INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

A ANESTESIOLOGIA NA TRANSFORMAÇÃO DA SAÚDE – MODELO DE GESTÃO AUTÓNOMO DE UM SERVIÇO DE ANESTESIA

Cristina Maria Gaspar Ramos

Mestrado em Gestão de Empresas

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

Outubro, 2025

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

A ANESTESIOLOGIA NA TRANSFORMAÇÃO DA SAÚDE – MODELO DE GESTÃO AUTÓNOMO DE UM SERVIÇO DE ANESTESIA

Cristina Maria Gaspar Ramos

Mestrado em Gestão de Empresas

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

Outubro, 2025

Ao meu Pai, que partiu antes da conclusão deste projeto, mas que está sempre presente…

AGRADECIMENTOS

Neste longo processo, com dúvidas e obstáculos, tive a sorte de receber apoios muito especiais, sem o quais teria sido muito mais difícil chegar a esta meta, pelo que expresso aqui os meus sinceros agradecimentos:

À minha Orientadora, Professora Doutora Generosa do Nascimento, que me apoiou e acompanhou desde o início esta empreitada, quiçá ainda antes de eu própria estar convencida disso; os seus conhecimentos na área da gestão da saúde, conjugando de forma magistral a academia e a vida real, além da sua natureza 'generosa' e positiva, foram vitais para que conseguisse ultrapassar incertezas e percalços;

Ao Professor Doutor Pedro Alcântara da Silva, pela amizade, pelo incentivo e conselhos cheios de sabedoria e larga experiência nestes assuntos de teses e afins;

Ao Dr. Rui Cortes, que entrou neste percurso já em marcha e que me apoiou com o seu profundo conhecimento do universo dos serviços de saúde, com a sua visão progressista e abrangente;

Aos meus colegas e amigos, com quem comecei esta caminhada na gestão em saúde; em especial, à Dra. Ana Tereza Martins, companheira de aventuras desde a primeira pós-graduação, pelo apoio, pela presença e pela partilha de momentos de desânimo e de alegria e à Dra. Cristina Romão pela partilha de conhecimentos e discussão acerca de um tema de interesse comum;

Ao meu Diretor de Serviço, Dr. José Miguel Silva Pinto, pelo interesse por esta temática, pelo apoio e empenho com que acompanhou este projeto;

Às Dras. Ana Isabel Santos, Fariza Hassam e Sara Robalo, pelo apoio demonstrado, pela gentil partilha de conhecimentos e experiência e pela disponibilidade para discutir um tema ainda pouco trabalhado;

Aos colegas do Serviço de Anestesia do HSM, pela colaboração e partilha que ajudaram a enriquecer este trabalho;

Aos meus Pais, desde sempre presentes nos meus desafios, um agradecimento especial pela compreensão por mais ausências e tempo que não lhes dediquei para construir este projeto.

RESUMO

Os cuidados de saúde têm enfrentado inúmeros desafios e incontáveis mudanças globalmente, com o objetivo de proporcionar uma melhor experiência aos doentes, mantendo um equilíbrio entre qualidade e custos, recorrendo, para tal, ao desenvolvimento de modelos de gestão diferenciadores.

Em Portugal também se verificou esta necessidade, constituindo a criação de Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), um exemplo de um modelo inovador de gestão na saúde. No entanto, apesar de existirem mais de 70 CRI e de alterações legislativas recentes, permanecem lacunas no seu funcionamento. É o caso da atividade anestésica, presente em muitos CRI, mas cuja participação não está bem definida relativamente à subordinação hierárquica, autonomia de decisão, atividades de formação e participação nos incentivos recebidos pelos CRI. Como esta legislação não se aplica à especialidade de Anestesiologia, pretende-se, com este trabalho, delinear um projeto de gestão para um Serviço de Anestesia do Serviço Nacional de Saúde, inspirado nas Unidades de Prática Integrada (UPI), salvaguardando a sua autonomia e valorizando a sua atividade.

Foi utilizada uma metodologia de investigação qualitativa, tendo por base um projeto de empresa. Foram realizadas análises, interna e externa, da Unidade Local de Saúde de S. José e do Serviço de Anestesia do Hospital de Sta. Marta, sede deste projeto-piloto. Nesta sequência, foram desenvolvidos instrumentos de gestão para a UPI, incluindo mapa estratégico, *balanced scorecard* e sistemas de gestão e avaliação de desempenho e de incentivos, assim como o plano de implementação desta UPI de Anestesia.

Palavras-chave: Centro de Responsabilidade Integrado, Unidade de Prática Integrada, *balanced scorecard*, controlo de gestão, anestesia

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

ABSTRACT

Healthcare has been facing huge challenges and countless changes widely, aiming to give patients the best experience, balancing quality and costs, and implementing newer management approaches.

Portugal has promoted these objectives as well, including the establishment of Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), as an innovative model of health care management. However, despite existing over 70 CRI and recent legislative updates, pathway flaws remain; it is the case of Anesthesiologists, that frequently participate in CRI, but whose roles, regarding hierarchy, autonomy, education, and compensation, are often unclear. As legislation related to CRI does not apply to anesthesia, we intend with this work to develop a management project to a National Health Service Anesthesia Department, inspired by the Integrated Practice Units (IPU), granting their autonomy and value.

The investigation methodology is qualitative, based on a company project. Internal and external analysis of Unidade Local de Saúde de S. José and of Hospital de Sta. Marta Anesthesia Department, the basis of this IPU project, were conducted and several management tools were developed, including a strategic map, balanced scorecard, along with performance and management evaluation and reimbursement systems; finally, an implementation plan to establish the Anesthesia IPU was created.

Keywords: Centro de Responsabilidade Integrado, integrated practice unit, *balanced scorecard*, management control, anesthesia

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

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS i
RESUMO iii
ABSTRACT v
1. INTRODUÇÃO 1
2. REVISÃO DA LITERATURA 5
2.1. Medicina Baseada em Valor 5
2.2. Unidades de Prática Integrada 7
2.3. Centros de Responsabilidade Integrados 9
2.4. Medicina do Perioperatório 12
2.5. Papel da Anestesiologia 13
2.6. Unidade de Prática Integrada de Anestesia 17
3. METODOLOGIA 21
3.1. Método 21
3.2. Técnicas de Recolha de Dados 21
3.3. Técnica de Tratamento de Dados 22
4. DIAGNÓSTICO DA ORGANIZAÇÃO 25
4.1. Caracterização da Unidade Local de Saúde de S. José 25
4.1.1. Análise Interna 26
4.1.2. Análise Externa 27
4.1.3. Análise SWOT 27
4.1.4. Análise de *Benchmarking* 28
4.2. Caracterização da Área de Anestesiologia da Unidade Local de Saúde de S. José 29
4.3. Caracterização do Hospital de Sta. Marta 30
4.4. Caracterização do Serviço de Anestesia do Hospital de Sta. Marta 31
4.4.1. Análise Interna 33
4.4.2. Análise Externa 34
4.4.3. Resultados das Entrevistas 37
4.4.4. Análise Crítica do Serviço de Anestesia do Hospital de Sta. Marta 39
5. PROJETO DE INTERVENÇÃO: UNIDADE DE PRÁTICA INTEGRADA DE ANESTESIA DO HOSPITAL DE SANTA MARTA 41
5.1. Missão, Visão e Valores 41
5.2. Logotipo e Slogan 42
5.3. Caracterização 42
5.4. Mapa Estratégico 45

5.5. *Balanced Scorecard* 48
5.6. Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho 51
5.7. Sistema de Gestão de Incentivos 56
5.8. Implementação da Unidade de Prática Integrada de Anestesia HSM 58
5.8.1. Conselho de Gestão 58
5.8.2. Recursos Humanos da UPI de Anestesia 58
5.8.3. Etapas e Atividades de Implementação 60
5.8.4. Plano de Comunicação 60
5.8.5. Resultados Esperados 61
5.8.6. Plano de Ação e Plano de Desempenho 62
5.8.7. Perfil Assistencial 63
5.8.8. Projeções de Atividade, Meios que a Suportam e Investimento 64
5.8.9. Financiamento e Demonstração da Sustentabilidade Financeira 68
5.8.10. Monitorização e Acompanhamento 71
5.8.11. Ensino e Investigação 71
5.8.12. Centros de Referência 72
6. CONCLUSÕES 73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 77
ÍNDICE DE ANEXOS 87

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Enquadramento legal dos CRI 10
Tabela 2: Dimensões e subdimensões das entrevistas principais 22
Tabela 3: Análise de benchmarking da ULSSJ 28
Tabela 4: Caracterização sumária do HSM 30
Tabela 5: Equipa do Serviço de Anestesia do HSM 31
Tabela 6: Alocação semanal do tempo da atividade do Serviço de Anestesia do HSM 32
Tabela 7: Deficit semanal de horas do Serviço de Anestesia do HSM 34
Tabela 8: Atividade dos Serviços clientes do Serviço de Anestesia do HSM em 2023 36
Tabela 9: Destaques das entrevistas principais 37
Tabela 10: Análise SWOT do Serviço de Anestesia do HSM 39
Tabela 11: Princípios estratégicos da UPI de Anestesia HSM 46
Tabela 12: Mapa estratégico da UPI de Anestesia HSM 47
Tabela 13: Fatores de ponderação das perspetivas do *BSC* 48
Tabela 14: *BSC* da UPI de Anestesia do HSM 49
Tabela 15: Cronograma das fases do SIGAD 51
Tabela 16: Objetivos e competências 52
Tabela 17: Níveis de desempenho 52
Tabela 18: Objetivos dos médicos da UPI de Anestesia HSM 53
Tabela 19: Competências dos médicos da UPI de Anestesia HSM 54
Tabela 20: Ficha de avaliação de desempenho dos médicos 55
Tabela 21: Sistema de incentivos da UPI de Anestesia HSM 57
Tabela 22: Funções do CG da UPI de Anestesia HSM 58
Tabela 23: Necessidades semanais de RH para a UPI de Anestesia HSM 59
Tabela 24: Etapas e atividades de implementação do projeto 60
Tabela 25: Plano de comunicação da UPI 61
Tabela 26: Plano de ação da UPI de Anestesia HSM 62
Tabela 27: Distribuição da atividade assistencial semanal da UPI de Anestesia HSM 64
Tabela 28: Indicadores para o triénio 66
Tabela 29: Exemplos de procedimentos anestésicos e respetivo VRB 70

GLOSSÁRIO

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

BO – Bloco Operatório

BSC – Balanced Scorecard

CA – Conselho de Administração

CAPO – Clínica de Atendimento Pré-Operatório

CeRe – Centro de Referência

CC – Cirurgia Cardíaca

CCT – Cirurgia Cardiotorácica

CT – Cirurgia Torácica

CV – Cirurgia Vascular

CNVRAM – Códigos de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos

CG – Conselho de Gestão

CHLC – Centro Hospitalar de Lisboa Central

CHULC, EPE – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Entidade Pública Empresarial

Cirg. – Cirurgias

CP – Contrato-Programa

CRI – Centro de Responsabilidade Integrado

CV – Cirurgia Vascular

DC – Descanso Compensatório

FCM – Faculdade de Ciências Médicas

FM – Fatores de Modificação

FP – Fatores de Ponderação

GDH – Grupos de Diagnósticos Homogéneos

IFE – Interno de Formação Especializada

IHI – Institute of Healthcare Improvement

Indic. – Indicador

IOGP – Instituto Oftalmológico Dr. Gama Pinto

HCC – Hospital de Curry Cabral

HDE – Hospital D. Estefânia

HSL – Hospital de S. Lázaro

HSJ – Hospital de S. José

HSAC – Hospital de Sto. António dos Capuchos

HSM – Hospital de Sta. Marta

Lab. – Laboratório

MAC – Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Nº, nº – Número

NMS – Nova Medical School

Obj. – Objetivo

PI – Peso do Indicador

PT – Postos de Trabalho

PTI – Preços de Transferência Interna

RH – Recursos Humanos

RVC – Remuneração Variável Coletiva

RVI – Remuneração Variável Individual

SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública

SIGAD – Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho

SGI – Sistema de Gestão de Incentivos

SU – Serviço de Urgência

Tx. – Taxa

T – Tempo

TMR – Tempo Máximo de Resposta

TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantido

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIntermédios – Unidade de Cuidados Intermédios

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Primários

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSSJ – Unidade Local de Saúde de São José

UPI – Unidade de Prática Integrada

USF – Unidade de Saúde Familiar

VRB – Valor Relativo de Base

VRPA – Valor Relativo por Procedimento Anestésico

1. INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde têm passado por múltiplas transformações ao longo dos anos visando, cada vez mais, proporcionar uma melhor experiência ao doente com o menor custo possível, procurando acrescentar valor, com o objetivo de um melhor *outcome* clínico (Fleisher & Lee, 2015). É uma preocupação a nível global, mas que apresenta particularidades locais, relacionadas com os vários tipos de sistemas de saúde.

A maior parte dos trabalhos publicados acerca deste tema é oriunda dos EUA, país que possui um sistema de saúde bastante diferente do português, pelo que, apesar de podermos considerar como transversais alguns conceitos, é importante não esquecer que o contexto não é sobreponível; já a literatura oriunda da Europa continental e do Reino Unido, em menor volume, apresenta maiores semelhanças com a realidade nacional. Aliás, a própria União Europeia, através do *European Institute of Innovation and Technology Health (EIT Health),* publicou, em 2020, um extenso documento acerca da implementação dos cuidados de saúde baseados em valor, em que destaca a necessidade dos prestadores de cuidados de saúde medirem, compararem e melhorarem os seus *outcomes* em saúde (Katz & Martens, 2020).

As crescentes preocupações com a viabilidade financeira e a sustentabilidade, agravadas pela pandemia COVID-19, estão a exigir um maior controlo de custos, com modelos de pagamento baseados no valor gerado; os doentes e restantes *stakeholders*, por outro lado, cada vez mais valorizam a segurança e os *outcomes*, não contando apenas o número de anos vividos, mas também a qualidade de vida, com uma medicina não só reativa, mas cada vez mais proativa (Mahajan *et al*., 2021). A transformação global dos cuidados de saúde a que assistimos é, pois, uma realidade incontornável.

