INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Centro de Responsabilidade Integrado "Estomatologia para todos"

Ana Isabel Maldonado de Sousa Fernandes

Mestrado em Gestão de Empresas

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

Junho, 2024

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Centro de Responsabilidade Integrado “Estomatologia para todos”

Ana Isabel Maldonado de Sousa Fernandes

Mestrado em Gestão de Empresas

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

Junho, 2024

“To make a living is no longer enough. Work also has to make a life.”
Peter Drucker, 1974

Agradecimentos

Um especial agradecimento à minha orientadora, Professora Doutora Generosa do Nascimento, pelo apoio e entusiamo com que acolheu este projeto e me guiou nestes caminho da gestão.
A todos os meus “companheiros” de experiências que contribuíram para o que sou hoje, bem hajam.

Resumo

A saúde oral é indissociável da saúde global do indivíduo. Todavia, nas crianças com necessidades especiais, os cuidados dentários representam fração relevante das necessidades de saúde não satisfeitas. Isto é especialmente verdade, quando falamos de envolventes mais complexas e onerosas como a realização de tratamentos sob anestesia geral. Atualmente verifica-se o incumprimento reiterado do Tempo Máximo Resposta Garantido (TMRG) cirúrgico, mais do que duplicando a demora média, com subsequente insatisfação dos utentes e médicos. A metodologia utilizada configura um estudo de caso recorrendo a análise documental, *focus group* e entrevistas semiestruturadas a médicos Estomatologistas e Diretores de Centros Responsabilidade Integrados (CRI) cirúrgicos.

O projeto "Estomatologia para todos" proposto para uma Unidade de Estomatologia Pediátrica, destina-se a crianças com necessidades especiais e tem como principal objetivo aumentar a acessibilidade, através da criação de um Centro de Responsabilidade Integrada (CRI). Para o efeito procedeu-se à caracterização de uma Unidade Local de Saúde, do respetivo Serviço de Estomatologia, da respetiva envolvente, procedendo a *benchmarking e* escrutinando os fatores críticos de sucesso para desenvolver o plano para este CRI.

O momento político é oportuno para a adoção do modelo de CRI e acreditamos ser possível aumentar a satisfação de todos os *stakeholders* e prestar cuidados de qualidade, verdadeiramente centrados no individuo e neste caso, em particular, na criança com necessidades especiais.

Palavras-chave

Acessibilidade, Centro-Responsabilidade-Integrado, Necessidades Especiais, Saúde Oral

Classificação JEL: I10 Health general; 18: Government Policy. Regulation. Public Health

Summary

Oral health is vital to an individual's overall health. However, for children with special needs, dental care represents a substantial share of unmet health needs. This is especially true when dealing with more complex and costly environments, such as treatments under general anesthesia. Currently, there is a repeated non-compliance with the Guaranteed Maximum Response Time for surgical procedures, more than doubling the average delay, leading to dissatisfaction among both, users and physicians. The methodology employed entails a case study approach, drawing data from document analysis, focus group and semi-structured interviews with Stomatology physicians and surgical Integrated Responsibility Center (CRI) Directors.

The "Stomatology for All" project, designed for children with special needs, aims, primarily, to enhance accessibility through the establishment of an Integrated Responsibility Center. In pursuit of this goal, a characterization of a Local Health Unit, its Stomatology Service, and its surrounding environment was carried out, proceeding with benchmarking and scrutinizing the critical success factors to develop the plan for this CRI.

The current political climate presents an opportune moment for adopting the CRI model, and we believe it is feasible to increase satisfaction among all stakeholders and provide quality care that is truly centered on the individual, and in this case, particularly in the child with special needs.

Key words

Accessibility, Integrated Responsibility Center, Special Needs, Oral Health

JEL classification system: I10 Health general; 18: Government Policy. Regulation. Public Health

Índice geral

1. Introdução 1
2. Revisão da literatura 5
2.1. Cárie dentária 5
2.2. A criança com necessidades especiais 7
2.3. Gestão Estratégica da Saúde e Controlo de Gestão 8
2.4. O modelo de Centro de Responsabilidade Integrado 12
2.5. Gestão do desempenho e recompensas 14
3. Metodologia 17
3.1. Método 17
3.2. Técnica de recolha de dados 17
3.2.1. Análise documental 17
3.2.2. *Focus group* 17
3.2.3. Entrevista semiestruturada 18
3.3 Técnicas de tratamento de dados 19
4. Diagnóstico da organização 21
4.1. Caracterização da Unidade Local de Saúde de São José 21
4.2. A ULS São José em números 21
4.3. O posicionamento estratégico da ULS São José (ULSSJ) 25
4.4. Caracterização do Serviço de Estomatologia da ULSSJ 26
4.5. Caracterização da Unidade de Estomatologia Pediátrica (UEP) 26
4.6. A Estomatologia da ULS São José em números 27
4.6.1. Serviço de Estomatologia do Hospital de São José 27
4.6.2. Unidade de Estomatologia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia (UEP) 28
4.7. Benchmarking 31
4.7.1. Benchmarking da ULS São José 31
4.7.2. Benchmarking da Estomatologia 33
4.8. Resultados do *focus group* e das entrevistas semiestruturadas 34
4.8.1. *Focus group* 34
4.8.2 Entrevistas do grupo 1 34
4.8.3. Entrevistas do grupo 2 35
4.9. Análise SWOT da Unidade de Estomatologia Pediátrica 38
5. O projeto do CRI 41
5.1. Requisitos para a conceção do CRI-ET 42

5.2. Logotipo e *slogan* do CRI 42
5.3. Missão, visão, valores 42
5.4. Caracterização do CRI 43
5.4.1. Acessiblidade e área de influência 43
5.4.2. Recursos humanos e estrutura organizacional 43
5.4.3. Instalações, equipamentos e plano investimento 45
5.4.4. Bloco operatório 45
5.5. Objetivos do CRI 45
5.6. Controlo de gestão 46
5.6.1. A construção do BSC 46
5.6.2. Financiamento 52
5.6.3. Simulação financeira 53
5.6.4. Sistema de gestão e avaliação do desempenho (SGAD) e gestão de incentivos 56
5.7. Implementação do projeto 60
5.7.1. Cronograma 60
5.7.2. Plano de comunicação 61
5.7.3. Avaliação do projeto 62
6. Conclusões 65
Referências bibliográficas 67
Anexos 73

Índice de tabelas

Tabela 1: Acordo modificativo do CHULC – taxa de execução da componente produção 22
Tabela 2: Atividade hospitalar 2023 23
Tabela 3: Caracterização dos RH do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central 23
Tabela 4: Evolução do nº de ETCS por grupo profissional 24
Tabela 5: Taxa de absentismo por grupo profissional 24
Tabela 6: Evolução da atividade cirúrgica, CHULC 2019-2022 25
Tabela 7: Movimento assistencial e evolução da LEC da Estomatologia do HSJ, 2023 27
Tabela 8: Evolução da atividade cirúrgica, Estomatologia HSJ – 2019 a 2022 27
Tabela 9: Movimento assistencial da Estomatologia e evolução da LEC, HDE, 2023 29
Tabela 10: Evolução do número de inscritos em LIC, Estomatologia HDE 30
Tabela 11: Atividade cirúrgica da Unidade de Estomatologia Pediátrica 30
Tabela 12: Ocupação do bloco operatório, Estomatologia HDE 2023 31
Tabela 13: Tempos de espera para cirurgia e consulta Estomatologia nos hospitais do Grupo E 33
Tabela 14: Grupo 1 - Categorias, subcategorias, objetivos 35
Tabela 15: Grupo 2 - Categorias, subcategorias, objetivos 37
Tabela 16: Constituição do CRI "Estomatologia para todos" 44
Tabela 17: Balanced scorecard do CRI 48
Tabela 18: Estomatologia Pediátrica - Gastos em 2022 (€) 53
Tabela 19: Custos do bloco operatório HDE no ano de 2022 53
Tabela 20: Valor dos GDH e índice de case mix (CHULC) 54
Tabela 21: Estrutura de custos dos recursos humanos do CRI 2024 54
Tabela 22: Estimativa de custos do CRI 55
Tabela 23: Proveitos do CRI 55
Tabela 24: Projeção de resultados para o 1º ano do CRI ET 56
Tabela 25: Critérios de distribuição de incentivos no CRI ET 58
Tabela 26: Etapas da implementação do CRI ET 60
Tabela 27: Entrevistas com os especialistas em Estomatologia grupo 1 79
Tabela 28: Diretor de CRI - A 80
Tabela 29: Diretor de CRI - B 82
Tabela 30: Diretor de CRI - C 84
Tabela 31: Mapa da avaliação da performance global 93
Tabela 32: Valor do GDH em cirurgia adicional 95
Tabela 33: Objetivos a avaliar - médicos do CRI-ET 97

Tabela 34: Competências a avaliar - médicos do CRI-ET 98

Índice de figuras

Figura 1: Características de um indicador 9
Figura 2: Instrumentos do controlo de gestão 10
Figura 3: Pilares do BSC 10
Figura 4: BSC como sistema de gestão estratégica 11
Figura 5: Perspetivas do BSC 11
Figura 6: Legislação relevante no enquadramento legal dos CRI 13
Figura 7: Constituição da ULS São José 22
Figura 8: Eixos estratégicos do CHULC (2022) 25
Figura 9: Evolução do movimento assistencial consulta, Estomatologia HDE 29
Figura 10: Tempos de espera para cirurgia, Estomatologia HDE 2023 30
Figura 11: Hospitais do grupo E 31
Figura 12: Benchmarking – Posicionamento do CHULC no grupo E 32
Figura 13: Benchmarking - Potencial de poupança do CHULC 33
Figura 14: Análise SWOT - Unidade de Estomatologia Pediátrica 39
Figura 15: Requisitos para o CRI-ET 42
Figura 16: Logotipo e slogan do CRI 42
Figura 17: Missão, visão e valores do CRI "Estomatologia para todos" 43
Figura 18: Conselho de gestão do CRI "Estomatologia para todos" 44
Figura 19: Objetivos do CRI Estomatologia para todos 45
Figura 20: Hierarquização e ponderação das perspetivas do BSC do CRI-ET 46
Figura 21: Definição de stakeholders por perspetiva 47
Figura 22: Mapa estratégico do CRI – ET 52
Figura 23: Ciclo avaliativo 57
Figura 24: Níveis de avaliação de desempenho 57
Figura 25: Ficha de avaliação SGAD-Med 59
Figura 26: Etapas da implementação do CRI 60
Figura 27: Plano de comunicação do CRI 61
Figura 28: Cronograma da avaliação do projeto 63
Figura 29: Taxa anual de ocupação em internamento 87
Figura 30: Demora média antes da cirurgia 87
Figura 31: Doentes padrão por médico ETC 88

Figura 32: Primeiras consultas realizadas dentro do TMRG 88
Figura 33: Inscritos em LIC dentro do TMRG 89
Figura 34: % Cirurgias Ambulatório (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis 89
Figura 35: Gastos com Pessoal Ajustados por Doente Padrão 90
Figura 36: Gastos com Material Consumo Clínico por Doente Padrão 90
Figura 37: Gastos operacionais por Doente Padrão 91

Glossário – abreviaturas, acrónimos, siglas e símbolos

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AEC	Área das Especialidades cirúrgicas
BSC	*Balanced Scorecard*
CG	Controlo de gestão
CHULC	Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central
CHULN	Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte
CHLO	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
CHUC	Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
CHUSA	Centro Hospitalar Universitário de Santo António
CHUSJ	Centro Hospitalar Universitário de São João
CTH	Consulta a tempo e horas
CRI	Centro de responsabilidade integrado
DE	Direção executiva
DGS	Direção Geral da Saúde
EBT	*Earnings before taxes*
EPE	Entidade Pública Empresarial
ETC	Equivalente de tempo completo
FIG.	Figura
GAD	Gestão da avaliação de desempenho
GDH	Grupo de diagnóstico homogéneo
GEP	Gestão estratégica de pessoas
GRH	Gestão de recursos humanos
HDE	Hospital de Dona Estefânia
HSJ	Hospital de São José
KPI	*Key performance indicator*

Nº	Número
OMD	Ordem dos Médicos-dentistas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIPCO	Programa de intervenção precoce no cancro oral
PNPSO	Programa nacional de promoção da saúde oral
PTI	Preço de transferência interna
RRH	Rede de referenciação hospitalar
SGAD	Sistema de gestão e avaliação de desempenho
SIADAP	Sistema de avaliação da administração pública
SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
SNS	Serviço nacional de saúde
SWOT	*Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats*
TAS	Técnico auxiliar de saúde
TMRG	Tempo máximo de resposta garantido
UEP	Unidade de Estomatologia Pediátrica
ULS	Unidade local de saúde
ULSSJ	Unidade local de saúde de São José
USD	Dólar americano
VBHC	*Value based healthcare*
VIH	Vírus da imunodeficiência humana

1. Introdução

O conceito de saúde evoluiu muito, desde a conceção simplista de ausência de doença, à definição atual englobando múltiplas dimensões, física, psíquica e social (Svalastog *et al.,* 2017). A saúde oral é condição necessária para atingir a saúde plena, tendo a OMS, em 2021, declarado que os estados têm de incluir a saúde oral nos respetivos serviços de saúde (Winkelmann *et al.,* 2023).

O Serviço Nacional de Saúde português (SNS) de cariz universal e tendencialmente gratuito, tem como prioridades garantir o acesso aos cuidados de saúde, prevenir a doença, proporcionar tratamento adequado e assegurar a qualidade dos serviços prestados. Todavia, a cobertura de saúde oral, na esfera pública, é diminuta e insuficiente para a procura. Sendo a cárie dentária a doença com maior prevalência à escala global (OMS, 2022) a solução, encontrada pelo estado português, foi a operacionalização, por contratualização privada, através do cheque-dentista.

Na idade pediátrica, o cheque-dentista destina-se a grupos-alvo contemplando um leque de cuidados estreito. Frequentemente, as crianças com necessidades especiais, necessitam de logística diferenciada e dispendiosa, alheia a este mecanismo, para resolver as complicações da doença (Lai *et al.,* 2012). Esta população representa o grupo cujas necessidades de saúde oral têm maior probabilidade de não ser satisfeitas (Carter *et al.,* 2022, Lai *et al.,* 2012).

Os Serviços de Estomatologia proporcionam estes cuidados, mas quando a resposta pública é insuficiente, o recurso ao setor privado pode ser a única alternativa, gerando despesas catastróficas para as famílias e violando o princípio da equidade (Lourenço & Barros, 2016).

A procura crescente de cuidados dentários sob anestesia geral, nomeadamente das crianças com necessidades especiais, tem gerado um aumento da referenciação para a Estomatologia Pediátrica. Sem aumento dos recursos, especificamente tempos operatórios, verifica-se um incremento relevante do número de doentes inscritos para cirurgia e um aumento da demora média para a sua realização, com incumprimento dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG). Este défice de acessibilidade compromete a qualidade dos cuidados e causa insatisfação a utentes e aos profissionais. Aliás, relativamente ao recrutamento e retenção dos médicos, já Antunes (2001) afirmou que os respetivos salários são baixos e que um bom desempenho necessita de ser premiado, reconhecendo a necessidade de criar incentivos que fixem os médicos ao SNS.

O reconhecimento deste problema de acessibilidade e de insatisfação dos *stakeholders*, associado à noção de não ser possível aumentar os recursos da saúde *ad infinitum*, estão na génese deste projeto. A necessidade de gerir com maior eficiência é a razão pela qual a gestão estratégica e o controlo de gestão assumem um papel fulcral neste trabalho. Para o efeito esta pesquisa recorre a

um caso onde a realidade anteriormente descrita se coloca, a Unidade de Estomatologia Pediátrica (UEP) do Hospital de Dona Estefânia

O projeto "Estomatologia para todos" pretende construir uma resposta válida para crianças com necessidades especiais que experienciam complicações da cárie dentária. Tem como principal objetivo aumentar a acessibilidade, recorrendo a uma estratégia de incremento da atividade, através da criação de um Centro de Responsabilidade Integrado (CRI).

O momento político é favorável à constituição de CRIs. A criação das Unidades Locais de Saúde (ULS), assentando no modelo de financiamento por capitação, enfatizam a importância da gestão conducente à eficiência, reforçando a ideia de que a abordagem centrada no doente é essencial para a produção de valor (ACSS, 2024 e Hartnett, 2023). O conceito de ULS é indissociável da articulação vertical dos cuidados e isto é fulcral nesta doença por ser multifatorial e prevenível.

A nível nacional não existe qualquer CRI de Estomatologia e com este modelo, acreditamos ser possível aumentar a satisfação de todos os *stakeholders* melhorando a qualidade dos cuidados. Para o efeito serão caracterizados a ULS São José, realizando um *benchmarking* dos hospitais similares, o Serviço de Estomatologia e a Unidade de Estomatologia Pediátrica. Em termos de instrumentos de gestão propomos um Balanced Scorecard (BSC) que permitirá operacionalizar e avaliar a performance do CRI, monitorizando os resultados e conduzindo os ajustes necessários para o cumprimento das metas. Da necessidade de aferir a performance individual, propomos um sistema de gestão e avaliação de desempenho (SGAD) que nos permita atribuir adequadamente as recompensas. Por fim desenvolveremos o plano estratégico do CRI.

A dissertação está organizada em capítulos. No capítulo 2, revisão da literatura, abordam-se vários conceitos, a cárie dentária, a população-alvo (crianças com necessidades especiais), a gestão estratégica na saúde e o controlo de gestão nomeadamente o modelo de CRI, BSC e SGAD.

No capítulo 3 apresentam-se o método e a técnica de recolha e tratamento de dados. A metodologia utilizada configura um estudo de caso. Os dados provêm da análise documental, *focus group* e entrevistas semiestruturadas. As entrevistas semiestruturadas visaram dois grupos distintos. O grupo 1 foi constituído por sete médicos Estomatologistas da Unidade Local de Saúde São José (ULSSJ) e foi-lhes perguntado o quanto estão satisfeitos com o modelo organizativo em vigor, qual a sua familiaridade com instrumentos de controlo de gestão, especificamente os centros de responsabilidade integrados (CRI) e se gostariam de integrar um. O grupo 2 foi constituído por três Diretores de CRI cirúrgicos que responderam a questões relacionadas com desafios na implementação dos respetivos CRI, estratégias de superação encontradas e avaliação dos respetivos projetos.

O capítulo 4 contempla o diagnóstico da organização, o seu posicionamento estratégico e *benchmarking* dos hospitais do grupo E e Serviços de Estomatologia. Inclui ainda os resultados do

focus group e das entrevistas, o diagnóstico da Unidade de Estomatologia Pediátrica e a respetiva análise SWOT.

No capítulo 5 desenvolve-se o projeto do CRI, definindo o logotipo, *slogan*, objetivos e caracterizam-se os recursos necessários. Propõe-se o BSC e o SGAD e debate-se a sustentabilidade financeira do CRI "Estomatologia para todos" (ET). Ainda neste capítulo discute-se a implementação do CRI ET, cronograma, plano de comunicação e avaliação do projeto.

Por fim, sintetizamos o projeto e elaboramos um conjunto de recomendações acerca dos fatores críticos de sucesso e de insucesso que possam ajudar na conceptualização de outros CRI. Relativamente à ULSSJ, com base no conhecimento adquirido ao longo de trabalho, cremos ser possível e desejável alargamento deste processo assistencial, aos adultos com necessidades especiais, não esquecendo a integração vertical dos cuidados através da articulação com os centros de saúde.

2. Revisão da literatura

2.1. Cárie dentária

A cárie dentária é a doença mais frequente do mundo afetando mais de 3,5 mil milhões de pessoas. Atinge todos os continentes, etnias ou género, a sua prevalência varia de acordo com o rendimento per capita, sabendo-se que 75% doentes pertencem a países em que a cobertura pública é insuficiente (OMS, 2022).

É uma doença mediada por bactérias que afeta os tecidos calcificados do dente e todo o processo é dinâmico e multifatorial (Sivapathasundharam & Raghu, 2020). Na sua génese estão fatores como os hábitos alimentares, o nível socioeconómico e o acesso a cuidados dentários (Silveira *et al.,* 2021). Por vezes encarada de forma leviana, as suas complicações podem ser severas e fazer perigar a vida o que levanta a questão de como uma doença evitável constitui um problema de saúde pública.

Na dentição decídua a cárie, não tratada, afeta 514 milhões de crianças constituindo a doença mais prevalente da infância. Entre 1990 e 2019 a sua prevalência desceu 3%, mas especialmente à custa da descida nos países mais ricos. Na dentição permanente a descida foi menor (2,6%), mas com um aumento exponencial nos países mais pobres (OMS, 2022).

As perdas de produtividade pela doença dentária atingem os 323 mil milhões USD à escala global (OMS, 2022). Contudo, as despesas dos países relativamente à saúde oral são muito díspares e esta não tem sido uma prioridade em termos orçamentais. No ano de 2020, em média, 7,3% do PIB mundial destinou-se à saúde mas apenas 1,3% deste valor foi alocado à saúde oral (O'Brien *et al*., 2022)

Relativamente a Portugal, os indicadores epidemiológicos da DGS estão desatualizados já que os últimos dados se reportam a 2013/2014 (DGS, 2015). Existem outras entidades como o Barómetro da Saúde Oral (OMD, 2023) que monitoriza a população com idade superior a 15 anos. Este organismo constata que 10,3% das pessoas não visitam o dentista e 30,8% só o fazem em situação de urgência. Também Lourenço e Barros (2016), no seu estudo "Cuidados de Saúde Oral", reconhecem a existência de necessidades não satisfeitas na população portuguesa, e sugerem que a questão financeira será a barreira principal já que as despesas, que as famílias enfrentam, podem ser catastróficas e até conduzir ao empobrecimento.

O relatório *Global Burden of Disease* (2019), estratifica em quatro categorias, os 194 países pertencentes à OMS de acordo com o montante de despesa total per capita em saúde oral, incluindo despesa pública e privada. Os países do grupo 4, com despesa superior a 300 USD/per capita/ano, gastam 340 mil milhões de dólares e abrangem apenas 22,5% da população mundial, ou seja 88% da

despesa serve menos de um quarto da população (OMS, 2022). Portanto, são os mais pobres, mais frágeis, ou marginalizados da sociedade que vão apresentar mais doença.

Atualmente, a perceção de que a saúde oral é indispensável para atingir a saúde plena é aceite universalmente. Os dentes são essenciais na fonação, na alimentação, na interação social e na autoestima, impactando de forma relevante no bem estar global (ADA, 2015).

Os objetivos do plano de ação da OMS *Global Oral Health Action Plan* 2023-2030 são: 1) proporcionar a todos a melhor saúde oral possível; 2) abordar os determinantes sociais; 3) desenvolver novos modelos de trabalho em saúde; 4) aumentar a literacia em saúde; 5) promover cuidados básicos de saúde oral a 80% da população mundial (com o objetivo da cobertura universal) e 6) desenvolver sistemas de informação para apoiar as escolhas políticas baseadas na evidência (Eaton *et al.,* 2023). Este plano, suscita diversas questões, começando pela definição de cuidados básicos de saúde oral ou como intervir nos determinantes sociais e económicos na conjuntura, incerta, em que vivemos. Contudo, o desejo de garantir a universalidade não significa gratuidade, pois o nível de diferenciação tecnológica da área dentária acarreta custos elevados.

O problema da oferta limitada a preços comportáveis, levou a OMS (2021) a aconselhar os estados a incluir a saúde oral nas respetivas agendas (Winkelmann *et al.,* 2023). Mathur (2021) propõe mesmo a denominação "*Globendemic*" na esperança de que esta nomenclatura influencie os decisores políticos.

Em Portugal a saúde oral está, desde 1986, sob a alçada da Direção Geral da Saúde (DGS), altura em que foi implementado o Programa de Saúde Oral em Saúde Escolar. Posteriormente, em 1999, este programa foi revisto e passou a denominar-se Programa de Promoção da Saúde Oral em Crianças e Adolescentes. (Rocha *et al.,* 2013). Em 2005 iniciou-se o "Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral" (PNPSO) com o intuito de apoiar a criança/jovem. Este programa foi seguidamente alargado a grupos-chave: grávidas, idosos beneficiários do complemento solidário, doentes VIH/SIDA e cancro oral (PIPCO). O programa é operacionalizado por contratualização privada, através do cheque-dentista, em média são emitidos cerca de 4 milhões cheques/ano, com o valor unitário de 45€ e uma taxa de execução de 65,4% (Barómetro da saúde oral, 2023).

Porém, só em 2015, o PNPSO passaria a referir as crianças com necessidades especiais: *"Caso não seja expectável que a criança ou jovem colabore numa consulta de saúde oral, nomeadamente por ser necessário o eventual recurso a sedação, a referenciação pelo médico de família, através da Consulta a Tempo e Horas, para os serviços de Estomatologia dos hospitais da sua área de residência"* (Despacho nº 12889/2015). Infelizmente este despacho não foi acompanhado de mais recursos para os Serviços de Estomatologia. O mesmo viria a acontecer com a criação da rede de referenciação hospitalar (RRH) em 2018, mais uma vez não se criaram os serviços de Estomatologia

previstos e não foi possível agilizar o percurso do doente, não se criaram as sinergias que levariam a maior eficiência.

A Portaria nº 430/2023 atribui um cheque-dentista adicional à criança com necessidades especiais, o que é um benefício inútil não existindo colaboração em vigília.

O relatório "Saúde Oral no SNS 2.0" (2023) prevê a instalação de consultórios dentários nos centros de saúde, mas o grande volume de necessidades não satisfeitas e a escassez dos recursos, obriga, mais uma vez, a priorizar situações específicas. Quanto aos grupos vulneráveis que, muitas vezes, obrigam a envolventes dispendiosas e diferenciadas o relatório é praticamente omisso. Esta necessidade de envolventes diferenciadas para tratar complicações da cárie dentária, não é exclusiva de Portugal. Por exemplo, na Nova Zelândia a segunda causa de admissão hospitalar, abaixo dos 10 anos, destina-se a tratamentos dentários e no Reino Unido, cerca de 25000 crianças/ano têm de ser submetidas a anestesia geral para extrair dentes (Federation, 2020). Sendo a cárie evitável podemos afirmar que é uma forma bastante dispendiosa de lidar com esta doença (ADA, 2015). No longo prazo a promoção da saúde oral diminuirá a despesa, mas no curto prazo é preciso resolver as complicações da doença, já que não pode haver saúde plena sem saúde oral (D'Souza *et al.,* 2022).

2.2. A criança com necessidades especiais

A Convenção para os Direitos da Pessoa com Deficiência (CRPD) da ONU entrou em vigor em 2008 com a missão de promover, proteger e assegurar o gozo dos direitos fundamentais e a dignidade destas pessoas (Guide, 2014). Segundo a American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) (2023) as pessoas com necessidades especiais são aquelas que possuem limitações, congénitas ou adquiridas, de tipo sensorial, comportamental, cognitivo ou emocional ou uma condição limitante que requer controlo médico, intervenção de serviços de saúde e/ou uso de programas especializados.

O relatório *World report on disability* da OMS (2011) estima que 15% da população mundial tem necessidades especiais, o que corresponde a cerca de 93 milhões de crianças (0-14 anos) com deficiência moderada ou leve e 13 milhões com deficiência grave. Acima dos 15 anos, são respetivamente 892 milhões (leve/moderada) e 175 milhões (severa). Apesar de não serem números recentes, não podemos ignorar que existe uma vasta população que precisa de cuidados adaptados à sua condição. Sendo a saúde um bem, o SNS deve respeitar os princípios da solidariedade e equidade pois são inerentes ao conceito de justiça distributiva (Cullyer, 1976).

A falta de perceção da comunidade, o estigma e os estereótipos dificultam o acesso aos cuidados de saúde geral. As pessoas com perturbações do desenvolvimento intelectual (PDI) quadruplicam a probabilidade de experienciarem frustração na prestação dos cuidados e quase triplicam a probabilidade de serem preteridos na referida prestação (WHO, 2011).

O avanço da medicina permite às crianças com necessidades especiais maior sobrevida, mas agudiza a questão da inequidade no acesso à saúde oral (AAPD, 2023). Nestas crianças, o tratamento dentário é a mais prevalente das necessidades de saúde não satisfeitas. Para esta situação contribuem vários fatores como a priorização de doenças concomitantes, a necessidade de logística diferenciada e dispendiosa, como a anestesia geral, ou a dificuldade de encontrar profissionais diferenciados, em termos de conhecimento e equipamento e com apetência para este tipo de doentes (Alamri, 2022, Carter *et al.,* 2022, Lai *et al.,* 2012). Acrescidamente, o acesso ao bloco operatório deve decorrer em centros experientes, pois existem muitas alterações de comportamento, especialmente agressividade no pós operatório imediato, mas que podem perdurar meses (Tran, 2021).

No genérico das perturbações do neuro desenvolvimento, a literatura não é consensual quanto à maior prevalência de cárie (Lydon *et al.,* 2012). Contudo, certos aspetos como: 1) a seletividade alimentar; 2) o bruxismo; 3) o refluxo gástrico; 4) os hábitos parafuncionais; 5) a capacidade de higienização comprometida e 6) a desvalorização da saúde oral por parte dos cuidadores (Norton *et al*., 2015), são fatores que contribuem para maior risco de doença dentária, nomeadamente cáries (Chandrashekhar, 2018, Ningrum *et al*.,2021).

A falta de atratividade, em termos financeiros, destas crianças, remete para o Serviço Nacional de Saúde a tarefa de suprir os cuidados. Contudo, no SNS, a indisponibilidade dos profissionais de saúde também é um fator relevante já que estes podem sentir-se impreparados, desmotivados ou simplesmente não recompensados pelo esforço. O hospital público, dentro da lógica perversa dos *outputs* não discrimina, positivamente, o esforço e o tempo suplementar que estes doentes exigem. No exercício privado as seguradoras definem os preços por ato e, não havendo majoração dos preços para doentes especiais, não há interesse no seu tratamento no âmbito dos seguros de saúde.

