa Ajustada de Readmissão Não Planeada</i>	Captura a qualidade de todo o episódio de cuidados, incluindo o processo de alta e a transição para os serviços de ambulatório. Taxas elevadas sugerem potenciais problemas na educação do doente, na reconciliação da medicação ou no planeamento do seguimento, mas também de disfunções externas ao serviço que, desta forma, podem ser proativamente procuradas e caracterizadas.
3. <i>Taxa de Eventos Adversos a Medicamentos Preveníveis</i>	A segurança medicamentosa é um importante pilar da segurança do doente, onde a robustez da metodologia deste indicador fornece uma medida da segurança de todo o sistema de medicação do serviço (prescrição, dispensa e administração), refletindo vulnerabilidades sistémicas e não lacunas individuais isoladas.
4. <i>Taxa de Análise e Melhoria de Eventos de Segurança</i>	Não se pretendendo medir a taxa de erros, mas sim a resposta organizacional aos mesmos, esta métrica avalia a maturidade da cultura de segurança do serviço, onde uma taxa elevada de análise aponta para um compromisso com a aprendizagem e a melhoria, um atributo chave de uma organização que se pretende afirmar pela alta fiabilidade.
5. <i>Indicadores de Qualidade de Prevenção nas Admissões Relacionadas com Diabetes</i>	Este <i>score</i> compósito foi escolhido porque a diabetes é uma prioridade de saúde pública e uma entidade clínica de elevada prevalência nos doentes assistidos pela Medicina Interna, requerendo, contudo, abordagens coordenadas entre os hospitais e os cuidados de saúde primários. Mede-se por esta via a eficácia do serviço na gestão de uma comorbilidade frequente e complexa e a sua capacidade de se integrar com outras componentes do sistema de saúde.

Tabela I-1 (cont) – Quadro de indicadores para o Serviço de Medicina Interna

Perspetiva e Indicadores Enquadramento e Fundamentação

Aprendizagem e Crescimento - Cultivar uma Organização Resiliente e Inovadora	
1. <i>Índice de Satisfação e Envolvimento dos Profissionais</i>	Relevante para a retenção dos profissionais, avaliação do <i>burnout</i> e da saúde organizacional geral. No contexto da crise de retenção de talentos vivida, este é um indicador estratégico primordial para a gestão do serviço.
2. <i>Taxa de Retenção de Profissionais</i>	Avalia o resultado final da estratégia dirigida ao capital humano do serviço, medindo diretamente a capacidade de responder ao desafio chave de reter talento. Uma baixa taxa de retenção tem impactos importantes na qualidade assistencial, no moral e no desempenho, tornando-se uma preocupação de primeira linha para a liderança do serviço.
3. <i>Índice de Maturidade da Cultura de Aprendizagem Organizacional</i>	Fomentar uma cultura de aprendizagem é uma parte central da missão de um serviço de um hospital universitário, designio ainda mais atual face aos resultados do inquérito sobre a cultura organizacional. Com esta métrica afere-se se o serviço possui os sistemas, a liderança e a segurança psicológica necessários para que a aprendizagem contínua e a melhoria prosperem, contribuindo para que a inovação e a excelência se desenvolvam.
4. <i>Taxa de Profissionalização das Lideranças</i>	Uma liderança clínica eficaz requer competências específicas de gestão e liderança, não apenas antiguidade clínica, pressuposto que fundamenta a necessidade de medir o investimento do serviço no desenvolvimento dos seus líderes, opção crucial para impulsionar a mudança, motivar as equipas e implementar com sucesso iniciativas estratégicas.
5. <i>Rácio Internos de Formação Específica / Especialistas</i>	Objetiva-se uma tensão matricial num serviço clínico dinâmico: o equilíbrio entre a sua missão de formação e o peso da atividade assistencial. Um rácio demasiado elevado pode levar à saturação dos especialistas e a uma qualidade de supervisão diluída, enquanto um rácio demasiado baixo pode indiciar falhas em atrair jovens internos.
Governança, Sustentabilidade e Ética - Cumprir o Contrato Social do Serviço	
1. <i>Pegada Carbónica por Cama-Dia</i>	Sendo reconhecido que os cuidados de saúde são um contribuinte significativo para as emissões de carbono, este indicador apresenta uma medida concreta do impacto ambiental agregado do serviço, desta forma alinhando o serviço com os objetivos globais de sustentabilidade e com o foco específico em ESG. Esta é uma medida departamental, e não individual, pois reflete o consumo coletivo de energia, materiais e outros recursos.
2. <i>Índice de Equidade no Acesso aos Cuidados</i>	Aborda diretamente o pilar da responsabilidade social da organização, levando o serviço a analisar a atividade para detetar na sua ação disparidades socioeconómicas ou de outra natureza, garantindo que cumpre a sua missão pública de disponibilizar cuidados equitativos a todos os cidadãos. Deve ser assumida como uma medida de justiça sistémica, não de preconceito individual.
3. <i>Índice de Envolvimento Comunitário e Educação para a Saúde</i>	O papel de um hospital público e universitário estende-se para além das suas paredes, pelo que a medição dos esforços proativos e organizados do serviço para melhorar a saúde da comunidade, se alinha com o foco estratégico da organização e do SNS na promoção da saúde e prevenção da doença numa vertente de sociedade.
4. <i>Índice de Compliance Ético-Regulamentar</i>	Indicador de governação que fornece uma medida abrangente da adesão do serviço à constelação de leis, códigos profissionais e padrões éticos relevantes para a sua atuação, afirmando-se como uma medida de integridade sistémica, essencial para a gestão de risco a nível organizacional.
5. <i>Indicador de Cultura de Segurança e Consciência Ética</i>	Indo além da simples conformidade para medir o clima ético do serviço, avalia se os profissionais se sentem capacitados para expor as suas preocupações de segurança e éticas, refletindo uma “cultura justa”, um pré-requisito tanto para a segurança do doente como para o bem-estar dos profissionais.