Estas preocupações não são novas; já em 2004, Michael Porter e Elizabeth Teisberg, destacavam a necessidade fundamental de uma mudança nos modelos de financiamento dos cuidados de saúde, com foco na redução do desperdício, enfatizando a necessidade de trabalhar ao longo do percurso do doente e em Unidades de Prática Integrada – UPI (*Integrated Practice Units)*, de modo a ultrapassar silos de especialidades e a promover o trabalho em equipas multidisciplinares, orientadas para o doente (Van Harten, 2018). Esta teoria foi ganhando adeptos e, com o passar dos anos, foi-se ajustando às diferentes realidades, convertendo-se numa prática a considerar, nas mais variadas áreas da Medicina.

Entre as especialidades que mais se têm destacado na integração da gestão na prática clínica, a Anestesiologia, pela sua longa experiência de gestão no bloco operatório, pela capacidade de trabalhar em equipa e gerar consensos, mantendo, ainda assim, elevados padrões de qualidade na sua atividade, tem estado na linha da frente na aplicação destes modelos (Ahmed *et al.*, 2023).

Para especialistas com grande pendor de intervenção, como os Anestesiologistas, é grande a tentação de limitarem a sua atividade ao bloco operatório, focando-se na realização das atividades habituais, o melhor e na maior quantidade possível; não parece ser, no entanto, a melhor atitude, nem trará a solução para os problemas que se avizinham (Rio *et al*., 2018). Caberá às lideranças clínicas direcionar as suas equipas noutro sentido, já que podem, e devem, ter perspetivas alargadas, proativas e com futuro, explorando as suas competências para incrementar o valor dos cuidados de saúde (Glance & Fleisher, 2014). A Anestesiologia e os seus profissionais têm a oportunidade de demonstrar o que significa redesenhar os cuidados de saúde para melhorar *outcomes* e eficiência, dado o seu foco primário nos cuidados baseados no hospital (Fleisher & Lee, 2015).

Melhorar os cuidados e otimizar os custos podem parecer opções inconciliáveis, mas, na realidade, desde há vários anos que alguns Serviços, de modo pioneiro, têm tentado e conseguido, pelo menos parcialmente, esta conjugação difícil. Através da integração dos cuidados, colocando o doente no centro do processo, alguns Serviços conseguiram demonstrar melhores *outcomes*, otimizando recursos e reduzindo custos com internamentos. As mudanças, tanto a nível dos Cuidados de Saúde Primários, como a nível hospitalar, têm assumido contornos variáveis, de acordo com a legislação em vigor e com a maior ou menor flexibilidade das organizações (Amundson *et al.*, 2021; Kolarczyk *et al.*, 2018).

Considerando estes pressupostos, a organização de um Serviço de Anestesia numa ótica de UPI pode ser justificada pela necessidade de orientação para resultados, melhoria dos processos e implementação de sistemas de informação, além de se tornar mais atrativo para os respetivos profissionais.

Este projeto tem como objetivo apresentar uma proposta inovadora para um Serviço de Anestesia, assegurando uma gestão autónoma e constituindo-se como como uma opção funcional, através da implementação de uma UPI de Anestesia no Hospital de Sta. Marta (HSM).

A escolha do Serviço de Anestesia do HSM para implementação de um projeto-piloto de UPI de Anestesia prende-se, por um lado, com a dimensão e estrutura da Área de Anestesia da Unidade Local de Saúde de S. José (ULSSJ), comportando uma grande dispersão física uma entre os vários hospitais, com características diferentes e, por outro lado, com as especificidades do HSM, dedicado à área cardiovascular e torácica, tornando o estabelecimento desta UPI mais controlado e fácil de monitorizar.

Pretende-se que esta experiência-piloto possa servir como ponto de partida para um eventual alargamento à restante Área de Anestesia, numa lógica de melhoria e evolução contínuas.

Inicia-se o presente trabalho com uma revisão da literatura, de modo a contextualizar e a fundamentar do ponto de vista dos conceitos necessários para a implementação do projeto, destacando o conceito de medicina baseada em valor e a sua generalização como abordagem à

prestação de cuidados de saúde. O conceito de UPI é abordado como uma nova organização dos Serviços com o doente no centro da sua atividade, tal como a Medicina do Perioperatório, com a aplicação dos conceitos anteriores ao perioperatório, destacando-se também, o papel de charneira representado pelos Anestesiologistas. Finalmente, é apresentada uma revisão acerca dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), como resposta nacional ao movimento internacional da reorganização dos cuidados de saúde.

Seguidamente, é abordada a metodologia operacionalizada e apresentado o diagnóstico da organização, de uma perspetiva macro (ULSSJ) até ao nível micro, do Serviço de Anestesia do HSM.

O projeto de intervenção da UPI de Anestesia HSM descreve a sua missão, visão e valores, a caracterização da sua estrutura e mapa estratégico, assim como a apresentação do respetivo *Balanced Scorecard* (*BSC*). Os sistemas de gestão e avaliação de desempenho e de incentivos são também descritos, sendo posteriormente detalhado o projeto de implementação da UPI de Anestesia HSM.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Medicina Baseada em Valor

Os cuidados de saúde baseados em valor têm sido advogados como um modelo de cuidados de saúde em que as instituições, e os seus profissionais, são reembolsados pelos seus serviços, com base na melhoria do *outcome* dos doentes, realizados com custo igual ou inferior. Os prestadores são assim compensados por ajudarem os doentes a melhorar a sua saúde, reduzir os efeitos e a incidência de doenças crónicas e viverem vidas mais saudáveis, de forma baseada na evidência (Amundson *et al*., 2021; Cossio-Gil *et al*., 2022).

Porter (2008, 2010), o precursor do conceito de cuidados de saúde baseados em valor, considera vários princípios essenciais para a criação de um sistema de prestação de alto valor: priorizar a obtenção de valor, organizar os cuidados em torno da forma como o valor é criado, ou seja, de situações clínicas, incluindo todo o ciclo de cuidados do doente, bem como medir e reportar valor, alinhando os reembolsos com o valor e inovação gerados.

O mesmo autor descreveu também uma "agenda de valor", que consiste numa rede estratégica com vários componentes, visando melhorar o valor nos cuidados de saúde (Kaplan & Bower, 2018). Esta agenda inclui a reorganização dos cuidados, a medição de custos e de *outcomes* que são importantes para os doentes, a adoção de modelos de pagamento que efetivamente reembolsem o valor acrescido gerado e a integração de cuidados de saúde; embora considere que todos os componentes são importantes, destaca como elemento-chave a reorganização dos cuidados através do desenvolvimento das UPI, tema a desenvolver adiante (Porter & Lee, 2021).

Neste contexto, compreende-se que alguns dos princípios fundamentais das finanças, gestão e planeamento estratégico se tenham tornado uma parte fundamental da gestão das infraestruturas e da prestação de cuidados de saúde. A prestação de cuidados de saúde baseados em valor requer sistemas operacionais bem integrados e, embora o alinhamento de objetivos seja difícil, as pressões políticas e financeiras estão a crescer, com o envelhecimento da população, a expansão da tecnologia e a redução dos fundos. Assim, a colaboração entre a medicina e as finanças é cada vez mais um imperativo (Gross *et al*., 2017).

Entre os vários conceitos do âmbito empresarial aplicados aos cuidados de saúde, destaca-se o conceito de "proposta de valor" (*value proposition*), que se traduz em identificar as mais-valias de uma atividade, de modo a alcançar uma vantagem competitiva; é fundamental conhecer e compreender a realidade, quer das equipas (com recurso a análise SWOT, por ex.), quer do mercado em que se insere, de forma a transmitir esta realidade aos serviços clientes (Szokol & Chamberlin, 2018).

Nos cuidados de saúde, valor é definido como a razão entre a qualidade (ou *outcomes*) e o custo, embora uma descrição mais abrangente da qualidade inclua seis domínios chave, identificados pelo

Instituto de Medicina dos EUA: segurança, efetividade, centralidade no doente, eficiência, oportunidade e equidade (Mahajan *et al*., 2021). Apresenta-se, em seguida, a respetiva fórmula:

Value = Safe*Effective*Efficiency*Patient Centered*Timely*Equitable/ Cost

O conceito de valor em saúde, apesar de estar na ordem do dia é, no entanto, complexo de objetivar devido à dificuldade em atribuir um valor monetário aos *outcomes* em saúde, tais como sobrevida ou ausência de incapacidade. Para complicar ainda mais esta equação, devem ser considerados os indicadores reportados pelo doente - *patient-reported outcome measures* (PROMs) e *patient-reported experience measures* (PREMs), além de indicadores clínicos, indicadores de processo e custos (Grocott & Mythen, 2015). A vertente da opinião do doente é, aliás, cada vez mais valorizada, apresentando um impacto significativo nos indicadores dos serviços (Hirpai *et al*., 2020), sem esquecer a vertente da experiência dos profissionais, que constitui também um importante *outcome* para avaliação dos cuidados na perspetiva dos cuidados de saúde baseados em valor (Harrison *et al*., 2022).

Um dos principais guias para maximizar o valor dos cuidados de saúde na perspetiva de todos os seus *stakeholders* é, desde 2008, o conceito *de Triple Aim of Healthcare*; descrito por Don Berwick (Menezes & Zahalka, 2024; Pinelli *et al*., 2024) e pelo *Institute of Healthcare Improvement (IHI)*; inclui a melhoria da experiência dos cuidados de saúde (com a prestação de cuidados efetivos, seguros e de confiança), a melhoria da saúde das populações (abrangendo as comunidades e organizações, com foco na prevenção e bem-estar) e a redução de custos. Este conceito foi amplificado para *Quadruple Aim* em 2014, por Thomas Bodenheimer e Christine Sinsky e adotado pelo *IHI*, acrescentando aos três objetivos iniciais a melhoria da vida laboral dos profissionais de saúde, pelo reconhecimento de que o *burnout* crescente ameaça os cuidados de alta qualidade (Buck *et al*., 2025). Em 2015, após sete anos de experiência com a aplicação do conceito *Triple Aim*, foram descritos três princípios que devem guiar o trabalho das organizações na sua implementação: criar alicerces adequados para a gestão da saúde da população, gerir os serviços à escala da população e estabelecer sistemas de aprendizagem que orientem e mantenham o trabalho ao longo do tempo (Boudreaux & Vetter, 2016).

Para que se verifiquem melhorias notórias no valor dos cuidados de saúde prestados é necessária uma restruturação do sistema, não apenas melhoria incremental do que existe atualmente. E este papel, de mudança, deverá caber aos profissionais de saúde (Prielipp & Cohen, 2016). A prestação de cuidados de saúde só atingirá o seu potencial máximo quando todos os envolvidos trabalharem em conjunto para aumentar o valor; tal terá implicações, não só nos custos, mas sobretudo na qualidade; a melhor forma de contenção de custos é com a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e a medição dos resultados a forma ideal de melhorar o sistema (Porter, 2008).

O tema da medição dos resultados é uma questão fulcral; sem medir *outcomes* e custos, ao nível da situação clínica do doente, é difícil melhorar. Apesar da proliferação de medições nos cuidados de saúde, estas estão tradicionalmente focadas para a medição de processos e não de *outcomes*, cuja

medição gera valor e deve ser feita em todo o ciclo de cuidados. A medição de *outcomes* deve contemplar uma hierarquia para todas as condições clínicas; um primeiro nível, relacionado com o estado de saúde alcançado para um doente; um segundo nível que avalia a prestação de cuidados propriamente dita; um terceiro nível, que envolve a sustentabilidade do seu estado de saúde. A medição deste conjunto de *outcomes* irá ajudar, não só, a melhorar a saúde, mas também à contensão/redução de custos. Se a recuperação for mais rápida, as complicações minimizadas e a saúde mantida, os custos reduzir-se-ão. É essencial que os *outcomes* sejam ajustados ao estado de saúde inicial dos doentes; devem ser investigadas as conexões entre estas situações iniciais e os *outcomes,* com o objetivo de perceber que fatores podem afetar o sucesso dos cuidados, criando oportunidades de aprendizagem e inovação (Porter, 2010).

Considera-se, também, que o valor nos cuidados de saúde é maximizado por equipas dedicadas, em que os profissionais trabalham em conjunto, diariamente, para aperfeiçoar a sua capacidade de minorar um conjunto de problemas, reconhecendo que o seu esforço coletivo determina o resultado global (Porter, 2008).

A questão das tecnologias da informação e a sua utilidade na integração de cuidados e medição de resultados, também não pode ser esquecida; os dados recolhidos devem ser organizados em redor do doente e a informação acessível a todos os envolvidos no ciclo de cuidados, incluindo o próprio doente (Porter, 2008).

2.2. Unidades de Prática Integrada

Uma das formas de reorganização dos cuidados de saúde preconizada pelos mentores da medicina baseada em valor são as UPI, cujo conceito envolve unidades organizadas em redor do doente, que prestam todo o ciclo de cuidados para uma situação médica, incluindo ensino e envolvimento dos doentes, e *follow-up*, abarcando o internamento e o período após a alta, além dos cuidados de reabilitação e de suporte (van Harten, 2018). Os cuidados prestados ocorrem em paralelo, estando preconizada uma estrutura administrativa comum e instalações e tecnologia idealmente centralizadas num mesmo local, evitando a fragmentação de cuidados; o tempo de todos, incluindo o doente, deverá ser usado eficientemente (Morrice *et al*., 2020).

A definição de UPI de Porter (2008), contempla um conjunto de caraterísticas adicionais, que representam um estádio mais avançado de desenvolvimento, incluindo a organização formal da equipa, as finanças da equipa, o envolvimento em todo o ciclo de cuidados e o *feedback* sobre os *outcomes* e os custos, enfatizando que a criação de valor se verifica no cuidado total da situação clínica do doente, durante todo o ciclo de cuidados. Estas unidades devem incluir todas as competências e especialidades necessárias para tratar da situação clínica, incluindo as necessárias para a abordagem

das comorbilidades. A cadeia de valor dos cuidados a prestar em qualquer situação clínica inicia-se com a prevenção, conduzindo, idealmente à deteção precoce e terminando com a abordagem continuada da doença.

O guião para implementar e integrar uma UPI bem-sucedida inclui vários passos-chave, abrangendo a definição do estado do doente ou do conjunto de patologias a ser tratadas, quais as necessidades do doente ao longo do ciclo de cuidados e o mapeamento dos processos envolvidos, para ir ao encontro dessas necessidades. Em sequência, os líderes devem juntar uma equipa multidisciplinar, identificando o conjunto apropriado de clínicos e pessoal de apoio para abordar todo o ciclo de cuidados, incluindo comorbilidades médicas comuns e complicações. A execução envolve a criação de um número de mecanismos que facilitam e suportam a integração da equipa, incluindo elementos físicos, financeiros e das tecnologias de informação (Porter & Lee, 2021). Têm-se verificado experiências pioneiras e criativas para conceção destas unidades, nomeadamente com recurso à simulação (Morrice *et al.*, 2019).