2.3. Gestão Estratégica da Saúde e Controlo de Gestão

A saúde é uma das principais fontes de despesa pública dos diferentes países, mas a despesa crescente, por si só, não se traduz em melhores cuidados. Em Portugal, o envelhecimento da população, por aumento da esperança de vida e baixa natalidade, sobrecarrega o SNS obrigando a melhor gestão através da incorporação de eficiência (Torres, 2010). Gerir a saúde é peculiar, o "negócio" organiza-se em torno do sofrimento e da fragilidade das pessoas e confronta-se com a chamada dupla linha de autoridade. A par da autoridade formal hierárquica coexiste a autoridade técnica do núcleo operacional, para além disso os vários *stakeholders* têm perceções distintas de valor, o utente pretende resolução e bem estar, os profissionais querem recursos e inovação, o acionista quer eficiência e lucro e tudo isto tem de respeitar princípios éticos (Bernardino, 2017).

A cárie dentária é uma doença comum que gera despesa elevada pela alta prevalência e impacto na qualidade de vida (OMS, 2022). Em Portugal, a oferta pública de cuidados dentários é operacionalizada pelo PNSO 2025 (Portaria n.º 430/2023**),** assenta na contratualização privada, cheque-dentista, e não prevê envolventes diferenciadas como é o caso do acesso ao bloco.

As crianças com necessidades especiais enfrentam várias barreiras no acesso aos cuidados (Star *et al.,* 2023). Também na criança muito pequena e não colaborante, a cárie dentária gera complicações infeciosas e álgicas relevantes, obrigando a meios mais complexos e dispendiosos para a sua resolução. Em termos financeiros, embora o lucro não seja o móbil do SNS, este tem de ser sustentável e para isso devemos promover a eficiência, a qualidade dos cuidados e a satisfação de todos os *stakeholders* (Campos, 2019). Não faz sentido injetar dinheiro em sistemas com alto desperdício pelo que o pensamento estratégico se impõe pela necessidade de ter uma organização mais eficiente e eficaz (da Cruz Rodrigues, 2013 e Gomes *et al*., 2007) e já agora que antecipe a mudança (Shutt, 2003). Em termos de sustentabilidade, a melhor prestação passa pela adoção de estratégias baseadas na diferenciação, criando mais valor pelo mesmo custo (Porter, 2006).

O controlo de gestão (CG) é um conjunto de instrumentos que permite operacionalizar a estratégia e promove o alinhamento e a comunicação entre os vários níveis da organização (Jordan, 2021: 20-22). O CG é orientado para o futuro, assegura que a visão e missão da organização são compartilhadas por todos e funciona com instrumentos de gestão assentes em indicadores. A qualidade dos indicadores é crucial e devem fornecer apenas a informação relevante, fiável e oportuna (Escoval, 2010 e Jordan 2021: 42-57). Segundo Caldeira (2010), os indicadores devem estar alinhados com os objetivos de modo a medirem o nível de concretização dos mesmos. Eles não são o objetivo, mas uma ferramenta que compara a performance real com padrões previamente estabelecidos devendo obedecer a vários requisitos (figura 1). Quanto ao controlo de gestão é o conjunto de instrumentos que operacionaliza a estratégia (figura 2) (Jordan, 2021: 59-61).

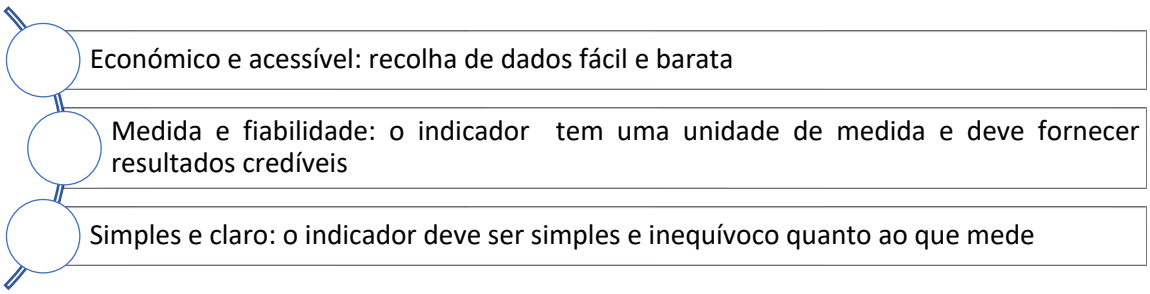


Figura 1: Características de um indicador

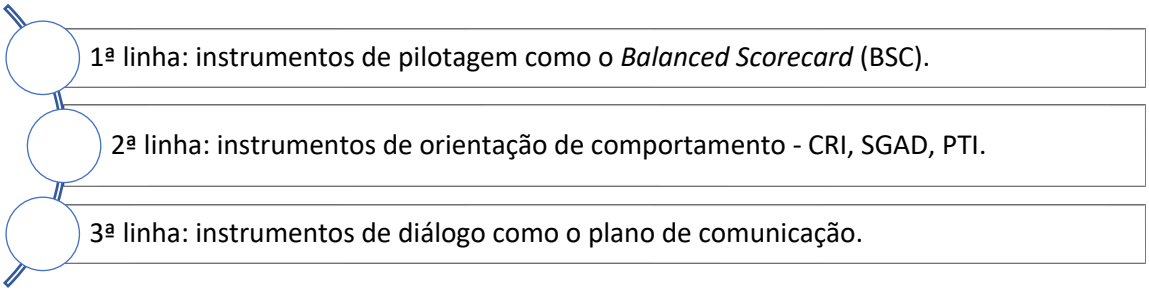


Figura 2: Instrumentos do controlo de gestão

O BSC surgiu em 1990 com Robert Kaplan e David Norton e operacionaliza a visão e a estratégia de uma organização (Kaplan e Norton, 1996). Os seus pilares são esquematizados na figura 3.

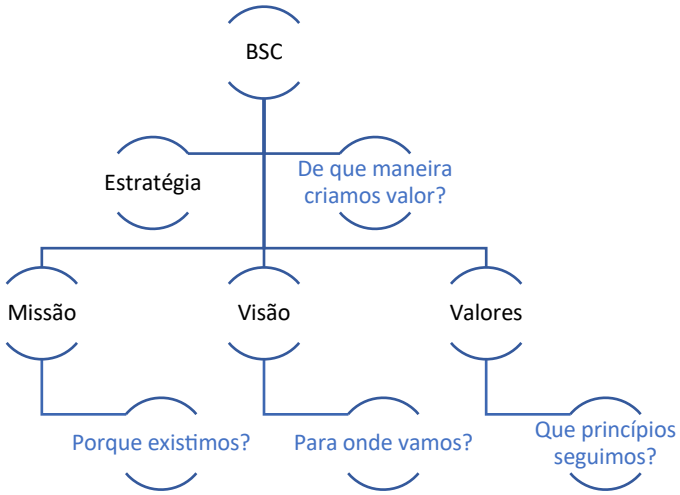


Figura 3: Pilares do BSC

A construção do BSC obedece a várias etapas, o ponto de partida é a definição da missão e visão, suportadas pelos valores que norteiam a organização. A visão representa a capacidade de sonhar o futuro (Pinto, 2007). A metodologia do BSC gera dois *outputs*, o mapa estratégico cuja principal finalidade é dar a conhecer a forma como a organização irá criar valor ao longo do tempo, estabelecendo relações de causa e efeito e o *scorecard* (que contém os indicadores de performance, metas e subsequente monotorização). Tem um papel facilitador pelo que deve incluir apenas a informação relevante. Lucianetti *et al*., (2019) concluíram que quanto mais compreensivo for o desenho do BSC maior serão os benefícios para a organização, enquanto que um BSC mais simples incorre no risco de incompreensão do mapa estratégico.

É um instrumento de pilotagem e ao mesmo tempo uma ferramenta de comunicação ao traduzir a estratégia (figura 4).

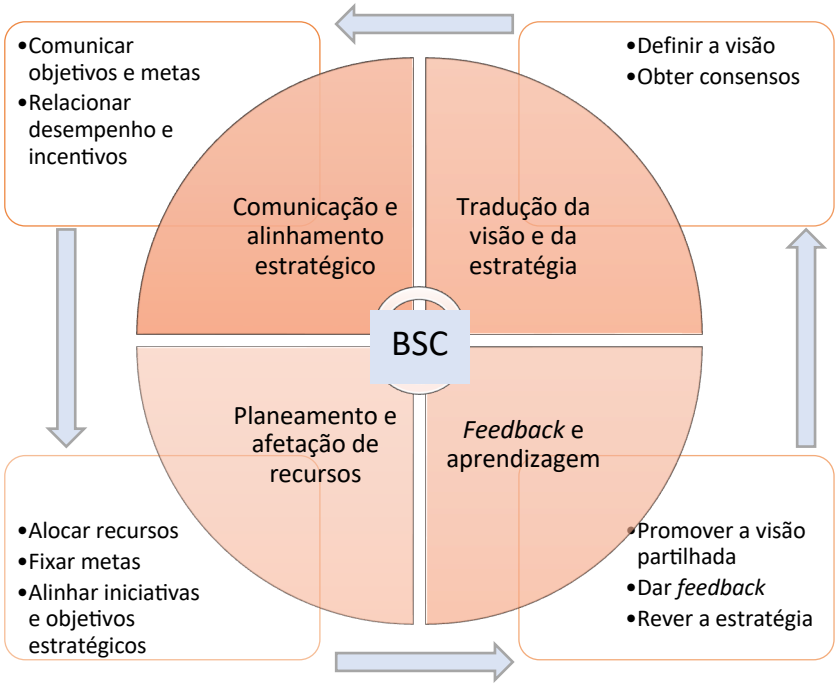


Figura 4: BSC como sistema de gestão estratégica

O BSC foi disruptivo por incorporar diferentes perspetivas: cliente, financeira, processos e inovação (figura 5). Até aí, as empresas focavam-se principalmente em indicadores financeiros.

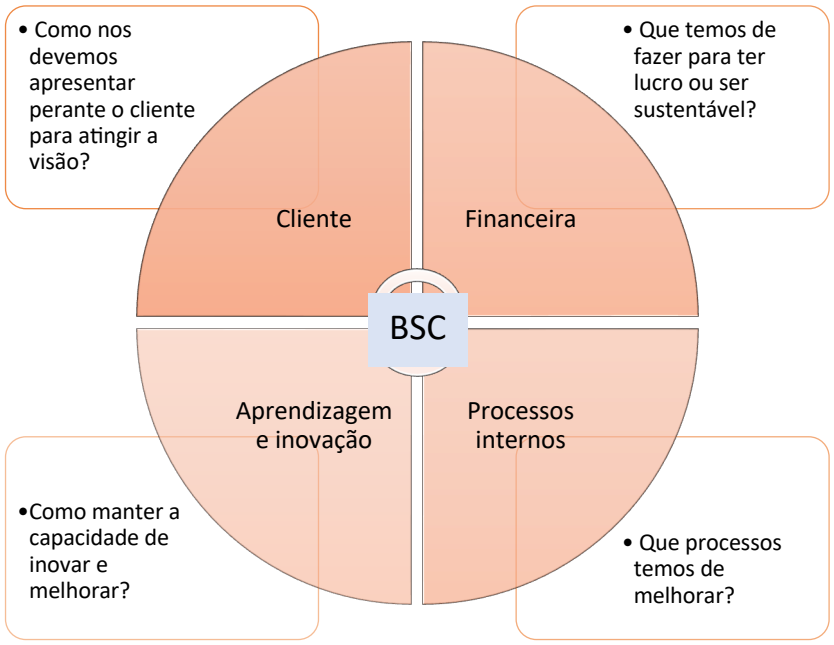


Figura 5: Perspetivas do BSC

A necessidade de o cidadão estar no centro do sistema, impôs o uso de indicadores relacionados com a sua satisfação. Relativamente às restantes perspetivas, os processos assumem

especial relevância pois é necessário eliminar tudo o que não gera valor. Também importantes são os indicadores de aprendizagem e inovação, pois os colaboradores são a vantagem competitiva das organizações e a sua satisfação é muito importante (Becker & Gerhart, 1996, Crook *et al*., 2011, Lado & Wilson, 1994. Campos, 2019).

A hierarquização e o peso relativo de cada perspetiva variam consoante a organização. Inamdar e Kaplan (2002), no seu estudo no setor da saúde, afirmam que, por ordem decrescente de importância, devemos considerar a perspetiva dos clientes (33%), os processos internos (27%), a perspetiva financeira (23%) e a perspetiva da aprendizagem e crescimento (17%).

O BSC, ainda que inicialmente pensado para organizações com fins lucrativos, traz benefícios quando aplicado a serviços públicos através da diminuição do desperdício, pois permite identificar oportunidades de melhoria na operacionalidade e eficiência das unidades hospitalares públicas e tem a capacidade de transformar a estratégia num processo contínuo, pertença de todos (Russo, 2009 e dos Santos *et al*., 2023). Promove o alinhamento em torno de uma estratégia focada no utente, melhora a comunicação entre profissionais de saúde e gestores, monitoriza e avalia a implementação da estratégia, possibilitando ajustes em tempo real (Escoval, 2010 e Walker e Dunn, 2006).

2.4. O modelo de Centro de Responsabilidade Integrado

O Centro de Responsabilidade Integrado (CRI) é uma ferramenta de controlo de gestão (CG) e enquadra-se nos instrumentos de orientação de comportamento, entendendo-se orientação como o modo de atingir o alinhamento organizacional. Segundo Escoval (2010), os CRI são unidades de contratualização interna que viabilizam a otimização dos recursos públicos. Este processo de contratualização, entre o conselho de gestão do CRI e o CA, envolve a definição de objetivos, metas, monitorização e avaliação. Os CRI prestam contas aos níveis superiores da organização e o conselho de gestão, juntamente com a equipa, são responsáveis pelos resultados, podendo ser extinto em caso de incumprimento (Barros & Gomes, 2002:91-93). Este modelo de organização promove uma abordagem descentralizada da gestão em alinhamento com a missão e a visão do hospital e adaptável à conjuntura para otimizar resultados. Claro que se pressupõe que, negociado o contrato programa, o hospital forneça os recursos acordados.

O enquadramento legal dos CRI iniciou-se com o decreto-lei nº 19/88 de 21 de janeiro que permitiu a criação de centros de responsabilidade e de custos, mas foi o decreto-lei nº 374/99 de 18 setembro que efetivamente criou os CRI no SNS. Antunes (2001), que liderou o primeiro CRI português, afirma que os primeiros CRI não tiveram êxito porque as administrações hospitalares não foram capazes de cumprir com a sua parte. Recentemente o Estatuto do SNS (decreto-lei nº52/2022)

afirma que “Os órgãos de administração dos estabelecimentos de saúde, E.P.E., devem promover as condições para a evolução da organização interna para CRI”.

O utente tem de estar no centro do sistema e deve ser ouvido na prestação de cuidados (Donabedian, 1983). Neste ponto os CRIs são uma mais-valia pois centralizam a prática clínica na pessoa.

Atendendo a que, neste modelo organizativo, está prevista a indexação das recompensas ao desempenho impõe-se avaliar a performance coletiva e individual. A avaliação coletiva vai ser operacionalizada pelo BSC enquanto a performance individual é avaliada pelo sistema de gestão e avaliação do desempenho (SGAD).

Por último, o plano de comunicação, também ele um instrumento do CG de extrema importância, pois a comunicação fluida, eficaz e relevante dentro do CRI é essencial para o alinhamento dos profissionais e ajustamento rápido das ações (Bergman et al., 2016). A estratégia do CRI tem de ser objetiva, transparente e simples para que faça sentido para os colaboradores e os resultados têm de ser comunicados periodicamente à equipa, apresentando a estratégia e os indicadores de modo a serem entendíveis rapidamente.

A figura 6 lista os diplomas legais mais relevantes.

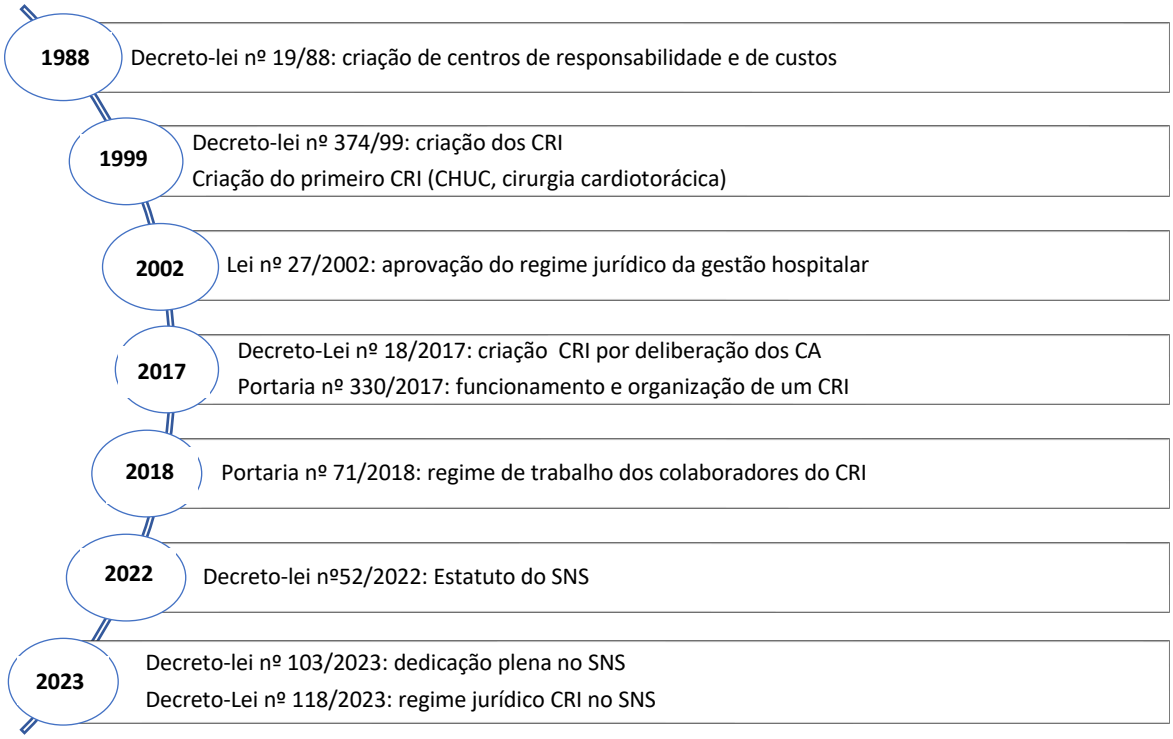


Figura 6: Legislação relevante no enquadramento legal dos CRI

2.5. Gestão do desempenho e recompensas

Os sistemas de gestão e avaliação de desempenho medem a forma como os colaboradores cumprem as suas funções e os resultados que daí advêm. A tendência atual é abandonar a terminologia avaliação de desempenho em prol de gestão de desempenho, uma vez que esta se insere num processo de gestão estratégica de pessoas e tem como objetivos medir resultados, alinhar os colaboradores com a estratégia da organização, reforçar os comportamentos desejáveis, fomentar a motivação e desenvolver competências (Nascimento & Pereira, 2015).

A gestão de recompensas inclui todos os mecanismos para determinar e distribuir recursos tangíveis, como a remuneração, e intangíveis como o reconhecimento, a segurança no emprego, os desafios laborais ou as oportunidades de formação (Aguinis, 2023:4-27).

O bem estar no local de trabalho relaciona-se com a satisfação de necessidades e realização profissional (Dessen 2010). Pessoas satisfeitas, motivadas e comprometidas com o negócio, a par de um ambiente propício à inovação são fatores de sucesso (França & Pilatti 2004 e Limongi-França & Zaima, 2002:410), portanto é fundamental adotar práticas de gestão que promovam envolvimento, responsabilização e satisfação das pessoas, bem como o desenvolvimento das suas competências e autonomia (Burma, 2014 e Nunes & Reto, 2015). Um elevado grau de satisfação implica menor *turnover*, diminuição dos custos do recrutamento e treino, aumento da produtividade, melhor desempenho e maior satisfação do cliente (Sageer, Rafat & Agarwal, 2012 e Neog & Barua, 2014).

O desempenho pode ser abordado de duas perspetivas, a dos resultados ou a dos comportamentos exibidos pelos colaboradores. Van der Kolk *et al.* (2019), concluíram que o controlo sobre as pessoas e cultura organizacional pode impactar favoravelmente a motivação intrínseca e que o controlo dos resultados influencia a motivação extrínseca.

Desenhar um sistema de avaliação de desempenho implica conseguir um balanço, delicado, entre múltiplos aspetos como a proficiência clínica, a comunicação, o trabalho em equipa e a satisfação do utente. Acima de tudo e qualquer que seja o sistema de avaliação é importante que este seja um processo customizado, transparente e justo que motive os colaboradores e aumente o seu nível de satisfação (Maimako, 2016).

O Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP) é utilizado em Portugal para avaliar o desempenho dos funcionários públicos (Lei nº 66 B-2007).

Madureira no seu estudo "Uma década de SIADAP na Administração Pública Portuguesa: o balanco possível" (2016), adverte que embora, conceptualmente, se incentive o trabalho em equipa, o SIADAP dá grande importância à avaliação individual, funcionando numa lógica de gestão por objetivos em que é possível cumprir os objetivos individuais sem contribuir para a excelência organizacional. Recentemente, o SIADAP foi revisto pelo decreto-lei nº12/2024 de 10 janeiro, que assume o "alinhamento de metas, coletivas e individuais, e efeitos associados em matéria de

atribuição de distinção de mérito a serviços, dirigentes e trabalhadores". Entrará, integralmente, em vigor no ano de 2025, mas a norma transitória aplica-se ao biénio de 2023/2024. Mantém o sistema de quotas, mas diminui o número de pontos necessários para transitar de escalão.

Estão previstas a participação dos trabalhadores no planeamento e monitorização do ciclo avaliativo anual bem como o reforço da formação do trabalhador. Assume-se, com este diploma, a importância de promover a qualidade dos serviços prestados e a aceleração da progressão na carreira.

A nova legislação é promissora, pois revela um empenho da tutela no reconhecimento do mérito, porém mantém a distribuição forçada o que é percecionado como prática injusta. Até agora, na maioria dos hospitais do SNS, o SIADAP não foi aplicado aos médicos, coartando a progressão horizontal.

Ferreira *et al.,* (2018), afirmam os médicos estão insatisfeitos pelo elevado número de horas trabalhadas, remuneração pouco atrativa, ausência de perspetivas de carreira e de oportunidades de desenvolvimento. A estes fatores podemos juntar a diminuição do prestígio da profissão e a dificuldade em conciliar a vida pessoal e profissional. Sendo este estudo pré pandemia e sabendo que esta conduziu à exaustão todos os grupos profissionais do SNS, é preciso desenvolver/criar, condições de exercício que atraiam e retenham os jovens médicos e encorajem a transmissão de conhecimento intergeracional que é crucial na medicina (Ibrahim *et al*., 2013). Urge encontrar novas formas de organização do trabalho que permitam um equilíbrio saudável entre trabalho e vida pessoal até porque esta conciliação é essencial para as gerações mais recentes (Bulut & Maraba, 2021 e Kirchmayerm & Fratričová, 2020). Neste aspeto a gestão estratégica de pessoas (GEP) é fulcral para aumentar a motivação e a satisfação dos colaboradores, maximizando o seu potencial e contribuindo para o sucesso da organização (Duarte & Pernas, 2015). Para os médicos é importante um trabalho com sentido. A possibilidade de participar na gestão bem como a existência de uma cultura partilhada melhoram a performance do grupo (Lindgren *et al*., 2013). Sem o compromisso dos gestores de topo e dos colaboradores não é possível implementar um sistema de gestão de desempenho, sendo expectável a resistência à mudança (Cheng, 2006).

No CRI a política de remunerações é delimitada pelo enquadramento normativo das carreiras SNS. Todavia o cumprimento do contrato programa (CP) gera incentivos que podem ser utilizados em aquisição de equipamento para o CRI, melhoria das condições de trabalho, ou formação profissional. Esta última é muito relevante já que impacta fortemente na empregabilidade do indivíduo (Duarte, A. 2015). Nos CRI pode existir remuneração direta ao profissional pela participação em atividade adicional de consulta ou cirurgia, porém há que estar atento aos efeitos perversos decorrentes do *paying for performance*, de que são exemplos a seleção adversa (descartando os doentes menos rentáveis), a diminuição da inovação (evitando os investimentos relevantes) ou ainda o

estabelecimento de objetivos menos ambiciosos, minimizando o risco de incumprimento (Barreto, 2015).

3. Metodologia

3.1. Método

Estamos perante uma investigação qualitativa de carater exploratório, configurando um estudo de caso. O estudo de caso é o método mais adequado quando o foco é a análise de acontecimentos contemporâneos, quando o investigador tem pouco ou nenhum poder sobre os comportamentos e pretende desenvolver recomendações com aplicabilidade nas organizações. Adota-se uma metodologia de etapas sucessivas: recolha, análise e interpretação de dados a partir de várias fontes para aumentar a credibilidade do estudo (Yin, 2014: 55-89).

3.2. Técnica de recolha de dados

A recolha de dados foi feita através análise documental, *focus group* e entrevistas semiestruturadas.

3.2.1. Análise documental

A análise documental incluiu a revisão da literatura e a análise de documentos relevantes para o projeto. Foram utilizados vários recursos, de que são exemplo a B-On, Science Direct, SciElo, Google Scholar, PubMed, Pordata, Diário da Républica Eletrónico, SNS24, ACSS, OMS e livros pertinentes.

Os temas pesquisados foram cárie dentária, cuidados de saúde oral, crianças com necessidades especiais, acessibilidade, equidade, gestão estratégica da saúde, controlo de gestão, gestão estratégica de pessoas. A escolha das referências a incluir suportaram-se na importância do artigo, fator de impacto e número de citações.

Os documentos públicos consultados foram os relatórios de atividades da ULSSJosé, legislação, páginas diversas da ACSS e SNS24.

Foram também recolhidos dados pelo método de entrevista e *focus group*. A entrevista foi de tipo semiestruturada com o intuito de recolher dados primários objetivos e subjetivos (Minayo, 1989).

3.2.2. *Focus group*

O *focus group* é um método qualitativo de recolha de dados, derivado da entrevista aberta. Consiste em reunir um pequeno grupo de pessoas escolhidas por terem um traço comum relevante para o estudo proposto. São lideradas por um moderador cuja tarefa principal é manter o foco no tema. O debate é estruturado em torno de uma questão com o intuito de apreciar as diferentes

perspetivas e soluções e aponta-se como vantagem o facto de a interação grupal trazer ideias novas (Lopes *et al*., 2010).

Neste estudo o grupo foi constituído por 7 pessoas, o Diretor do Serviço, o Administrador da área e cinco médicos Estomatologistas. O objetivo foi debater o problema do aumento da lista de espera cirúrgica e o incumprimento dos TMRG.

3.2.3. Entrevista semiestruturada

A entrevista permite recolher dados relativos à motivação, sentimentos, opiniões e experiências dando alguma liberdade ao entrevistado. Pelo facto de ser semiestruturada, utiliza um guião flexível e o entrevistador pode interromper, sugerir e clarificar as respostas que vai obtendo (Haro, 2016:95-97). O nº de entrevistados é modesto e esta técnica permite uma melhor perceção da comunicação verbal e não verbal, parece-nos que estas vantagens superam o risco de enviesamento pela presença do entrevistador.

Foram entrevistados médicos provenientes de duas populações distintas, o grupo 1 - médicos Estomatologistas do SNS e o grupo 2 - diretores de CRIs cirúrgicos. Utilizaram-se dois guiões distintos (anexo A e B).

A entrevista contempla várias dimensões. São comuns aos dois guiões as seguintes etapas:

- Introdução: apresentação da entrevistadora, do tema e objetivos da entrevista, garantindo a confidencialidade das respostas e pedindo autorização para tomar notas.
- Da entrevista: o local de entrevista e a duração da mesma.
- Do entrevistado: contextualização profissional.
- Agradecimentos.

Das entrevistas do grupo 1 – Em entrevistas exploratórias a médicos, a ideia reiterada acerca dos CRI, era que se tratava apenas de um mecanismo para auferir melhor remuneração podendo até criar injustiças e fragmentação da classe médica. Com estas entrevistas pretende-se conhecer o nível de conhecimento que os médicos têm acerca do modelo de CRI e quais as suas expetativas e interesse em integrar uma unidade deste tipo, no intuito de perceber se o CRI pode ser uma forma de atrair e reter o talento médico.

Das entrevistas do grupo 2 – As entrevistas aos Diretores de CRI enquadram-se no *benchmarking*, explorando os desafios enfrentados, fatores críticos de sucesso e estratégias de superação na criação dos respetivos CRI.

3.3 Técnicas de tratamento de dados

Procedeu-se à análise de conteúdo segundo a metodologia de Bardin (1977). Esta técnica de pesquisa qualitativa procura compreender, identificar e analisar os padrões e significados do conteúdo das entrevistas. A análise do texto original e a sua decomposição em unidades permite a organização sistemática da informação em categorias ou dimensões, viabilizando o agrupamento dos dados e produzindo inferências. A autora descreve as várias etapas da análise de conteúdo e respetivas atividades em cada momento.