Tabela I-1 (cont) – Quadro de indicadores para o Serviço de Medicina Interna

Perspetiva e Indicadores Enquadramento e Fundamentação

Processos Internos - Otimizar o Fluxo de Doentes e a Eficiência Operacional	
<i>1. Índice de Duração de Internamento Ajustado</i>	Métrica fundamental da eficiência hospitalar, em particular nos serviços com significativo peso da vertente de internamento, como a Medicina Interna. Ao ser ajustada pela complexidade dos casos, apresenta-se como uma medida justa e poderosa do desempenho operacional geral do serviço. Reduzir ao mínimo possível este indicador, de forma clinicamente segura, é crítico para gerir a capacidade instalada, reduzir custos e mitigar riscos clínicos.
<i>2. Taxa de Ocupação de Camas</i>	Medida fundamental da gestão da capacidade instalada, devendo a liderança do serviço encontrar o equilíbrio entre uma ocupação elevada para garantir eficiência e a flexibilidade suficiente para lidar com picos de procura. É uma métrica puramente departamental que alimenta decisões estratégicas sobre a alocação de camas, níveis de recursos e gestão dos fluxos de doentes.
<i>3. Taxa de Altas até às 14h</i>	Desenhado para melhorar o fluxo de doentes em todo o hospital, uma vez que as altas precoces libertam camas para admissões do serviço de urgência, reduzindo os tempos de espera e melhorando a eficiência em toda a instituição, afere a eficácia dos processos de planeamento de alta multidisciplinar do serviço, que é uma função sistémica chave.
<i>4. Tempo “Decisão de Internar” até Chegada à Enfermaria</i>	Aborda a eficiência da interface crítica entre o serviço de urgência e o SMI. Atrasos nesta fase apontam para estrangulamentos externos ao serviço que deverão ser do conhecimento da sua liderança para que proativamente disponha dos fundamentos para reforçar a colaboração dos outros serviços.
<i>5. Taxa de Adesão a Reuniões Multiprofissionais de Gestão de Casos</i>	Os cuidados eficazes em Medicina Interna são inerentemente multiprofissionais, reforçando a opção por um indicador que mede se um processo crítico para a coordenação assistencial e planeamento de altas está a funcionar como previsto. Desta forma avalia-se o compromisso do serviço com um modelo de cuidados colaborativo, essencial para a gestão de doentes complexos.
Financeira - Assegurar a Sustentabilidade Estratégica	
<i>1. Índice de Custo Ajustado por Doente Tratado</i>	Métrica de eficiência departamental que supera as medidas brutas ao contabilizar a complexidade clínica, que é a atividade central da Medicina Interna. Aborda diretamente o desafio da “insustentabilidade financeira estrutural” do hospital, focando-se no valor – custo por complexidade – e não apenas na redução de custos.
<i>2. Variação Orçamental</i>	Mede a capacidade do serviço de operar dentro das restrições financeiras determinadas pela ULS, sendo uma medida direta da responsabilidade gestonária. Reflete o sucesso do serviço na gestão dos seus maiores elementos de custo, como pessoal e produtos farmacêuticos, que são componentes significativos também da despesa do hospital.
<i>3. Custo com Pessoal por Doente-dia</i>	Representando os recursos humanos a maior fatia do orçamento, este indicador permite construir uma visão crítica sobre a eficiência dos profissionais, contribuindo para avaliar a adequação das dotações de recursos humanos e a combinação de competências ao peso assistencial e à sua complexidade. Afigura-se particularmente crucial perante o desafio documentado de atrair e reter talento médico, onde o uso ineficiente de profissionais escassos é um risco estratégico.
<i>4. Custo Evitado por Projetos de Melhoria Contínua</i>	Vital para criar uma cultura orientada para o valor, liga explicitamente as perspetivas não financeiras a um impacto financeiro tangível, desta forma fornecendo a justificação para o investimento de tempo e recursos em iniciativas de qualidade e motivando as equipas ao demonstrar o valor concreto dos seus esforços de melhoria. Eleva-se assim o BSC de uma ferramenta de controlo para uma ferramenta de gestão estratégica, demonstrando como a qualidade é geradora de valor.
<i>5. Margem de Contribuição por Grupo de GDH</i>	Fornece uma visão de índole estratégica, permitindo compreender que atividades clínicas são financeiramente sustentáveis. Para um serviço de um hospital universitário que lida com casos complexos, esta informação é determinante para o planeamento estratégico, a negociação de orçamentos e justificação dos recursos necessários para a sua atividade de alta complexidade e missão crítica para a organização.