O conceito de que o valor dos cuidados de saúde só pode ser maximizado pela otimização de todo o sistema e pela alocação de recursos, no decurso do ciclo de cuidados, às atividades que conduzirão aos melhores resultados globais, está subjacente, tal como o imperioso alinhamento da estrutura organizacional em redor do doente (Salvatore *et al*., 2021). De salientar também que a prestação de cuidados está organizada em modelos de coordenação necessários para a generalidade dos doentes com uma determinada situação clínica, e não para os casos excecionais; isto tem o mérito de permitir tratar um grande volume de casos e adquirir experiência com a sua abordagem, o que trará inegáveis benefícios. Com o decorrer do tempo, os prestadores poderão cobrir a maioria do ciclo de cuidados, permitindo a otimização dos cuidados globais, a subespecialização e o crescimento profissional (Porter, 2008).

Existem vários modelos de cuidados integrados que se referem a diferentes níveis de organização do sistema de saúde, nomeadamente o modelo dos cuidados crónicos, de doenças específicas e baseados em populações (Porter, 2008).

Embora existam poucas publicações sobre este tema, há alguns relatos na literatura de casos de sucesso de percursos e cuidados integrados, desenvolvidos de acordo com os critérios das UPI (Borde *et al*., 2023; Cecconi *et al*., 2024). Nos últimos anos, várias instituições de renome utilizaram estas UPI com o objetivo de providenciar melhores cuidados aos seus doentes em diferentes áreas (Kaplan *et al*., 2018). A oncologia, âmbito em que os desafios terapêuticos ocorrem em paralelo com os desafios organizacionais, tem sido uma área onde várias experiências de medicina baseada em valor têm ocorrido com êxito assinalável (Johansen & Saunders, 2017; Pollock, 2008). No entanto, e apesar de potenciais vantagens na sua aplicação, nomeadamente a centralidade no doente, a "quebra" de fronteiras profissionais e a redução do desperdício em duplicações desnecessárias, é difícil encontrar

uma evidência robusta de valor adicionado por esta abordagem, havendo espaço para grande variabilidade (Jain *et al*., 2022). Ainda que intuitivamente pareça interessante, o desenvolvimento destas estruturas requer esforço das equipas e comporta custos, pelo que são necessários estudos de custo-efetividade e de impacto nos orçamentos (Van Harten, 2018).

Quando pensamos na prestação de cuidados a nível hospitalar, e mais concretamente no período perioperatório, em que estão envolvidas algumas das áreas mais dispendiosas de um hospital, mas onde, por outro lado, se geram mais ganhos, é compreensível que esta poderá ser uma área, por excelência, onde pôr em prática este tipo de organização (Regev *et al*., 2017).

2.3. Centros de Responsabilidade Integrados

Como a maioria dos sistemas de saúde tem sido forçada a encontrar modos inovadores de melhorar os *outcomes* e a satisfação dos doentes, em simultâneo com controlo de custos, muitos países têm vindo a desenvolver várias estratégias para o conseguir (Bougeard & Moore, 2017). Conceitos como medicina baseada em valor, UPI e Medicina do Perioperatório estão, neste momento, generalizados; as designações podem ser diferentes consoante os países, mas todos se focam na prestação de cuidados com melhor *outcom*e clínico, melhor serviço e maior eficiência (Cannesson *et al.*, 2015).

Como se deduz do anteriormente referido, nomeadamente no que se refere à medicina baseada em valor e às UPI, estes conceitos globais foram adaptados pelos governos às realidades locais e tal também se verificou a nível nacional.

Em Portugal, no final dos anos 80 surgiu o conceito de Centro de Responsabilidade, tendo sido legalmente criado em 1999; na altura, foi definido como uma estrutura orgânica, de gestão intermédia, agrupando serviços homogéneos, com o objetivo de melhorar a acessibilidade, a qualidade, a produtividade e aumentar a eficiência e a efetividade.

Mais recentemente, surgiram os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) na sequência de um processo de reformas do Serviço Nacional de Saúde (SNS), constituindo um modelo de organização e gestão com caraterísticas diferentes e inovadoras. O modelo de regulamento está previsto na Portaria n.º 330/2017, de 31 de outubro, alterada pela Portaria n.º 71/2018, de 8 de março.

Em resumo, são estruturas dependentes dos conselhos de administração das entidades públicas empresariais do SNS, dotadas de autonomia funcional e técnica, mediante o estabelecimento de um compromisso de desempenho assistencial e económico-financeiro. Pretende-se aproximar os órgãos hierárquicos superiores ao centro operacional, tendo como objetivos prestar cuidados de qualidade, eficazes e eficientes, maximizando a otimização dos recursos. Os profissionais que integram estes CRI poderão aceder a incentivos, institucionais e financeiros, diretamente relacionados com o desempenho alcançado.

A criação dos CRI constitui-se como um processo de reorganização interna para a prestação de cuidados, que pressupõe a apresentação de um projeto assistencial e a negociação dos seus termos com os conselhos de administração das unidades hospitalares onde se integram (ACSS, 2020).

Em 20 de dezembro de 2023 foi publicado o Decreto-Lei nº118/2023, que atualiza o regime jurídico dos CRI e regulamenta a sua implementação. Segundo este, os CRI são constituídos por equipas pluridisciplinares, de profissionais dedicados, com uma estrutura orgânica composta por um Diretor (médico, com formação em gestão), pelo Conselho de Gestão (CG), que, além do Diretor, inclui um administrador hospitalar e um enfermeiro ou um técnico superior das áreas de diagnóstico e terapêutica, consoante a natureza dos serviços envolvidos, e pelo Conselho Geral, constituído por todos os profissionais da equipa.

A tabela 1 apresenta uma súmula temporal do enquadramento legal destas estruturas.

Tabela 1: Enquadramento legal dos CRI

Decreto-Lei nº 19/88, de 21 de janeiro	. Aprovação da lei da gestão hospitalar.
Decreto-Lei nº 374/99, de 18 de setembro	. Criação dos centros de responsabilidade integrados nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.
1999	. Criação do 1º CRI – Unidade de Cirurgia Cardiotorácica do Hospitais da Universidade de Coimbra.
Lei nº 27/2002, de 2 de novembro	. Aprovação do regime jurídico da gestão hospitalar.
Decreto-lei nº 188/2003, de 20 de agosto	. Revogação da organização da gestão hospitalar em centros de responsabilidade e de custo.
Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro	. Aprovação do regime jurídico e os estatutos das unidades de saúde com a natureza de EPE.
Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro	. Estabelecimento dos princípios e regras de gestão hospitalar aplicáveis às unidades de saúde que integram o SNS com a natureza de EPE, bem como as integradas no Setor Público Administrativo . Consagração da possibilidade de criação de CRI.
Portaria nº330/2017, de 31 de janeiro	. Definição do modelo do regulamento interno dos serviços ou unidades funcionais das Unidades de Saúde do SNS com a natureza de EPE que se organizem em CRI.
Portaria nº 71/2018, de 8 de março	. Publicação da primeira alteração da Portaria anterior. . Definição do regime laboral dos trabalhadores dos CRI.
Decreto-Lei nº 103/2023, de 7 de novembro	. Aprovação do regime jurídico da dedicação plena no SNS.
Decreto-Lei nº 118/2023, de 20 de dezembro	. Aprovação do regime jurídico dos CRI em hospitais do SNS.
Decreto-Lei nº 7/2024, de 29 de janeiro	. Estabelecimento do regime jurídico da organização e funcionamento dos CRI e o regime remuneratório e incentivos a atribuir aos seus trabalhadores.
Portaria nº 28/2024, de 30 de janeiro	. Regulamento do índice de desempenho da equipa e a atribuição dos incentivos institucionais aos CRI com equipas dedicadas ao serviço de urgência.
Portaria nº 103/2024, de 14 de março	. Regulamento do índice de desempenho da equipa e a atribuição dos incentivos institucionais aos CRI de gastrenterologia.

Nos últimos anos, foram já implementados mais de 70 CRI a nível nacional, nas mais variadas áreas, médicas e cirúrgicas. Todos os profissionais do CRI estão subordinados ao seu Diretor, incluindo os profissionais médicos de outras especialidades que colaborem na sua atividade; este facto pode pôr

em causa a autonomia destes especialistas e a sua relação com os respetivos Serviços, comprometendo a própria existência destes Serviços, na medida em que, do ponto de vista prático, passam a pertencer a um Serviço que não é o seu de base. Este tema não parece ter sido contemplado na elaboração dos regulamentos internos dos CRI, mas pode ter um impacto significativo na atividade de algumas especialidades. É o caso da Anestesiologia que, devido à multiplicidade de atividades que desempenha e à sua crescente solicitação, nas mais variadas áreas dos hospitais, participa frequentemente em CRI de várias especialidades. A Anestesiologia é uma especialidade médica autónoma, organizada em Serviços que são o garante da sua qualidade, nomeadamente no que diz respeito ao cumprimento da *legis artis* e às várias vertentes da formação. Tais pressupostos devem ser garantidos, independentemente do regime de trabalho dos seus profissionais, e a criação de um modelo de gestão tipo CRI, num Serviço de Anestesia, poderá ser uma estratégia para ultrapassar eventuais constrangimentos levantados em alguns dos CRI já criados. De igual modo, a distribuição dos incentivos entre os elementos do CRI, ao contemplar os Anestesiologistas que lhe estão afetos, pode ser gerador de conflitos dentro dos próprios Serviços, pelo potencial de desigualdade de pagamentos entre diferentes CRI, o que deve ser evitado a todo o custo.

Existem, no entanto, inúmeros fatores que tornam difícil a operacionalização de um CRI de Anestesia, nomeadamente: 1) assegurar a idoneidade da formação, pré e pós-graduada, que poderia ser comprometida pela alocação de grupos de Anestesiologistas aos diferentes CRI; 2) garantir a distribuição equitativa de incentivos entre os Anestesiologistas, independentemente dos CRI a que se encontram preferencialmente alocados; 3) acautelar a equidade de distribuição de postos de trabalho entre os Anestesiologistas alocados aos CRI existentes; 4) assegurar a autonomia da especialidade de Anestesiologia na definição de objetivos, que podem estar condicionados pelas especialidades com quem colaboram; e 5) acautelar o financiamento do Serviço de Anestesia, independentemente da contratualização dos outros Serviços clientes.

Desta forma, surge a oportunidade de uma nova forma de gestão, com as UPI, já referidas, como o paradigma de um processo de mudança da medicina baseada em valor, para o doente, para os Anestesiologistas e para os restantes profissionais. Uma das peças mais importantes da reformulação desse valor é a reorganização da forma como os cuidados de saúde são prestados, já que devem ser centrados em condições médicas e não em especialidades médicas. As condições médicas devem tornar-se a "unidade básica de análise para pensar sobre o valor dos cuidados de saúde", uma vez que os resultados devem ser analisados pela condição geral do doente, e não pela contribuição específica de cada prestador.

2.4. Medicina do Perioperatório

A Medicina do Perioperatório define-se como a abordagem à prestação de cuidados de saúde em todo o percurso perioperatório do doente, desde o momento em que um procedimento é considerado ou proposto, até à recuperação completa (Royal College of Anaesthetists, 2019). De ressalvar que na atualidade, o conceito de perioperatório envolve não só os procedimentos cirúrgicos, propriamente ditos, mas também, e de forma crescente, os múltiplos procedimentos não cirúrgicos para os quais a intervenção anestésica é solicitada.

Para a obtenção de melhores resultados, esta abordagem deve ser integrada, multidisciplinar e centrada no doente (Grocott & Mythen, 2015; The Royal College of Anaesthetists, 2015). Tem como objetivo prestar os melhores cuidados possíveis no perioperatório, indo ao encontro das necessidades dos doentes; tal será alcançado através da otimização recursos já existentes e do desenvolvimento de outros novos, em áreas em que os atuais se revelem insuficientes (Grocott & Pearse, 2012). A implementação de uma estratégia de saúde sustentável deve incluir a Medicina do Perioperatório como componente essencial do ciclo de cuidados centrados no doente (Aronson *et al*., 2018).

Os dois elementos-chave desta definição são a janela temporal e a centralidade no doente. Quanto à primeira, decorre desde o momento em que a intervenção é contemplada, e em que os riscos e benefícios do procedimento devem ser equacionados e todos os envolvidos se empenham no processo de decisão partilhada, até à completa recuperação ou falha de recuperação e, no limite, a morte do doente. Relativamente à centralidade no doente, os cuidados são definidos pelo seu percurso no sistema de cuidados de saúde, tornando-se, idealmente, secundárias as barreiras artificiais que separam os cuidados primários e hospitalares e a ação de diferentes grupos profissionais, relativamente ao objetivo de providenciar os melhores cuidados ao doente (Grocott & Mythen, 2015).

A prática da Medicina do Perioperatório traduz, assim, um esforço em evolução contínua, de colaboração multidisciplinar, que visa abarcar todos os aspetos do percurso perioperatório (Vetter, 2022). Trazer valor aos doentes vai resultar da capacidade de coordenar e colaborar com outros profissionais de saúde durante todo o *continuum* de cuidados, com o objetivo de melhorar os *outcomes* (Fleisher & Lee, 2015).

Como referido, os elementos constituintes da Medicina do Perioperatório seguem a sequência de pré, intra e pós-operatório. Assim, antes dos procedimentos, deve ser realizada uma avaliação de risco pré-operatório, com decisão partilhada sobre o procedimento e eventuais terapêuticas adjuvantes, a otimização de todos os aspetos fisiológicos e de comorbilidades, para minimizar o risco de *outcome* adverso do procedimento. A fase do intraoperatório, inclui a otimização dos cuidados individualizados durante todos procedimentos, com cuidados críticos *standardizados* e prestados com a maior qualidade. Após a intervenção, deve ser prestado um adequado nível de cuidados, quer no hospital,

quer após a alta, individualizados segundo o tipo de intervenção e o perfil clínico do doente (Smit-Fun *et al*., 2020). Quando a recuperação não é possível, devem ser disponibilizados os melhores cuidados para os que ficaram com alguma incapacidade ou doenças de longa duração, incluindo cuidados paliativos adequados (Grocott & Mythen, 2015).