- Etapa 1: pré análise, transcrevem-se as entrevistas que serão o corpo da pesquisa e faz-se uma leitura flutuante das mesmas, formulam-se hipóteses e indicadores que devem cumprir certas normas, exaustividade (esgotar o assunto), representatividade (a amostra deve representar o universo), homogeneidade (os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem coletados por meio de técnicas iguais), pertinência (dados adequados à pesquisa) e exclusividade (um elemento deve ser classificado apenas numa categoria).
- Etapa 2: é a fase da codificação, procede-se ao recorte e à escolha das unidades de registo (podem ser a palavra, o tema, personagem, entre outros) e das unidades de contexto. Segue-se a enumeração que pode assumir várias formas: presença ou ausência, frequência, ordem, intensidade e a coocorrência (presença de duas ou mais unidades de registo na mesma unidade de contexto). Neste projeto a unidade de análise vai ser o tema.
- Etapa 3: é a fase da categorização, agrupamento das unidades de análise em categorias ou temas com base nas suas semelhanças. Os critérios de categorização podem ser de tipo semântico (tema), sintático (verbos, adjetivos e pronomes), léxico (sentido e antónimos/sinónimos) e expressivo (variações na linguagem e na escrita).
- Etapa 4: interpretação e análise, nesta etapa, os pesquisadores examinam as categorias para identificar padrões, entender o significado subjacente e fazer inferências.
- Etapa 5: apresentação dos resultados, reflexões, comparação dos resultados com a literatura.

4. Diagnóstico da organização

4.1. Caracterização da Unidade Local de Saúde de São José

O Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC) resultou da fusão, em 2007, do Centro Hospitalar de Lisboa – Zona Central – Hospitais de S. José e Santo António dos Capuchos com os Hospitais de Santa Marta e de D. Estefânia (Decreto-lei n.º 50-A/ 2007) . Em 2012 são integrados o Hospital de Curry Cabral e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa (Decreto-Lei n.º 44/ 2012). O Decreto-Lei n.º 61/ 2018, formaliza a passagem a Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, (CHULC). O CHULC tem ensino universitário e formação pós-graduada, com elevada diferenciação científica e tecnológica. No seu regulamento de 2014, afirma-se que a instituição adota como eixo estruturante um modelo de governação clínica, no intuito de criar condições para o exercício de uma medicina moderna, centrada no bem-estar do doente e dos profissionais. No que concerne à gestão reconhece que o modelo de contratualização interna traz agilidade e melhora a execução.

O CHULC é, desde o dia 1 de janeiro de 2024, a Unidade Local de Saúde São José (ULSSJ) por integração com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Central e Centro de Saúde de Sacavém (Decreto-Lei nº 102/2023). As Unidades Locais de Saúde (ULS) foram criadas pelo Decreto-Lei nº 102/2023 com o intuito de promover e articulação entre os vários níveis de cuidados, este modelo valoriza a promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico e tratamento precoce bem como reabilitação adequada. O seu financiamento assenta na capitação ajustada ao risco e fluxo de doentes. O contrato-programa (CP) é trienal, revisto anualmente por acordos modificativos definindo orientações e objetivos de produção

4.2. A ULS São José em números

A área de influência direta da ULS São José abrange 13 freguesias do concelho de Lisboa e quatro do concelho de Loures, correspondendo, no total, a 384 774 residentes e a 440 012 inscritos nos centros de saúde. Inclui diversas unidades hospitalares e dos cuidados primários (figura 7).

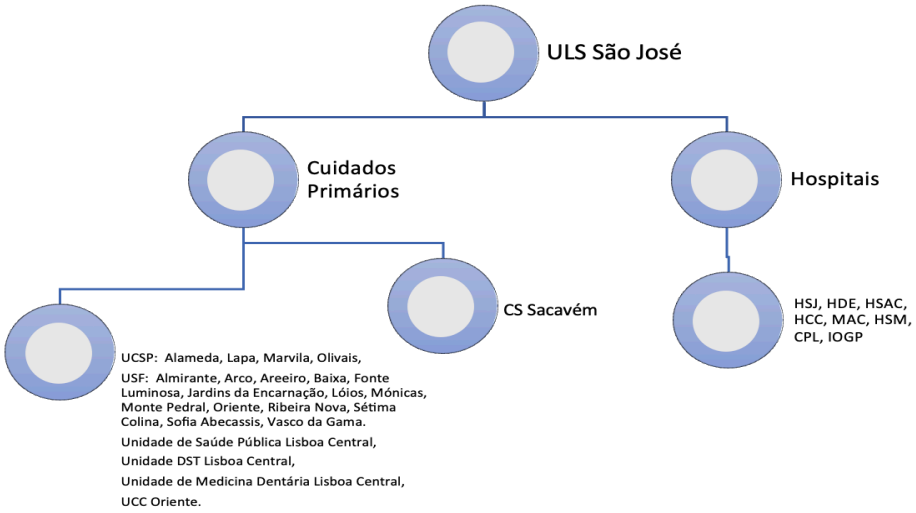


Figura 7: Constituição da ULS São José

A ULS São José só existe desde janeiro de 2024 e, portanto, não existem dados nem regulamento; assim sendo, utilizam-se os dados e objetivos do CHULC (tabela 1).

A taxa de execução dos objetivos de produção do CHULC em 2022, foi de 96,3%.

Tabela 1: Acordo modificativo do CHULC – taxa de execução da componente produção

Linha de produção	Peso relativo da linha produção	Taxa de execução
Componente produção	100%	98,20%
Consultas externas	16,50%	100,10%
Internamento	43,70%	97,10%
Episódios de GDH de ambulatório	10,76%	102,60%
Urgências	6,16%	98,40%

Fonte SICA em 23 março de 2023

Para o ano de 2023, o contrato programa foi prorrogado do triénio 2017-2019 e o CHULC compromete-se a alcançar um EBITDA de – 46 301 605,17€. O orçamento atribuído à ULSSJ para o ano de 2024 é de 680 981 629,71€ (ACSS 2024).

Na tabela 2 destacam-se as rubricas mais relevantes das várias linhas de produção.

Tabela 2: Atividade hospitalar 2023

Consultas	Preço (€)	Número	Total (€)
Primeiras consultas médicas (sem majoração)	79	108 696	8 586 984
Primeiras consultas referenciadas (CTH)	87	45 863	3 990 081
Primeiras consultas (telemedicina)	87	1 109	96 483
Primeiras consultas (descentralizadas)	95	2	190
Primeiras consultas (CRI)	95	33 892	3 219740
Consultas médicas subsequentes (sem majoração)	79	422 982	33 415 578
Consultas médicas subsequentes (telemedicina)	87	3 621	315 027
Consultas médicas subsequentes (descentralizadas)	95	17	1 615
Consultas médicas subsequentes (CRI)	87	53 567	4 660329
... Valor total consultas			**58 715 946**
Internamento (doentes saídos)	**Preço (€)**	**Número**	**Total (€)**
GDH médico	3 120	20 500	80 411 545, 34
GDH cirúrgico	3 120	9 846	38 622 804,48
GDH cirúrgico CRI	3 276	1 242	5 113 877,93
GDH cirúrgico urgente	2 964	7 282	27 137 985,64
GDH cirúrgico urgente CRI	3 112	1557	6 093 539,98
...Valor total internamento			**166 406 950,53**
Ambulatório	**Preço (€)**	**Número**	**Total (€)**
GDH médico	3 120	16 874	11 119 021,06
GDH cirúrgico	3 276	13 451	28 840 854,04
GDH cirúrgico CRI	3 440	839	1 888 991,72
GDH médico CRI	3 276	525	363 242,88
... Total de GDH de ambulatório			**43 487 440,25**
Valor da produção contratada			**381 004 260,75**
Valor total do contrato			**497 606 108,00**

Fonte: Contrato programa de 2023, CHULC

Da análise da tabela 2 identificámos aspetos a melhorar, nomeadamente o aumento da referenciação pela via CTH, o aumento das consultas descentralizadas, o aumento da telemedicina e a organização em CRI.

No que respeita à caracterização dos recursos humanos (tabela 3) o CHULC revela uma elevada taxa de tecnicidade. Os colaboradores do CHULC são maioritariamente mulheres, têm uma taxa de vinculação permanente superior a 90% e a sua idade média é de 44 anos. Em termos de diferenciação, o seu nível de escolaridade é elevado com 57,55% com licenciatura ou habilitação superior.

Em termos de horas trabalhadas constata-se uma diminuição de equivalentes de tempo completo[1] (ETC) em todos os grupos analisados (tabela 4), mas com menor expressão nos médicos.

Tabela 3: Caracterização dos RH do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

[1] (ETC= 35h/semana)

Indicadores	2020	2021	2022
Total de efetivos	8171	8302	8176
Idade média global	43	43	44
Taxa de tecnicidade (rácio técnicos/não técnicos)	65,61%	65,20%	68,20%
Médicos em formação	32,77%	33,51%	33,25%
Idade média médicos (total)	39	39	39
Idade média médicos (excluindo internos)	49	49	48
Idade média enfermeiros	39	39	40
Taxa de emprego feminino (total)	75,3%	75,3%	75,68
Taxa de emprego feminino (médicas)	61,6%	62%	62,83%
Taxa de emprego feminino (enfermeiras)	84%	84%	84,12%
Médicos especialistas com horário de 40h	52,2%	56,1%	59,7%
Enfermeiros com horário de 40h	1,5%	1,3%	0,51%

Fonte: Relatório de Governo Societário 2022. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE.

Tabela 4: Evolução do nº de ETCS por grupo profissional

Grupo profissional	2020	2021	2022	Variação % 22/21
Médico	1137	1177	1172	-0,4%
Enfermeiro	2808	2798	2741	-2,0%
Assistente operacional	1996	2086	2028	-2,8%

Fonte: Relatório de Governo Societário 2022. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE.

No CHULC a taxa geral de absentismo aumentou relativamente a 2021, mas está na média do panorama nacional para a saúde. O maior aumento verifica-se nos assistentes operacionais e médicos.

Tabela 5: Taxa de absentismo por grupo profissional

	2019	2020	2021	2022	Var 21/22
Médicos	7,7%	8,5%	8,4%	10,6%	2,2 pp
Internos	7,7%	7,7%	7,6%	8,8%	1,1 pp
Enfermeiros	9,8%	11,8%	11,9%	12,7%	0,8 pp
Assistente técnico	7,5%	12,9%	9,3%	9,2%	-0,1 pp
Assistente operacional	11%	14%	13,1%	15,3%	2,2 pp

Fonte: Relatório de Governo Societário 2022. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE.

A atividade cirúrgica no CHULC aumentou (2,5%), na comparação 2022/2021 com melhoria (9,4%) do TMRG, mas com aumento superior do nº de doentes inscritos em lista de espera (tabela 6), isto implica que, no curto prazo, não aumentando o nº de cirurgias, os tempos de espera vão piorar.

Tabela 6: Evolução da atividade cirúrgica, CHULC 2019-2022

Atividade cirúrgica	2019	2020	2021	2022	Δ 2021/22
Total de cirurgias	38564	32599	38356	39328	2,5%
Convencional	12550	10202	11435	11908	4,1%
Ambulatório	17776	15061	19174	19345	0,9%
Urgente	8238	7336	7747	8075	4,2%
Nº de doentes inscritos	15958	14583	13211	14547	10,1%
Doentes cirúrgicos dentro do TMRG	82,2%	77,8%	55,7%	79,1%	23,4%
Média do tempo de espera (dias)	248	304	244	221	-9,4%

Fonte: Relatório de Governo Societário 2022. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE.

4.3. O posicionamento estratégico da ULS São José (ULSSJ)

A ULSSJ tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, constituindo-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação, promovendo a eficiência através de programas de melhoria operacional e gestão clínica. Deve apoiar o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, instituindo uma política de incentivos indexada aos resultados, bem como uma política de formação contínua. Pauta a sua atuação pelos seguintes aspetos 1) competência técnica; 2) ética; 3) cuidados seguros centrados no doente com melhoria contínua da qualidade; 4) responsabilidade e transparência; 5) meritocracia e rigor; 6) boas condições de trabalho e 7) atividade orientada para os resultados.

Sendo muito recente a transição para o modelo ULS, consideraremos os 3 eixos estratégicos plasmados no Relatório de Governo Societário, 2022 do CHULC. Destacam-se apenas as ações de cariz generalista na figura 8.

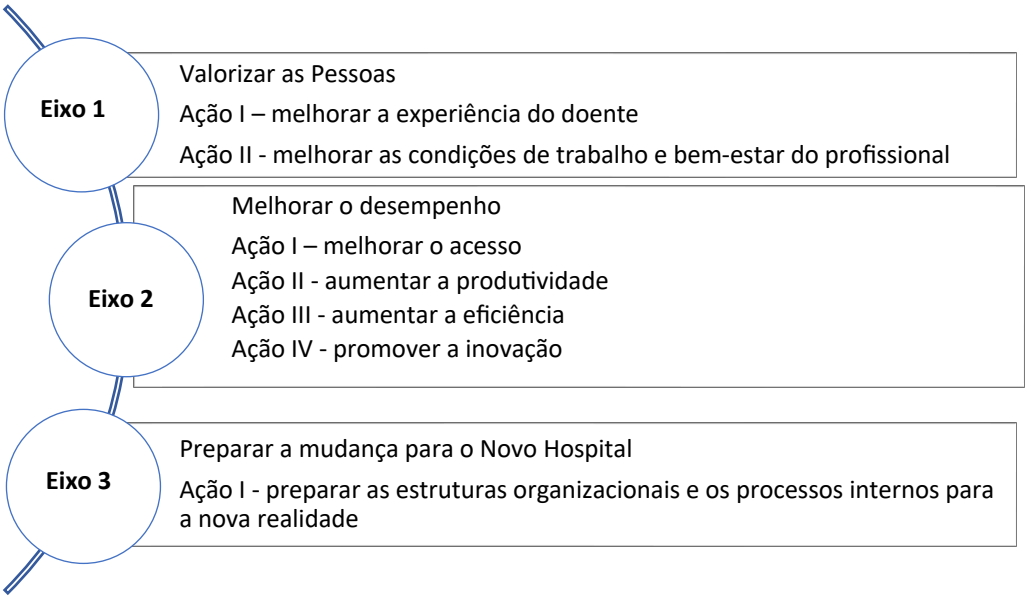


Figura 8: Eixos estratégicos do CHULC (2022)

4.4. Caracterização do Serviço de Estomatologia da ULSSJ

O Serviço de Estomatologia da ULSSJ está integrado, desde 2016, na Área de Especialidades Cirúrgicas (AEC). Compreende dois polos, o Serviço de Estomatologia do Hospital de São José (HSJ), destinado a adultos, e a Unidade de Estomatologia Pediátrica, sediada no hospital de Dona Estefânia.

O quadro médico é constituído por 20 especialistas sendo 2 Assistentes Graduados Sénior, 4 Assistentes Graduados e 14 Assistentes Hospitalares.

O Serviço de Estomatologia do HSJ funciona em edifício próprio. É constituído por um gabinete de secretariado e sala de espera, oito gabinetes equipados para procedimentos, sala de reuniões, gabinete do diretor, gabinete de enfermagem e sala de processamento de material. Não dispõe de internamento próprio. A sua atividade cirúrgica sob anestesia geral decorre no Hospital Curry Cabral.

Dedica-se preferencialmente a doentes que, pelas múltiplas comorbilidades, necessitam da envolvente hospitalar. A atividade clínica engloba consulta externa e interna, apoio à urgência, internamento e bloco operatório. As suas áreas de conhecimento são diversas, abrangendo Cirurgia Oral, Dentisteria Operatória, Endodontia, Ortodontia, Disfunção Temporomandibular e Medicina Oral.

No momento estão em formação 5 Internos de Estomatologia e de outras especialidades, que atuam em áreas anatómicas afins. Semanalmente existem reuniões de cariz científico e a Ordem dos Médicos atribui-lhe idoneidade formativa de 33 meses.

4.5. Caracterização da Unidade de Estomatologia Pediátrica (UEP)

A UEP localiza-se no edifício das Consultas Externas do HDE, possui dois gabinetes técnicos, um gabinete de coordenação e uma sala de enfermagem. Partilha a sala de espera e o secretariado da consulta externa. Tem 5 especialistas, em dedicação plena, num total de 5,7 ETC .

Esta Unidade iniciou a sua atividade em 1999 com a missão de prestar cuidados à criança "especial," ou seja, a todos aqueles cujo tratamento estomatológico deva decorrer em ambiente hospitalar. Foi integrada, em julho de 2020, no Serviço de Estomatologia do HSJ.

Em termos de acessibilidade, a área de influência direta da UEP é a da ULSSJ, mas sendo o único hospital pediátrico do sul do país, atrai muitos doentes fora da área referida. O seu exercício decorre fundamentalmente na consulta externa e no bloco operatório. A consultoria é uma atividade hospitalar comum, frequentemente sem procedimentos associados, advindo daí a necessidade de valoração deste exercício interdisciplinar que visa integrar a patologia oral na patologia sistémica.

O acesso à primeira consulta é priorizado em função da situação clínica tal como previsto na lei. Os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) para cirurgia também variam em função do nível de prioridade, sendo o prazo máximo de 180 dias (Portaria nº 153/2017). Verifica-se um crescendo

de doentes que procuram cuidados sob anestesia geral e nos últimos quatro anos a lista de espera cirúrgica tem vindo a aumentar, duplicando o TMRG.

No acordo modificativo de 2022, o CHULC assume a responsabilidade financeira decorrente das intervenções cirúrgicas, realizadas por terceiro, aos seus utentes. Todavia o mecanismo do "vale-cirurgia", não é resolutivo por várias razões: 1) o hospital de destino não fornece todo o pacote de serviços; 2) o hospital de destino recusa os doentes pela complexidade sistémica; 3) os pais recusam sair da área de residência pela logística envolvida, não esquecer que nestas crianças o transporte pode ser desafiante e 4) os pais recusam abandonar o hospital de origem. Portanto o vale-cirurgia tem pouca expressão no TMRG e não mitiga o sofrimento e insatisfação dos utentes e profissionais. Para garantir a equidade é necessário que a sociedade reconheça e mitigue os desafios quotidianos que enfrentam todos aqueles com necessidades especiais (Thomas *et al.,* 2018, Westgarth 2019). Para os profissionais é um fator de insatisfação que agrava a retenção do talento.

4.6. A Estomatologia da ULS São José em números

4.6.1. Serviço de Estomatologia do Hospital de São José

A tabela 7 apresenta os dados relativos às consultas, cirurgias e evolução da lista de espera para consulta. Cerca de 20% das consultas estão fora dos TMRG.

Tabela 7: Movimento assistencial e evolução da LEC da Estomatologia do HSJ, 2023

Consulta HSJ							
2023	Primeiras			Subsequentes			Total consultas
	3765			7722			11487
Cirurgia HSJ							
2023	Convencional			Ambulatória			Total cirurgias
	base	adicional		base	adicional		3032
	215	0		2817	0		
LEC HSJ							
2019/23-	Dez'19	Dez'20	Dez'21	Dez'22	Dez'23	LEC > 9 meses	1ªs cons. fora do TMRG
	576	146	183	625	696	41	140

Tabela 8: Evolução da atividade cirúrgica, Estomatologia HSJ – 2019 a 2022

	2019	**2020**	**2021**	**2022**	**Var 21/22**
Ambulatório	3099	2526	2563	2611	1,9%
Convencional	284	180	201	188	-6,5%
Urgência	4	1	1	1	0
Total	3387	2707	2765	2800	2,1%

Fonte: Relatório de Governo Societário 2022 - Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE.

Na tabela 8 apresenta-se a evolução da atividade cirúrgica entre 2019 e 2022. Verifica-se um aumento sustentado do número de cirurgias, mas ainda inferior ao alcançado pré-pandemia (2019). Relativamente à atividade cirúrgica do polo de adultos, importa clarificar que uma fração relevante dos procedimentos decorre sob anestesia local/regional, nas instalações do Serviço de Estomatologia o que diminui o TMRG para 42 dias. Contudo, este tempo de espera é significativamente maior, quando se consideram apenas os doentes que aguardam cirurgia sob anestesia geral no bloco operatório (cerca de 12 meses). Infelizmente é neste grupo que estão as pessoas com necessidades especiais, nomeadamente aquelas com alterações severas do comportamento.

4.6.2. Unidade de Estomatologia Pediátrica do Hospital de Dona Estefânia (UEP)

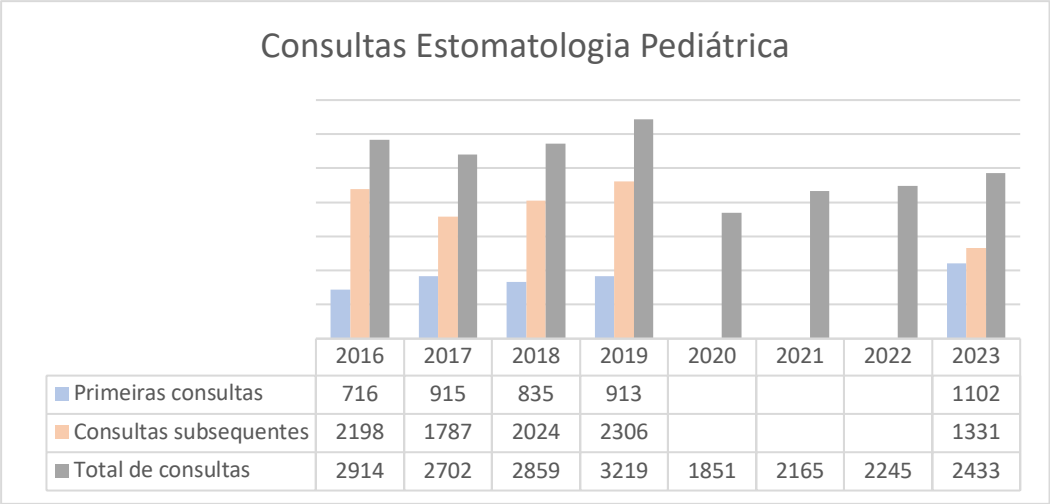
Esta Unidade funciona em regime de "consulta de grupo" assumindo-se que os doentes são da equipa o que permite uma transversalidade e uniformização da prática clínica. Todos conhecem os doentes e as práticas dos colegas, os procedimentos são realizados por dois médicos, permitindo a construção de uma cultura própria que se traduz em melhores cuidados. Este sistema também assegura que, no caso de ausência de médicos, não programadas, o doente é sempre tratado.

Em termos de *outputs*, a Unidade de Estomatologia tem resultados modestos, mas constantes (figura 9). O fator limitante da produção é o número de gabinetes técnicos, que são apenas dois, atualmente agravado pelas avarias recorrentes dos equipamentos.

O prazo definido para acesso à primeira consulta é definido pela Portaria nº 95/2013 e nº 153/2017 do Ministério da Saúde e varia consoante a prioridade atribuída pelo médico triador, se muito prioritário pode aguardar até 30 dias, prioritário até 60 e normal até 120 dias. A UEP supera o exigido por lei no acesso à primeira consulta. Atualmente um doente muito prioritário é observado no máximo de 10 dias e o "normal" no máximo de 60 dias.

Verifica-se que o total de consultas variou entre 3219, em 2019 e 2433 doentes em 2023, contudo, importa salientar que a designação consulta não traduz a atividade desenvolvida, uma vez que são realizados muito procedimentos que não geram GDH.

No ano de 2023 verificou-se um aumento discreto do total de consultas (tabela 9), à custa do aumento de primeiras consultas (45%) . Contudo apenas 43% dos doentes são referenciados pela CTH, pelo que se afigura necessário investir nesta via de referenciação já que este acesso é majorado no preço.



	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Primeiras consultas	716	915	835	913				1102
Consultas subsequentes	2198	1787	2024	2306				1331
Total de consultas	2914	2702	2859	3219	1851	2165	2245	2433

Figura 9: Evolução do movimento assistencial consulta, Estomatologia HDE

Tabela 9: Movimento assistencial da Estomatologia e evolução da LEC, HDE, 2023

Consulta HDE				**Proveniência**
2023	Primeiras	Subsequentes	Total	CTH/VAI
	1102	1331	2433	471

LEC HDE					
2019-2023	**Dez'19**	**Dez'20**	**Dez'21**	**Dez'22**	**Dez'23**
	97	224	289	273	233

Nas primeiras consultas na UEP, a maioria dos doentes, tem uma entrevista com a enfermagem com o objetivo de conhecer e implementar hábitos promotores de saúde oral. Contudo apenas foram registadas 197 entrevistas de enfermagem o que indicia insuficiência de registos.

Relativamente à atividade cirúrgica a UEP intervenciona cerca de 160 doentes por ano sob anestesia geral. É o médico que atribui ao doente o respetivo nível de prioridade que vai determinar o TMRG. No nível "normal" prioridade 1, o TMRG é de 180 dias, no nível 2 (prioritário) é de 60 dias, no nível 3 (muito prioritário) é de 15 dias e no nível 4 (urgência diferida) é de 72h.

O nº de doentes que procura cuidados sob anestesia geral tem vindo a crescer e entre 2022/2023, o nº de inscritos em LIC aumentou 75% (tabela 10). É obvio o incumprimento dos TMRG, especialmente na prioridade 1 "normal" (figura 10).

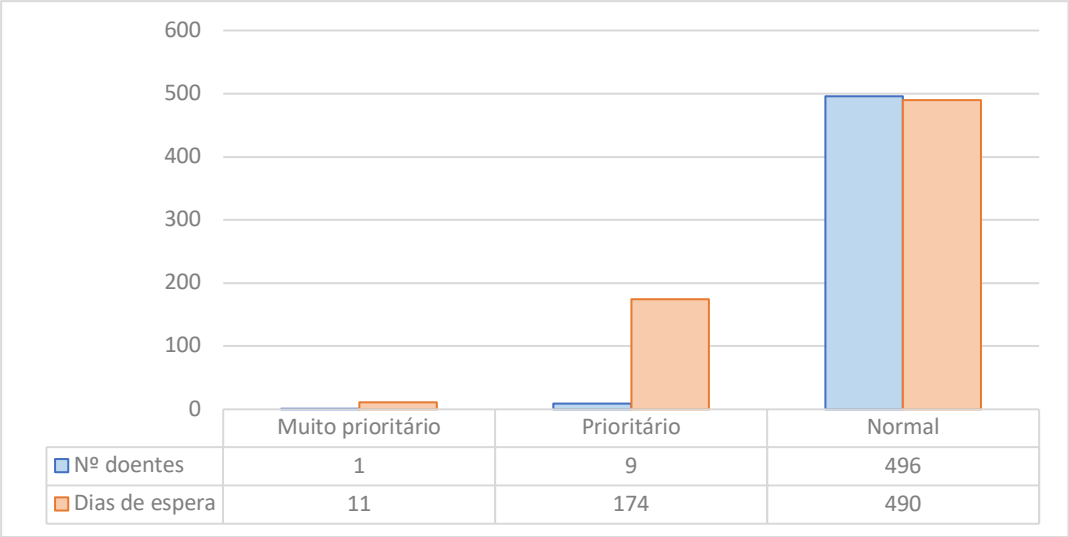


Figura 10: Tempos de espera para cirurgia, Estomatologia HDE 2023

Tabela 10: Evolução do número de inscritos em LIC, Estomatologia HDE

LIC HDE							
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total de doentes	160	167	82	76	118	275	482
Tempo espera (em dias)	123	255	171	201	167	-	462

O ano de 2023, em termos de número total de procedimentos sob anestesia geral (tabela 11), não foi diferente dos anteriores. O total de procedimentos foi semelhante, graças à produção adicional iniciada em março de 2023 e que representou 1/3 do número total de intervenções. A taxa de ambulatorização foi elevada com 69% de cirurgia do ambulatório.

Tabela 11: Atividade cirúrgica da Unidade de Estomatologia Pediátrica

	Cirurgia convencional			**Cirurgia ambulatória**			**Total**
HDE 2023	**base**	**adicional**	**total**	**base**	**adicional**	**total**	
	35	3	38	72	50	122	160

Os tempos operatórios são um recurso escasso e é preciso maximizar a sua utilização pelo que a UEP tem como objetivo mínimo 80% de ocupação dos tempos operatórios.

Na tabela 12, taxa de ocupação do bloco, constata-se que existe margem para melhoria.

Tabela 12: Ocupação do bloco operatório, Estomatologia HDE 2023

Taxa de ocupação em %											
Jan	Fev	Mar	Abril	Maio	Junho	Julho	Ag	Set	Out	Nov	Dez
85,1	67,5	87,9	77,2	81,9	78,5	88,5	76,9	92	80,9	97,1	81,1

A taxa de ocupação pode ser melhorada otimizando o funcionamento do bloco operatório . Por exemplo, em média, a primeira cirurgia, tem início pelas 9h e 25 minutos e apesar do ganho de 15 minutos face a 2022, é passível de melhoria. Também o tempo de *turnover,* que em 2023 variou entre 25 e 32 minutos, pode ser menor o que aliás já se verifica na produção adicional, talvez porque a remuneração está indexada à produção.

Do perfil assistencial da UEP resulta que os seus doentes têm múltiplas comorbilidades, isto aumenta o risco de cancelamento, nas 24h antes da cirurgia, com desperdício óbvio da capacidade instalada. O mesmo se verifica quando o hospital não dispõe de vaga inviabilizando a realização do procedimento, isto é típico no pico das infeções respiratórios (vide taxa de ocupação em fevereiro), altura em que os internamentos para cirurgia eletiva não são possíveis.

4.7. Benchmarking

4.7.1. Benchmarking da ULS São José

O CHULC pertence ao grupo E (figura 11) juntamente com o Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), o Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUSA), o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra (CHUC), o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte e o Centro Hospitalar Universitário Lisboa Ocidental) (https://benchmarking-acss.min-saude.pt/BH_VolUtilizacaoDashboard

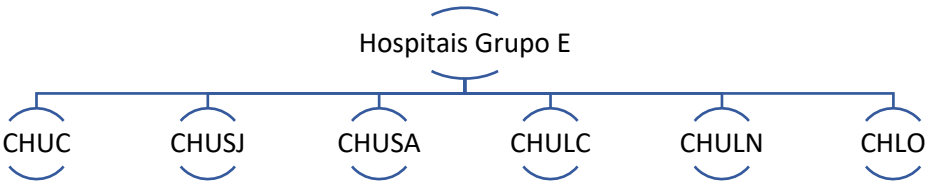


Figura 11: Hospitais do grupo E

O Benchmarking da organização é pertinente porque da comparação da performance do CHULC com os outros hospitais similares, é possível determinar as áreas de melhoria e aprender a otimizar os recursos disponíveis. Por outro lado, o conhecimento da organização permite alinhar os objetivos de topo com os do CRI ET.