Tabela I-2 – Quadro de indicadores para o Médico Internista

Perspetiva e Indicadores Enquadramento e Fundamentação

Doente - Potenciar a Parceria Médico-Doente	
1. <i>Perceção sobre a Comunicação com as Equipas Clínicas</i>	Recolhido através de questionários validados apresentados aos doentes, mede diretamente as competências de comunicação do médico, tal como percebidas pelo doente. É um elemento central dos cuidados centrados no doente e liga-se ao Domínio de Competência 5 (Trabalho de Equipa, Comunicação e Colaboração).
2. <i>Índice de Empatia e Clareza na Comunicação</i>	Vai além da simples troca de informações para avaliar a qualidade da interação, focando-se na empatia e no apoio emocional, assumida como uma competência basilar para um internista que gere doentes com situações graves e as suas famílias. É uma componente fundamental do Domínio de Competência 1 (Cuidados Centrados no Doente) e do Domínio 6 (Profissionalismo).
3. <i>Perceção do Doente sobre a Decisão Partilhada</i>	Aborda a capacidade de o médico ir além de um modelo paternalista para um modelo de parceria na relação assistencial clínica. Afirma-se como uma medida sofisticada do respeito pela autonomia do doente em relação com o Domínio de Competência 1.
4. <i>Estado Funcional Reportado pelo Doente na Alta</i>	Relaciona os cuidados diretos do médico e um resultado funcional e tangível para o doente. É uma medida do impacto real da gestão clínica do médico, ligando-se ao Domínio de Competência 1 (Excelência Clínica e Resultados para o Doente).
5. <i>Índice de Preservação da Dignidade do Doente</i>	Avalia a capacidade de o médico manter a dignidade do doente através de interações respeitosas e ações clínicas adequadas, garantindo a privacidade física e apoiando a autonomia. É uma medida profunda do cuidado humanista e liga-se ao Domínio de Competência 6 (Profissionalismo e Ética).
Qualidade Clínica - Apostar na Eficácia e Segurança Clínica Individual	
1. <i>Índice de Compliance com Normas de Orientação Clínica</i>	Medida fundamental do compromisso do indivíduo para com a medicina baseada na evidência científica, avaliando se a sua atuação pessoal está alinhada com as melhores práticas estabelecidas, afirmando-se como um pilar para atuação clínica de alta qualidade e fiabilidade. Liga-se diretamente ao Domínio de Competência 1 (Excelência Clínica).
2. <i>Índice de Segurança e Precisão Diagnóstica</i>	Este indicador vai ao cerne do papel do internista ao avaliar a sua acuidade diagnóstica, uma competência fundacional e definidora da especialidade. É uma medida da competência clínica individual, refletindo diretamente o Domínio de Competência 1.
3. <i>Taxa de Falha no Resgate</i>	Com este indicador, aborda-se o contributo do médico para prevenir a morte após uma complicação hospitalar tratável através da sua capacidade individual. É uma medida poderosa e que não pode ser analisada de forma isolada, captando a vigilância clínica, a capacidade de resposta individual e a competência na gestão de doentes em deterioração aguda. Liga-se aos Domínios de Competência 1 e 2 (Segurança do Doente).
4. <i>Adequação da Profilaxia do Tromboembolismo Venoso</i>	Medida de altamente específica, auditável e de alto impacto, e pela sua transversalidade clínica, avalia se o médico realiza consistentemente uma ação de segurança determinante. É um indicador claro da diligência individual e da adesão a protocolos de segurança, ligando-se ao Domínio de Competência 2.
5. <i>Indicador de Segurança Medicamentosa</i>	Foca-se nos hábitos de prescrição do médico para medicamentos de alto risco, medindo o seu conhecimento e o seu compromisso com a segurança medicamentosa, aspetos relevantes do Domínio de Competência 2.