O percurso perioperatório pode constituir um dos poucos contatos dos indivíduos com os profissionais de saúde, devendo ser disponibilizada a possibilidade de contribuir para a melhoria do estado de saúde através de mensagens genéricas e estratégias preventivas, para além da situação clínica de base (Grocott & Mythen, 2015). As estratégias para a gestão da saúde das populações são cada vez mais importantes para os líderes dos sistemas de cuidados de saúde porque a saúde das populações, sobretudo em contextos de custos e riscos elevados, deve ser otimizada (Boudreaux & Vetter, 2016).

A Medicina do Perioperatório foca-se também na integração de cuidados fora do hospital, antes e depois da intervenção, além da *standardização* dos cuidados intraoperatórios e da utilização efetiva de recursos hospitalares no pós-operatório, gerando várias oportunidades específicas de adicionar valor no perioperatório: decisões partilhadas, com comunicação efetiva, modificação dos estilos de vida antes das intervenções, coordenação de cuidados, recuperação completa após a intervenção e a utilização de dados para melhoria da qualidade (Grocott & Mythen, 2015).

Foram desenvolvidos, quer nos EUA (*Perioperative Surgical Home*, em 2012), quer na Europa, em particular no Reino Unido (*Enhanced Recovery After Surgery*, em 2012), projetos que visam justamente promover estas práticas integradas, no que diz respeito ao período perioperatório (Grocott *et al*., 2012). Independentemente das designações, estes modelos de prestação de cuidados têm em comum ser encabeçados por Anestesiologistas, consolidando uma responsabilidade acrescida na Medicina do Perioperatório (Chandrakantan & Gan, 2015). Liderados, maioritariamente, por Sociedades de Anestesiologia, estes modelos demonstraram benefícios, de modo lento, mas seguro, representando soluções viáveis e sustentáveis, estando a ser cada vez mais alargadas estas experiências, em diferentes países e especialidades (Beverly *et al*., 2017; Cannesson *et al*., 2015; Kain *et al*., 2014).

2.5. Papel da Anestesiologia

A Anestesiologia enfrenta múltiplos desafios no contexto do mercado dos cuidados de saúde, com uma mudança de paradigma da sua atuação clássica, a nível da prestação de cuidados de anestesia (Alem & Kain, 2017). A implementação da medicina baseada em valor, nomeadamente a Medicina do Perioperatório, e as práticas integradas com outras especialidades, sendo uma rotina na prática de muitos Anestesiologistas, não estão, na maior parte das vezes, estruturadas nem suficientemente divulgadas, resultando na não atribuição do devido mérito a estes profissionais (Prielipp & Cohen,

2016). O desenvolvimento da Medicina do Perioperatório e a evolução do modelo de cuidados, de baseados em volume para baseados em valor, exige uma definição precisa dos procedimentos realizados pelos Anestesiologistas, nomeadamente daqueles que não são habitualmente quantificados, a par da demonstração do seu valor (Sinclair *et al*., 2014). Estes profissionais devem participar na coordenação destas modificações, através do desenvolvimento e implementação de estratégias de gestão do perioperatório (Allin *et al*., 2020).

Os Anestesiologistas estão perante uma escolha entre definições mais restritas ou mais alargadas da sua prática; se por um lado, existe um foco bem definido na prática balanceada anestésica clássica, com elevado nível de qualidade (e que limita as suas funções a um papel mais técnico), por outro lado, existem oportunidades que vêm amplificar as suas funções como médicos do perioperatório, em que se incluem muitos aspetos não relacionados diretamente com os cuidados cirúrgicos, a que, classicamente, estão associados (Grocott & Pearse, 2012).

A Anestesiologia, como especialidade transversal nas instituições, participando em equipas com as mais variadas especialidades, tem muito a contribuir para o avanço dos cuidados de saúde baseados em valor, através da sua multiplicidade de interações e influência em vários aspetos dos cuidados cirúrgicos, estando também envolvida na pesquisa para desenvolver e avaliar abordagens baseadas na evidência (Mahajan *et al*., 2021). A sua capacidade de liderar o esforço de adicionar valor, pela melhoria do processo contínuo de cuidados aos doentes pode, e deve, trazer um novo valor a esta prestação de cuidados (Laudanski, 2022; Gross *et al*., 2017).

Através dos modelos de medicina baseada em valor, os Anestesiologistas podem demonstrar e incrementar o seu valor, transformando os seus serviços em unidades integradas com as lideranças da instituição e dos serviços cirúrgicos, tornando-se líderes e partilhando objetivos idênticos: prestando melhores cuidados, otimizando custos, aumentando a *standardização*, estabelecendo percursos clínicos e métricas de qualidade, utilizando dados e apoio à decisão clínica no percurso para uma melhoria contínua, partilhando resultados com outras instituições, a nível nacional e internacional (Martin *et al.*, 2019) .

A Medicina do Perioperatório não é apenas a expansão do papel atual dos Anestesiologistas, mas representa também a redescoberta do seu valor na comunidade dos cuidados de saúde de forma mais alargada (Prielipp & Cohen, 2016). Isto não implica abdicar da excelência de prestação de cuidados dentro e fora dos blocos operatórios, mas sim alargar o seu raio de ação. Naturalmente, nem todos os Anestesiologistas vão conseguir, ou desejar, ter um papel nestas novas atividades, mas um subgrupo terá de o fazer e deve ser apoiado pelos seus pares nos seus esforços, sob pena de outros o fazerem, eventualmente com menos competência (Grocott & Pearse, 2012).

Os Anestesiologistas estão particularmente habilitados para, não só participar, como liderar a transformação dos cuidados de saúde, em conjunto com outros profissionais de saúde, como sejam as

equipas cirúrgicas e de enfermagem, com foco no valor para o doente, ao longo de todo o perioperatório (Boudreaux & Vetter, 2016). A sua presença, já habitual em todo este percurso, desde a preparação pré-operatória, incluindo a pré-habilitação, a atuação no intraoperatório e a gestão do pós-operatório, incluindo a analgesia, mas não só, o seu amplo conhecimento das várias especialidades médicas e cirúrgicas, tal como a sua competência para trabalhar em equipas, é cada vez mais vital para otimização deste processo (Carlson & Martin, 2021; Mahajan *et al*., 2021).

Na realidade, e independentemente da designação dos modelos, os Anestesiologistas têm desempenhado o seu papel como médicos do perioperatório, tornando-o, progressivamente, o seu principal propósito de valor, conceito da gestão que migrou para a área da saúde, reforçando a sua vantagem competitiva (Cannesson *et al*., 2015).

O potencial dos Anestesiologistas para se tornarem parte ativa e destacada deste movimento de transformação dos cuidados de saúde é enorme, mas é vital a adaptação à mudança, a aquisição de competências, nomeadamente de gestão, e o reconhecimento da necessidade da inclusão de tecnologias disruptivas (Gross *et al*., 2017).

Várias tecnologias inovadoras vão desafiar a prática anestésica, exigindo adaptação qualitativa para melhorar *outcomes* a longo-prazo. Entre estas destacam-se a inteligência artificial e os sistemas de suporte à decisão, a nanotecnologia, as tecnologias genómicas, a robótica, e a interface cérebro-computador, só para referir as mais conhecidas (Laudanski, 2022).

Para muitos Anestesiologistas, o conceito de gestão de saúde da população é novo ou, pelo menos, pouco claro. Embora continue a evoluir, pode ser definido como um conjunto de políticas, programas e intervenções dirigidas à otimização da saúde das populações, conduzindo a uma abordagem mais integrada, coordenada, baseada em equipas e que permita uma visão holística da população (Boudreaux & Vetter, 2016).

Este conceito não é novo, mas tem ganho atualidade com a convicção de que a atividade dos Anestesiologistas não deve cingir-se ao bloco operatório, devendo expandir-se para áreas em que as suas competências sejam adequadamente valorizadas (Mahajan *et al*., 2021). A pandemia COVID-19 veio demonstrar as vulnerabilidades dos sistemas de saúde e expor a necessidade de a Anestesiologia inovar e criar mais valor, de modo a estar na linha da frente desta transformação dos serviços de saúde (Coffman *et al*., 2023).

A Anestesiologia requer, além de inovação, estratégias que preparem o caminho para o futuro paradigma dos cuidados de saúde: ser pago não só pela quantidade de serviços prestados, mas pelo modo como foram prestados, de acordo com uma métrica aceite de *outcomes* centrados nos doentes e baseados na equipa.

Inúmeros sistemas de saúde estão a desenvolver formas inovadoras de melhorar os *outcomes* dos doentes e a sua satisfação, reduzindo custos, através de estratégias que aumentam o papel dos

Anestesiologistas na Medicina do Perioperatório; há um maior foco em prestar cuidados com o melhor *outcome* clínico, melhor serviço e maior eficiência. Isto é conseguido com a redução da variabilidade, protocolos de *standardização*, melhoria da coordenação, maior presença de tecnologias da informação e medicina baseada na evidência. Naturalmente, estes sistemas são de implantação lenta, mas apresentam soluções viáveis e sustentáveis (Cannesson *et al*., 2015).

A melhoria dos *outcomes* em saúde, após a cirurgia, é uma oportunidade para inovação e para criar maior valor. Neste contexto, os Anestesiologistas podem ter um impacto significativo através de algumas abordagens-chave no período perioperatório. Em primeiro lugar, em vez de utilizar a consulta pré-operatória apenas para reunir informação visando prevenir adiamentos ou cancelamentos, este contato pode ser usado para melhorar a saúde da população de forma proativa (em vez de apenas de forma reativa) (Carli *et al*., 2021; Coffman *et al*., 2023). Em segundo lugar, segmentar os doentes com base no seu perfil de risco para procedimentos com baixa vs elevada variância, pode ajudar a instituição a manter eficiência, mas também ajudará a personalizar cuidados e reunir amplos benefícios sociais (Rooke *et al*., 2023). Finalmente, para que os doentes tenham a melhor recuperação possível, deve ser implementada uma abordagem, baseada na evidência e guiada por dados, para *standardização* dos processos de cuidados de rotina e percursos perioperatórios intra-hospitalares baseados em valor. Esta perspetiva incluirá um maior envolvimento do doente nos seus próprios cuidados e direcionará para os melhores cuidados pós-operatórios, tal como para os melhores programas de reabilitação (Mahajan *et al*., 2021).

Alguns fatores têm sido críticos para o sucesso dos Anestesiologistas na redução da morbimortalidade intraoperatória nas últimas décadas e podem ser poderosos facilitadores na sua contribuição, num âmbito mais alargado, para o redesenho dos cuidados de saúde, incluindo orientação para *outcomes* e para eficiência, trabalho de equipa, ampla utilização de *check-lists* e da *standardização*, além da flexibilização do local de trabalho (Fleisher & Lee, 2015).

Os departamentos de Anestesiologia podem utilizar o seu domínio de conhecimento para ajudar a construir, ou ser parceiros, com os grupos de tecnologias de informação dos hospitais na criação de dados clínicos e financeiros, validados, de mercados e de painéis, para implementar iniciativas de cuidados baseados em valor. Podem também ajudar a identificar comorbilidades clínicas que podem ser usadas para ajudar a ajustar ao risco os pagamentos baseados em valor (Mahajan *et al*., 2021).

Estas responsabilidades acrescidas, a par da modificação das próprias práticas, por via da evolução tecnológica, particularmente significativa na área da Anestesiologia nos últimos 30 anos, exigem que estes profissionais desenvolvam as suas competências e se consciencializem das novas exigências. Para que esta mudança se verifique, é fundamental o envolvimento das lideranças para implementação de mudanças na própria gestão dos serviços, em que os cuidados de saúde centrados no doente e o reconhecimento do valor gerado pela intervenção do Anestesiologista é, cada vez mais, um imperativo.

A questão da qualidade dos cuidados é, obviamente, indissociável desta restruturação organizativa; só faz sentido mudar se isso constituir uma melhoria dos cuidados prestados.

A liderança das equipas deve ser também particularmente rigorosa na forma como gere a apetência dos diferentes elementos da equipa em termos de áreas de diferenciação, possibilidades de evolução e eventual acesso a incentivos. Estes processos devem ser conduzidos de forma transparente e disponível para todos, de forma a potenciar o desenvolvimento da equipa e concentrar as energias no seu crescimento e não em questões menores.

2.6. Unidade de Prática Integrada de Anestesia

Considerando a legislação atual e o enquadramento legal dos CRI, compreende-se que a atividade anestésica, mercê da sua natureza, não está, atualmente, contemplada nesta orgânica.

Face ao exposto e como a prática tem demostrado, incrementar o papel dos Anestesiologistas na Medicina do Perioperatório é uma mais-valia. A implementação de um projeto de gestão tipo UPI num Serviço de Anestesiologia de grande dimensão, sob a forma de um programa de Medicina do Perioperatório, com intervenção em inúmeras áreas, poderia constituir uma vantagem para os doentes e para a própria instituição (Kain *et al*., 2015).

Tradicionalmente, a maioria dos Anestesiologistas presta cuidados a uma ampla gama de doentes e em inúmeros tipos de procedimentos, fazendo parte de grupos multidisciplinares; assim, ao ser organizado como UPI, o Serviço de Anestesiologia pode agregar valor nas inúmeras áreas em que intervém, encontrando-se numa posição única para otimizar os doentes no perioperatório, desde a avaliação e pré-habilitação no pré-operatório, aos cuidados intraoperatórios, culminando com o pós-operatório, imediato e tardio.

A escassez generalizada de Anestesiologistas não é recente (Halbeis & Macario, 2006) nem um exclusivo nacional, mas tem causas diferentes, dependendo das especificidades de cada país (Iacobucci, 2024; Menezes & Zahalka, 2024; Pinelli *et al*., 2024; The Royal College of Anaesthetists, 2024); em Portugal, um dos principais motivos desta carência, tem a ver com a ampla disponibilidade de saídas profissionais, nomeadamente para o mercado privado, tornando difícil a atração e a retenção no sistema público. É fundamental delinear estratégias para tornar atraente e competitivo o mercado de trabalho público, contribuindo para o reforço do SNS. Inevitavelmente, a questão do financiamento constitui um tema central na autonomia das instituições públicas de saúde, condicionando projetos e contratações, e constituindo um sério constrangimento ao seu funcionamento. Implementar medidas que permitam ultrapassar algumas limitações deste âmbito serão, potencialmente, alterações bem-vindas, existindo algumas experiências nesse âmbito (Cattel & Eijkenaar, 2020).