O benchmarking dos hospitais utiliza vários indicadores. Os indicadores de produtividade são a taxa anual de ocupação no internamento, demora média cirúrgica e doentes-padrão/médico ETC. O CHULC posiciona-se em 3º lugar na taxa de ocupação no internamento. Em termos de demora média cirúrgica e doente padrão/médico ETC , o CHULC é o pior do grupo E.

Os indicadores de acesso monitorizam a percentagem de consultas realizadas em tempo adequado e a % de inscritos em LIC dentro do TMRG. Quanto ao cumprimento dos TMRG cirúrgicos, o CHULC é o último do grupo E. No que diz respeito à realização das 1ªs consultas é o 3º melhor.

Os indicadores do desempenho assistencial são vários mas só nos interessa o indicador que mede a ambulatorização. Neste aspeto o CHULC lidera o grupo.

Relativamente aos indicadores de desempenho económico-financeiro, estes assentam no conceito do doente padrão o que permite transformar toda a atividade hospitalar, de natureza heterogénea, numa única unidade de produção. Nos gastos com pessoal o CHULC tem a pior posição, no material consumo clínico o CHULC é o 2º melhor do grupo E. Relativamente aos custos operacionais por doente-padrão o CHULC tem o pior desempenho. A pontuação do CHULC no ranking do grupo E apresenta-se na figura 12 sendo 1 o melhor resultado.

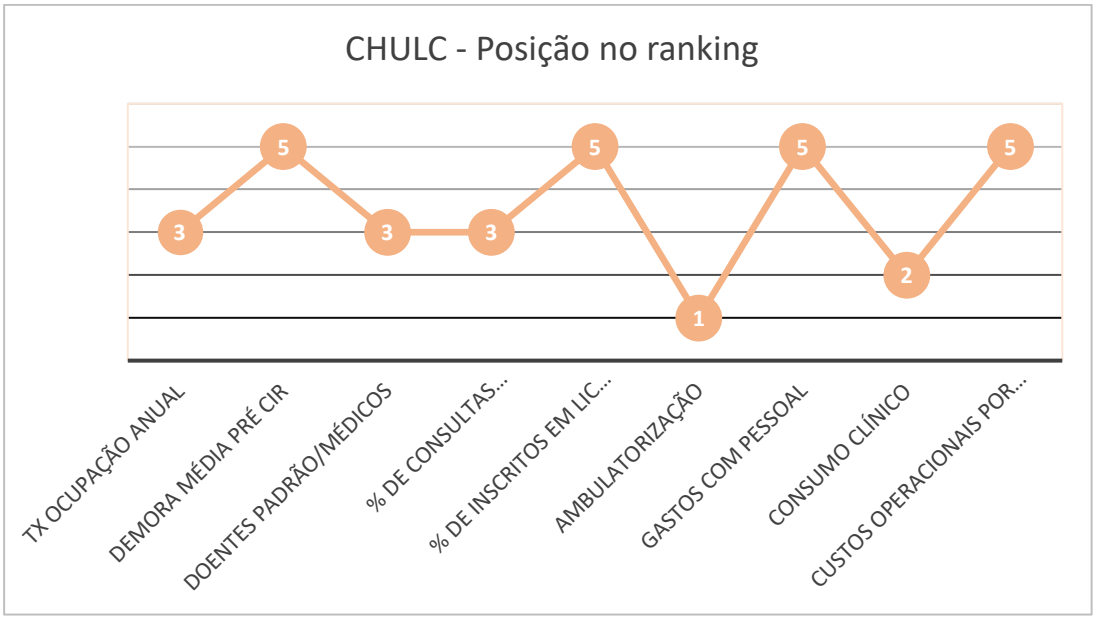


Figura 12: Benchmarking – Posicionamento do CHULC no grupo E[2]

Se o CHULC fosse mais eficiente e ocupasse a 1ª posição do grupo E, nas categorias referidas, a poupança obtida seria muito relevante (figura 13). No anexo D são apresentados todos os dados relativos ao benchmarking dos hospitais do grupo E (figuras 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 e 37).

[2] Escala de 1 a 5, sendo 5 o pior resultado

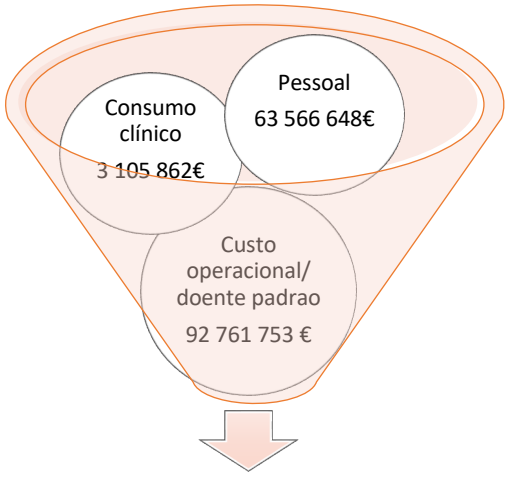


Figura 13: Benchmarking - Potencial de poupança do CHULC

4.7.2. Benchmarking da Estomatologia

A comparação entre Serviços de Estomatologia é difícil pela heterogeneidade dos hospitais. Relativamente à atividade pediátrica, só o hospital de Dona Estefânia apresenta dados publicados.

Na tabela 13 apresentam-se os dados dos hospitais do grupo E, a dimensão da lista de espera para cirurgia (LIC) e consulta (LEC) bem como o respetivo tempo de espera, em dias.

Tabela 13: Tempos de espera para cirurgia e consulta Estomatologia nos hospitais do Grupo E

Hospitais Grupo E	Nº doentes em LIC	Tempo espera cirurgia (dias)		Consulta prioritária(dias)	Consulta normal (dias)
Hospital São José	322	42		33	66
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra	117	56		37	96
Hospital Egas Moniz	248	84		34	62
Hospital Santa Maria	509	112		79	141
Hospital São João	1086	236		38	83
Hospital de Santo António	N.D.	N.D.		18	100
Hospital de Dona Estefânia	496	490		6	104

Fonte: SNS – tempos médios de espera para cirurgia e consulta de Estomatologia

No que diz respeito à LIC é notória a incapacidade de resposta, em tempo útil, da Unidade de Estomatologia Pediátrica. Quanto aos TMRG para consulta os dados disponíveis mostram que, no geral, os tempos são cumpridos. A UEP tem bom desempenho neste item.

4.8. Resultados do *focus group* e das entrevistas semiestruturadas

4.8.1. *Focus group*

No intuito de debater o problema de acessibilidade foi agendada uma reunião com o administrador da área e 5 estomatologistas (incluindo o Diretor do Serviço). O tema em análise foi o aumento exponencial da lista de espera cirúrgica pediátrica. O Diretor do Serviço apelou ao debate com o intuito de encontrar soluções, de seguida o administrador da área expôs os dados relativos ao número de inscritos e tempos de espera salientando o incumprimento reiterado dos mesmos. A maioria dos Estomatologistas apontaram como principais causas: 1) o aumento da referenciação; 2) a procura por cuidados dentários só possíveis na envolvente hospitalar e 3) a diminuição de tempos operatórios.

Um Estomatologista afirmou que são referenciados muitos doentes fora da área da ULS, mas foi confrontado por outro, que lembrou que o sistema de Livre Acesso e Circulação de Utentes no SNS (LAC), permite que o doente escolha qualquer hospital do SNS onde exista a especialidade. Todos concordaram que não se podem recusar doentes, com base na área, por ser contrário à lei.

Relativamente às soluções, os estomatologistas foram unânimes relativamente ao mecanismo do vale-cirurgia, afirmando que este não é resolutivo por ser reduzido o número de doentes elegíveis e isso é válido também para a produção subcontratada. Este dois mecanismos, já ensaiados, produziram resultados modestos devido ao perfil de doentes com comorbilidades várias.

O administrador afirmou que não é possível aumentar os tempos operatórios programados por carência de anestesiologistas mas que é possível aumentar a produção adicional. O estomatologista responsável pela atividade cirúrgica, afirmou não haver dificuldade em constituir equipa para operar extra horário, uma vez que a remuneração é atraente. Do debate concluiu-se que, por agora, a única solução possível passa pelo aumento da cirurgia adicional, mas que está limitada a doentes ASA I e II e portanto não é a resposta ideal.

4.8.2 Entrevistas do grupo 1

Foram entrevistados 7 médicos, 4 mulheres e 3 homens, especialistas em Estomatologia, em exercício no SNS, todos em regime de dedicação plena e que constituíram o grupo 1. Em termos de idade, o valor máximo foi de 63 anos e o mínimo de 32 com uma mediana de 38 anos. Inquiridos sobre o tempo decorrido desde a aquisição do título de especialista o valor máximo foi de 33 anos e o mínimo de 1, com uma mediana de 5 anos de atividade como Estomatologista. Deste grupo, 6 são assistentes hospitalares e apenas 1 é assistente graduado.

Seguindo a metodologia de Bardin apresentam-se as categorias e subcategorias, bem como os objetivos associados a cada questão (tabela 14).

Os entrevistados foram quase unânimes nas seguintes afirmações: 1) não se sentem valorizados pela instituição e consideram que esta não investe na especialidade; 2) estão moderadamente satisfeitos com o Serviço, contudo reconhecem que a organização deve melhorar; 3) a carga de trabalho é adequada e conciliam bem a vida profissional e pessoal; 4) consideram o trabalho em equipa recompensador. Demonstram baixo conhecimento sobre o modelo de CRI ,mas apenas 29% manifesta reservas em pertencer a um. Este resultado é quase paradoxal mas, deriva do facto de, de forma unânime, encararem o modelo de CRI como sinónimo de melhor remuneração.

No momento, não existe sistema de gestão e avaliação de desempenho, o que é apontado como ponto negativo e gerador de insatisfação. Outros aspetos negativos foram a falta de autonomia, ausência de participação na gestão e comunicação deficitária. A ausência de reuniões plenárias de cariz gestionário foi algo referido por 6 dos 7 entrevistados. No anexo C apresentam-se aspetos detalhados das entrevistas nomeadamente as unidades de análise (tabela 27).

Tabela 14: Grupo 1 - Categorias, subcategorias, objetivos

Categoria	Sub categoria	Questões	Nº	Objetivo das questões
Organização do Serviço	Estratégia organizacional Ambiente de trabalho	Quais são os pontos positivos e negativos do quotidiano Valoração da organização (p.e. suporte administrativo)	D1 D2 D3 D4 D5 D6 D7	Avaliar a perceção dos médicos obre a organização interna e trabalho em equipa.
GEP	Gestão de RH SGAD e recompensas	Como valoriza o bem estar/satisfação no local trabalho? Qual o grau de satisfação com a instituição? E com o Serviço? Existe um SGAD? Consegue conciliar a vida profissional e privada?		Avaliar a satisfação com a organização e horários. Aferir da conciliação do trabalho, vida pessoal. Avaliar o impacto das recompensas na satisfação.
Comunicação	Comunicação	Quais são os pontos positivos e negativos do quotidiano?	D2 D3	Avaliar a estratégia de comunicação
CRI	CRI O modelo Funcionamento do CRI Pertencer a um CRI O futuro	Está familiarizado com os CRI? Como acha que funcionam? Que vantagens podem ter? Gostaria de pertencer a um CRI? Acha que os CRI são o futuro?	E1 E2 E3 E4	Caracterizar o grau de conhecimento acerca do modelo e as expectativas futuras

4.8.3. Entrevistas do grupo 2

O grupo 2 engloba as entrevistas a três diretores de CRI. De acordo com a metodologia de Bardin apresentam-se as categorias e subcategorias, bem como os objetivos associados a cada questão (tabela 15). No anexo C apresentam os detalhes das entrevistas nomeadamente as unidades de análise (conceito) (tabela 28, 29 e 30).

Os três CRI são cirúrgicos e têm mais de 3 anos (estão no 4º ano de exercício). Em 2/3 dos casos, o CRI surgiu de unidades já dedicadas à mesma patologia. O CRI restante foi constituído, por iniciativa do CA, para evitar a extinção da especialidade na instituição.

Todos os diretores identificaram aspetos que esperavam resolver através do CRI: 1) melhorar a acessibilidade; 2) aumentar a satisfação dos RH; 3) aumentar a produção; 4) incorporar eficiência e 5) distribuir incentivos indexados ao desempenho. Estes objetivos estão de acordo com o exposto na literatura pois o modelo de CRI promove a autonomia e a responsabilização pelos resultados. Todos referiram que é imprescindível que a estratégia do CRI esteja alinhada com a estratégia da organização e apontam como exemplo que quando há dificuldades na relação com outros serviços, o CA tem um papel facilitador e resolutivo.

Os objetivos contratualizados, na opinião dos entrevistados, foram realistas mas dois diretores apontam que não lhes foram fornecidos os recursos acordados, nomeadamente tempos operatórios e investimento em equipamento. Somente um dos entrevistados considera que tem bloco operatório suficiente e cumpre os objetivos contratualizados. Os 2/3 restantes não conseguem cumprir as metas porque não têm anestesistas que assegurem os tempos operatórios. Isto reforça o conceito que deve existir uma equipa multidisciplinar que suporte todas as vertentes dos cuidados, promovendo o trabalho em equipa centrado no doente.

Relativamente às ferramentas do controlo de gestão, todos os CRI possuem um plano de ação a que reconhecem elevada importância, mas nenhum utiliza Balanced Scorecard (BSC). O desempenho organizacional é monitorizado através de indicadores de acesso (demora média para consulta e cirurgia) e produção (número de atos). Também não definiram preços de transferência interna (PTI) e portanto existem custos que na realidade não são imputados ao CRI.

Não existe um sistema de gestão de avaliação e desempenho (SGAD) dos médicos e assim não houve lugar a contratualização de objetivos com os colaboradores. As recompensas, se as houver, não são distribuídas tendo em conta o desempenho individual, portanto com exceção da atividade adicional não se verifica o *paying for performance*.

Tabela 15: Grupo 2 - Categorias, subcategorias, objetivos

Categorias	Subcategorias	Questões	Nº	Objetivo das questões
Organização prévia	Estratégia organizacional	Porque criaram o CRI?	D13, D14	Caracterizar o Serviço.
Organização atual em CRI	Estrutura do CRI	Quantos médicos são e quais as especialidades? Quantos colaboradores? Caracterizar as qualificações do diretor do CRI?	C8 – C12 D15-D17	Caracterizar o CRI.
Gestão estratégica	Linhas de ação	O que pretendiam com a formação do CRI? Como correu a articulação com os outros serviços?	D13 D14 E18	Conhecer as linhas orientadoras da atividade. Identificar principais objetivos e indicadores estratégicos. Avaliar a estratégia e operacionalização CRI.
	Objetivos estratégicos			
	Estratégia operacional			
Controlo de gestão	Ferramentas	Usam BSC e SGAD Definiram PTI	D17	Clarificar os instrumentos de CG. Aferir do cumprimento dos objetivos.
	Resultados do CRI	Atingiram as metas? Em caso negativo porquê? Causas de sucesso e insucesso	D17, E18	
Gestão de pessoas	Gestão de RH	Critérios recrutamento O que aconteceu a quem não ficou no CRI	D17 E19 E20 E23	Como foi o recrutamento e seleção Existiu um outgroup. Caracterizar o SGAD. Avaliar a satisfação do médicos. Avaliar a implementação e operacionalização da distribuição das recompensas.
	SGAD	Como gerem e avaliam o desempenho individual?		
	Incentivos	Os médicos estão mais satisfeitos?		
		Quais os critérios de atribuição de recompensas?		
Comunicação	Comunicação	Reúnem quantas vezes? Que tipo de reuniões e com quem?	E21 E22	Perceber qual a estratégia de comunicação adotada.
Recomendações	Boas práticas de gestão	Quais as recomendações para quem quer formar um CRI?	E24	Aferir dos fatores críticos de sucesso e insucesso.

Quanto aos incentivos monetários, estes podem surgir do cumprimento dos objetivos ou da atividade adicional. Um dos CRI cumpre o contrato programa e tem incentivos para distribuir, nos 2/3 restantes os incentivos derivam apenas da atividade adicional. Esta dependência da produção adicional representa uma fragilidade por várias razões: 1) a atividade é realizada extra-horário o que

impacta a vida pessoal; 2) tem carater voluntário, portanto se a remuneração não for atraente as pessoas não aderem; 3) não está prevista produção adicional para consultas não médicas, impedindo a articulação entre profissões diferentes e 4) não existindo atividade adicional não há remuneração acrescida o que gera insatisfação e perda de talento.

No que concerne a recomendações para futuros CRI, um dos entrevistados refere que o modelo de CRI é uma falácia e não o recomenda. Considera que não há uma verdadeira autonomia, não é permitido o recrutamento externo e a instituição não fornece os recursos acordados.

Outro entrevistado refere que o CRI foi um sucesso, a produção aumentou exponencialmente, os doentes são tratados no timing adequado e a equipa está muito satisfeita tornando-se fácil atrair e reter o talento médico.

O terceiro entrevistado, afirma que o problema dos CRI cirúrgicos é não terem Anestesiologistas na sua composição; apesar disso reconhece que é um modelo que incorpora eficiência, melhora a comunicação e o doente acaba por ser beneficiado. Reconhece, porém, que a ausência de recompensas monetárias é desmotivadora e pode dificultar a formação de CRI.

Da análise da ULS São José, do Serviço de Estomatologia detalhando a respetiva unidade pediátrica, do benchmarking do grupo E de hospitais e da análise de conteúdo das entrevistas surge a oportunidade, e a necessidade, de proceder à análise SWOT da Unidade de Estomatologia Pediátrica (UEP).

4.9. Análise SWOT da Unidade de Estomatologia Pediátrica

A análise SWOT da UEP assume especial importância pois estará subjacente ao projeto de CRI "Estomatologia para todos".

A UEP tem uma reputação de rigor e atrai doentes de elevada complexidade. A equipa atual, em termos etários, tem dois elementos muito experientes e três jovens especialistas o que a torna robusta, proporcionando a mistura certa de experiência, qualificação e vontade de mudança. Porém, a maior ameaça é a incapacidade de reter o talento mais jovem pondo em causa o futuro da Unidade. Com base nesta análise (figura 14) identifica-se a oportunidade de criar um CRI, melhorando os cuidados e incorporando eficiência. Neste modelo de organização do trabalho o nível operacional pode participar na gestão e há uma responsabilização pelos resultados estando previstas recompensas indexadas à performance pelo que cremos ser mais fácil atrair e reter o talento médico.

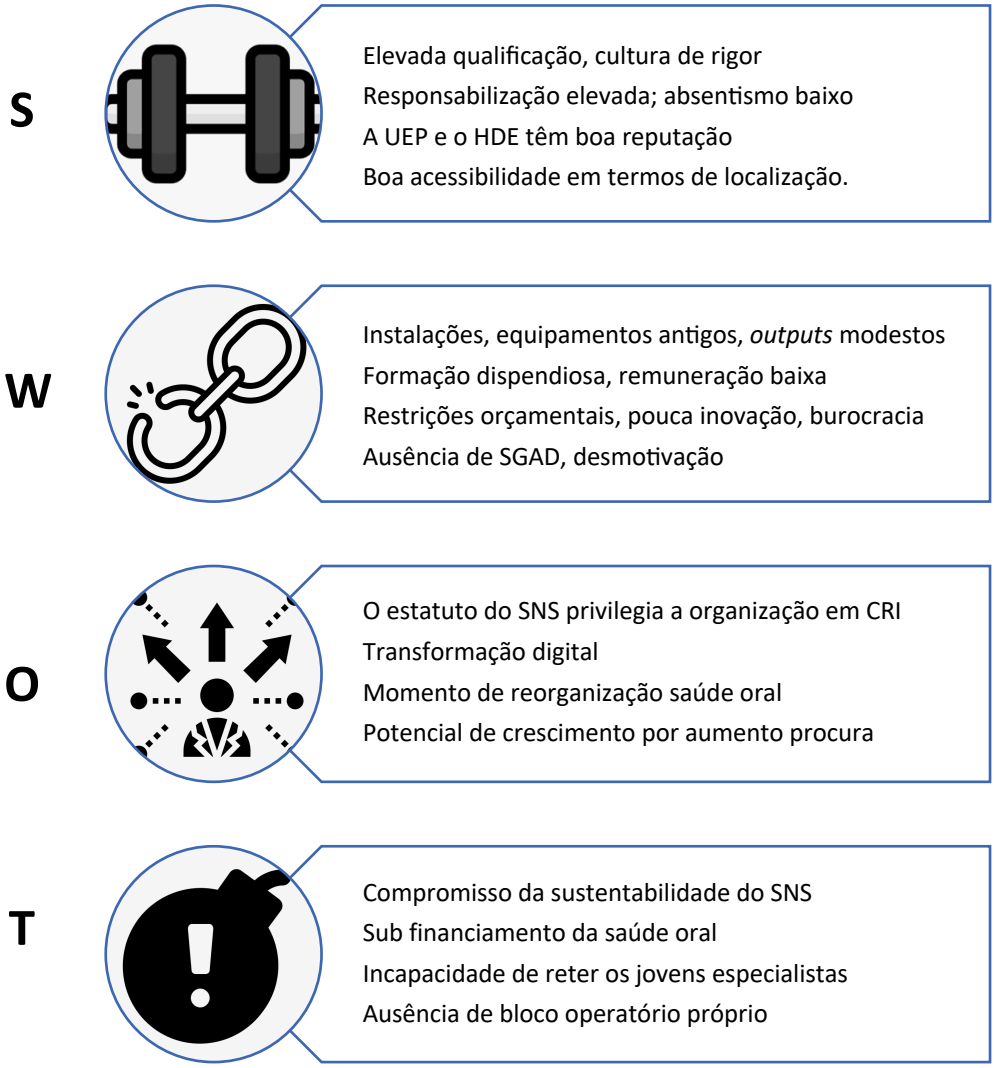


Figura 14: Análise SWOT - Unidade de Estomatologia Pediátrica

5. O projeto do CRI

A Estomatologia é a especialidade médica com diferenciação cirúrgica, dedicada ao sistema estomatognático, integrando-o na patologia sistémica. Inclui as anomalias do crescimento da face, as alterações funcionais ou patológicas, orais e maxilares, odontogénicas e não odontogénicas, de origem inflamatória, infeciosa, traumática, genética ou tumoral. Abrange ainda, as glândulas salivares, as articulações temporomandibulares, bem como a patologia médica e cirúrgica da mucosa oral, constituam ou não manifestação de doenças sistémicas e sua iatrogenia (RRH, 2016). As complicações da cárie precoce da infância e a infeção odontogénica são frequentes e impactam na qualidade de vida, especialmente daqueles que carecem da logística hospitalar para a sua resolução.

O CRI destinado a crianças com necessidades especiais é pioneiro em Portugal e surge numa lógica de criação de resposta a uma população com necessidades especiais e doença dentária. Tem como objetivos principais a melhoria da acessibilidade, com incremento da capacidade de resposta na resolução das complicações da cárie. Pretende-se que a criança com necessidades especiais não tenha de recorrer, sistematicamente, ao Serviço de Urgência onde consegue apenas alívio sintomático. Para tal a Estomatologia tem de ser altamente resolutiva (Zambrana-García *et al*., 2017).

O CRI deve garantir acessibilidade, efetividade, equidade e eficiência, equilibrando qualidade e sustentabilidade financeira (Porter e Teisberg, 2006 e Porter, 2008), devendo acima de tudo criar valor na presunção que uma pessoa com mais saúde representa menos despesa. E aqui provavelmente surge a maior dificuldade, não temos sistemas de informação que permitam estimar os custos e relacioná-los com o *outcome* (Renting *et al*, 2022 e Valencia-Mayer, 2019), inviabilizando a remuneração segundo o Value Based Healthcare.

No acordo modificativo do CHULC de 2022 afirma-se que “as primeiras consultas realizadas no âmbito ... dos Centros de Responsabilidade Integrada, são majoradas em 20% e as consultas subsequentes realizadas no mesmo âmbito são majoradas em 10%”. A linha de produção de GDH médico ou cirúrgico é majorada em 5%. Assim sendo, do ponto de vista da instituição, a adoção do modelo de CRI traz benefícios em termos de financiamento e está de acordo com o seu posicionamento estratégico.

Nas próximas secções abordam-se os requisitos para formar um CRI, seguida da conceptualização do CRI “Estomatologia para todos”(CRI ET), logotipo e slogan, missão, visão, valores, objetivos estratégicos e operacionais, elaboração dos instrumentos do controlo de gestão e simulação da sustentabilidade financeira.

5.1. Requisitos para a conceção do CRI-ET

Para constituir um CRI temos de definir vários aspetos que se apresentam na figura 15.

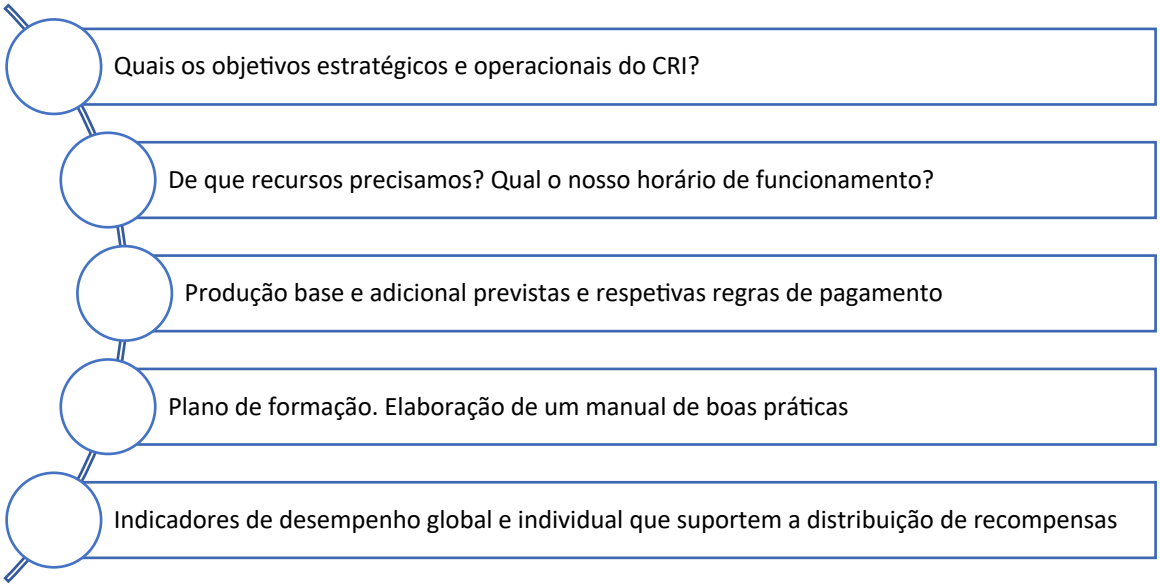


Figura 15: Requisitos para o CRI

5.2. Logotipo e *slogan* do CRI

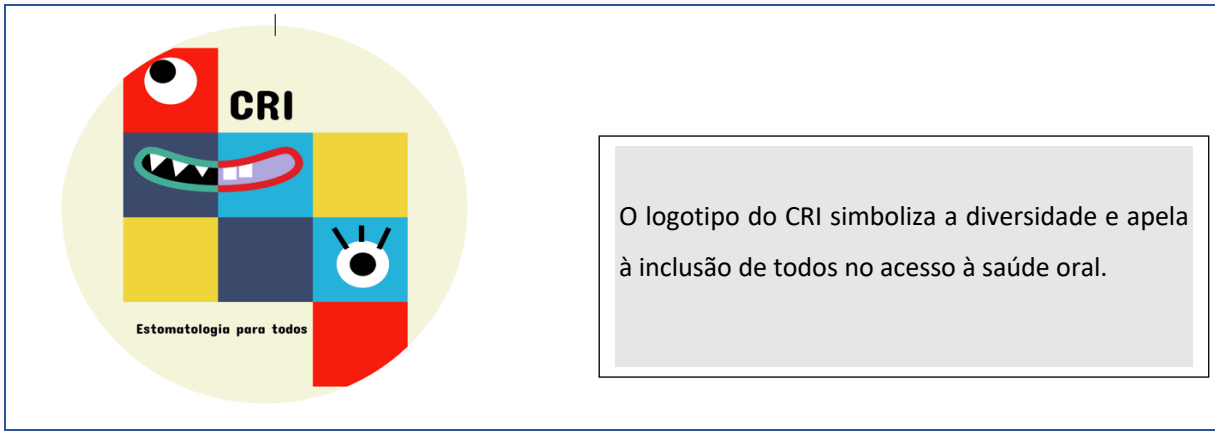


Figura 16: Logotipo e slogan do CRI

5.3. Missão, visão, valores

A missão define o que a empresa faz e qual é o público-alvo e deve ser clara e concisa. A visão descreve o que se pretende alcançar, enquanto os valores correspondem aos princípios pelos quais a organização se rege (figura 17).