Tabela I-2 (cont.) – Quadro de indicadores para o Médico Internista

Perspetiva e Indicadores Enquadramento e Fundamentação

Aprendizagem e Crescimento - Traçar o Caminho da Mestria Profissional	
<i>1. Horas de Formação Continua por Colaborador</i>	Medida quantitativa direta do investimento do indivíduo no seu próprio desenvolvimento profissional, refletindo o seu compromisso em manter-se atualizado perante os avanços do conhecimento médico, considerada uma obrigação profissional central. É uma componente base do Domínio de Competência 4 (Aprendizagem e Desenvolvimento).
<i>2. Profissionais Envolvidos em Atividades de Investigação</i>	Centrado na aferição da participação ativa na missão académica do serviço, avalia se o médico está a contribuir para a criação de conhecimento, uma expectativa chave, particularmente num ambiente de hospital universitário. Liga-se diretamente ao Domínio de Competência 4.
<i>3. Índice de Produção Científica</i>	Mede o resultado tangível da atividade científica, sendo um indicador claro do sucesso do médico em contribuir para a comunidade científica. Representa um nível mais elevado de realização dentro do Domínio de Competência 4.
<i>4. Taxa de Implementação de Sugestões de Melhoria dos Colaboradores (Individual)</i>	Dirigido à proatividade e a contribuição criativa do indivíduo para a melhoria do serviço, avalia a sua capacidade de identificar problemas e propor soluções, refletindo uma mentalidade empenhada e construtiva. Liga-se ao Domínio de Competência 2 (Melhoria da Qualidade) e ao Domínio 4 (Inovação).
<i>5. Colaboração de Aprendizagem Transfuncional</i>	Aborda o papel do médico como orientador, formador ou mentor de colegas e estudantes, medindo a sua contribuição para a aprendizagem dos outros, uma função incontornável num ambiente hospitalar. É um componente central do Domínio de Competência 4 (Ensino e Mentoria) e do Domínio 5 (Colaboração).
Governança, Sustentabilidade e Ética - Corporizar o Profissionalismo e a Integridade	
<i>1. Índice de Qualidade do Consentimento Informado</i>	O processo de obtenção de consentimento informado é um pilar da prática médica ética e da autonomia do doente, onde este indicador mede a qualidade e eficácia da comunicação do médico e o seu respeito pelo doente nesta interação determinante. Liga-se ao Domínio de Competência 6 (Profissionalismo e Ética).
<i>2. Indicador de Gestão de Conflitos de Interesse</i>	Mede a integridade e a transparência do médico nas suas relações com a indústria farmacêutica e outras entidades externas. É uma métrica de governação fundamental a nível individual, ligando-se ao Domínio de Competência 6.
<i>3. Índice de Transparência em Decisões Médicas</i>	Avalia a abertura e a honestidade do médico na comunicação com os doentes e as suas famílias sobre as decisões clínicas, incluindo as situações mais complexas. É uma medida do compromisso com a comunicação ética e a responsabilização, ligando-se ao Domínio de Competência 6.
<i>4. Índice de Satisfação do Doente com a Competência Cultural</i>	Esta é uma medida primordial de responsabilidade social e equidade ao nível da prática individual, aferindo a capacidade do médico de prestar cuidados que são respeitosos e respondem às diversas origens e características dos doentes. Liga-se ao Domínio de Competência 6 (Respeito pela Diversidade) e ao Domínio 7 (Responsabilidade ESG).
<i>5. Taxa de Sustentabilidade Farmacêutica</i>	Relaciona o comportamento de prescrição individual com objetivos ambientais mais amplos, tornando a sustentabilidade uma parte tangível da prática clínica diária. Liga-se ao Domínio de Competência 7.