Sendo a Anestesiologia uma especialidade tão particular, porém transversal e abrangente, não pode estar totalmente dependente de outras especialidades para assegurar o seu financiamento; o modelo de gestão deve ser alterado, tal como já aconteceu com outras especialidades, devendo a sua liderança pertencer à Anestesiologia, cujas características específicas, como especialidade integradora e unificadora dos cuidados do doente, estará particularmente vocacionada para, não só participar, como liderar um modelo de gestão desta natureza (Mahajan *et al*., 2021).

Deste modo, estando envolvidos em todo o processo, os Anestesiologistas podem não só garantir que continuarão a ser parte integrante do fluxo da criação de valor, como também inovar num modelo de financiamento baseado em procedimentos, com o objetivo de otimizar resultados, reduzindo custos, atraindo e retendo um corpo clínico sólido (Allin *et al*., 2020; Sinclair *et al*., 2014). Numa altura em que os *outputs* dos cuidados de saúde se amplificaram muito, para incluir o envolvimento no incremento da eficácia clínica e operacional, tal como os sistemas de qualidade e a melhoria da experiência do doente, exige-se uma avaliação do valor alargada, para além das "simples" unidades de trabalho geradas por dia (Cattel *et al*., 2020).

A gestão destas estruturas, altamente complexas pode, e deve, recorrer a instrumentos que ajudem a operacionalizar as várias fases e vertentes do projeto, nomeadamente o *BSC* (Kaplan, 2010). Sendo um instrumento que evidencia esta complexidade, permite à liderança dos serviços reconhecer e valorizar todos os seus elementos produtivos, enquanto permite identificar as diferentes forças e interesses entre o grupo (Zbinden, 2002). São elementos major do *BSC* a produção clínica, o desempenho académico, a avaliação dos internos, a presença em reuniões de departamento de liderança, de gestão e de formação, os *scores* de medição da qualidade dos processos, as avaliações contínuas da prática profissional, a demonstração da efetividade em papéis de liderança designados, a escassez ou ausência de repreensões, entre outros (Dobie *et al*., 2015). A expansão do *BSC* do âmbito empresarial, onde se desenvolveu na década de 90 do século passado, para as organizações de saúde, verificou-se desde há muito, com as devidas adaptações, a uma área com realidades tão heterogéneas como os cuidados de saúde (González Sánchez *et al*., 2011; Bohm *et al*., 2021; Kaplan *et al*., 2025; Koumpouros, 2013).

Além dos fatores relacionados com a melhoria contínua global, o investimento na qualidade e o incremento da diferenciação dos Anestesiologistas, os fatores relacionados com a avaliação do desempenho e as eventuais recompensas financeiras não podem ser menosprezadas. Um plano de compensação, bem delineado, pode motivar o grupo a ser produtivo em vários eixos, incluindo, para além da produção clínica, o envolvimento na liderança institucional e o reforço do desempenho. Uma melhoria significativa dos processos e da qualidade exige colaboração entre a academia e a gestão, incluindo design experimental, avaliação de resultados, liderança de equipas, comunicação dos resultados, liderança da implementação e mudanças na gestão. A compensação é uma ferramenta

para fornecer recompensas tangíveis de sucesso. Para serem eficazes, os planos de compensação têm de premiar o sucesso tanto nestas áreas como na produtividade clínica. Fundamental, também, é a adaptação destes modelos às circunstâncias que se alteram e evoluem, de modo a irem ao encontro das necessidades que se modificam (Dobie *et al*., 2015).

A avaliação de valor individual de cada Anestesiologista deve ajudar os profissionais, globalmente, a melhorar as suas competências em todos os eixos de atividade, a encontrar realização e interesse no seu trabalho, mantendo envolvimento, ao permitir o desenvolvimento de mestria, autonomia e sentido de propósito. Idealmente, esta avaliação de desempenho deve constituir um diálogo entre o clínico e o serviço, permitindo-lhes desenvolver as suas capacidades e estreitar o alinhamento com a organização.

A melhoria contínua e a consolidação da atividade desta UPI podem ter como objetivo a evolução previsível para Centro de Referência (CeRe), como corolário da excelência de desempenho.

A interação entre a equipa é vital para o sucesso dos cuidados baseados em valor. A investigação aponta a importância da coordenação e da comunicação para o funcionamento das organizações de saúde, de modo a manter uma colaboração interprofissional efetiva; isto é particularmente crucial para a cooperação interprofissional nas UPI (Van Staalduinen *et al*., 2023).

Um componente que não deve ser ignorado na conceção de uma UPI é a medição da performance em saúde; é crucial para assegurar que os cuidados de saúde prestados geram valor, quer para quem os usa, quer para quem os paga. Pode ajudar a melhorar o sistema de saúde, ao colher informação sobre a saúde das populações, permitindo uma melhor alocação de recursos, constituindo um estímulo para melhorar a qualidade dos cuidados. A medição da performance em saúde é necessária para assegurar aos cidadãos que o seu sistema de saúde é responsável (Kiernan & Buggy, 2015).

Esta questão tem sido encarada com apreensão, nomeadamente quanto à escolha dos indicadores escolhidos para avaliar a qualidade dos cuidados e como os resultados obtidos podem ser utilizados. A dificuldade na colheita de dados em grande quantidade para permitir uma comparação fiável, obstáculo clássico a esta medição, tem sido parcialmente ultrapassado pelo advento do *Big Data*, que nos permite colher dados de bases heterogéneas, integrá-los e fazer análises preditivas para determinar os cuidados mais eficientes e efetivos. Como resultado dos avanços na tecnologia digital, podemos analisar e comparar custos e efetividade clínica em várias latitudes e ao longo do tempo, ajustar o risco e fornecer dados a quem os utiliza (Kiernan & Buggy, 2015).

Ainda assim, persistem alguns desafios, nomeadamente acerca de escolha dos indicadores que melhor refletem o *outcomes* dos doentes e a otimização da utilização dos dados. Isto reveste-se de particular importância quando existem incentivos associados a determinados indicadores, quer sejam financeiros ou reputacionais, já que são percecionados como mais importantes que os aspetos não medidos dos cuidados, recebendo uma atenção desproporcionada e correndo o risco de desvalorizar

outros *outcomes*, igualmente importantes. A questão acerca de como os dados são usados apresenta outra preocupação; a publicação dos dados pode levar à seleção dos melhores prestadores pelos doentes ou, ao fornecer dados acerca de desempenho sub-ótimo, constituir um estímulo para melhoria. Isto pressupõe, no entanto, que os cuidados podem ser suscetíveis de melhoria o que, a não acontecer, e se estiver associado a um incentivo significativo, pode resultar em *outcomes* perversos, com seleção de doentes, por exemplo (Kiernan & Buggy, 2015).

Face ao exposto, os indicadores e os incentivos associados devem ser geridos com cautela, de modo a evitar que, em vez de um estímulo à melhoria, se convertam num problema de difícil resolução.

3. METODOLOGIA

3.1. Método

O estudo assenta numa investigação empírica, do tipo estudo de caso, com recurso a uma metodologia qualitativa. Este tipo de abordagem, frequentemente usada no contexto da investigação social, é, de acordo com Yin (2018), uma pesquisa empírica que investiga um fenómeno no seu contexto de vida real, com uma estratégia ou desenho de investigação para estudo de uma unidade social. Num estudo de caso podem ser usadas várias técnicas de recolha de informação em simultâneo e de acordo com objetivos específicos.

O trabalho baseia-se no desenho de um projeto de empresa e tem como objetivo a conceção e implementação de um novo sistema de controlo de gestão no Serviço de Anestesia do HSM, pertencente à Área de Anestesiologia da ULSSJ, com um programa de Medicina de Perioperatório como modelo de Medicina baseada em valor. Destaca-se o potencial papel dos Anestesiologistas na cadeia de valor em saúde e como estes podem ser integrados, promovendo para tal um sistema de controlo de gestão tipo UPI.

3.2. Técnicas de Recolha de Dados

A recolha de dados compreendeu a análise documental (artigos e legislação, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde, ACSS, CHULC, ULSSJ e de outras instituições do SNS, para efeitos de *benchmarking*) e a realização de um conjunto de entrevistas semiestruturadas.

Da análise documental fez parte uma revisão da literatura, com recurso a vários motores de busca com palavras-chave acerca dos principais temas, além da consulta de diversos documentos, incluindo a legislação sobre os CRI e informações institucionais.

Esta revisão bibliográfica inclui 63 artigos científicos, a consulta de 9 livros de referência e ainda a avaliação de 20 leis, decretos-lei e portarias acerca desta temática. De referir ainda, a consulta da documentação interna da ULSSJ, utilizada para a sua caracterização e elaboração da análise SWOT e também de documentos públicos das várias instituições que fazem parte da análise de *benchmarking*, nomeadamente sites oficiais e relatórios de contas.

Dada a semelhança entre o modelo de gestão em vigor nos CRI e o modelo proposto neste trabalho, as entrevistas realizadas tiveram como ponto de partida a atividade dos CRI.

As entrevistas principais, semiestruturadas e exploratórias, foram dirigidas a dois grupos: um grupo de profissionais com experiência de trabalho em CRI, mais concretamente, um Diretor, um Administrador hospitalar e um profissional médico e a um grupo que incluiu profissionais não pertencentes a CRI, mas com interesse nesta área, incluindo um Investigador na área de gestão da

saúde, um Administrador Hospitalar, um Anestesiologista e o Diretor de Área de Anestesiologia da ULSSJ. As entrevistas, realizadas presencialmente, foram conduzidas por um guião (Anexo A).

As questões das entrevistas principais estão organizadas em cinco dimensões-chave, que se subdividem em 12 subdimensões, como consta na tabela 2.

Tabela 2: Dimensões e subdimensões das entrevistas principais

DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES
Organização Interna	Estrutura geral
	Estratégia organizacional
Gestão estratégica	Objetivos estratégicos
	Linhas de ação
	Estratégia operacional
Controlo de gestão	Ferramentas
	Estratégia
	Resultados do CRI
Gestão de pessoas	Gestão de RH
	SGAD
	Sistema de gestão de incentivos
Comunicação	Comunicação estratégica

O modo como as principais dimensões e as subdimensões das entrevistas são definidas tem a ver com os parâmetros em estudo: a organização interna (em que se pretende determinar como estava organizado o Serviço e qual a sua estratégia organizacional , antes da implementação do CRI), a gestão estratégica (em que se avaliam os objetivos estratégicos e as linhas de ação previstas), o controlo de gestão (em que se avaliam as ferramentas utilizadas, além da estratégia e dos resultados do CRI), a gestão de pessoas (que, além dos critérios de recrutamento e seleção, se centra também na avaliação do sistema de gestão e avaliação de desempenho e de incentivos) e, finalmente, a estratégia de comunicação adotada.

Foi ainda desenvolvido um outro conjunto de entrevistas, secundárias, a quatro elementos do Serviço de Anestesia do HSM, de modo a conhecer a perspetiva de quem não pertence a um CRI, para o qual também se elaborou um guião (Anexo B).

3.3. Técnica de Tratamento de Dados

Para o tratamento de dados das entrevistas, foi realizada uma análise de conteúdo sistematizada destinada à organização e interpretação de dados qualitativos e que se caracteriza por categorizar o conteúdo da informação recolhida em elementos que podem ser agregados e comparados entre si. Esta técnica, sistemática e bem definida, tem subjacentes princípios de objetividade, validade e confiabilidade, incluindo regras para as diferentes categorias, nomeadamente critérios de exclusão

mútua, homogeneidade, pertinência, fidelidade e produtividade; o seu rigor traduz-se pelo cumprimento de normas que garantem a sistematização desta análise (Bardin, 2016).

A análise de conteúdo inclui três fases fundamentais: (a) pré-análise, em que se procede à organização e classificação do material, se colocam hipóteses, se definem quais os elementos a analisar e se definem as categorias que irão guiar a análise; (b) descrição analítica, em que se faz o tratamento dos resultados, recorrendo à codificação e a categorização dos dados; (c) a inferência e a interpretação, em que se realizam análises qualitativas e quantitativas e subsequente comparação dos resultados com outras fontes ou teorias, para assegurar a validade (Bardin, 2016).

A metodologia utilizada visa possibilitar a execução dos objetivos específicos definidos para o trabalho (Bardin, 2016; Caetano & Vala, 2007; Ghiglione & Matalon, 2001).

O tratamento das entrevistas iniciou-se, assim, com a organização e classificação do material recolhido, com o objetivo de reduzir a complexidade dos dados recolhidos, identificando os principais temas a tratar, classificando e ordenando os discursos, para atribuir sentidos aos conteúdos dos discursos das diferentes pessoas. Posteriormente, definiram-se as unidades de categorização e a modalidade de codificação para o registo dos dados. Finalmente, procedeu-se à análise de conteúdo do material obtido, com interpretação dos dados, de modo à sua validação.

4. DIAGNÓSTICO DA ORGANIZAÇÃO

4.1. Caracterização da Unidade Local de Saúde de S. José

A Unidade Local de Saúde de S. José (ULSSJ), uma Entidade Pública Empresarial criada pelo Decreto-Lei n.º 102/2023 – Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07, é uma Unidade Local de Saúde (ULS) que resultou da agregação do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC) com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (CHPL), o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto (IOGP), 4 Unidades de Cuidados Saúde Primários, 14 Unidades de Saúde Familiar, a Unidade de Saúde Pública Lisboa Central, a Unidade de Doenças Sexualmente Transmissíveis de Lisboa Central, a Unidade de Medicina Dentária de Lisboa Central, a Unidade de Cuidados Continuados do Oriente e o Centro de Saúde de Sacavém. A sua área de influência é composta por 13 freguesias do concelho de Lisboa e por quatro freguesias do concelho de Loures, tendo algumas especialidades uma área de influência mais alargada.

A ULSSJ tem uma área de influência direta que inclui as regiões de Lisboa e Vale do Tejo, e que corresponde a mais de 440 mil habitantes; no entanto, dadas as suas características de hospital de destino para referenciação diferenciada, o seu âmbito de influência é alargado para o nível regional e nacional, com uma resposta a 1.8 milhões de habitantes (Pedreiras, 2022).

Trata-se de uma estrutura de grande dimensão, com mais de 10.500 profissionais, e uma capacidade instalada superior a 1200 camas, em que se realizaram mais de 2,7 milhões de consultas, 53.000 cirurgias, incluindo mais de 500 transplantes, com mais de 47.000 internamentos e 251.000 atendimentos urgentes com um dos Serviços de Urgência (SU) com mais atividade a nível nacional, segundo dados de 2024, referentes ao primeiro ano da ULSSJ (ULS S. José, 2025).