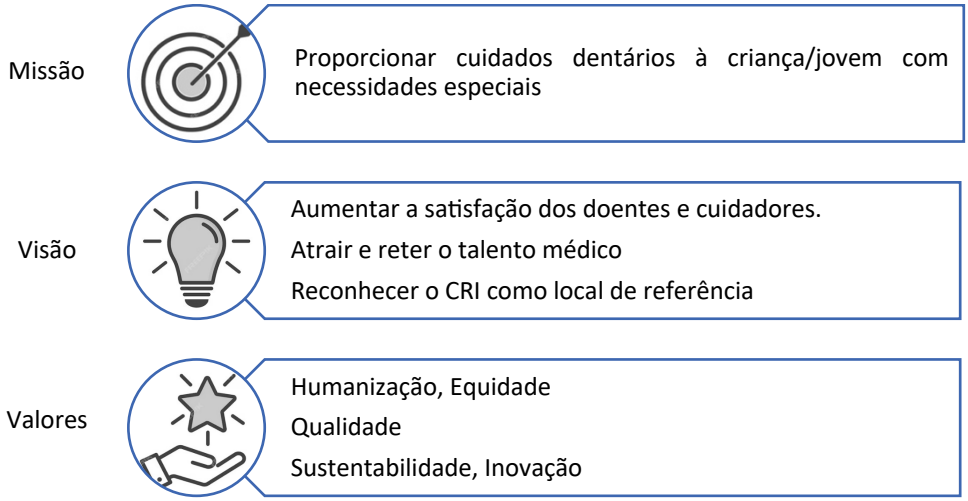


Figura 17: Missão, visão e valores do CRI "Estomatologia para todos"

5.4. Caracterização do CRI

5.4.1. Acessiblidade e área de influência

O CRI "Estomatologia para todos" destina-se a crianças e jovens com necessidades especiais, mas também àqueles cuja condição clínica imponha a realização de tratamentos na envolvente hospitalar. Os utentes são referenciados pelos CSP, outros hospitais ou consultórios privados. Idealmente a referenciação deve utilizar as plataformas informáticas.

A sua área de influência direta é a da ULS São José. No entanto a UEP tem boa reputação e atrai utentes de todo o país. Em termos geográficos localiza-se no centro de Lisboa servida por bastantes transportes públicos o que constitui uma mais-valia.

5.4.2. Recursos humanos e estrutura organizacional

A estrutura organizacional do CRI é a definida pela legislação. O conselho de gestão contratualiza com o conselho de administração a atividade por três anos.

O CRI é constituído por um conselho de gestão e uma equipa multiprofissional (figura 18). A equipa multidisciplinar, é proposta pelo conselho de gestão e é aprovada pelo CA (tabela 16).

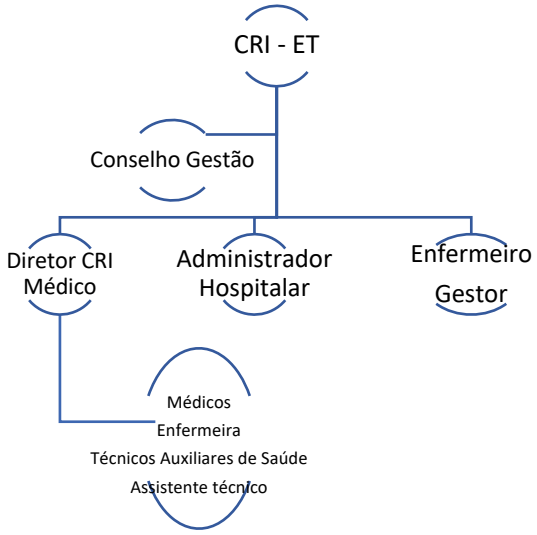


Figura 18: Conselho de gestão do CRI "Estomatologia para todos"

O recrutamento é interno e a equipa médica, para além dos Estomatologistas deverá incluir Anestesiologistas. Contudo, existem outras especialidades necessárias para o funcionamento do CRI "Estomatologia para todos" como por exemplo a Pediatria, Neurologia, Genética ou Hematologia, cuja atividade será valorada tendo por referência os preços de transferência interna (PTI). O CRI necessita de uma enfermeira, para gerir aquisições, supervisionar o circuito de esterilização, administrar medicação e fazer ensinos de práticas saudáveis. Também se afigura necessário um assistente técnico (AT) a existência de um AT dedicado (não existente atualmente), permitirá aliviar a carga burocrática sobre os médicos e diminuir as faltas dos doentes. Necessitamos também de Técnicas Auxiliares de Saúde (TAS) ou assistentes dentárias. Qualquer que seja o grupo profissional pretendem-se pessoas motivadas que valorizem um trabalho com sentido e se identifiquem com o negócio.

Tabela 16: Constituição do CRI "Estomatologia para todos"

	Diretor CRI	**Médicos[3]**	**TAS**	**AT**	**Enfermeiro**	**Administrador Hospitalar**
Nº colaboradores	1	6	3	1	1	1
Horas/semana	20h	75h	36h	12h	15	12h
ETC[4]/semana	0,57	2,14	1,03	0,34	0,43	0,34

[3] inclui 4 médicos Estomatologistas num total de 60h e 2 médicos Anestesiologistas no total de 15h
[4] ETC: equivalente de tempo completo = 35h

5.4.3. Instalações, equipamentos e plano investimento

O CRI funciona no Hospital de Dona Estefânia, no espaço da UEP e pode funcionar das 8 às 20H, flexibilizando o seu horário para se adequar às necessidades dos utentes. Quanto ao bloco operatório a cirurgia programada decorrerá das 8 às 15.30 enquanto a cirurgia adicional terá lugar das 16.00 às 21.30. As instalações e equipamentos são disponibilizados pela ULS São José e serão os da Unidade de Estomatologia pediátrica. No decurso do primeiro triénio necessitamos de investir nas seguintes áreas, obras de conservação, ampliação do espaço com a instalação de um terceiro gabinete técnico, equipamento para sedação consciente com inalatórios e aquisição de instrumental. Prevê-se que o investimento inicial ronde os 30 000€. O CRI necessita de 1 cama para diminuir o nº de cancelamentos de cirurgias por falta de vagas.

5.4.4. Bloco operatório

A atividade operatória do CRI "Estomatologia para todos" inclui duas linhas de produção, a programada, dentro do horário, e a produção adicional que decorre extra-horário.

As necessidades do CRI em tempos operatórios são 10h/mês no período da manhã para a linha de produção cirúrgica programada e 10h/mês para cirurgia adicional no período da tarde.

O bloco central e a UPCA do HDE possuem recursos humanos e diferenciação técnica adequados aos pressupostos do CRI.

5.5. Objetivos do CRI

O CRI tem objetivos estratégicos, de carater mais genérico, de longo prazo e que definem as orientações gerais e objetivos operacionais, mais específicos e de curto prazo (figura 19).

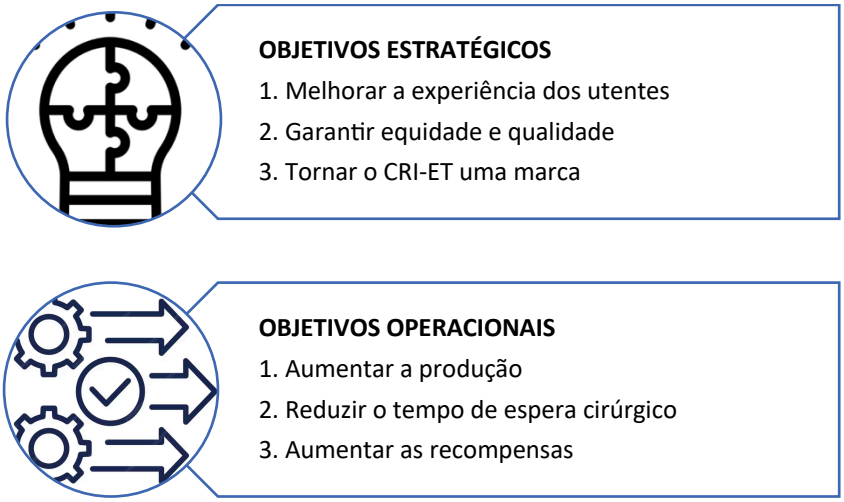


Figura 19: Objetivos do CRI Estomatologia para todos

A sinergia entre estes dois grupos é fundamental para alcançar a visão do CRI.

5.6. Controlo de gestão

A implementação de um projeto desta natureza, é indissociável da criação de instrumentos de gestão, nomeadamente o BSC, SGAD e plano de comunicação.

5.6.1. A construção do BSC

Para avaliar e monitorizar a atividade do CRI adota-se um instrumento de pilotagem denominado Balanced Scorecard (BSC). O BSC agrega informações sobre objetivos, indicadores e metas, garantindo o alinhamento entre o CRI e a gestão de topo**.**

Relativamente à hierarquização das perspetivas (figura 20), as ponderações atribuídas foram 30% para utentes e processos e 20% para as restantes.

A construção do BSC passa por várias etapas. A definição da missão, visão e valores e a análise SWOT da organização já foram apresentadas anteriormente. Para cada perspetiva identificam-se os *stakeholders* (figura 21).

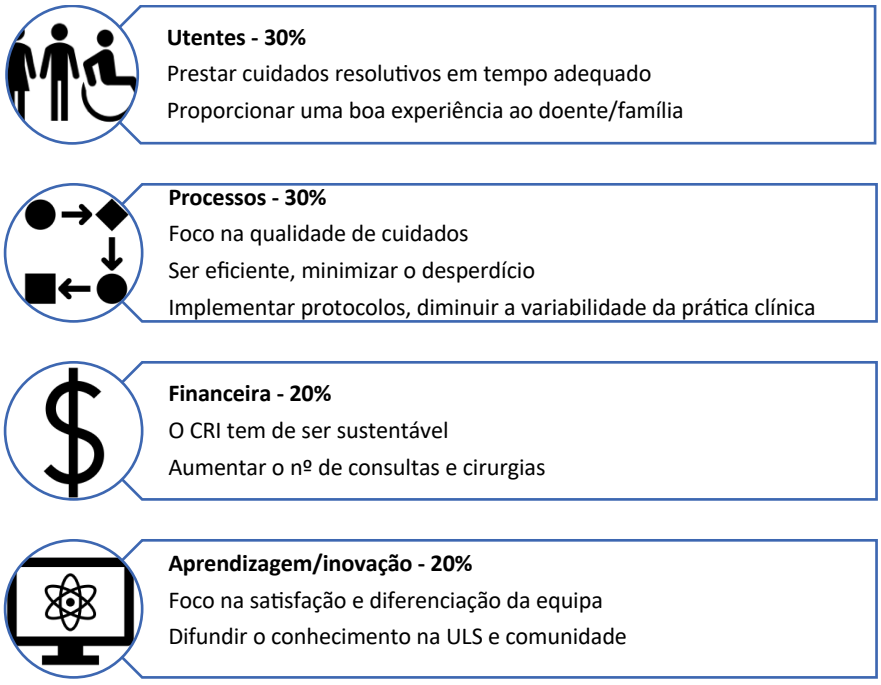


Figura 20: Hierarquização e ponderação das perspetivas do BSC do CRI-ET

Para cada objetivo definido, é atribuído um responsável pela sua monitorização, conselho de gestão, equipa do CRI ou enfermeiro gestor.

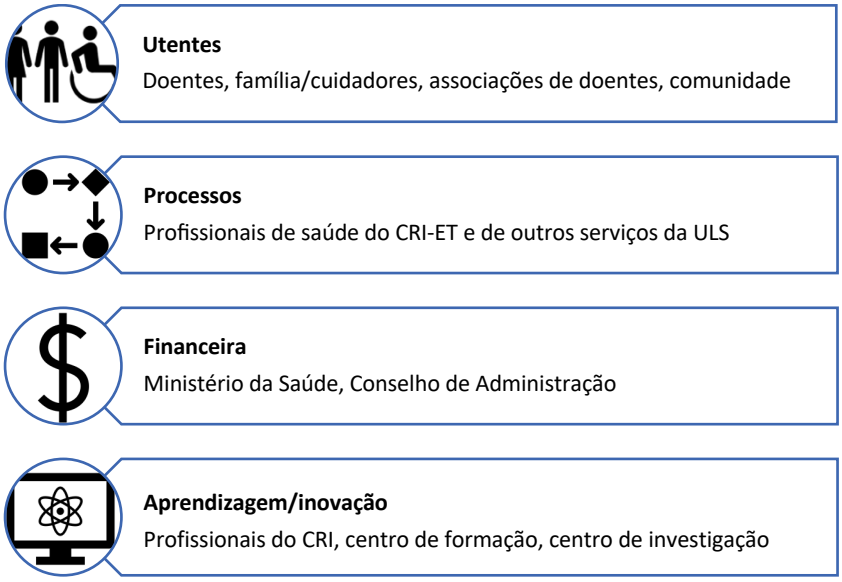


Figura 21: Definição de *stakeholders* por perspetiva

Para a avaliação da performance do CRI temos de: 1) alocar os objetivos à respetiva perspetiva; 2) definir os indicadores (KPI); 3) determinar a forma de medir cada indicador; 4) definir as metas para cada objetivo e 5) estruturar as iniciativas para atingir as metas (tabela 16).

Os indicadores foram escolhidos de acordo com a sua pertinência para o funcionamento do CRI e, presuntivamente, não devem ser complexos ou dispendiosos de obter. Se o seu apuramento não for exequível, por motivos não imputáveis ao CRI, considera-se que a meta foi alcançada.

A monitorização da atividade do CRI deve ser constante para detetar precocemente os desvios, possibilitando os ajustes necessários ao plano de ação. Propomos avaliações trimestrais.

Na última etapa do BSC, procede-se à elaboração do mapa estratégico, hierarquizando as perspetivas e estabelecendo as relações de causa efeito prováveis (figura 22). Este mapa constitui também uma ferramenta de comunicação pois difunde a estratégia no seio da equipa.

No anexo 4, propõe-se um modelo de ficha de registo da performance do CRI.

Tabela 17: *Balanced scorecard* do CRI

		BALANCE SCORECARD			PERSPETIVA DO UTENTE 30%	
OBJETIVO		**FP**	**KPI**	**DETERMINAÇÃO KPI**	**METAS 1º ANO**	**INICIATIVAS**
U. 1	**Aumentar a acessibilidade**	**60%**				
U. 1.1	TMRG 1ª consulta	40%	Nº de dias até à 1ª consulta	% consulta dentro TMRG	> 90%	Adequar vagas à procura Ponderar consulta adicional
U. 1.2	TMRG cirurgia	60%	Nº dias entre a LIC e a cirurgia	% doentes dentro TMRG	> 50%	Aumentar a produção adicional
U. 2	**Promover satisfação**	**40%**				
U. 2.1	Satisfação do utente	60%	Nº de doentes satisfeitos	Questionário pós cirurgia	> 85%	Aplicar questionários de satisfação
U. 2.2	Reclamações	40%	Nº de reclamações elegíveis	Nº de doentes que reclamaram em qualquer das plataformas	< 5/ano	Analisar reclamações e corrigir os pontos relevantes Respeitar a privacidade: - Instalar caixas de sugestões - Criar um email para sugestões

	BALANCE SCORECARD			PERSPETIVA DOS PROCESSOS 30%		
OBJETIVO		**FP**	**KPI**	**DETERMINAÇÃO KPI**	**METAS 1º ANO**	**INICIATIVAS**
P. 1	**Aumentar a qualidade**	**30%**				
P. 1.1	Diminuir as complicações pós operatórias	30%	Nº de doentes com infeção	Registo no processo clínico	< 5%	Antibioterapia profilática Otimizar o doente antes da cirurgia
P. 1.2	Aumentar o nº de procedimentos com registo de cirurgia segura	50%	Nº intervenções com registo completo	Registos S Clínico, módulo operatório	> 98%	Tomar a iniciativa de fazer a check list na sala operatória Verificar se o registo foi feito
P. 1.3	Auditoria clínica	20%	Nº processos com registos completos	Revisão anual de 50% dos episódios cirúrgicos	>= 70%	Definir boas práticas de registos, padronizar. Fazer plano anual de auditoria
P. 2	**Minimizar desperdício**	**30%**				
P. 2.1	Aumentar a ocupação do bloco	60%	Tx ocupação do bloco	Registo das horas das intervenções	>= 80%	Confirmar os doentes 2 dias antes cirurgia Ter doentes de reserva com o circuito operatório completo
P. 2.2	Diminuir as cirurgias canceladas a menos de 24h	40%	Nº de cirurgias canceladas	Nº de LIC canceladas no SClínico	< 10%	
P 3	**Eficiência**	**40%**				
P. 3.1	Aumentar o nº de consultas	60%	Nº de consultas	Nº de consultas registadas no SONHO	> 90%	Garantir condições técnicas Garantir RH
P. 3.2	Aumentar o nº cirurgias	40%	Nº de cirurgias	Nº de cirurgias registadas no SClínico	> 90%	Diminuir tempo de transfer entre doentes Não atrasar o início cirurgia Manter o anestesista informado do timing (durante a cirurgia) Estimar adequadamente o tempo cirúrgico

	BALANCE SCORECARD			PERSPETIVA FINANCEIRA 20%	
OBJETIVO		**FP**	**KPI**	**DETERMINAÇÃO KPI**	**METAS 1º ANO**	**INICIATIVAS**
F 1	**Sustentabilidade**	**50%**				
F. 1.1	Orçamento anual	60%	Tx de cumprimento	Gastos e proveitos do CRI	>= 90%	Otimizar custos Cumprir o plano de ação Definir PTI
F. 1.2	EBT[5]	40%	"Lucro"/doente	Receita gerada por doente	=[6]	
F 2	**Otimizar recursos**	**50%**				
F. 2.1	Diminuir o custo do doente cirúrgico	30%	Custos bloco por doente da estomatologia	Contabilidade analítica	=[7]	Sensibilizar os enfermeiros do bloco para registar todo o material usado Diminuir o uso de kits *disposable* com material excedentário
F. 2.2	Otimizar a codificação	70%	Nº procedimentos registados	Taxa de procedimentos registados	> 90%	Sensibilização da equipa para melhores registos

[5] *Earnings before taxes*
[6] Aumentar 5% nos anos 2 e 3
[7] Diminuir 5% nos anos 2 e 3

		BALANCE SCORECARD			**PERSPETIVA DA APRENDIZAGEM E INOVAÇÃO 20%**	
OBJETIVO		**FP**	**KPI**	**DETERMINAÇÃO KPI**	**METAS 1º ANO**	**INICIATIVAS**
A 1	**Diferenciação equipa**	**60%**				
A. 1.1	Horas de formação	30	Tx cumprimento do plano formação anual	Nº formações por colaborador	> 80% com 1 formação ou mais	Incentivar a frequência de ações de formação Adequar os horários do colaborador
A. 1.2	Publicações	30	Número/ano	Nº publicações	>= 1	Incentivar a publicação na REC online
A. 1.3	Comunicações	40	Número/ano	Nº comunicações	>= 1	Incentivar a participação no congresso anual da especialidade Prémio do CRI para o colaborador com mais publicações/comunicações
A 2	**Inovação**	**40%**				
A. 2.1	Aquisição de equipamento	30%	Tx de cumprimento das aquisições previstas	Equipamento adquirido (plano de investimento)	> 20%	Compra de material cirúrgico Equipar o 3º gabinete Atrair patrocinadores
A. 2.2	Estabelecer protocolos com outros serviços	50%	Nº de protocolos	Nº de protocolos por ano	>= 1	Protocolo com a consulta de desenvolvimento [8] Sessões de formação nos centros de saúde
A. 2.3	Iniciar projetos na comunidade	20%	Nº de projetos	Nº de projetos por ano	>= 1	Estabelecer protocolos com associações de doentes com necessidades especiais

[8] No ano 2 Neurologia e Pedopsiquiatria

Na última etapa do BSC, procede-se à elaboração do mapa estratégico, hierarquizando as perspetivas e estabelecendo as relações de causa efeito prováveis (figura 22). Este mapa constitui também uma ferramenta de comunicação pois acolhe a estratégia no seio da equipa.

CRI Estomatologia para todos	Missão: proporcionar cuidados dentários à criança/jovem com necessidades especiais
	Visão: aumentar a satisfação dos doentes e cuidadores. Atrair e reter o talento médico Reconhecer o CRI como local de referência
	Valores: humanização, equidade, qualidade, inovação, sustentabilidade

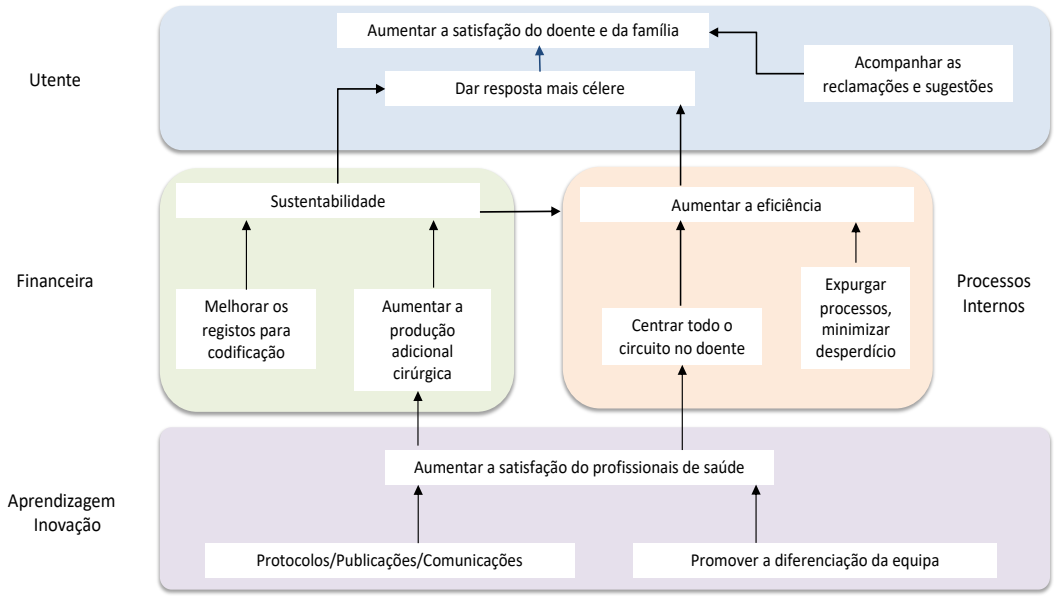


Figura 22: Mapa estratégico do CRI – ET

5.6.2. Financiamento

A atividade do CRI "Estomatologia para todos" deve maximizar a utilização dos recursos alocados, entregando o máximo de valor ao menor custo. Tal como qualquer organização, na sua fase inicial, requere um investimento financeiro, que a longo prazo gerará valor.

Dependente do cumprimento das metas descritas no BSC e negociadas previamente com a tutela, pode existir um incentivo de 5% do valor do contrato-programa do CRI. Este valor atribuído ao CRI, destina-se à compra de equipamento, *upgrade* de instalações e financiamento de formação.

5.6.3. Simulação financeira

A demonstração da sustentabilidade deriva da análise despesa versus receita. A contabilidade analítica proporciona informações detalhadas sobre gastos com mão de obra, matéria-prima e despesas operacionais enquanto o sistema de custeio, através dos seus métodos e técnicas, tem como objetivo imputar ao produto todos os custos relacionados.

Para projetar a atividade do CRI temos de ter em conta: a estrutura de custos do CRI (pessoal, consumíveis, custos do bloco operatório) e estrutura dos proveitos do CRI (maioritariamente consultas e cirurgias).

Para avaliação de custos relativos a mercadorias vendidas e matérias consumidas, custos diretos, foram analisados os consumos de materiais de uso clínico e administrativo na UEP, relativos a janeiro/agosto 2022 e foi realizada a extrapolação para a atividade anual (tabela 18).

Tabela 18: Estomatologia Pediátrica - Gastos em 2022 (€)

Estomatologia Pediátrica - Gastos em 2022 (€)			
Consumo clínico e medicamentos	Consumo administrativo	Consumo Hoteleiro	Total
11 727,75	1 110,80	247,38	13 086 €

No CRI a maior componente dos custos diretos são os do pessoal. OS PTI são uma ferramenta do CG, mas não estão definidos na instituição, para contornar esta dificuldade calculámos os custos de bloco operatório imputáveis à Estomatologia, adotámos como referência os custos totais do bloco do HDE (sem incluir gastos com pessoal médico) e calculámos o valor atribuível à atividade da UEP, sendo que a atividade da Estomatologia representa apenas 3,7% do total. Calculámos o custo médio por episódio cirúrgico no ano de 2022 (tabela 19).

Tabela 19: Custos do bloco operatório HDE no ano de 2022

Total Cirurgias da UEP	**160**
Total cirurgia HDE	4335
Custos anuais - BO pediatria sem médicos	3 660 925 €
Custos imputáveis à UEP	135 121 €
Custo por episódio cirúrgico 2022	845 €

Na tabela 20 encontram-se os valores de GDH bem como o índice de *case mix* (ICM). O ICM reflete a complexidade dos doentes tratados, permitindo melhor estimativa da receita do CRI.

Tabela 20: Valor dos GDH e índice de *case mix* (CHULC)

	Preço (€)	ICM	GDH x ICM
Ambulatório			
GDH cirúrgico CRI	3 440	0,6545	2252 €
GDH médico CRI	3 120	0,2112	657 €
Internamento			
GDH cirúrgico CRI	3 440	1,2976	4464 €
GDH médico CRI	3 120	1,2976	4049 €

Fonte: CHULC, acordo modificativo ao contrato-programa de 2023.

É desejável contratualizar com a ACSS outras linhas de produção nomeadamente as observações sob sedação consciente, fora do bloco operatório.

A projeção de custos para os recursos humanos do CRI ET é a que consta na tabela 21.

Tabela 21: Estrutura de custos dos recursos humanos do CRI 2024

	Diretor CRI[9]	Médicos[10,11]	TAS[12]	AT[13]	Enferm[14].	Adm CRI[15]	Total
Colaborador, nº	1	6	3	1	1	1	
Horas/semana	20h	75h	36h	12h	15h	12h	
ETC[16]/semana	0,57	2,14	1,03	0,34	0,43	0,34	
Custo mensal[17] (€)	2361,58	7691,06	894,59	313,64	518,18	802	
Custo anual[18] (€)	33062,12	107674,87	12524,26	4390,96	7254,58	11227,68	176 135

A estimativa de custos do CRI para o primeiro ano de contrato encontra-se na tabela 22. Os restantes custos foram obtidos considerando-se 50% dos valores de 2022 (tabela 18). Na impossibilidade de calcular amortizações e depreciações, vamos considerar o valor de 1,6% do total de custos, uma vez que esta foi também a forma adotada pelo CHULC no acordo modificativo de 2023.

A estimativa dos proveitos no 1º ano do CRI encontra-se na tabela 23.

[9] Salário base 40h assistente graduado em dedicação plena 4723,16 € h (tabela salarial 2024), 1º escalão
[10] Salário base 40h assistente em dedicação plena 4101,09 € (tabela salarial 2024), 1º escalão
[11] Inclui 4 médicos Estomatologistas num total de 60h e 2 médicos Anestesiologistas no total de 15h
[12] Salário base 35 h, 869,74 € (2024), 1º escalão
[13] Salário base 35 h, 922,47 € (2024), 1º escalão
[14] Salário base 35 h, 1 205,08 € (2024), 1º escalão
[15] Salário base 35 h, 2806,92 € (2024), 1º escalão
[16] ETC: equivalente de tempo completo = 35h
[17] Salário bruto mensal
[18] Salário bruto x 14 meses

Tabela 22: Estimativa de custos do CRI

CRI- ET custos (€)	
Recursos Humanos	176 135
Consumo clínico, medicamentos, administrativos e hoteleiros	6543
FSE – Mcdts (estimativa)	4000
Bloco operatório	84 500
Sub total	271 178
Gastos com amortizações e depreciações[19]	4339
Total	**275 517**

Tabela 23: Proveitos do CRI

CRI-ET – Proveitos				
	ICM	Preço GDH (€)	Nº GDH	Receita (€)
Internamento	1,2976	3440	20	89 274,88
Ambulatório	0,2112	3120	80	52 715,52
Subtotal receita (GDH)				141 990,40
		Preço (€)	Nº doentes	
Primeiras consultas		95	750	71 250,00
Consultas subsequentes		87	1000	87 000,00
Consultas telemedicina		87	100	8 700,00
Cons. descentralizadas		95	50	4 750,00
Total produção				**313 890**
Incentivos 5% CP				15 695
Total				**329 585**

Não foram considerados outros proveitos potenciais do CRI, nomeadamente os ensaios clínicos, cursos de formação ou cirurgia adicional.

A projeção de resultados operacionais do CRI ET no 1º ano (tabela 24) manter-se-á válida até ao final do 1º triénio, se se mantiverem os pressupostos. A linha de produção consulta externa, não pode ser incrementada sem a instalação de mais um gabinete técnico. A única forma de aumentar o nº de consultas é investir nas consultas descentralizadas dentro da ULS, mas a conjuntura atual é incerta e não é certo que a ULSSJ continue a existir. A atividade cirúrgica depende dos tempos operatórios disponibilizados pela instituição, mas também está dependente da aquisição de instrumental. Sem isso não poderá ser aumentada de forma relevante.

[19] Sub total x 1,6%

Tabela 24: Projeção de resultados para o 1º ano do CRI ET

	CRI ET	
	Receitas (€)	329 585
	Custos (€)	275 517
	Resultado (€)	**54 068**

Quanto à produção adicional esta realiza-se de forma voluntária e fora do horário normal de trabalho. Não se justifica atividade adicional de consulta a não ser que os padrões de referenciação se alterem. Relativamente à lista de espera cirúrgica e dada a escassez de tempos de bloco, a atividade adicional, parece ser uma boa alternativa. Os procedimentos da Estomatologia geram na sua maioria GDH cirúrgicos 98 e 92 cuja remuneração pode ser consultada no anexo 5 (tabela 29).

Na produção adicional dos CRI, a remuneração da equipa é majorada. Assumimos como pressuposto que o valor alocado à equipa é de 45%. O CRI tem capacidade para operar cerca de 100 doentes/ano em regime de adicional, o que representa mais receita e acarreta aumento da satisfação da equipa. Como exemplo aponta-se que um doente intervencionado em adicional, com GDH 98 nível de severidade 1 é remunerado no valor de 1014,35€.

A análise dos custos e proveitos da atividade do CRI-ET é uma etapa essencial para avaliar e garantir a sua sustentabilidade financeira, no entanto, ainda que os resultados sejam positivos a margem é estreita. Contudo, o facto de o CRI prestar cuidados que respeitam os valores fundamentais da universalidade e equidade e que, simultaneamente, satisfaçam todos os *stakeholders* já é uma mais-valia relevante e suficiente.