Tabela I-2 (cont.) – Quadro de indicadores para o Médico Internista

Perspetiva e Indicadores Enquadramento e Fundamentação

Processos Internos - Estimular a Contribuição Individual para os Percursos Clínicos	
1. <i>Percentagem de Processos Clínicos com Documentação de Alta Completa</i>	A nota de alta é uma ferramenta de comunicação essencial para a continuidade assistencial, sendo a sua qualidade e completude da responsabilidade direta do médico individual. Afere-se a diligência e a precisão da comunicação, ligando-se ao Domínio de Competência 3 (Eficiência Operacional) e ao Domínio 8 (Proficiência em Saúde Digital).
2. <i>Perce. de Consultas de Seguimento Pós-Alta Agendadas Antes da Saída</i>	Esta é uma métrica direcionada à proatividade do médico no planeamento da garantia de continuidade dos cuidados, sendo um indicador simples do seu compromisso em prevenir readmissões e garantir uma transição de cuidados segura. Liga-se ao Domínio de Competência 3.
3. <i>Taxa de Adesão a Reuniões Multiprofissionais de Gestão de Casos</i>	Mede a participação e contribuição individual do médico num processo que é central de trabalho em equipa do serviço. A participação consistente aponta para um papel assumidamente colaborativo da equipa, ligando-se diretamente ao Domínio de Competência 5 (Trabalho de Equipa e Colaboração).
4. <i>Tempo de Permanência após Alta Clínica (Atribuível)</i>	Dirigido à questão dos “internamentos sociais” ou atrasos na alta após o doente estar clinicamente apto. Embora tenha muitas vezes carácter sistémico, quando analisada a nível individual, pode destacar a eficácia do médico em antecipar e colaborar ativamente com os serviços sociais para resolver barreiras não clínicas à alta, ligando-se aos Domínios de Competência 3 e 5.
5. <i>Taxa de Resposta para Pedidos de Consultadoria <8h</i>	O internista atua frequentemente como consultor para outras especialidades, pelo que a medição da sua pontualidade e fiabilidade neste papel interdepartamental é relevante, deste modo avaliando a sua contribuição para o funcionamento global do serviço e do hospital. Liga-se aos Domínios de Competência 3 e 5.
Financeira - Fomentar a Gestão Individual de Recursos	
1. <i>Score de Eficiência da Utilização dos Recursos Clínicos</i>	Esta é a medida direta da gestão de recursos de um médico individual, avaliando a sua capacidade de evitar tanto o uso excessivo (que aumenta os custos) como o uso insuficiente (que compromete a qualidade) de recursos diagnósticos e terapêuticos. Ligação ao Domínio de Competência 3 (Eficiência Operacional e Gestão de Recursos).
2. <i>Custo com Meios Complementares de Diagnóstico por Episódio</i>	Fornece um foco específico e mensurável numa área chave de custo, controlado pelo médico, os exames de diagnóstico, desta forma incentivando-se o pensamento crítico sobre o valor de cada exame solicitado para os seus doentes. Esta é uma medida granular do Domínio de Competência 3.
3. <i>Custo Farmacêutico por Doente-dia Ajustado</i>	Nesta outra área de grande impacto individual, a prescrição de medicamentos, mede-se o custo-eficácia das escolhas terapêuticas do médico, ajustadas à complexidade do doente. Relaciona-se tanto com o Domínio de Competência 1 (Excelência Clínica) na escolha do medicamento mais adequado, como com o Domínio 3 na escolha do medicamento com o custo certo.
4. <i>Índice de Duração de Internamento Ajustado</i>	Embora seja também uma métrica de serviço, é fortemente influenciada pela gestão que o médico individual faz dos seus doentes, pelo que a sua aplicação ao nível do médico mede a sua eficácia na gestão clínica, coordenação de cuidados e planeamento de alta, ligando-se ao Domínio de Competência 3.
5. <i>Taxa de Desperdício de Medicação (Atribuível)</i>	Aborda o desperdício direto resultante de alterações ou opções de prescrição ou processos ineficientes que podem ser rastreados até às ações do médico. É uma medida tangível da redução de desperdício e liga-se ao Domínio de Competência 3 e ao Domínio 7 (Responsabilidade ESG).