A ULSSJ presta cuidados de saúde diferenciados, com ensino universitário e formação pós-graduada. Sendo uma unidade de saúde do SNS com a natureza de EPE, segue um modelo de governação de acordo com o regime jurídico e os estatutos aplicáveis a estas unidades. Adota um modelo de gestão participada, que compreende os níveis de gestão estratégica, intermédia e operacional, que assenta na contratualização interna de objetivos e meios. Os órgãos sociais da ULSSJ são o Conselho de Administração (CA) e o Conselho Consultivo (ULS S. José, 2024).

O Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC), antecessor da ULSSJ, foi criado pelo Decreto-Lei nº 50-A/2007, integrando numa única entidade quatro hospitais centrais, Hospital de S. José (HSJ), Hospital de Sta. Marta (HSM), Hospital de Sto. António dos Capuchos (HSAC) e Hospital D. Estefânia (HDE), passando a partir de março de 2012 a integrar também o Hospital Curry Cabral (HCC) e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa (MAC). O Decreto-Lei nº 61/2018, de 3 de agosto, reconheceu oficialmente o CHLC como centro universitário, passando a ser designado por Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC); foi acreditado e certificado com a norma ISO 9001, pelo *Caspe*

Health Knowledge Systems (CHKS) desde 2012, estando também integrado em redes europeias de saúde (ULS S. José, 2025).

Com a publicação da Portaria nº 330/2017, de 31 de outubro, alterada pela Portaria nº 71/2018, de 8 de março, surge um novo modelo do regulamento interno para Serviços ou Unidades Funcionais das Unidades de Saúde do SNS com a natureza de EPE, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial que se organizem em CRI. Pretende-se assim implementar um novo ciclo de gestão dos serviços de saúde, alinhado com uma visão mais flexível da organização, com capacidade de ajustamento à dinâmica das necessidades de saúde dos diferentes grupos profissionais, redesenhando a sua arquitetura assistencial, mas mantendo a qualidade, a inovação e o conhecimento que sempre caracterizaram este Centro Hospitalar. Desde 2020, altura em que foram criados os primeiros CRI do CHULC, vários outros se têm seguido, contando atualmente com dez destas estruturas (ULS S. José, 2025).

4.1.1. Análise Interna

A ULSSJ assume a Missão de prestar cuidados de saúde diferenciados, na rede de cuidadores do SNS português, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde, integradas no SNS. Pretende satisfazer as necessidades dos doentes, recorrendo a práticas clínicas de excelência, de prevenção e continuidade dos cuidados, numa lógica de governação clínica. No seio das suas equipas, tem como objetivo promover uma eficiente utilização de recursos disponíveis, apostando ainda nas áreas do ensino, investigação, prevenção e continuidade de cuidados, tendo como primado o doente.

A Visão da ULS foca-se no ensino universitário e pós-graduado, com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, o que a torna numa organização de referência.

Assenta a sua prática clínica em Valores de competência técnica e ética profissional, em constante melhoria de qualidade; prima pela responsabilidade e transparência, orientando a sua atividade para resultados; promove o trabalho em equipa multidisciplinar, visando gerar boas condições de trabalho para todos os colaboradores, numa cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática; e, por fim, assume uma cultura centrada no doente, na sua segurança e conforto.

São objetivos da ULSSJ: 1) prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado; 2) intervir na prevenção da doença; 3) otimizar a utilização dos recursos disponíveis; 4) constituir-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados de saúde diferenciados; 5) prosseguir a melhoria contínua da qualidade no âmbito do modelo de governação clínica; 6) promover o ensino, a formação e a investigação nas áreas clínicas e de apoio clínico, como condição para uma prática de excelência; 7) promover o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da responsabilização por resultados, instituindo uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito, bem

como uma política de formação contínua e 8) desenvolver programas de melhoria da eficiência operacional e da gestão clínica, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro.

Esta ULS tem 17 Centros de Referência (CeRe), reconhecidos pelo Ministério da Saúde, em múltiplas áreas; estes Centros providenciam cuidados diferenciados a doentes com patologia específicas com base nos mais recentes recursos disponíveis, assegurando a acessibilidade, efetividade, segurança e excelência de cuidados, de acordo com os mais elevados standards éticos e científicos, possibilitando formação pós-graduada e investigação na sua área da medicina (ULS S. José, 2025). O processo de reconhecimento teve início em 2017, no âmbito do Programa Nacional de Acreditação em Saúde da DGS, através do modelo *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)* (DGS, 2025).

Em relação à investigação clínica, é de referir a existência de um Centro de Investigação e da Unidade de Ensaios Clínicos, criados em 2009, com a missão de acolher investigação de elevada qualidade de forma sustentada e organizada, em todos os hospitais da Unidade, dando apoio a todos os seus profissionais envolvidos na investigação em saúde (ULS S. José, 2025).

4.1.2. Análise Externa

A estratégia da ULSSJ depende do enquadramento global do SNS e das orientações do Plano Nacional de Saúde; estão definidas quatro bases orientadoras das políticas de saúde, incluindo a cidadania em saúde, a equidade e o acesso adequado aos cuidados de saúde, a qualidade na saúde e políticas saudáveis, que servem de guias para a implementação desta estratégia (Portal do SNS, 2022).

A comparação da ULSSJ faz-se com instituições com características semelhantes, de norte a sul do país, nomeadamente com as grandes ULS Universitárias. O facto de apresentar uma grande dispersão de instituições na cidade de Lisboa torna-a particular, condicionando uma complexidade específica, particularmente no que se refere à otimização de recursos. A perspetiva da unificação dos hospitais da ULSSJ numa entidade com um espaço físico comum apesar de estar em projeto há vários anos, continua ainda por acontecer.

O financiamento da ULSSJ, tal como as demais instituições do SNS, está subordinado às decisões da tutela (Ministério da Saúde e ACSS), de acordo com o Contrato-Programa (CP) definido. Em 2024 foi publicada legislação que define o processo de implementação do novo Plano de Contabilidade de Gestão para o SNS, pelo Despacho nº2871/2024 do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde.

4.1.3. Análise SWOT

A análise SWOT apresenta-se como um instrumento útil para a avaliação crítica de uma organização, na medida em que permite uma visão global das duas dimensões, interna e externa, pela observação, em simultâneo, do confronto entre as forças e fraquezas e entre as oportunidades e as ameaças,

proporcionando um panorama objetivo e preciso; esta análise foi aplicada à ULSSJ (Anexo C), visando uma avaliação dos principais desafios e oportunidades que se colocam à ULS, com destaque para a escassez de recursos humanos. Salientam-se, entre as vertentes desta análise, dois pontos fortes, a diferenciação tecnológica e elevada qualidade clínica assistencial e a robusta ligação à Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/*Nova Medical School* (*NMS*), e duas oportunidades, a perspetiva de um novo hospital, a médio prazo e a existência de modelos de gestão inovadores. Quanto aos pontos fracos, destacam-se a dotação orçamental insuficiente e a dispersão das instituições hospitalares em instalações degradadas e, no que se refere às ameaças, salienta-se a dificuldade na retenção de recursos humanos altamente qualificados para outras instituições, sobretudo privadas, e o investimento insuficiente nas infraestruturas atuais que, mercê da sua longevidade, exigem intervenções frequentes (Pedreiras, 2022).

4.1.4. Análise de *Benchmarking*

O processo de *benchmarking* entre hospitais do SNS tem como objetivo melhorar o desempenho económico-financeiro das instituições, garantindo, em simultâneo, um melhor desempenho na prestação de cuidados aos utentes, nomeadamente ao nível da qualidade e do acesso. Neste contexto torna-se fundamental a partilha de informação que permita comparar resultados e explicar diferenças de *performance*, avaliar o potencial de melhoria de cada instituição nas principais áreas de atuação, e identificar alavancas operacionais de gestão corrente, melhores práticas e programas transversais que permitam capturar o potencial de melhoria identificado (ACSS, 2025).

Tabela 3: Análise de *benchmarking* da ULSSJ

	ULS São José	ULS Santa Maria	ULS São João	ULS Santo António*	ULS Coimbra**
Estatuto	EPE	EPE	EPE	EPE	EPE
Acreditação	HQS/CHKS ACSA em curso	ND	ND	CHKS	ND
Centros de Referência	17	17	15	16	18
Redes Europeias de Referência	4	ND	ND	11	11
CRI	10	0	5	0	4
Nº de trabalhadores	9.785	7.514	7.673	5.237	8.449
Nº de camas	1.241	948	1.100	1.115	1.674
Nº de internamentos	50.453	34.344	47.671	34.684	50.947
Total de consultas	885.882	841.578	932.000	785.534	900.018
Total de cirurgias	53.765	32.393	65.000	41.463	43.139
Total de atendimentos em urgência	251.277	196.129	265.600	ND	276.237
Dotação do S. Anestesia	89 Especialistas 40 IFE	48 Especialistas 38 IFE	90 Especialistas ND	82 Especialistas** 36 IFE**	92 Especialistas 42 IFE

* Dados de 2023; ** Dados de 2022; ND – Não disponível; IFE – Interno de Formação Especializada

O objetivo de realizar uma análise comparativa entre a ULSSJ e as outras ULS nacionais de características semelhantes, ULS Santa Maria, ULS São João, ULS Santo António e ULS Coimbra, visando confrontar estruturas, atividade e resultados em relação a 2024, não foi possível na totalidade. Dada a indisponibilidade de dados atualizados da ULS de Santo António, cujos últimos dados disponibilizados são referentes a 2023 (ULS Santo António, 2024) e da ULS Coimbra, cujos últimos dados disponibilizados são referentes a 2022 (CHUC, 2023), apresentam-se na tabela 3 os dados atualizados a 2024 da ULSSJ (ULS São José, 2025), da ULS Santa Maria (ULS Santa Maria, 2025) e da ULS São João (ULS São João, 2025).

4.2. Caracterização da Área de Anestesiologia da Unidade Local de Saúde de S. José

O Serviço de Anestesia do HSM é parte integrante da Área de Anestesiologia da ULSSJ contando com 89 especialistas em Anestesiologia e 38 Internos de Formação Especializada (IFE), distribuídos pelos oito Hospitais que constituem esta Unidade: CHPL, HCC, HDE, HSAC, HSJ, HSM, IOGP e MAC, além do Hospital de S. Lázaro (HSL), onde está sedeada a Clínica de Atendimento Perioperatório (CAPO) e onde se centraliza a realização da maioria das consultas de anestesia desde 2021. Desenvolve a sua atividade em todas as valências cirúrgicas existentes na ULS, tal como em apoio a meios complementares de diagnóstico e terapêutica, valências médico-cirúrgicas e obstetrícia, nas vertentes programada e de urgência. A Área de Anestesiologia pretende estabelecer um contínuo na abordagem dos doentes, através de um programa de Medicina do Perioperatório abrangente e inclusivo, que permita a intervenção em todas as fases em que a Anestesiologia é perita. Além da atividade clínica, a Área tem também uma forte componente de formação, quer pré-graduada (através da colaboração na docência da Unidade Curricular de Especialidades Cirúrgicas da *NMS*), quer pós-graduada (através da formação a Internos do Ano Comum e IFE), nacionais e estrangeiros.

Embora sob uma Direção comum, que define as grandes linhas orientadoras da atividade anestésica, cada Serviço tem autonomia e particularidades que resultam das especificidades dos Hospitais em que estão integrados e condicionam a sua atividade quotidiana. Numa Área desta dimensão e com esta dispersão física, é compreensível que exista alguma heterogeneidade da atividade, apesar de uma base comum; como tal, a realidade que cada Serviço enfrenta é diversa e a organização local que pode fazer sentido num Hospital, pode não ser o ideal noutro. Apesar desta diversidade, é inegável a importância da coesão, da autonomia e do compromisso com a segurança do doente, garante de qualidade do trabalho desenvolvido, quer dentro dos vários Serviços de Anestesia, quer de modo mais global, da Área. De assinalar, que vários elementos da Área de Anestesiologia da ULSSJ participam em vários CRI na sua atividade clínica diária embora tal não tenha ainda uma expressão muito significativa no total da atividade desenvolvida.

Como integrante da ULSSJ, EPE, a Área de Anestesiologia partilha da sua missão na prestação de cuidados à população, assim como da sua visão e valores.

4.3. Caracterização do Hospital de Sta. Marta

O HSM, parte integrante da ULSSJ, EPE, localiza-se no centro da cidade de Lisboa. Está inserido no Convento de Santa Marta, fundado no séc. XVI, com a designação de Recolhimento de Santa Marta de Jesus, tendo sido utilizado na altura para acolher e tratar as vítimas da Grande Peste de Lisboa em 1569; a sua atividade como parte do Serviço de Saúde remonta a 1890 (Hospício dos Clérigos Pobres) quando foi usado como hospital improvisado para albergar vítimas de um surto de gripe e, posteriormente, como hospital de doenças venéreas. No início do séc. XX foi oficialmente designado como Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, assumindo, desde aí, um importante papel no ensino da Medicina em Lisboa que se manteve até 1953, altura em que a clínica universitária foi transferida para o recém-criado Hospital de Santa Maria. Foi nesta altura integrado no grupo dos Hospitais Civis de Lisboa, onde se manteve até ao final do séc. XX, destacando-se nas áreas Cardiovascular e da Medicina Interna.

Atualmente, integra novamente a instituição universitária, desta vez agregado à *NMS*, como um centro português de referência na área do diagnóstico e tratamento das doenças do foro cardiovascular e torácico, nas vertentes de adultos e de pediatria, incluídas na Área do Coração, Vasos e Tórax, como caracterizado na tabela 4.

Tabela 4: Caracterização sumária do HSM

Acreditação	CHKS; ACSA em curso
Centros de Referência	**Transplantação Pulmonar** (D.R., 2ª Série nº 197, de 8 de outubro); **Cardiologia de Intervenção Estrutural** (D.R., 2ª Série nº 50, de 11 de março); **Cardiopatias Congénitas** (D.R., 2ª Série nº 50, de 11 de março); **Transplante de Coração** (D.R., 2ª Série nº 140, de 22 de julho); **ECMO** (DR n.º 148/2017, Série II de 2017-08-02); **Fibrose Quística** (DR n.º 148/2017, Série II de 2017-08-02).
Redes Europeias de Referência	**GUARD-HEART** (Doenças cardíacas)
Centros de tratamento (DGS)	Hipertensão pulmonar Tromboendarterectomia pulmonar
Nº de efetivos	945*
Nº de camas	183*
Nº de consultas médicas/ano	95.141*
Nº de cirurgias/ano	3.248*

*Dados do final de 2023

O HSM dispõe atualmente de seis CeRe aprovados, reconhecidos como o expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde, além de outros Centros de Excelência. Os CeRe caracterizam-se por padrões de funcionamento de elevada qualidade, em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados de

conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença, à complexidade no seu diagnóstico ou tratamento e/ou aos custos elevados da mesma, sendo capaz de conduzir formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas (SNS, 2025).