5.6.4. Sistema de gestão e avaliação do desempenho (SGAD) e gestão de incentivos

O CRI "Estomatologia para todos" adota, para os médicos, um sistema de gestão do desempenho, denominado SGAD-Med, que incide na avaliação individual de resultados e de competências. Este sistema pretende ser justo e não prevê a existência de quotas, porque a distribuição forçada é percecionada como injusta e desmotivadora. O SGAD-Med promove o envolvimento dos médicos em todo o ciclo avaliativo, prima pela transparência e, ao requerer autoavaliação e aprendizagem contínua, capacita a pessoa para gerir a própria carreira.

O ciclo avaliativo de cada colaborador tem periodicidade anual e tem várias fases, planeamento, execução, aferição do desempenho e avaliação final. A cada etapa correspondem várias ações (figura 23). Concluído este ciclo faz-se nova contratualização tendo em conta a avaliação anterior.

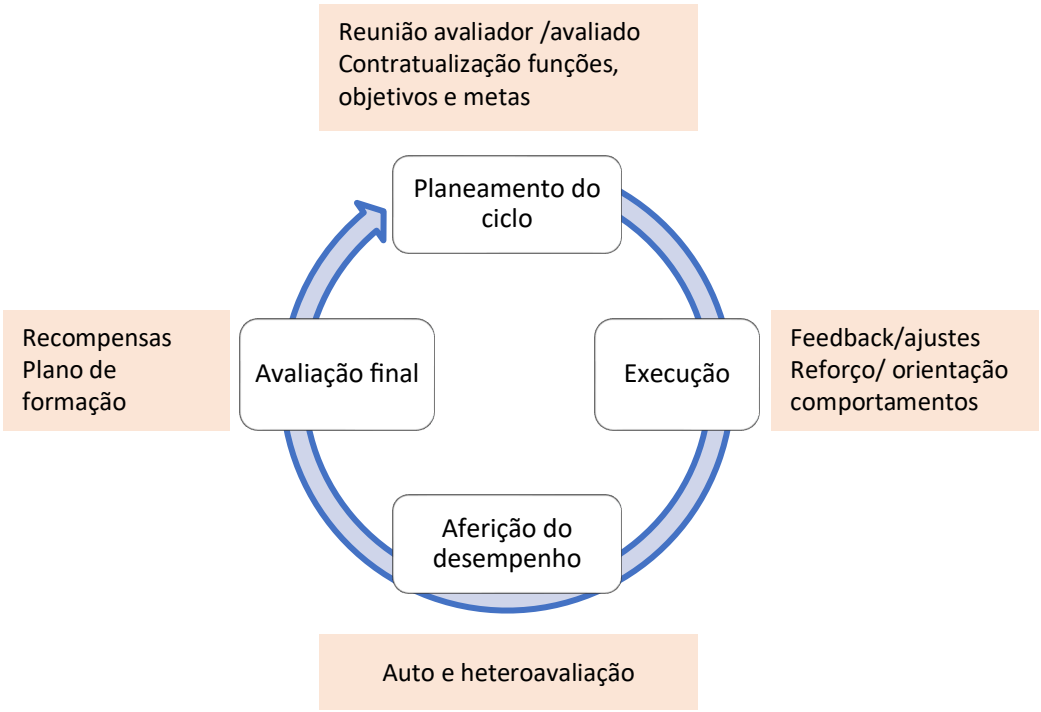


Figura 23: Ciclo avaliativo

Os aspetos a ponderar incluem resultados e competências. No campo dos resultados, são exemplo o nº de consultas, cirurgias, publicações, comunicações, assiduidade ou pontualidade. Em relação às competências, são exemplo os comportamentos impactantes na prática médica, comunicação, trabalho em equipa, inovação, autonomia e responsabilidade (anexo 7, tabelas 30 e 31). A classificação final é apurada do seguinte modo, calcula-se a média aritmética de cada rubrica "objetivos" e "competências". O valor final é dado pela média ponderada entre objetivos e competências sendo que os objetivos merecem uma ponderação de 70% e as competências 30%. Definem-se três níveis de avaliação de desempenho A, B e C (figura 24).

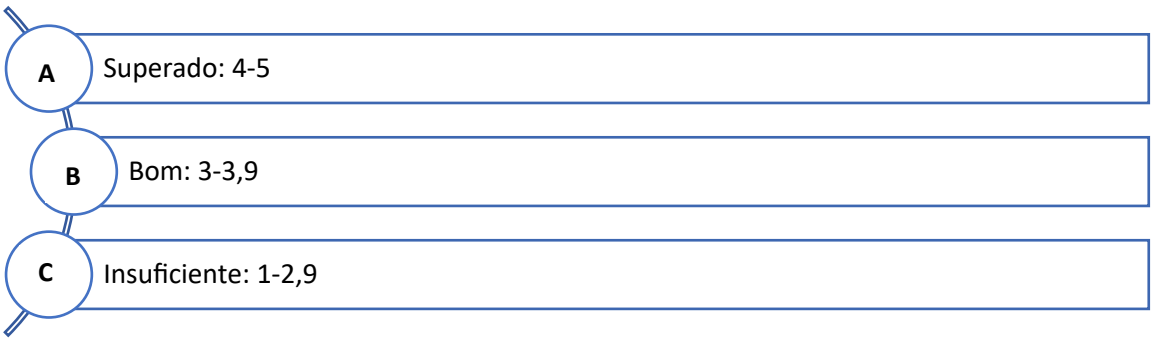


Figura 24: Níveis de avaliação de desempenho

Associado ao SGAD-Med vamos implementar um sistema de gestão de incentivos que incremente a performance e premeie a produtividade e os comportamentos adequados.

Quanto às recompensas, elas estão dependentes do desempenho individual e do coletivo, podem ser de cariz monetário geradas pela produção adicional ou pelo cumprimento do contrato-programa. Os incentivos decorrentes do cumprimento do contrato programa podem ser usados para formação, aquisição de equipamentos, financiamento de projetos ou melhoria de infraestruturas.

Temos também recompensas não pecuniárias na forma de oportunidades de formação, com impacto na empregabilidade da pessoa, flexibilização de horários ou o desenvolvimento de projetos profissionais desafiantes.

A classificação de cada colaborador deriva da avaliação individual com uma ponderação de 70% e do desempenho global ponderado a 30%. Até 2,9 não há lugar a distribuição de incentivos acima disso a progressão pode consultar-se na tabela 25.

Tabela 25: Critérios de distribuição de incentivos no CRI ET

CRI ET – Distribuição de incentivos	
Avaliação final (70% individual + 30% global) no ano^{n}	**Incentivo a distribuir no ano^{n+1}**
< 2,9	0
2,9 – 3,9	40%
4 – 4,9	80%
> 4,9	100%

Propomos o seguinte modelo para registo da avaliação individual do SGAD-Med (figura 25).

	Avaliação de desempenho – SGAD-MED	
	Nome	
	Nº Mec.	
	Categoria	
	Data	

Objetivos

	Tipologia	FP	Pontuação		
			5 (superado)	**3** (atingido)	**1** (não atingido)
1	**Acessibilidade**	**30%**	----------		
1.1	TMRG 1ª consulta	40%			
1.2	TMRG cirurgia	60%			
Avaliação objetivo 1: (40% 1.1 + 60% 1.2) x 30%				∑	
2	**Qualidade dos cuidados**	**30%**	----------		
2.1	Tx complicações pós op	50%			
2.2	Satisfação dos doentes	50%			
Avaliação objetivo 2: (50% 2.1 + 50% 2.2) x 30%				∑	
3	**Eficiência**	**30%**	----------		
3.1	Nº cirurgias	40%			
3.2	Nº consultas	60%			
Avaliação objetivo 3: (40% 3.1 + 60% 3.2) x 30%				∑	
4	**Aprendizagem**	**10%**	----------		
4.1	Nº cursos/congressos	50%			
4.2	Nº publicações, comunicações, protocolos	50%			
Avaliação objetivo 4: (50% 4.1 + 50% 4.2) x 10%				∑	
Avaliação final dos objetivos (A)				∑	

Competências		**Pontuação**		
		5 (nível elevado)	**3** (demonstrada)	**1** (não demonstrada)
1	Organização, planeamento, atividade técnica			
2	Compromisso com o CRI			
3	Trabalho em equipa			
4	Comunicação			
5	Gestão de emoções			
Avaliação final de competências (B)			∑	
Avaliação global de desempenho [70% Objetivos (A) + 30% Competências (B)]				
Assinatura do avaliador				**Assinatura avaliado**

Figura 25: Ficha de avaliação SGAD-Med

5.7 Implementação do projeto

O sucesso da implementação do CRI depende de vários fatores: compromisso do CA, alinhamento do CRI com os objetivos da organização, descentralização da gestão e envolvimento dos colaboradores. Para tal são indispensáveis a definição clara dos recursos, dos objetivos e dos indicadores bem como da transparência e justiça percebida do sistema de avaliação de desempenho.

5.7.1. Cronograma

O processo de implementação do CRI deve cumprir a cronologia estabelecida através das seguintes etapas sequenciais (figura 26):

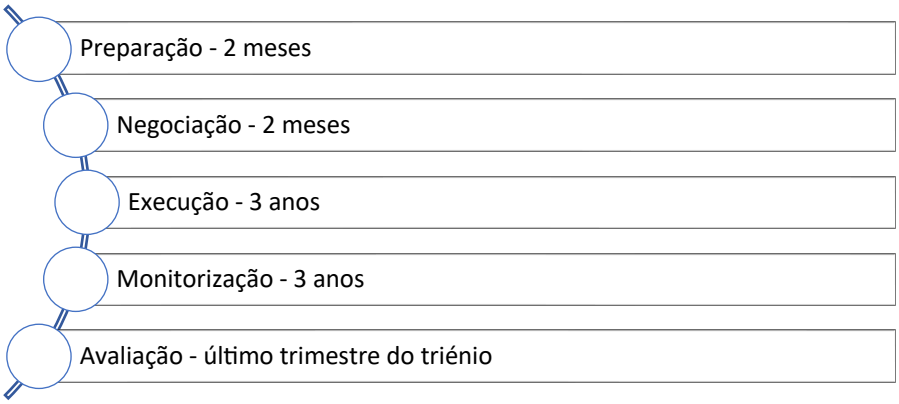


Figura 26: Etapas da implementação do CRI

As duas primeiras fases são preparatórias e decorrem antes do início da execução do plano de ação. O projeto tem a duração de 36 meses. Em cada etapa têm lugar as atividades que de seguida se descrevem (tabela 26).

Tabela 26: Etapas da implementação do CRI ET

Etapa 1	**Mês 1 e 2**
Preparação	Constituir o conselho de gestão
	Identificar as necessidades de recursos
	Definir os objetivos do CRI
	Definir as funções e responsabilidades
	Elaborar o plano de ação e de comunicação
	Analisar/estimar os dados da atividade assistencial
Etapa 2	**Mês 3 e 4**
Negociação	Debater a estratégia com a equipa
	Negociar objetivos, indicadores e metas com o CA
	Construir o BSC
	Discutir com a equipa o SGAD. Validar o SGAD com cada colaborador
	Debater com a equipa o programa de incentivos
	Aprovar o calendário de execução

Etapa 3	Mês 4 até Mês 36
Execução	Apresentar o plano de ação
	Apresentar os instrumentos do controlo de gestão
	Monitorizar os resultados e o cumprimento das metas definidas
	Identificar desvios e adotar medidas corretivas
	Discutir e analisar os resultados periodicamente
Etapa 4	**Mês 4 até Mês 36**
Monitorização	Acompanhar o processo de implementação
	Avaliar as estratégias de melhoria do processo
Etapa 5	**Mês 34, 35 e 36**
Avaliação	Avaliar o processo de implementação
	Implementar estratégias de melhoria

5.7.2. Plano de comunicação

A comunicação no CRI pretende-se multi-direcional. A comunicação vertical, descendente, transmite a missão, visão e estratégia, enquanto a comunicação ascendente, permite o feedback do nível operacional e a possibilidade de este influenciar a gestão. No seio do nível operacional, a comunicação horizontal, ainda que informalmente, norteia a construção da cultura do CRI. O plano de comunicação tem grande impacto no sucesso de uma organização. Vincula os profissionais à missão do CRI e consequentemente à organização. É essencial na construção da marca.

Propomos duas áreas de intervenção, comunicação interna e externa (figura 27).

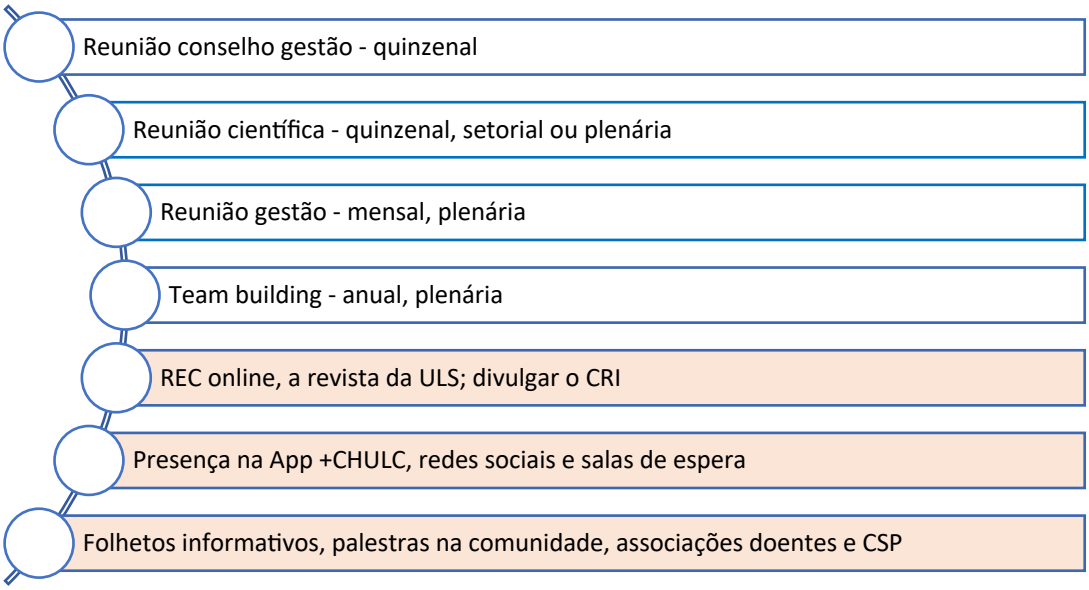


Figura 27: Plano de comunicação do CRI

O Conselho de gestão do CRI deve reunir quinzenalmente. Para além disso e no âmbito da comunicação interna propomos reuniões plenárias, mensais, de cariz gestionário para proporcionar

feedback aos colaboradores acerca do cumprimento das metas, definindo ajustes se necessário. Ainda dentro da comunicação interna, decorrerão reuniões quinzenais de cariz científico/clínico relacionadas com a formação de internos e com a elaboração de um manual de boas práticas. Anualmente, terá lugar, uma atividade de *team building* para fomentar a coesão da equipa

Na comunicação externa consideramos duas vertentes, a interface CRI/ULSS e a interface CRI/Comunidade. Na interface CRI/ULSSJ pretendemos utilizar a Revista online do Serviço de Estomatologia (REC online) para, através de artigos científicos, divulgar o papel da Estomatologia e estimular as parcerias com outros serviços. A transformação digital da instituição deve ser aproveitada pelo CRI utilizando os canais de comunicação digitais, especificamente a App **+** CHULC para o utente receber lembretes dos agendamentos e diminuir as faltas às consultas. Nas salas de espera da ULS São José propõe-se a utilização de *teaser* com conteúdos de saúde oral para aumentar a literacia do público nesta área.

Na interface CRI/comunidade pretende-se veicular informação sobre cárie dentária e hábitos saudáveis. É desejável a presença, nas redes sociais, com conteúdos científicos adaptados ao público. Propomos realizar consultas descentralizadas e ações de formação nos centros de saúde facilitando a articulação vertical de cuidados.

5.7.3. Avaliação do projeto

A operacionalização do CRI "Estomatologia para todos" terá impacto em vários aspetos, incremento da atividade, aumento da acessibilidade e diminuição do tempo de espera para a cirurgia.

O projeto do CRI é trienal, mas anualmente tem de ocorrer uma avaliação global. Todavia, existem parâmetros que devem ser aferidos trimestralmente como é o caso da performance do coletivo, essa avaliação é operacionalizada pelo BSC utilizando os indicadores descritos na tabela 17. Para tornar o processo simples, na análise trimestral, avaliam-se apenas os indicadores mais significativos, são eles o TMRG para cirurgia (perspetiva do utente) visto que a questão da acessibilidade é o ponto de partida deste projeto, os indicadores de sustentabilidade financeira (perspetiva financeira), os indicadores de eficiência (perspetiva dos processos) e os indicadores relativos à diferenciação da equipa (perspetiva da aprendizagem e inovação). De acordo com o plano de comunicação definido, o conselho de gestão reúne quinzenalmente e deverá analisar os indicadores referidos. No fim de cada trimestre, em reunião plenária, o conselho de gestão apresenta os resultados à equipa e debatem-se, se necessário, ajustes. No final do 1º semestre aferem-se todos os indicadores do BSC e no final do ano os resultados esperados encontram-se discriminados na tabela 17- BSC do CRI, na coluna "Metas".

O desempenho individual é aferido pelos respetivos SGAD. Relativamente aos médicos o CRI tem um SGAD específico que pondera resultados e competências.

O ciclo avaliativo tem a duração de 1 ano pelo que aos 6 meses tem lugar uma reunião com o colaborador para se fazer o ponto de situação, através de auto e heteroavaliação; se necessário o colaborador deve delinear ações ou revindicar condições que lhe permitam atingir os objetivos contratualizados. Nesta reunião poderá ser proposto ao colaborador ações de formação que se afigurem necessárias.

A distribuição de incentivos por cumprimento do CP terá lugar no 2º ano de vida do CRI de acordo com o exposto na tabela 25 e tendo por base a avaliação do ano anterior.

No plano de comunicação está prevista uma ação anual de team building e este momento pode ser aproveitado para realizar um questionário, anónimo e desmaterializado, para monitorizar a satisfação da equipa e colher sugestões.

Na figura 28 destacam-se os momentos de avaliação mais relevantes deste projeto.

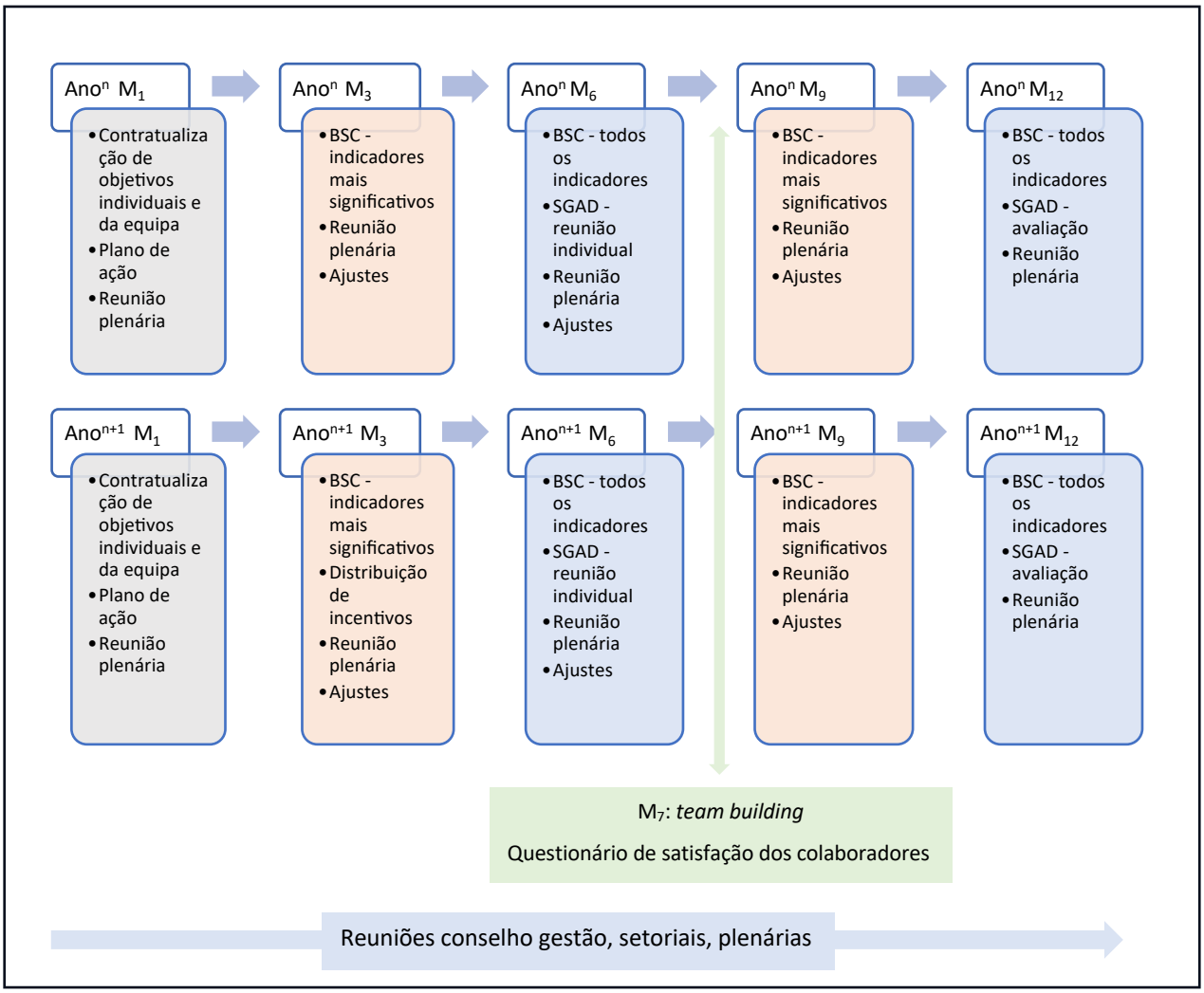


Figura 28: Cronograma da avaliação do projeto

6. Conclusões

A ULS São José presta cuidados a população numerosa de elevada variabilidade cultural, social e étnica. O Serviço de Estomatologia da ULS São José tem mais de 100 anos, e está sujeito a várias condicionantes, entre elas instalações e equipamentos com grau de obsolescência elevado, um modelo operacional pouco flexível e pouca inovação agravada pelo desinvestimento crónico no SNS bem como insatisfação dos profissionais. A Unidade de Estomatologia Pediátrica tem apenas 25 anos de existência, mas debate-se com problemas similares. Por causa disso, as crianças especiais não são tratadas com a equidade devida, especificamente quando estão em causa cuidados dentários sob anestesia geral. Da análise da organização *as is* temos a noção de que é possível aumentar a produtividade, de acordo com a literatura consultada, o CRI pode agir como impulsionador pois os prestadores são motivados economicamente para seguir a estratégia planeada.

A missão do CRI "Estomatologia para todos" é apoiar as crianças especiais e representa uma proposta pioneira, impulsionada pela conjuntura atual, que favorece a descentralização da gestão e a responsabilização pelos resultados**.** Tem ainda como objetivo atrair e reter o talento médico, através de um exercício autónomo e desafiante. Neste ponto a gestão estratégica de pessoas, nomeadamente do desempenho e das recompensas, é fulcral. Pretende-se reforçar a cultura organizacional promovendo a partilha de valores e o trabalho em equipa.

As entrevistas aos Estomatologistas permitiram concluir que é possível aumentar a satisfação dos médicos, melhorando as recompensas, desenvolvendo as suas competências e envolvendo-os nas decisões de gestão. Atendendo à relevância da gestão de recompensas, é essencial um sistema de avaliação de desempenho que suporte a distribuição de incentivos e cujos parâmetros avaliativos sejam claros e percecionados como justos.

No projeto definimos os aspetos estruturais e funcionais e os instrumentos de gestão essenciais para o negócio. Utilizámos instrumentos do controlo de gestão pela necessidade de operacionalizar o CRI e garantir a sustentabilidade do sistema através da incorporação de eficiência.

Das entrevistas e da pesquisa documental foi possível identificar os seguintes fatores de sucesso: 1) os CRI têm de ter autonomia efetiva; 2) o CA tem de proporcionar os recursos acordados; 3) é preciso estabelecer protocolos com serviços que impactem nas atividades do CRI; 4) tem de existir um plano de comunicação, envolvendo e motivando todos os colaboradores e 5) é preciso ter um SGAD. De salientar que nos CRI referidos nas entrevistas não usam BSC, SGAD adaptado nem foram definidos os PTI.

Quanto aos aspetos que podem inviabilizar o modelo de CRI foram identificados os seguintes: 1) recursos insuficientes (tempos operatórios, RH, nº de camas); 2) pouco investimento (equipamentos obsoletos); 3) pouca inovação; 4) falta de incentivos na ausência de produção

adicional e 5) falta de sistemas de informação capazes de monitorizar a produção, os custos e a qualidade dos cuidados.

Foram também identificados riscos inerentes ao modelo "paying for performance": 1) risco de seleção adversa, evitando os doentes menos "rentáveis"; 2) estando a remuneração indexada à produção adicional não se remuneram os profissionais que não participam nesta atividade e se esta cessar perde-se este rendimento; 3) risco de diminuir a inovação para reduzir os custos e 4) risco de estabelecer objetivos modestos para não entrar em incumprimento.

Em síntese o desígnio principal deste CRI é a prestação de cuidados efetivos, seguros, atempados e centrados criança "especial" proporcionando-lhe a melhor experiência possível. Os desafios principais são a racionalização dos gastos sem comprometer a inovação e satisfação dos colaboradores.

A evolução desejada é o alargamento deste modelo CRI a pessoas com necessidades especiais qualquer que seja a sua idade. Este desígnio é exequível, no médio prazo, uma vez que o Serviço também presta cuidados a adultos. A articulação com os cuidados de saúde primários deve estar garantida, após a resolução da doença aguda, pois só assim se assegura que o valor entregue ao doente vai perdurar no tempo.

Referências bibliográficas

Aguinis, H. (2023). Performance management. SAGE Publications.

Alamri, H. (2022). Oral care for children with special healthcare needs in dentistry: a literature review. Journal of Clinical Medicine, 11(19), 5557.

American Academy of Pediatric Dentistry. Definition of special health care needs. The Reference Manual of Pediatric Dentistry. Chicago, Ill.: American Academy of Pediatric Dentistry; 2023:15.

ACSS. (2022) Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA). Unidade de Gestão do Acesso (UGA): FAQ – SIGIC Vale Cirurgia. Acedido em 10 de outubro 2023 https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/12/Perguntas-Frequentes-Vale-Cirurgia-CSH.pdf

ACSS. (2024). Contratualização. Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024. Acedido em 16 de janeiro 2024 https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/11/Termos-Referencia-2024_vf.pdf

Acordo modificativo ao contrato-programa – Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central. 2022.

Antunes, M. (2001). A Doença da Saúde - Serviço Nacional de Saúde: Ineficiência e desperdício. Quetzal.

Bardin, L. (1977). Análise de conteúdo, Edições 70, Lisboa.

Barreto, J. O. M. (2015). Pay-for-performance in health care services: a review of the best evidence available. Ciência & Saúde Coletiva, *20*(5), 1497.

Barros, P. P., & Gomes, J. P. (2002). Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português. Lisboa: Gabinete de Análise Económica. Faculdade de Economia. Universidade Nova de Lisboa.

Batista, B., Rodrigues, D., Moreira, E., & Silva, F. (2021). Técnicas de recolha de dados em investigação: inquirir por questionário e/ou inquirir por entrevista. Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: recolha de dados, 2, 13-36.

Becker, B., & Gerhart, B. (1996). The impact of human resource management on organizational performance: Progress and prospects. *Academy of management journal*, *39*(4), 779-801.

Bergman, C., Dellve, L., & Skagert, K. (2016). Exploring communication processes in workplace meetings: A mixed methods study in a Swedish healthcare organization. *Work*, *54*(3), 533-541.

Bernardino, M. (2017). Gestão em saúde: organização interna dos serviços. Coimbra: Almedina.

Bulut, S., & Maraba, D. (2021). Generation Z and its perception of work through habits, motivations, expectations preferences, and work ethics. *Psychology and Psychotherapy Research Study*.

Burma, Z. A. (2014). Management Science in Knowledge Management. China-USA Business Review, 615.

Calado, R., Ferrera, C., Nogueira, P., Melo,P. (2015). III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais. Direção-Geral da Saúde.

Caldeira, J. (2009). Implementação do Balanced Scorecard no Estado. Coimbra: Almedina.

Carter, A., Clarke, L., & Stevens, C. (2022). Dental health for children with special educational needs and disability. Paediatrics and Child Health, 32(8), 290-296.

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Data & statistics on autism spectrum disorder.

Chandrashekhar, S., & Bommangoudar, J. S. (2018). Management of autistic patients in dental office: a clinical update. International journal of clinical pediatric dentistry, 11(3), 219.

Cheng, M. I., Dainty, A., & Moore, D. (2006). Implementing a new performance management system within a project-based organization: A case study. *International journal of productivity and performance management*, *56*(1), 60-75.

Crook, T. R., Todd, S. Y., Combs, J. G., Woehr, D. J., & Ketchen Jr, D. J. (2011). Does human capital matter? A meta-analysis of the relationship between human capital and firm performance. Journal of applied psychology, 96(3), 443.

Culyer, A. J., & Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care. Journal of health economics, 12(4), 431-457.

D'Souza, R. N., Collins, F. S., & Murthy, V. H. (2022). Oral health for all—realizing the promise of science. *New England Journal of Medicine*, *386*(9), 809-811.

da Cruz Rodrigues, P. M. Centros de responsabilidade integrados. Educação e Investigação em Saúde, 35.

Decreto-Lei n. º374/1999. Ministério da Saúde: Cria os Centros de Responsabilidade Integrados nos Hospitais do Serviço Nacional de Saúde. (1999). Diário da República n.º 219/1999, Série I-A de 1999-09-18, páginas 6489 – 6493.

Decreto-Lei n.º 50-A/2007. Criação dos Centros Hospitalares E.P.E. (2007). Diário da República n.º 42/2007, Série I de 2007-02-28, páginas 26 – 29.

Decreto-Lei n.º 44/2012. Ministério da Saúde: Integração do Hospital de Curry Cabral e Maternidade Dr. Alfredo da Costa no CHLC (2012). Diário da República n.º 39/2012. Série I de 2012-02-23, páginas 877 – 878.

Decreto-Lei n. º 61/2018. Presidência do Conselho de Ministros: Cria o regime jurídico dos centros académicos clínicos e dos projetos-piloto de hospitais universitários (2018). Diário da República nº. 61, Série I de 2018-08-03, páginas 3771 - 3777

Decreto-Lei n. º 52/2022. Presidência do Conselho de Ministros: Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. (2022). Diário da República nº. 150, Série I de 2022-08-04.

Decreto-Lei n. º102/2023. Presidência do Conselho de Ministros: Criação, com natureza de entidades pública empresariais, de unidades locais de saúde. (2023). Diário da República 215/2023, Série I de 2023-11-07, páginas 4-20.

Decreto-Lei n. º103/2023. Presidência do Conselho de Ministros: Aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar. (2023). Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07, páginas 21 - 48

Decreto-Lei n. º118/2023. Presidência do Conselho de Ministros: Aprova o regime jurídico dos centros de responsabilidade integrados em hospitais do Serviço Nacional de Saúde. (2023). Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-12-20, páginas 58 – 73.

Decreto-Lei nº 12/2024. Presidência do Conselho de Ministros: Procede à revisão do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública. (2024). Diário da República n.º 7/2024, Série I de 2024-01-10, páginas 52 – 74.

Despacho nº 12889/2015. Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro: PNPSO (2015). Diário da República nº. 223, Série II de 13-11-2015.

Despacho nº 153/2005 Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro: PNPSO (2005). Diário da República nº. 3, Série II de 05-01-2005.

Dessen, M. C., & Paz, M. D. G. T. D. (2010). Bem-estar pessoal nas organizações: o impacto de configurações de poder e características de personalidade. Psicologia: teoria e pesquisa, 26, 549-556.

de Campos, A. C. (2019). Administração pública e saúde: ensaios de circunstância. Almedina.

Direção Executiva do SNS (2023). Acesso a Cuidados de Saúde Oral no Serviço Nacional de Saúde | Relatório 2023.

dos Santos, P. A. R. G., dos Santos Pinho, C. P., & Leonte, F. I. S. (2023). Estudo para a implementação do Balanced Scorecard no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Revista de Gestão e Secretariado (Management and Administrative Professional Review), 14(6), 9590-9614.

Donabedian, A. (1983). Quality assessment and monitoring: retrospect and prospect. *Evaluation & the health professions*, *6*(3), 363-375.

Drucker, P. F. (1974). Management: Tasks, responsibilities, practices (reprint 1999).

Duarte, A., & Pernas, G. (2015). Da responsabilidade social à sustentabilidade: O contributo da GRH. A., Ferreira, L. Martinez, F. Nunes, & H. Duarte (Coord.), Gestão de Recursos Humanos para Gestores, 467-468.

Duarte, H (2015). Gestão de remunerações. Gestão de Recursos Humanos para Gestores. A., Ferreira, L. Martinez, F. Nunes, & H. Duarte (Coord.), Gestão de Recursos Humanos para Gestores, 310-319.

Eaton, K., Yusuf, H., & Vassallo, P. (2023). The WHO Global Oral Health Action Plan 2023-2030. Community Dental Health, 40, 68.

Escoval, A. (2010). O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). Revista Portuguesa de Saúde Pública, 7-24.

Federation, F. W. D. (2020). Access to oral healthcare for vulnerable and underserved populations: Adopted by the General Assembly: September 2019, San Francisco, United States of America. International dental journal, 70(1), 15.

Ferreira, M., Lopes, A., Guimarães, M., & Barros, H. (2018). A carreira médica e os fatores determinantes da saída do serviço nacional de saúde. Acta Médica Portuguesa, 31(9), 483-488.

FFMS (2021). O Serviço Nacional de Saúde (SNS). Despesa total per capita. Pordata. Acedido em https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela.

França Jr, N. D. R., & Pilatti, L. A. (2004). Gestão de qualidade de vida no trabalho (GQVT): uma articulação possível. *CEP*, *84053*, 320.

Guide, T. (2014). The Convention on The Rights of Persons with Disabilities. New York and Geneva. United Nations of Human Rights.

Gomes, A. P., Carvalho, J., Ribeiro, N., & Nogueira, S. (2007). O Balanced Scorecard aplicado à administração pública. *Lisboa: Publisher Team*.

Gurd, B., & Gao, T. (2007). Lives in the balance: an analysis of the balanced scorecard (BSC) in healthcare organizations. International Journal of Productivity and Performance Management, 57(1), 6-21.

Haro, F., Serafim, J., Cobra, J., Faria, L., Roque, M. I., Ramos, M., ... & Costa, R. (2016). Investigação em ciências sociais: Guia prático do estudante. Lisboa: Pactor, 111-20

Hartnett, L., & McNamara, M. (2023). Oral health and supporting people with intellectual disabilities to get access to dental treatment. Learning Disability Practice, 26(2).

Inamdar, N., & Kaplan, R. S. (2002). Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. Journal of healthcare management, 47(3), 179-195.

Ibrahim, J. E., Jeffcott, S., Davis, M. C., & Chadwick, L. (2013). Recognizing junior doctors' potential contribution to patient safety and health care quality improvement. *Journal of health organization and management*, *27*(2), 273-286.

Jaber, A. A. A., Nashwan, A. J., & AbuJaber, A. (2022). Balanced scorecard-based hospital performance measurement framework: a performance construct development approach. Cureus, 14(5).

Jordan, H., das Neves, J. C., & Rodrigues, A. (2011). *O Controlo de Gestão ao Serviço da Estratégia e dos Gestores*.

Kaplan, R. S.; Norton, D. P. — The balanced scorecard: translating strategy into action. Boston, Ma: Harvard Business School Press, 1996.

Kirchmayer, Z., & Fratričová, J. (2020). What motivates generation Z at work? Insights into motivation drivers of business students in Slovakia. *Proceedings of the Innovation management and education excellence through vision*, *6019*, 6030.

Lado, A. A., & Wilson, M. C. (1994). Human resource systems and sustained competitive advantage: A competency-based perspective. *Academy of management review*, *19*(4), 699-727.

Lai, B., Milano, M., Roberts, M. W., & Hooper, S. R. (2012). Unmet dental needs and barriers to dental care among children with autism spectrum disorders. Journal of autism and developmental disorders, 42, 1294-1303.

Lei nº 66-B/2007. Assembleia da República: Estabelece o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na administração pública. (2007). Diário da República nº 250/2007, 1ºsuplemento Série I de 2007-12-28.

Limongi-França, A. C., & Zaima, G. (2002). Gestão de qualidade de vida no trabalho – GQVT. In Manual de gestão de pessoas e equipes. São Paulo: Gente.

Lindgren, Å., Bååthe, F., & Dellve, L. (2013). Why risk professional fulfilment: a grounded theory of physician engagement in healthcare development. *The International journal of health planning and management*, *28*(2), e138-e157.

Lopes, M. D. G. K., Koch Filho, H. R., Ferreira, I. D. R. C., Bueno, R. E., & Moysés, S. T. (2010). Grupos focais: uma estratégia para a pesquisa em saúde. RSBO Revista Sul-Brasileira de Odontologia, 7(2), 166-172.

Lourenço, A., & Barros, P. P. (2016). Cuidados de Saúde Oral. Universidade Nova de Lisboa.

Lucianetti, L., Battista, V., & Koufteros, X. (2019). Comprehensive performance measurement systems design and organizational effectiveness. *International Journal of Operations & Production Management*, *39*(2), 326-356.

Madureira, C. N. G. (2016). Sistema integrado de avaliação de desempenho na Administração Pública Portuguesa (SIADAP): balanço de uma década.

Maimako, L.B., & Bambale, A.J. (2016). Human Resource Management Practices and Employee Job Satisfaction in Kano State Owned Universities: A Conceptual Model. *Journal of Marketing Management, 7*, 1.

Mathur, V. P., Kalra, G., & Dhillon, J. K. (2021). Can Dental Caries be Defined as a Pandemic?. Dent, 4(3), 163-164.

Minayo, M. C. D. S. (1992). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. In O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde (pp. 259-269).

Nascimento, G., & Pereira, A. (2015). A gestão e avaliação de desempenho. Gestão de Recursos Humanos para Gestores, 249-305.

Nunes, F., & Reto, L. (2015). Gestão estratégica de recursos humanos – um repto para uma abordagem asseada na evidênca. Gestão de Recursos Humanos para Gestores, 249-305.

Neog, B. B., & Barua, M. (2014). Factors influencing employee's job satisfaction: An empirical study among employees of automobile service workshops in Assam. *The SIJ Transactions on Industrial, Financial & Business Management (IFBM)*, *2*(7), 305-316.

Ningrum, V., Bakar, A., Shieh, T. M., & Shih, Y. H. (2021, April). The oral health inequities between special needs children and normal children in Asia: a systematic review and meta-analysis. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 4, p. 410). MDPI.

Norton A., Areias C., Macho V, Macedo AP., Palha M., Andrade D. Saúde oral em crianças portadoras de problemas de neurodesenvolvimento. Diferenças, 2015; 1-24.

O'Brien, K. J., Forde, V. M., Mulrooney, M. A., Purcell, E. C., & Flaherty, G. T. (2022). Global status of oral health provision: Identifying the root of the problem. *Public Health Challenges*, *1*(1), e6.

OCDE/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (2021), Portugal: Perfil de Saúde do País 2021, Estado da Saúde na UE, OCDE, Paris/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Bruxelas.

Ordem dos Médicos Dentistas. 8ª edição do Barómetro da saúde oral, 2023.

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical care, 127-140.

Pinto, F. (2007). Balanced Scorecard–Alinhar Mudança. Estratégia e Performance nos Serviços Públicos, Edições Sílabo.

Portaria nº 95/2013 Ministério da Saúde: Regulamento do Sistema Integrado de Referenciação e de Gestão do Acesso à Primeira Consulta de Especialidade Hospitalar nas Instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Diário da República, 1.a série—Nº 44—4 de março de 2013.

Portaria nº 153/2017. Ministério da Saúde: TMRG. Diário da República, 1.a série—Nº 86—4 de maio de 2017.

Portaria nº 207/2017. Ministério da Saúde: Aprova os Regulamentos e as Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde, procede à regulamentação do

Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), Diário da República, 1.a série—Nº 132—11 de julho de 2017.

Portaria n.º 330/2017. Saúde: Define o modelo do regulamento interno dos serviços ou unidades funcionais das Unidades de Saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), com a natureza de entidades públicas empresariais, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, que se organizem em Centros de Responsabilidade Integrados (CRI). Diário da República nº. 210 , Série I de 2017-10-31, páginas 5848-5852.

Portaria 71/2018. Saúde: Procede à primeira alteração à Portaria n.º 330/2017, de 31 de outubro, que define o modelo do regulamento interno dos serviços ou unidades funcionais das Unidades de Saúde do SNS, com a natureza de entidades públicas empresariais, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, que se organizem em Centros de Responsabilidade Integrados. Diário da República nº. 48 , Série I de 08-3-2018, páginas 1214-1215.

Portaria nº 254/2018. Ministério da Saúde: Altera a Portaria nº 207/2017 de 11 de julho. Diário da República, 1.a série—Nº 173/2018—7 de setembro de 2018.

Portaria nº 430/2023. Saúde: Estabelece as regras de prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos no âmbito do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral. Diário da República n.º 238, Série I de 2023-12-12, páginas 109 – 115.

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining health care: creating value-based competition on results. Harvard business press.

Porter, M. E. (2008). Value-based health care delivery. *Annals of surgery*, *248*(4), 503-509.

Rede de Referenciação Hospitalar de Estomatologia. 2016. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/RR_Estomatologia_15_11_2017.pdf

Regulamento interno do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. 2014. https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2017/08/Regulamento_Interno_21_03_2014.pdf

Relatório de Governo Societário 2022. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE. 2022.

Renting, N., Nutma, E., Roemeling, O., & Smailhodzic, E. (2022). Principles for the effective implementation of value-based healthcare: a scoping review and proposed process model for successful implementation.

Rocha, A., Capela, A., Grilo, C., Almeida, C., Valente, G., & Coimbra, J. (2016). Evolução da saúde escolar em Portugal: Revisão da legislação no âmbito da saúde. Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health, (45), 193-210.,

Russo, J. (2009). Balanced Scorecard‖ para PME e Pequenas e Médias Instituições, Lidel–Edições Técnicas, Lisboa.

Sageer, A., Rafat, S., & Agarwal, P. (2012). Identification of variables affecting employee satisfaction and their impact on the organization. *IOSR Journal of business and management*, *5*(1), 32-39.

Shutt, J. A. (2003). Balancing the health care scorecard. Managed Care, 12(9), 42-46.

Silveira, A. B. V. D., Miranda Filho, A. E. D. F., Marques, N. C. T., & Gomes, H. D. S. (2021). What risk factors determine tooth caries today? A scoping review.

Sivapathasundharam, B., & Raghu, A. R. (2020). Dental caries. Shafer's Textbook of Oral Pathology, Ninth Edition, [An adaptation of A Textbook of Oral Pathology, 1983, 4e, Elsevier Inc], RELX India Pvt Ltd, India, 369-403.

Star, J. M., Flores, A., Leyva, E., & Foertsch, C. (2023). Barriers to routine dental care for children with special health care needs. *Special Care in Dentistry*.

Svalastog, A. L., Donev, D., Kristoffersen, N. J., & Gajović, S. (2017). Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croatian medical journal*, *58*(6), 431.

Thomas, N., Blake, S., Morris, C., & Moles, D. R. (2018). Autism and primary care dentistry: parents' experiences of taking children with autism or working diagnosis of autism for dental examinations. International journal of paediatric dentistry, 28(2), 226-238.

Torres, A. (2010). Caminhos da gestão: em serviços de saúde. Mafra: Edição do Autor.

Tran, J., Chen, J. W., Trapp, L., & McCormack, L. (2021). An investigation of the long- and short-term behavioral effects of general anesthesia on pediatric dental patients with autism. Frontiers in Oral Health, 2, 679946.

Valencia-Mayer, C. (2019). Atención en salud basada en el valor: retos y oportunidades. *Revista Salud Bosque*, *9*(2), 35-46.

van der Kolk, B., van Veen-Dirks, P. M., & ter Bogt, H. J. (2019). The impact of management control on employee motivation and performance in the public sector. *European Accounting Review*, *28*(5), 901-928.

Walker, K. B., & Dunn, L. M. (2006). Improving hospital performance and productivity with the balanced scorecard. Academy of Health Care Management Journal, 2.

Westgarth, D. (2019). Challenges faced by special care patients. BDJ In Practice, 32(7), 10-14.

Winkelmann, J., Listl, S., van Ginneken, E., Vassallo, P., & Benzian, H. (2023). Universal health coverage cannot be universal without oral health. The Lancet Public Health, 8(1), e8-e10.

Winkelmann, J., van Ginneken, E., & Gomez Rossi, J. (2022). Oral health care in Europe: Financing, access and provision. European Journal of Public Health, 32(Supplement_3), ckac129-372.

World Health Organization. (2011). *World report on disability 2011*. World Health Organization.

World Health Organization. (2022). Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030.

Yin, R. K. (2014). Case study research: Design and methods. Sage.

Zambrana-García, J. L., Torres-Jiménez, M., Rubio-Sánchez, J. M., Montijano-Cabrera, A., Peña-Ojeda, J. A., & Velasco-Malagón, M. J. (2017). Procesos médicos susceptibles de alta resolución en consultas ambulatorias. *Revista de Calidad Asistencial*, *32*(2), 82-88.

Anexos

Anexo A: Guião entrevista grupo 1 Estomatologistas

Anexo B: Guião entrevista grupo 2 – Diretores de CRI

Anexo C: Entrevistas: síntese da análise conteúdo do grupo 1 e gripo 2

Anexo D: *Benchmarking* do CHULC

Anexo E: BSC – Responsáveis por objetivo e mapa da avaliação da performance global

Anexo F: Remuneração da produção adicional

Anexo G: SGAD-Med – Tabelas de objetivos e competências

Anexo A: Guião entrevista grupo 1 - Estomatologistas

A. Introdução:

1. Apresentação da entrevistadora
2. Objetivo da entrevista
3. Confidencialidade

B. Da entrevista

4. Local de realização
5. Data
6. Duração
7. Notas escritas

C. Do entrevistado – qualificações e experiência

8. Idade
9. Género
10. Estomatologista desde quando?
11. Na instituição desde quando? Posição na carreira
12. Local de trabalho (polo de adultos e/ou pediátrico)
13. Horário completo ou parcial?
14. Em dedicação plena ou não?
15. Outra (diferenciação académica, outra atividade profissional, hobbies)

D. Da satisfação e motivação

16. Como valoriza o bem estar/satisfação no local trabalho?
17. Qual o grau de satisfação com a instituição? (de 1 a 5)
18. E com o Serviço? (de 1 a 5)
19. Quais os principais pontos + e negativos do quotidiano? (sobrecarga de trabalho, equipamentos, instalações e suporte administrativo).
20. Qual o impacto dos pontos identificados, na motivação?
21. Tipo de recompensas e qual a sua importância? (Remuneração, oportunidades aprendizagem, sensação de reconhecimento, trabalho com sentido, a equipa, horários/carga de trabalho)
22. Consegue conciliar de modo satisfatório a vida profissional e privada?

E. Do modelo de CRI

23. Está familiarizado com os Centros de Responsabilidade Integrados? O que entende por CRI?
24. Como acha que funcionam os CRI? Que vantagens podem ter? (ponto vista médicos e utentes)
25. Gostaria de pertencer a um CRI? Em caso afirmativo porquê? Sabe que tem de estar em dedicação plena? (recompensas, horário, trabalho com sentido...)Acha que os CRI são o futuro?
26. Acha que os CRI são o futuro? Ou será uma moda?

F. Agradecimentos

Anexo B: Guião da entrevista do grupo 2 – Médicos, Diretores de CRI

A. Introdução:

1. Apresentação da entrevistador
2. Objetivo da entrevista
3. Confidencialidade: as respostas serão tratadas de forma confidencial e anónima.

B. Da entrevista

4. Local de realização
5. Data
6. Duração
7. Notas escritas

C. Do entrevistado – contextualização profissional

8. Data de nascimento
9. Género
10. Anos de serviço
11. Especialidade
12. Na instituição desde quando? Posição na carreira
13. Outros (diferenciação académica, outra atividade profissional, outros cargos, hobbies...)

D. Da constituição do CRI

14. Qual é o CRI? Constituído há quanto tempo?
15. Porque criaram o CRI?
16. Quantos médicos tem o CRI? E no total quantos colaboradores?
17. Os médicos são de várias especialidades? Há anestesistas que pertencem ao CRI? Há outros técnicos (nutrição, fisioterapia, psicologia, etc)?
18. Desafios na conceção do CRI
    - Recrutamento do conselho gestão (escolha administrador como é que foi feita?)
    - Recrutamento dos colaboradores (repercussão no *outgroup,* como reagiu quem ficou de fora?)
    - Tempos operatórios, são um fator limitante? Tem bloco próprio?
    - Como definiram os preços de transferência interna?

E. Avaliação da experiência (após a implementação)

19. Os objetivos/indicadores definidos foram cumpridos
20. Como correu o sistema avaliação de desempenho?
21. Como correu a gestão das recompensas
22. Quais os aspetos positivos/vantagens do CRI?
23. Quais os aspetos negativos/problemas do CRI?
24. Como perceciona a satisfação dos médicos?
25. Recomendações (O que diria a quem quer formar um CRI?)

F. Agradecimentos

Anexo C – Grupo 1- entrevistas

Tabela 27: Entrevistas com os especialistas em Estomatologia grupo 1

Dimensões	Sub dimensões	Fragmento 1	Médicos[20]	Fragmento 2	Médicos	Fragmento 3	Médicos
Organização interna atual	Estratégia organizacional	Ausência participação na gestão	5,7	Falta de autonomia, p.e. agendamento próprio	5,7		
	Pontos negativos	Desorganização	7	Pouco investimento	6,7	TAS em falta	5
	Pontos positivos	Há poucos	1	Carga trabalho adequada	2,3,4	Formação internos	5,6
	Ambiente de trabalho	A equipa é um ponto forte	4,6,7	O bem estar no local de trabalho é muito importante	7	Não me integro muito	1
CRI	CRI O modelo	Não estou familiarizado	1,2,3,6	Autonomia	4,5	Eficiência e Remuneração	4,6,7
	Funcionamento	Compromisso resultados	1,5,6	Dedicação plena	2,5,6,7		
	Pertencer a um CRI?	Não sei	1	Sim, mas só analisando as condições	5	Sim pelos incentivos	2, 3, 5, 6, 7
	Os CRI são o futuro	Não são	1,4,6	Risco de seleção doentes, trabalhar para indicadores	1,3	É melhor para o doente	5,7
GEP	Satisfeito com a instituição/serviço	Não me sinto valorizado	2,3,5, 6,7	Pouca inovação	2,3	Condições de trabalho (estacionamento, copa)	5,7
	SGAD	É preciso SGAD justo	1, 2,3,7	Indexar à performance	7		
	Recompensas	Recompensas monetárias e não monetárias	2,3, 4,5,6	Estabilidade e segurança	4		
	Satisfação	Sem recompensas não há motivação	3,6	O meu trabalho tem sentido?	4,5,2,6[21]	Sou novo por isso ainda estou motivado	2,7
	Concilia vida profissional/pessoal	Sim bastante bem	1,2,3,6	Não	4	Razoavelmente	5, 7
Comunicação	Plano serviço	Precisamos de reuniões organizativas	2,3,4,5,	Desconhece a missão	1	Comunicação vertical insuficiente	5

[20] M1, M2, M3, M4, M5 e M6

[21] M6 faz afirmação em sentido contrário

Grupo 2 - **Entrevistas com peritos, Médico A**

Tabela 28: Diretor de CRI - A

Categorias	Sub categorias	Objetivos	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3	Questão
Organização interna	Antes do CRI	Caracterizar o serviço antes de formar um CRI.	O CRI surgiu fusão de 2 unidades			D13, D14
	Organização como CRI	Caracterizar o CRI	Fundado há 3 anos e 10 meses			D15
		Conhecer o Diretor	59 anos, 33 anos de serviço Assistente Graduado	Responsável do CRI	Docente universitário, colaborador ONG	C 8-12
		Saber como escolheram Administrador e enfermeiro gestor	Designado pelo CA	A enfermeira pertencia ao Serviço	A enfermeira foi recrutada pelo seu dinamismo	D 17.1
		Colaboradores do CRI	12 médicos, várias especialidades exceto Anestesia	Técnicos fisioterapia, psicologia, serviço social Enfermeiros, AT		D15, 16
	Recomendações	Perceber que conselhos dar a pretende fundar um CRI	Ter o apoio do CA por causa da articulação com outros serviços	É preciso um empoderamento conselho de gestão	Resistência em fornecer serviços ao CRI	E24

Categoria	Sub categorias	Objetivos	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3	Questão
Gestão estratégica	Objetivos estratégicos	O que pretendiam com o CRI	Aumentar a motivação das pessoas	Autonomia Eficiência	Clarificar o papel de cada um Cultura partilhada	D14 E18
	Objetivos operacionais	Avaliar operacionalização do CRI	O CRI foi um fator aglutinador	Agilizaram os sistemas informáticos		D14 E18
	Linhas de ação	Perceber quais as linhas orientadoras da atividade do CRI	Alinhados com os objetivos estratégicos	Ter espaço próprio		D14

Categorias	Sub categorias	Objetivos	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3	Questão
GEP	RH	Recrutamento e seleção Outgroup?	O recrutamento foi interno	Os médicos transitaram das 2 unidades pré existentes	Dispensaram técnicos...isso chocou a equipa	D17.2
	SGAD	Perceber se existe um SGAD formal	Não existe SGAD			E19
	Recompensas Incentivos	Avaliar implementação e operacionalização da distribuição recompensas Usam o SGAD para distribuir as recompensas?	Os incentivos do médicos são da cirurgia adicional	Há incentivos monetários para toda a equipa	Os AT ficaram muito contentes	E20, 21, 23
	Satisfação	Como perceciona a satisfação dos médicos	Pouco satisfeitos	falta pagamento por objetivos individuais		E23

Categoria	Sub categorias	Objetivos	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3	Questão
Comunicação	Plano	Estratégia de comunicação adotada	Reunião semanal plenária é sagrada	Caixa correio partilhada	Grupo WhatsApp	D15,16

Categoria	Sub categorias	Objetivos	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3	Questão
Controlo gestão	Ferramentas	Perceber se o CRI usa instrumentos de controlo de gestão	BSC não usam	PTI não usam	Existe um plano de ação, monitorizam resultados, consultas cirurgias	D17
	Resultados do CRI	Metas cumpridas PONTOS + PONTOS - Avaliação final	Cumprem consultas Criaram uma via verde para as complicações pós op	Incorporaram eficiência e inovação Teleconsulta enfermagem	Não cumprem os objetivos cirúrgicos primeiro pela pandemia e depois pela escassez de tempos de bloco Não é possível fazer consulta adicional não médica	D17.3, E18

Grupo 2 - Entrevistas com peritos, Médico B

Tabela 29: Diretor de CRI - B

Categorias	Sub categorias	Objetivos	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3	Questão
Organização interna	Antes do CRI	Caracterizar o serviço antes de formar um CRI.	O CRI surgiu de uma Unidade	Os doentes não eram operados nos tempos adequados	Os doentes eram estabilizados e transferidos sem tratamento.	C8 C10 a C13 D13, D14
	Organização como CRI	Caracterizar o CRI	Ortopedia- trauma HSJ	Fundado há 3 anos e 4 meses		D15
		Conhecer o Diretor	66 anos 38 anos de serviço, 27 anos na instituição Assistente Graduado Sénior	Diretor do CRI	Competência em Gestão, Curso do SIADAP	C 8-12
		Saber como escolheram Administrador e enfermeiro gestor	Transitaram da Unidade pré existente			D 17.1
		Colaboradores do CRI	55 colaboradores	Ortopedistas, fisiatra, medicina interna,	Técnicos fisioterapia, serviço social Enfermeiros, AO e AT	D15, 16
	Recomendações	Perceber que conselhos dar a pretende fundar um CRI	O recrutamento é fundamental	Escolher pessoas sensibilizada para a questão clínica	Não aumentar os recursos desmesuradamente.	E24

Categorias	Sub categorias	Objetivos	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3	Questão
Gestão estratégica	Objetivos estratégicos	O que pretendiam com o CRI	Aumentar a resposta e eficiência	Autonomia	Remuneração mais elevada	D14 E18
	Objetivos operacionais	Avaliar operacionalização do CRI	Resistência à mudança	Conflitos entre o CRI e outros serviços	Resistência em fornecer serviços ao CRI	D14 E18
	Linhas de ação	Perceber quais as linhas orientadoras da atividade CRI	Alinhados com os objetivos estratégicos	Prestar cuidados de qualidade		D14

Categorias	Sub categorias	Objetivos	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3	Questão
GEP	RH	Recrutamento e seleção Outgroup?	O recrutamento foi interno	Toda os colaboradores do Serviço anterior transitaram	Precisei de contratar mais médicos	D17.2
	SGAD	Perceber se existe um SGAD formal	Não existe SGAD	Avaliam o desempenho global e setorial	Taxa de complicações	E19
	Recompensas Incentivos	Avaliar implementação e operacionalização da distribuição recompensas Usam o SGAD para distribuir as recompensas?	Os incentivos são distribuídos por toda a equipa se forem atingidas 90% metas	Há flexibilização horário médicos se estes cumprirem em termos de resultados		E20, 21, 23
	Satisfação	O CRI trouxe satisfação à equipa	Sim	Os médicos apreciam a autonomia	Não precisam de fazer privada	E23

Categoria	Sub categorias	Objetivos	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3	Questão
Comunicação	Plano	Estratégia de comunicação adotada	Reuniões periódicas			D15,16

Categoria	Sub categorias	Objetivos	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3	Questão
Controlo gestão	Ferramentas	Perceber se o CRI usa instrumentos de controlo de gestão	BSC não usam	PTI não usam	Existe um plano de ação, monitorizam demora média pré cirurgia, nº de cir e tx complicações	D17
	Resultados do CRI	Metas cumpridas? Pontos + Pontos - Avaliação final	Cumpriu 98%	Incorporaram eficiência teleconsultas pela enfermagem	Autonomia e responsabilização pelos resultados é o mais importante	D17.3, E18

Grupo 2 - Entrevistas com peritos, Médico C

Tabela 30: Diretor de CRI - C

Categorias	Sub categorias	Objetivos	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3	Questão
Organização interna	Antes do CRI	Caracterizar o serviço antes de formar um CRI.	Quando cheguei o Serviço estava extinto	Não pertenci ao serviço anterior	Recrutaram-me *topdown* Prometeram-me muita coisa	C8 C10 a C13 D13, D14
	Organização como CRI	Caracterizar o CRI	Oftalmologia pediátrica	Existe há quase 3 anos	HDE	C 8-13
		Conhecer o Diretor	58 anos 34 anos carreira, 4 anos na instituição Assistente Graduado Doutorado	Sou diretor e tenho isenção de horário Fez um CRE de oncologia oftalmológica	Experiência internacional, 6 países diferentes Em Portugal este é o 3º grande centro	
	Recomendações	Perceber que conselhos dar a quem pretende fundar um CRI	Não façam	O modelo de CRI é uma falácia	Não há verdadeira autonomia	E24

Categoria	Sub categorias	Objetivos	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3	Questão
Gestão estratégica	Objetivos estratégicos	Saber quais as expectativas em relação modelo de CRI	Melhorar a resposta Diminuir os TMRG	Captar investimento	Inovar Ter verdadeira autonomia	D14 E18
	Objetivos operacionais	Avaliar operacionalização do CRI	Não houve uma reorganização porque foi criado de novo	Houve alguma competição para ver qual o CRI que era aprovado primeiro		D14 E18
	Linhas de ação	Perceber quais as linhas orientadoras da atividade do CRI	Alinhados com a estratégia			D17

Categorias	Sub categorias	Objetivos	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3	Questão
GEP	RH	Recrutamento e seleção Outgroup?	O recrutamento foi interno Ninguém ficou de fora porque o serviço	Pensei em trazer anestesista fora por causa da adicional mas desisti	Esperava que existisse gestão vertical dos vários grupos dentro do CRI	D17
	SGAD	Perceber se existe um SGAD formal	Não existe SGAD			E19
	Recompensas Incentivos	Avaliar implementação e operacionalização da distribuição recompensas Usam o SGAD para distribuir as recompensas?	Os incentivos foram distribuídos por toda a equipa	Foi a administradora que distribuiu apenas 1 ano, não sei bem como,	Julgo que a distribuição foi com base nas % da adicional que cada recebe	E19, E,20
	Satisfação	O CRI trouxe satisfação à equipa	Para eles é indiferente	Neste momento não fazem adicional não há incentivos	Ganham melhor na privada	E24

Categoria	Sub categorias	Objetivos	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3	Questão
Comunicação	Plano de comunicação	Estratégia de comunicação adotada	Nunca consegui ter os meus médicos todos juntos, portanto não há reuniões, resta o mail...	Aliás nunca tive um médico à sexta-feira		D17

Categoria	Sub categorias	Objetivos	Fragmento 1	Fragmento 2	Fragmento 3	Questão
Controlo gestão	Ferramentas	Perceber se o CRI usa instrumentos CG	BSC não usam	PTI desconhecem	Existe um plano de ação	D17
	Resultados do CRI	Metas cumpridas Pontos + Pontos - Avaliação final	Cumpriu as consultas Implementaram teleconsultas Inovaram com uma consulta de genética Dão apoio à urgência	No ano de 2023 teve ¼ dos tempos operatórios portanto não cumpriu o bloco	Não vejo vantagens CRI Agora herdou toda a lista espera de outro hospital que integrou a ULS	E18-24

Anexo D – *Benchmarking* **do CHULC**

Neste anexo são apresentados os dados relativos ao benchmarking dos hospitais do grupo E em que a pontuação 1 é atribuída ao melhor hospital do grupo (fonte ACSS).