4.4. Caracterização do Serviço de Anestesia do Hospital de Sta. Marta

O Serviço de Anestesia do HSM, parte integrante da Área de Anestesiologia da ULSSJ, conta com uma equipa de 15 Anestesiologistas, incluindo um Assistente Graduado Sénior, nove Assistentes Graduados e cinco Assistentes Hospitalares. Estão ainda alocados ao Serviço sete IFE de Anestesiologia da ULSSJ, além de IFE de vários hospitais que ali realizam os seus estágios obrigatórios de Cirurgia Cardíaca (CC), Cirurgia Torácica (CT) e Cirurgia Vascular (CV) e o estágio opcional de Monitorização e Técnicas Invasivas Hemodinâmicas em Anestesia.

Tabela 5: Equipa do Serviço de Anestesia do HSM

NOME	CATEGORIA	HORÁRIO SEMANAL	IDADE	Obs.	Urgência	Programada
1	AGSH	40	63	Dispensa de SU por idade	-	40
2	AGH	35	62	Dispensa de SU por idade	-	35
3	AGH	40	62		18	14
4	AGH	40	55		18	14
5	AGH	42	51		18	16
6	AGH	40	49		18	14
7	AGH	40	43		18	14
8	AGH	40	46		18	14
9	AGH	40	42		18	14
10	AGH	40	43		18	14
11	AH	40	46		18	14
12	AH	40	37		18	14
13*	AH	40	36		18	14
14**	AH	40	35		-	14
15**	AH	40	32		-	14
15 anestesiologistas		**597**	**46,8**		**198/180***	**259/245***
				Horas efetivas	**457/425***	

(Dados no final de 2024) / * Ausência de longa duração/ ** Serviço de Urgência (SU) no HSJ

A equipa de anestesia distribui a sua atividade programada por vários locais do HSM: 1) em dois blocos operatórios, integrados nos Serviços Cirúrgicos; o Bloco Operatório da Cirurgia Cardiotorácica (BO CCT), com três salas operatórias, e o Bloco Operatório da Cirurgia Vascular (BO CV), com duas salas operatórias, que contam, no conjunto, com sete/oito tempos operatórios diários, cada um destes com uma média de duração de oito horas de atividade; 2) em anestesia fora do bloco, sobretudo no Laboratório de Hemodinâmica (com três salas com atividade anestésica regular, mas não diária, e uma quarta sala, com atividade anestésica pontual), no Bloco de Exames de Pneumologia (com uma sala de técnicas) e no Serviço de Imagiologia, (com uma sala), com apoio anestésico a múltiplos procedimentos de diagnóstico e de intervenção, em adultos e em pediatria; 3) na UCPA do BO CV, com duas camas de nível de monitorização intermédio, em que presta apoio regular durante o período de funcionamento,

entre as 8h e as 20h; 4) na realização da visita pré-anestésica aos doentes agendados para intervenções com apoio anestésico e pelas consultas pré-operatórias a doentes sem consulta de Anestesia prévia. É ainda responsabilidade desta equipa assegurar a consulta de Anestesia, realizada na CAPO, no HSL, em dois períodos por semana, com duração média de oito horas cada e a anestesia para Cirurgia Torácica robótica no BO do HCC, com dois tempos operatórios semanais.

A atividade de urgência é referenciada e com atividade intensa e complexa. Os Serviços de CV e de CCT, por serem altamente diferenciados e com especificidades próprias, recebem doentes externos, com carácter urgente, fora da sua área de referenciação. Acresce o facto de aqui estarem localizados os CeRe de Cardiopatias Congénitas e de Transplantação Pulmonar e Cardíaca, aumentando o número de doentes intervencionados com cirurgias complexas e prolongadas.

Tabela 6: Alocação semanal do tempo da atividade do Serviço de Anestesia do HSM

		2ªF	3ªF	4ªF	5ªF	6ªF	SAB	DOM	PT	Horas	PT	Horas
Período de trabalho - 8 horas	**POSTOS DE TRABALHO - ACTIVIDADE PROGRAMADA**											
BO CIR. VASCULAR	**M**	2	2	2	2	2			10	80	**15**	**120**
	T	1	1	1	1	1			5	40		
BO CIR. CARDIOTORÁCICA	**M**	3	3	3	3	3			15	120	**25**	**200**
	T	2	2	2	2	2			10	80		
BO CIR. TORÁCICA ROBÓTICA	**M**				1				1	8	**1**	**8**
	T											
CONSULTA EXTERNA	**M**			1		1			2	16	**2**	**16**
	T	**1****										
HEMODINÂMICA	**M**	1	1	1	1	**1****			4	32	**4**	**32**
	T			**1****								
PNEUMOLOGIA	**M**	1		**1****					1	8	**1**	**8**
	T											
INTEGRAÇÃO	**M**	1		**1****					1	8	**1**	**8**
	T											
ENSINO	**M**			0,25					0,25	2	**0,5**	**4**
	T			0,25					0,25	2		
GESTÃO/SUPERVISÃO TÉCNICA	**M**										**1**	**8**
	T			1					1	8		
DC	**M**	1	2	2	2	2			9	72	**9**	**72**
TOTAL	**M**	**9**	**8**	**9,25**	**9**	**8**	**0**	**0**	**43,25**	**346**	**59,5**	**476**
	T	**3**	**3**	**4,25**	**3**	**3**	**0**	**0**	**16,25**	**130**		
		12	**11**	**13,5**	**12**	**11**	**0**	**0**	**59,5**	**476**		
Período de trabalho - 12 horas	**POSTOS DE TRABALHO - ACTIVIDADE URGENTE - PRESENÇA**											
URG INT. DIA (Perioperatório)	**D**	1	1	1	1	1	1*	1*	7	84	**19**	**228**
URG INT. NOITE	**N**	2	2	2	2	2*	1*	1*	12	144		
TOTAL		**3**	**3**	**3**	**3**	**3**	**2**	**2**	**18**	**228**		

* À 6ªf e ao fim-de-semana, sem presença física do 2.º elemento (Regime Prevenção) /** Postos encerrados por falta de elementos.
PT – Posto de Trabalho; DC – Descanso Compensatório

Além da atividade urgente nos blocos operatórios, o Serviço, sempre que solicitado, colabora na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de CCT (de adultos e pediátrica), na UCI dos doentes transplantados pulmonares, na UCI Coronária e na UCI Polivalente, além de apoio ao Serviços de

Internamento da Cardiologia Pediátrica e às Unidades de Cuidados Intermédios da CV. A equipa anestésica assegura os cuidados anestésicos em todas estas áreas, reconhecidamente de extrema diferenciação, quer na atividade programada quer na atividade urgente.

O Serviço dispõe de um espaço físico autónomo com secretariado, gabinete de direção, sala de médicos, sala de reuniões e dois quartos.

4.4.1. Análise Interna

Os elementos que compõem este Serviço têm, maioritariamente, menos de 50 anos de idade e possuem já, globalmente, uma diferenciação técnica e científica assinalável nesta área, permitindo sustentabilidade a esta prática, muito específica e complexa, no topo da dificuldade anestésica. Esta tem sido, aliás, uma das grandes vantagens deste Serviço, com a captação o, ao longo dos anos, dos jovens recém-especialistas do Serviço, que têm sido integrados na equipa, permitindo projetar a médio e longo prazo, a continuidade da diferenciação nestas áreas específicas.

Esta área da anestesia constitui um atrativo importante pela evolução tecnológica exponencial que se tem verificado nos últimos anos, quer nas áreas cirúrgicas (cirurgia cardíaca, torácica e vascular, de elevada diferenciação e complexidade), quer nas áreas médicas (com destaque para a Cardiologia, nas suas várias vertentes de intervenção, e para a Pneumologia), com as quais o Serviço de Anestesia colabora. A formação e a experiência em áreas tão complexas da atividade anestésica representam uma mais-valia para os anestesiologistas deste Serviço, conferindo-lhes uma capacidade de trabalhar em qualquer área da anestesia, com doentes complexos em variados contextos.

Toda esta evolução concorre para que as solicitações de colaboração ao Serviço de Anestesia do HSM tenham vindo a crescer de forma consistente, e não na mesma proporção dos recursos humanos; esta discrepância tem sido uma limitação importante na resposta adequada e atempada aos Serviços.

A sobrecarga da equipa de anestesia do HSM, que além da atividade programada e de urgência, ainda assegura atividade adicional de combate às listas de espera, não permite aumentar a resposta, não existindo condições para responder a todas as solicitações. Este problema constitui, claramente, o maior obstáculo ao funcionamento e crescimento do Serviço; a sua reorganização, com acréscimo de elementos, poderia permitir dar uma melhor resposta às solicitações dos Serviços clientes, além de possibilitar a diferenciação e integração dos elementos menos diferenciados do Serviço; provavelmente, a alteração da modelo de gestão poderia ajudar a colmatar estas limitações.

A tabela 7, que traduz os valores no final de 2024, demonstra bem a escassez de recursos humanos neste Serviço. De referir que a atividade em prevenção, sempre em regime extraordinário, não está contabilizada para este diferencial. É de salientar que este diferencial de horas é assegurado pela equipa com recurso a horas extraordinárias/regime de trabalho adicional, o que, além de ser oneroso, está dependente da disponibilidade dos profissionais. Não estão aqui contempladas ausências por

doença, férias e períodos de formação que têm de ser colmatadas, mais uma vez, com recurso a trabalho extraordinário/atividade adicional, o que constitui uma sobrecarga significativa.

Tabela 7: Deficit semanal de horas do Serviço de Anestesia do HSM

Anestesiologia- HSM	Horas/semana		Deficit horas
	Disponíveis	Necessárias	
Atividade Programada	259/245	476	- 217/231
Atividade de Urgência: Presencial	198/180	228	- 30/48
Prevenção	*60*	*60*	0
Total semanal	**457/425**	**704**	**247/279**

Acresce a toda esta atividade a componente de formação ministrada aos IFE em estágio, aos alunos da *NMS* e outros formandos, que é realizada maioritariamente em tempo pessoal extra-horário; os constrangimentos de recursos pré-existentes, humanos e materiais, limitaram muito a integração desta componente na atividade da generalidade da equipa. A quase inexistência de horário dedicado, as múltiplas solicitações assistenciais, quer em atividade programada, quer em urgência, têm constituído um entrave significativo ao desenvolvimento de atividades de ensino, formação e investigação.

A diferenciação nesta área da anestesia e a existência de uma equipa dedicada e motivada constitui o terreno ideal de um projeto de gestão inovador e desafiante, podendo potenciar oportunidades de melhoria da qualidade do serviço prestado e crescimento da atividade.

4.4.2. Análise Externa

O Serviço de Anestesia do HSM, pertencente à Área de Anestesiologia da ULSSJ, é parte de uma ULS do SNS, estando na dependência do respetivo CA e da tutela. A atividade da instituição está subordinada ao Contrato-Programa (CP) que o CA e o Ministério da Saúde estabelecem anualmente, concorrendo para a sua execução a atividade de todos os Serviços.

Os vários Serviços de Anestesia da ULSSJ, mercê das suas especificidades, embora sob uma orientação comum, têm necessidades e exigências diferentes, sendo possível ajustar o seu funcionamento às realidades locais, nomeadamente no que se refere à gestão.

No caso do Serviço de Anestesia do HSM, destacam-se algumas particularidades, nomeadamente: a realização de atividade de urgência pela maior parte da equipa no mesmo hospital (permitindo assegurar, nesse horário, parte significativa da atividade programada, otimizando recursos), a necessidade de atividade adicional em todas as especialidades com que a anestesia colabora, que pode constituir uma vantagem para a eficiência do Serviço. A atividade do Serviço é muito condicionada pela escassez de recursos humanos e materiais; estes últimos aliás, têm tido um agravamento exponencial

nos últimos anos, claramente agravados pela pandemia Covid-19 e pela guerra no leste europeu. Tendo a noção de que não se trata de um problema exclusivo do Serviço do HSM, tem aqui particular impacto pela diferenciação tecnológica de que depende uma parte muito significativa da atividade.

É inevitável a comparação com Serviços de Anestesia da mesma área de intervenção e é de assinalar a diferenciação da equipa, nomeadamente na área da ecocardiografia transesofágica, na transplantação pulmonar (único centro nacional) e cardíaca, na intervenção percutânea vascular complexa e nas múltiplas vertentes da Cardiologia e Pneumologia de intervenção.

O Serviço de Anestesia colabora também regularmente com vários CeRe do HSM, desempenhando um papel fundamental para o seu sucesso e evolução.

A tabela 8 apresenta um resumo da atividade dos vários Serviços do HSM, que são os potenciais clientes da UPI de Anestesia, com a respetiva casuística do ano de 2023. Este quadro, além de dar a entender a dimensão destes Serviços, permite também apreciar o movimento anual de procedimentos em que o Serviço de Anestesia é chamado a colaborar, além da atividade aí desenvolvida. Por razões logísticas, não estão contabilizados todos os procedimentos em que os elementos do Serviço de Anestesia são chamados a colaborar, nomeadamente em contexto de urgência (Laboratório de Hemodinâmica, UCI e enfermarias), mas estando contabilizados apenas os procedimentos com registo de participação da anestesia, é clara a enorme escassez de recursos que tem sido, sistematicamente, colmatada com atividade em regime adicional/ horas extraordinárias.