Produtividade

Os indicadores utilizados são a taxa anual de ocupação em internamento (figura 29), demora média antes da cirurgia (figura 30) e doentes-padrão por médico ETC (figura 31).

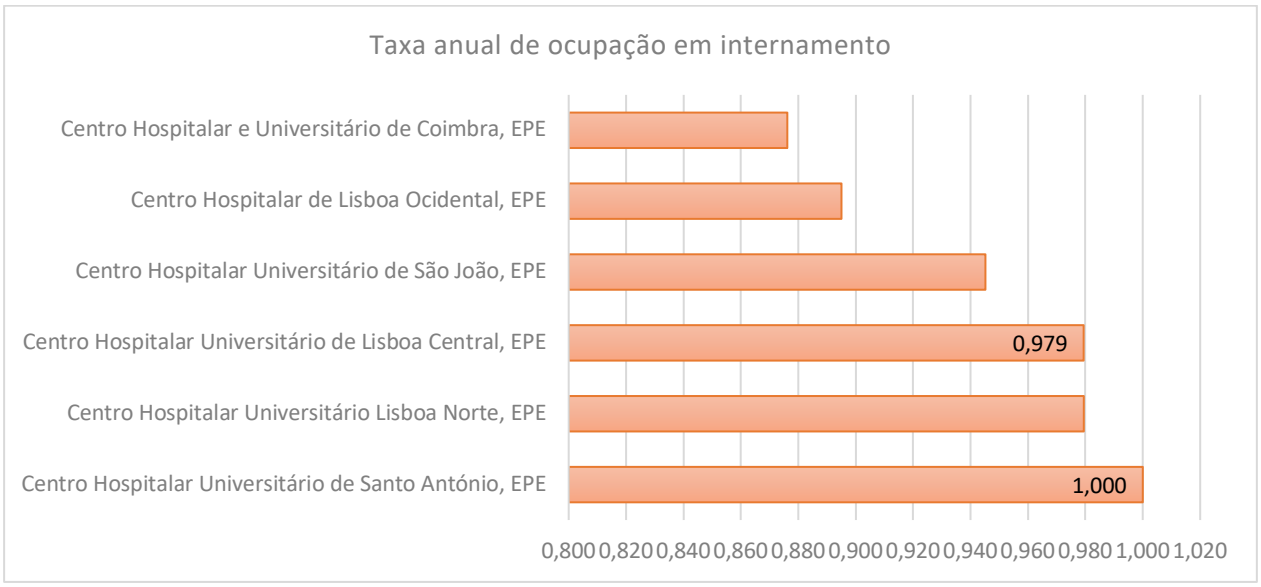


Figura 29: Taxa anual de ocupação em internamento

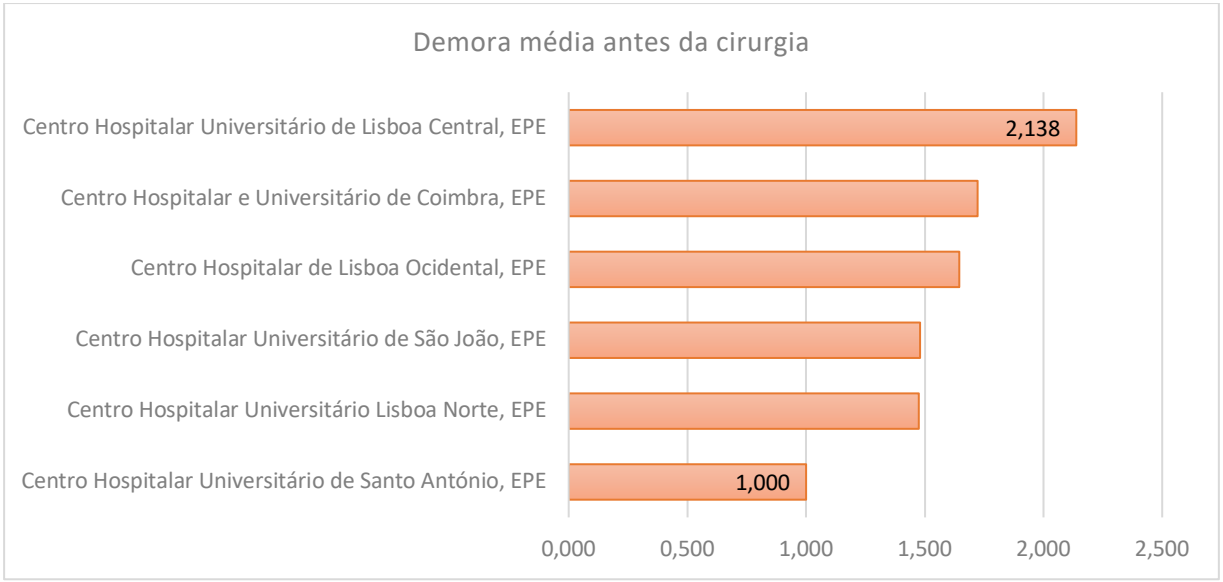


Figura 30: Demora média antes da cirurgia

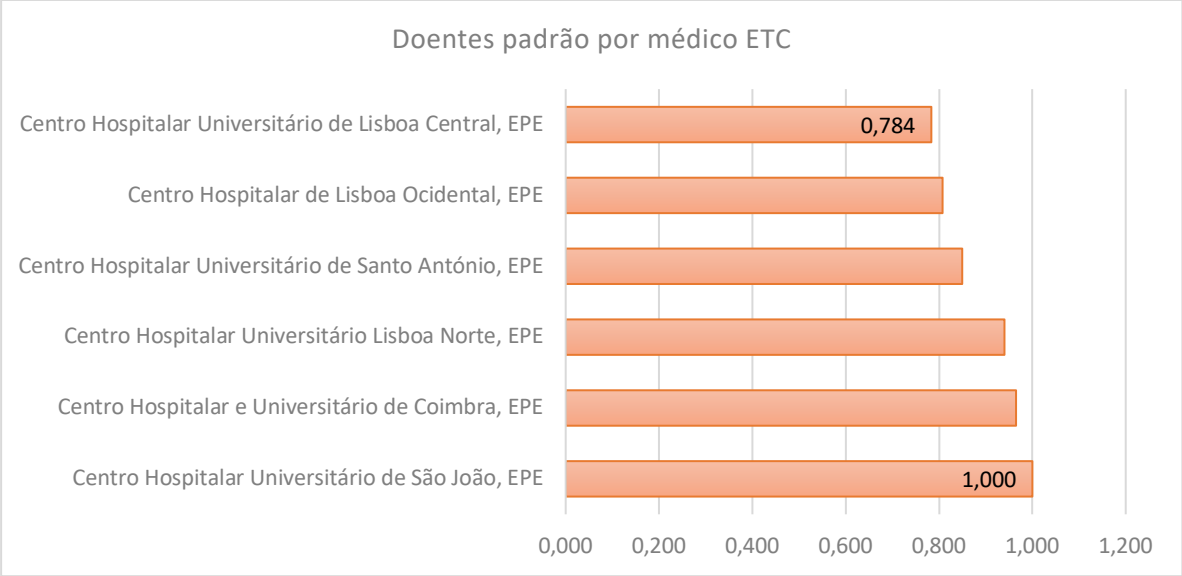


Figura 31: Doentes padrão por médico ETC

Acesso

Monitoriza a % de consultas realizadas em tempo adequado (figura 32) e a % de inscritos em LIC dentro do TMRG (figura 33).

.

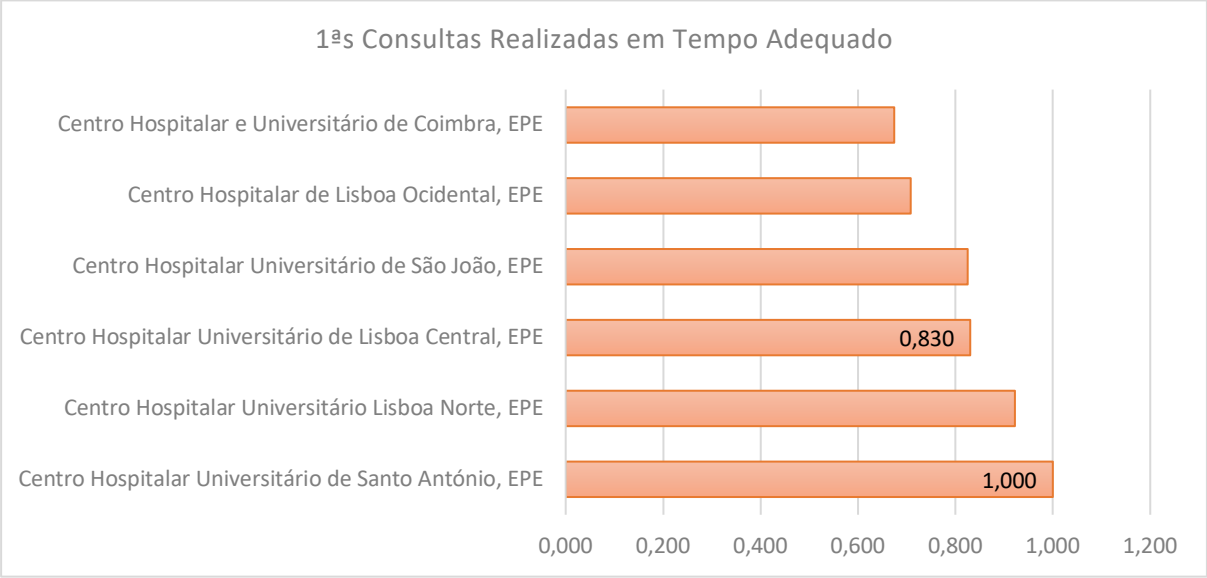


Figura 32: Primeiras consultas realizadas dentro do TMRG

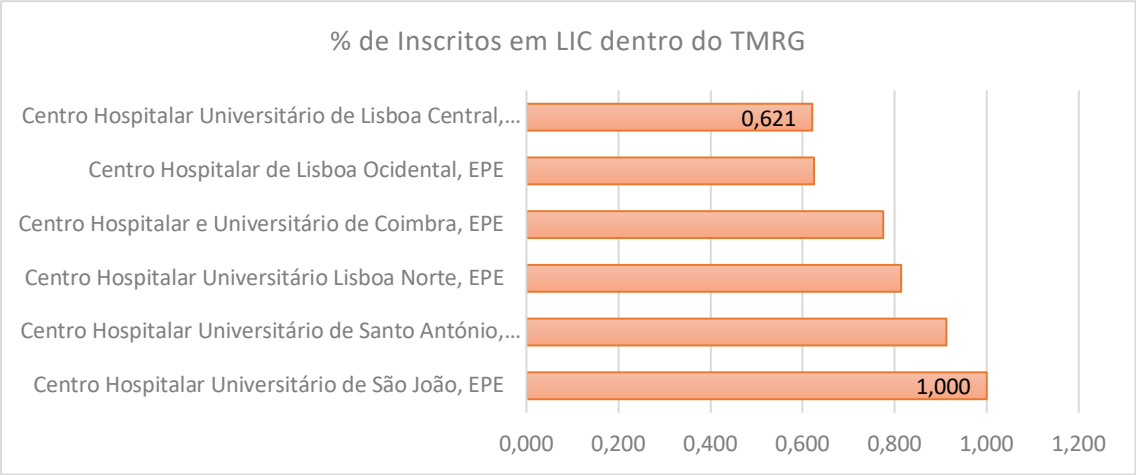


Figura 33: Inscritos em LIC dentro do TMRG

Desempenho assistencial

Incluímos apenas a taxa de ambulatorização (figura 34).

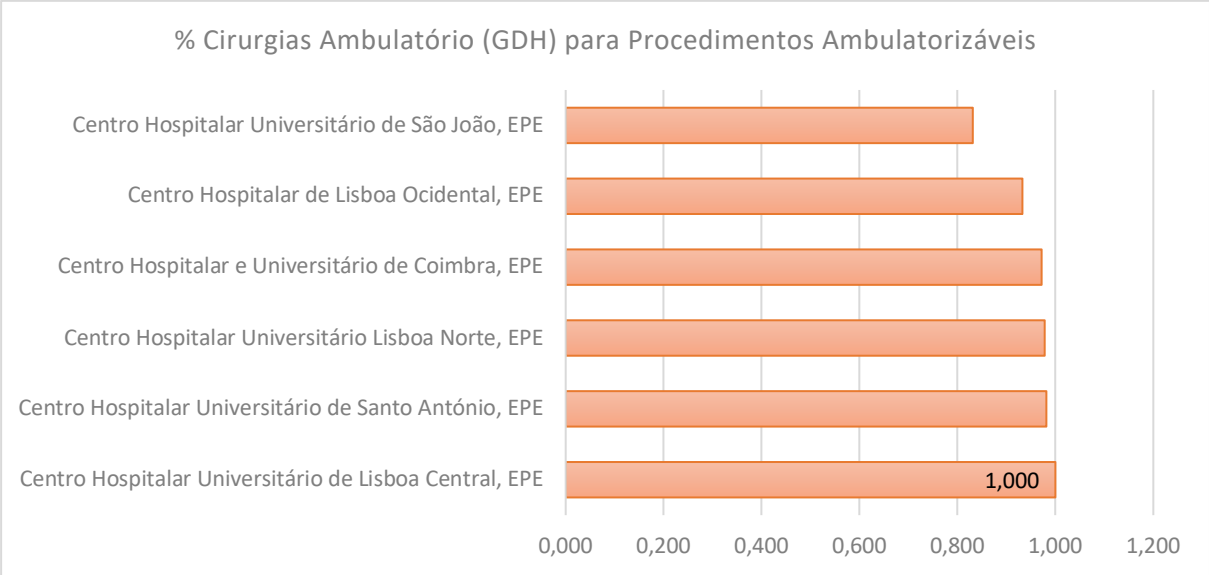


Figura 34: % Cirurgias Ambulatório (GDH) para Procedimentos Ambulatorizáveis

Desempenho económico-financeiro

Incluímos as métricas relativas aos gastos com pessoal, gastos com material consumo clínico e gastos operacionais ajustados ao doente-padrão. Valores acumulados relativos a outubro 2023 (figura 35 e 36) e valores acumulados, dezembro de 2017 (figura 37).

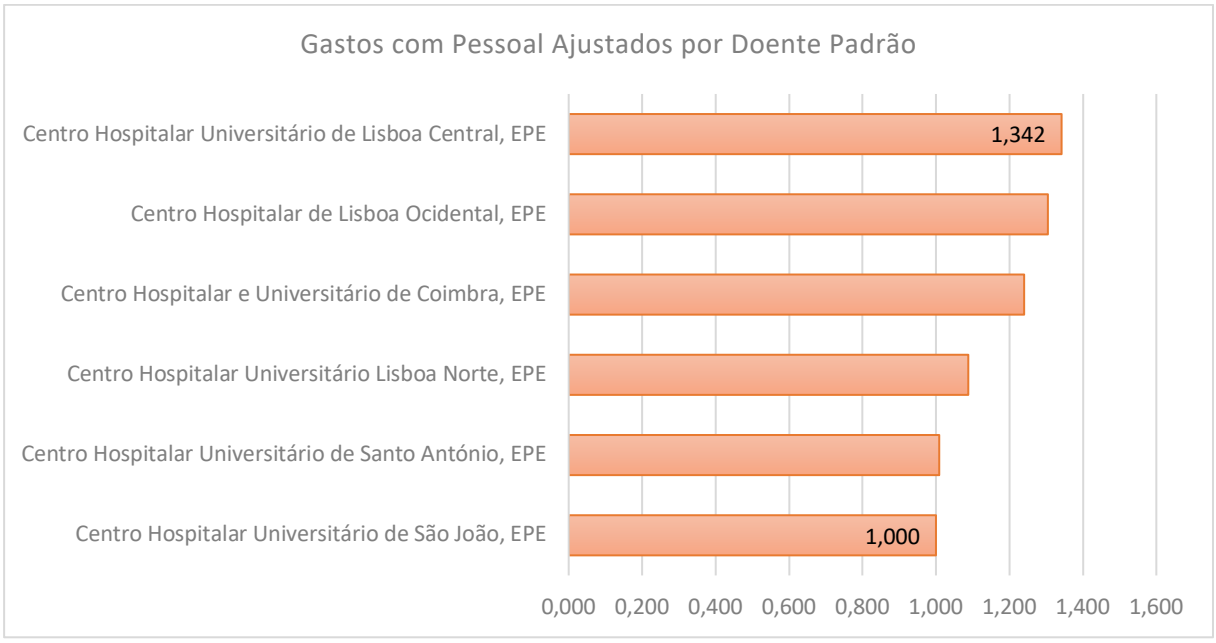


Figura 35: Gastos com Pessoal Ajustados por Doente Padrão

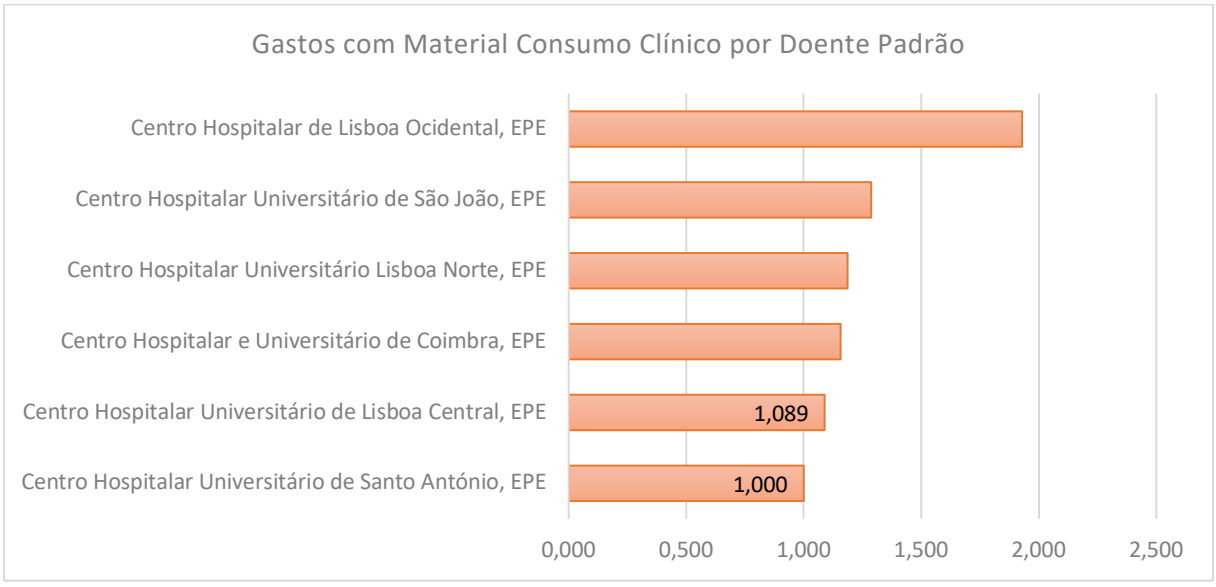


Figura 36: Gastos com Material Consumo Clínico por Doente Padrão

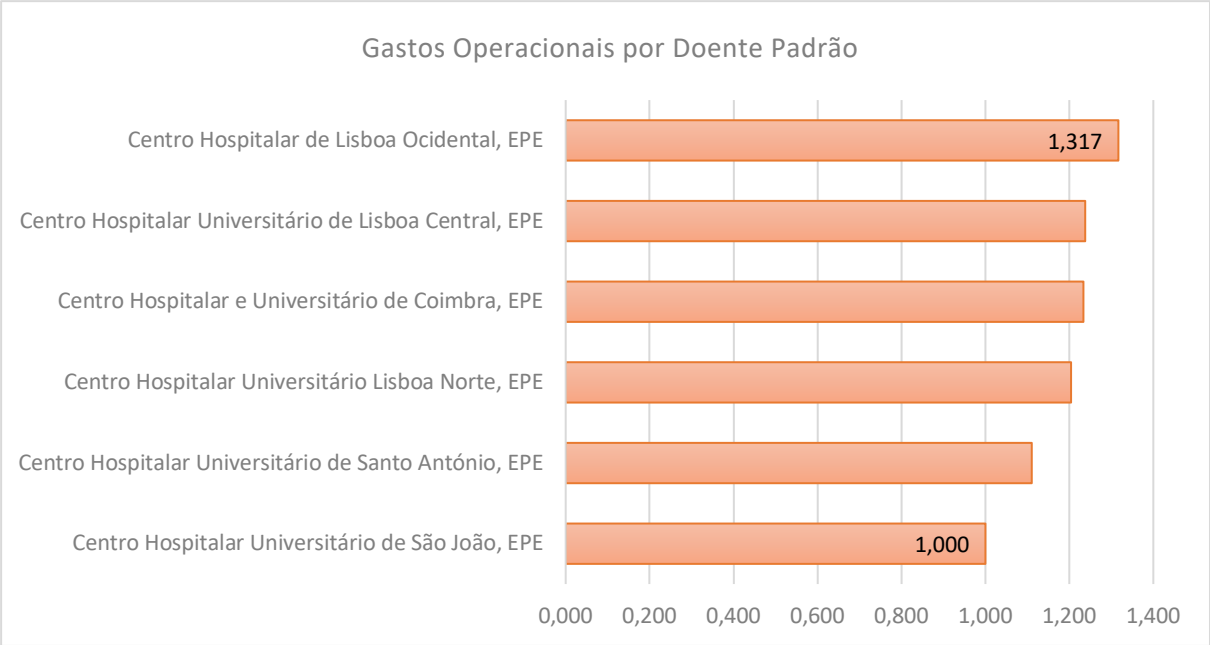


Figura 37: Gastos operacionais por Doente Padrão

Anexo 5: BSC – Avaliação da performance global

Tabela 31: Mapa da avaliação da performance global

	CRI ET - Avaliação da performance					
	Objetivo		**FP**	**5**	**3**	**1**
Utente 30%	**U. 1**	**Assegurar o acesso**	**60%**	**0,6 [(0,4 U.1.1) + (0,6 U.1.2)]**		
	U. 1.1	TMRG 1ª consulta	40%			
	U. 1.2	TMRG cirurgia	60%			
	U. 2	**Promover satisfação**	**40%**	**0,4 [(0,6 U.2.1) + (0,4 U.2.2)]**		
	U. 2.1	Satisfação do utente	60%			
	U. 2.2	Reclamações	40%			
Processos (30%)	**P. 1**	**Qualidade cuidados**	**30%**	**0,3 [(0,3 P.1.1) + (0,5 P.1.2) + (0,2 P.1.3)]**		
	P. 1.1	Complicações pós op	30%			
	P. 1.2	% registos cirurgia segura	50%			
	P. 1.3	Auditoria clínica	20%			
	P. 2	**Minimizar desperdício**	**30%**	**0,3 [(0,6 P.2.1) + (0,4 P.2.2)]**		
	P. 2.1	Tx ocupação do bloco	60%			
	P. 2.2	Cir canceladas com menos de 24h	40%			
	P 3	**Eficiência**	**40%**	**0,4 [(0,6 P.3.1) + (0,4 P.3.2)]**		
	P. 3.1	Nº de consultas	60%			
	P. 3.2	Nº cirurgias	40%			
Financeira (20%)	**F 1**	**Sustentabilidade**	**50%**	**0,5 [(0,6 F.1.1) + (0,4 F.1.2)]**		
	F. 1.1	Orçamento anual	60%			
	F. 1.2	Resultados operacionais	40%			
	F 2	**Otimizar recursos**	**50%**	**0,5 [(0,3 F.2.1) + (0,7 F.2.2)]**		
	F. 2.1	Custos bloco op/doente	30%			
	F. 2.2	Registos da atividade	70%			

CRI ET - Avaliação da performance

Aprendizagem (20%)	**A 1**	**Diferenciação equipa**	**60%**	**0,6 [(0,3 A.1.1) + (0,3 A.1.2) + (0,4 A.1.3)]**		
	A. 1.1	Horas de formação	30			
	A. 1.2	Publicações	30			
	A. 1.3	Comunicações	40			
	A 2	Inovação	40%	**0,4 [(0,3 A.2.1) + (0,5 A.2.2) + (0,2 A.2.3)]**		
	A. 2.1	Aquisição de equipamento	30			
	A. 2.2	Protocolos com outros serviços	50			
	A. 2.3	Projetos na comunidade	20			

Anexo 6: Remuneração da cirurgia adicional

A remuneração da cirurgia adicional permanece igual desde 2018 (tabela 32) e só são pagos os dois primeiros níveis de severidade.

Tabela 32: Valor do GDH em cirurgia adicional

Cirurgia – adicional preço (€)		
	Internamento	Ambulatório
GDH 92 – severidade 1	2008,02	1392,30
GDH 92 – severidade 2	2979,64	2979,64
GDH 98 – severidade 1	1238,37	1014,35
GDH 98 – severidade 2	2069,73	1498,41

Fonte: Portaria n.º 254/2018

Anexo 7: SGAD-Med

Tabela de objetivos do CRI

Tabela 33: Objetivos a avaliar - médicos do CRI-ET

CRI – ET Objetivos para médicos Estomatologistas					
Objetivos	**Ponderação objetivo**	**Indicador**	**Ponderação indicador**	**Metas**	**Critérios**
Acessibilidade	30%	TMRG 1ª consulta	50%	> 90% doentes	< 90% = 1 90% - 95% = 3 > 95% = 3
		TMRG cirúrgico	50%	> 40% doentes	< 40% = 1 40% - 45% = 3 > 45% = 5
Qualidade dos cuidados	30%	Tx complicações pós-op (alveolite)	50%	< 5% doentes	> 5% = 1 2%-5% = 3 < 2% = 5
		Satisfação dos utentes (questionário)	50%	> 80% doentes	< 80% = 1 80%-85% = 3 > 85% = 5
Eficiência	30%	Nº cirurgias	40%	> 25% do total	< 25% = 1 25%-30% = 3 > 30% = 5
		Nº consultas	60%	> 300	< 300 = 1 300-380= 3 > 380 = 5
Aprendizagem	10%	Nº cursos, congressos	50%	> 1	0 = 1 1–2 = 3 > 2 = 5
		Nº publicações, comunicações, protocolos	50%	> 1	0 = 1 1–2 = 3 > 2 = 5

Tabela de competências do CRI

Tabela 34: Competências a avaliar - médicos do CRI-ET

CRI – ET Competências para médicos Estomatologistas		
Competências	Ações	Valoração
Organização, planeamento, atividade técnica	É rigoroso na organização de atividades	**Não Demonstrado = 1** **Demonstrado = 3** **Superado = 5**
	Estabelece prioridades e gere adequadamente o tempo	
	Estabelece objetivos alcançáveis	
	Respeita as boas práticas, preocupa-se em melhorar	
Compromisso com o CRI	Respeita os valores do CRI É assíduo e pontual Disponível dentro do que é exigível Preocupa-se com o *branding*	
Trabalho em equipa	Tem um papel ativo na equipa Estabelece relações construtivas Promove um ambiente de trabalho harmonioso É capaz de liderar a equipa	
Comunicação	A comunicação é clara, rigorosa e relevante Pratica a escuta ativa Partilha a informação necessária	
Gestão de emoções	Cortês e amável Gere conflitos com respeito pelo outro Não faz juízos de valor Mantém o discernimento e capacidade de decisão em situações de stress	