Tabela 8: Atividade dos Serviços clientes do Serviço de Anestesia do HSM em 2023

	Equipa **a) Especialistas** **b) Internos**	**Enfermaria** **a) Camas** **b) Movimento anual**	**Consultas Movimento anual**	**Atividade** **a) Salas** **b) Procedimentos (urg.)**	**UCI** **a) Camas** **b) Movimento anual**	**UCIntermédios** **a) Camas** **b) Movimento anual**	**Atividade do Serviço de Anestesia do HSM**
S. de Cardiologia	30 10	28 2.749	31.186	Laboratório de Hemodinâmica 4 salas ND Laboratório de Ecocardiografia 3 salas 7551	Unidade própria – UCI Coronários 13 1676	NA	. Atividade no Laboratório de Hemodinâmica (procedimentos programados e urgentes) . Apoio na Unidade de Cuidados Intensivos e, pontualmente, no Laboratório de Ecocardiografia
S. de Cardiologia Pediátrica	12 3	9 ND	7.830	Laboratório de Hemodinâmica 1 sala ND	Unidade própria – UCI Cardiologia Pediátrica 4 ND	Berçário 5 ND	. Anestesia no Laboratório de Hemodinâmica (procedimentos programados e urgentes) . Apoio na Enfermaria e na Unidade de Cuidados Intensivos
S. de Cirurgia Cardíaca	12 2	27 1.441	4.087	BO partilhado 2/3 salas 902 (225)	Unidade partilhada – UCI Cardiotorácica 9 ND	Unidade partilhada com Cirurgia Torácica 3 ND	. Anestesia no BO (procedimentos programados e urgentes) . Apoio na Enfermaria e nas Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios
S. de Cirurgia Torácica	5 4	10 538	2.795	BO partilhado HSM, HCC (robótica) e HSJ (urgências) 1 sala 526 (45)	Unidade partilhadas - UCI Cardiotorácica e UCI Polivalente 4 Variável ND	Unidade partilhada – UCI Cardiotorácica e UCI Polivalente 4 ND	. Anestesia no BO (procedimentos programados e urgentes) . Apoio na Enfermaria e na Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios
S. de Angiologia e Cirurgia Vascular	14 9	26 1.142	14.494	BO dedicado 2 1.794 (396)	Utiliza camas na UCI Polivalente 4 Variável NA	Unidade própria – UC Intermédios Vascular e UDV 8 (6 atualmente)	. Anestesia no BO (em procedimentos programados e urgentes) . Apoio na Enfermaria e nas Unidades de Cuidados Intermédios
S. de Pneumologia **	20 11	15 + 9* 318	18.332	Bloco de exames próprio 1 sala > 1.400 (ND)	Unidade partilhada - UCI Cardiotorácica e UCI Polivalente 4 Variável ND	NA	. Anestesia no Bloco de Exames (procedimentos programados e urgentes) . Apoio na Enfermaria e na Unidade de Cuidados Intensivos de Transplante Pulmonar

NA – Não Aplicável ND – Não Disponível

*camas para doentes transplantados **dados de 2024

4.4.3. Resultados das Entrevistas

A análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos três elementos de CRI (incluindo um Diretor, um Administrador e um profissional médico), ao Investigador da área de Gestão de serviços de saúde, ao Anestesiologista e ao Diretor da Área de Anestesiologia da ULSSJ, permitiu melhorar a compreensão de aspetos práticos relacionados com o desenvolvimento e implementação de um modelo de gestão tipo CRI. Desta análise, emergiram os resultados, sumarizados no Anexo D, destacando-se na tabela 9 os pontos mais significativos.

Tabela 9: Destaques das entrevistas principais

Dimensões	Pontos fortes	Pontos fracos
Organização Interna	Melhoria da eficiência e qualidade Otimização da organização do Serviço	Dificuldade na mudança da cultura organizacional
Gestão estratégica	Elaboração de plano de ação Reforço da liderança	Dificuldade na articulação entre Serviços Autonomia limitada
Controlo de gestão	Autonomia de gestão Captação de recursos Melhoria de processos	Complexidade e burocracia do processo Gestão de incentivos condicionada por produção base
Gestão de pessoas	Maior facilidade no recrutamento e seleção de RH Maior motivação da equipa	Gestão de conflitos com céticos do CRI
Comunicação	Reforço do alinhamento da equipa	Dificuldades na comunicação entre Serviços

Quanto aos entrevistados pertencentes a CRI, é unânime a expectativa positiva no processo de desenvolvimento e na fase de implementação; reiteraram, pela sua experiência, a importância dos CRI numa lógica de desenvolvimento, melhoria da eficiência e eficácia dos respetivos Serviços, além de se ter revelado um fator de motivação profissional. A estruturação destas entidades permitiu ainda a definição de alguns indicadores que se revelaram ferramentas importantes na operacionalização do CRI, especialmente na forma de avaliar a evolução dos Serviços. Transversalmente, referem desafios na implementação e no percurso dos CRI, nomeadamente a complexidade do processo, os conflitos com elementos dos Serviços não pertencentes ao CRI, as condicionantes externas à atividade, nomeadamente a articulação com os Serviços com que se relacionam. O Diretor destacou "a evolução das atitudes de ceticismo inicial em relação a um projeto inovador (com algum grau de incerteza), mas promissor, que se foi transformando num desafio ambicioso, mas realista, assumido entusiasticamente pela equipa". A Administradora referiu "o empenho visível em toda a equipa pela implementação de um projeto pioneiro, em que todos foram envolvidos", como o facto mais marcante do processo. A profissional médica salientou "a expectativa pela participação efetiva na gestão do Serviço, com um papel ativo na tomada de decisões e organização de tarefas".

O Investigador, com ampla experiência profissional e académica na área de gestão de serviços de saúde, reforçou a importância deste modelo de gestão autónomo como uma ponte que se estabelece entre os profissionais, altamente qualificados, e os elementos responsáveis pela área da gestão,

permitindo uma reconhecimento e identificação da forma como se integram nesta estrutura e como se revém no contributo para a organização. Destacou "a importância da tomada de consciência, por parte das equipas, da sua contribuição para o todo do projeto, como uma parte fulcral do seu desenvolvimento. O conceito de CRI tem subjacente o envolvimento da gestão intermédia de uma forma muito mais decisiva do que acontece na gestão convencional, o que é fundamental quando falamos de profissionais altamente diferenciados."

O Diretor da Área de Anestesiologia, cujo interesse por esta temática vem desde há longa data, demonstrou também grande interesse por esta forma de gestão de um Serviço de Anestesia; considerando que "abre amplas possibilidades, incluindo o potencial reforço da equipa, por possibilitar condições de trabalho mais apelativas." Refere ainda que "a melhor caracterização e, consequentemente, contabilização, de toda a atividade desenvolvida pela equipa de anestesia, pode permitir um reconhecimento institucional efetivo da sua criação de valor, resultando, desejavelmente, num financiamento mais realista da atividade desenvolvida pelos Anestesiologistas, com benefícios evidentes para todos os envolvidos".

Para além deste conjunto de entrevistas principais, foram realizadas entrevistas secundárias a quatro elementos do Serviço de Anestesia do HSM. Estas entrevistas tiveram como objetivo auscultar opiniões acerca da atual organização da atividade deste Serviço, inquirir acerca do conhecimento da atividade dos CRI e refletir acerca das potenciais implicações de formas de gestão diferenciadora para a sustentabilidade de uma especialidade cujas solicitações são tão diversas e abrangentes e crescem exponencialmente. O facto de o Serviço se confrontar com uma extrema escassez de recursos humanos e ser responsável por dar resposta a procedimentos de elevada complexidade sem que tal se traduza num reconhecimento efetivo, leva a uma insatisfação crescente e isso ficou patente; "é impossível continuar a dar resposta a tudo", "o esforço que fazemos não é reconhecido", "a nossa diferenciação não nos traz qualquer vantagem e assim é difícil atrair novos recursos", são apenas alguns dos comentários registados.

Existe algum conhecimento acerca dos modelos de gestão tipo CRI mas nenhum dos entrevistados tem experiência desses Serviços nem um conhecimento muito aprofundado do seu funcionamento. Concluiu-se que existe interesse por um tipo de gestão inovadora que, efetivamente, permita reconhecer a diferenciação e a complexidade do trabalho desenvolvido, contribuindo potencialmente para a satisfação dos profissionais do Serviço e podendo representar um fator decisivo no processo de angariação e retenção de novos profissionais. A hipótese de o Serviço servir como sede de um projeto-piloto com este modelo de gestão foi acolhida com algum entusiasmo, abrindo possibilidades únicas de crescimento em várias vertentes; segundo um dos entrevistados, este tipo de intervenção constituiria "talvez a única forma de permear quem escolhe áreas mais complexas e exigentes para desenvolver a sua atividade".

É aparente, no entanto, algum ceticismo relativamente à operacionalização do processo, já que não existe experiência prévia no contexto de Serviços de Anestesia a nível nacional, existindo também preocupação com as potenciais implicações nas atividades de formação, pré e pós-graduada. Segundo alguns elementos, "os CRI são virados para a produção e não para a formação", destacando a forte componente letiva do Serviço de Anestesia do HSM.

4.4.4. Análise Crítica do Serviço de Anestesia do Hospital de Sta. Marta

Seguindo a metodologia do diagnóstico aplicada à ULSSJ, apresenta-se também uma análise SWOT do Serviço de Anestesia do HSM. Esta avaliação permite realizar um diagnóstico desta estrutura e elaborar estratégias que permitam maximizar as oportunidades, enfrentar e minimizar as ameaças e reforçar os pontos fortes, reduzindo os efeitos negativos dos pontos fracos; conjuntamente com todas as outras informações colhidas, deverá ser o ponto de partida para a definição dos objetivos estratégicos do ponto de vista da gestão de recursos de pessoas da organização.

Tem também utilidade no processo de tomada de decisões, porque engloba a descrição de oportunidades para a organização, como ponte para o futuro, na geração de alternativas estratégicas.

Tabela 10: Análise SWOT do Serviço de Anestesia do HSM

Análise Externa		**Análise Interna**	
Oportunidades	**Ameaças**	**Pontos Fortes**	**Pontos Fracos**
. Formação especializada . Otimização dos sistemas de gestão de desempenho . Desenvolvimento de equipas . Diferenciação técnica . Aumento da produção cirúrgica . Possibilidade de contratação de profissionais jovens . Área de referência na abordagem de doentes complexos	. Sobrecarga de solicitações da atividade de urgência . Escassez de recursos humanos . Possibilidade de saída de profissionais diferenciados . Listas de espera . Escassez/ deficiência de equipamentos fundamentais à atividade clínica moderna . Falhas de sistema informático . Motivação extrínseca . Pandemia	. Equipa altamente diferenciada . Equipa pluridisciplinar maioritariamente jovem e motivada . Motivação intrínseca . Interesse pela Medicina do Perioperatório . BO e equipa de enfermagem diferenciados e dedicados às especialidades . Cirurgias inovadoras, com utilização de tecnologia de ponta . Investigação clínica . Diferenciação em ecocardiografia transesofágica	. Cultura pouco orientada para resultados . Ausência de indicadores de *performance* do Serviço . Comunicação pouco eficaz . Liderança de topo com falhas na capacidade de negociação e na definição clara de estratégias e objetivos . Rotatividade de profissionais . Escassez de recursos em áreas específicas, por exemplo na anestesia cardíaca pediátrica . Escassez de tempo para formação em Serviço e integração de novos elementos na atividade do Serviço . BO a necessitar de renovar equipamentos

Como se conclui da análise, em várias vertentes, realizada ao Serviço de Anestesia do HSM, com destaque para a análise SWOT e às entrevistas realizadas, sobretudo aos Anestesiologistas, a questão

da escassez de recursos humanos emerge como o fator de maior destaque. As solicitações para colaboração dos Anestesiologistas do Serviço nas várias áreas em que habitualmente intervém são crescentes, além de, cada vez mais, surgirem novos procedimentos a exigir resposta, e havendo cada vez menor capacidade de a satisfazer. O desequilíbrio resultante entre a oferta e a procura, devido à carência de profissionais, constitui o principal constrangimento do Serviço, sendo responsável por situações de conflito entre os Serviços e exaustão dos Anestesiologistas, nomeadamente pela sobrecarga de trabalho a que estão sujeitos. O investimento realizado na instituição em recursos materiais e infraestruturas não tem encontrado paralelo no reforço das equipas. A indisponibilidade de Anestesiologistas no mercado para contratar, sobretudo de profissionais especializados na sua área de atividade (anestesia para a área cardiotorácica e vascular), a par da saída de alguns elementos, tem limitado o crescimento do Serviço em termos de resposta à expansão e diversificação dos vários Serviços do Hospital. Todas estas condicionantes permitem antever que não de se trata de um problema de resolução fácil nem a curto-médio prazo, exigindo ao Serviço soluções criativas para dar resposta às referidas solicitações crescentes.

A atividade altamente especializada do Serviço de Anestesia do HSM exige que os seus elementos, antes de estarem completamente autónomos, passem por períodos de integração variáveis nas várias valências, acompanhados por um elemento sénior do Serviço; dada a escassez de recursos, estas integrações são frequentemente atrasadas porque há que priorizar a atividade assistencial, em detrimento da formação dos elementos juniores.

Acresce a isto, a necessidade de atualização e formação permanente de toda a equipa, pela crescente complexidade da atividade desenvolvida e, também esta vertente, é realizada, primordialmente, em tempo pessoal, o que significa que é irregular e difícil de programar.

A área pediátrica, em particular, tem constituído um problema em termos de escassez de recursos/diferenciação do Serviço, onde apenas cinco elementos do Serviço são autónomos, o que coloca constrangimentos importantes, não só na atividade programada, mas, sobretudo, em contexto de urgência. Com frequência, recorre-se à disponibilidade de tempo pessoal de alguns elementos para dar resposta a situações urgentes em que não está em escala nenhum elemento com diferenciação na anestesia pediátrica, o que não constitui uma prática sustentável.

Apesar dos inúmeros constrangimentos, a atividade do Serviço e a resposta às inúmeras solicitações, tem crescido, como demonstram os relatórios mensais de produção da instituição, deixando antever que, ultrapassada, ainda que parcialmente, a limitação de recursos humanos, seria possível desenvolver mais atividade, apostar na formação e no ensino

5. PROJETO DE INTERVENÇÃO: UNIDADE DE PRÁTICA INTEGRADA DE ANESTESIA DO HOSPITAL DE SANTA MARTA

As singularidades inerentes à especialidade de Anestesiologia, nomeadamente a sua transversalidade nos hospitais e a multiplicidade de intervenções, tornam fundamental a existência de um elo robusto entre os elementos do Serviço, de modo a não pôr em causa a sua independência e individualidade, atuando como garante da segurança do doente e da formação pré e pós-graduada.

Tendo em conta a dimensão e a dispersão física da Área de Anestesiologia da ULSSJ, as particularidades dos seus Serviços de Anestesia e o facto de não existir, até à data, nenhum modelo de gestão autónomo de Anestesia a nível nacional, justifica este trabalho de investigação, com o objetivo de idealizar um projeto-piloto de uma UPI de Anestesia para o Serviço de Anestesia do HSM.

A análise externa ao Serviço permite antever que existem múltiplas oportunidades para otimização, a que o desenho deste projeto de investigação pretende responder, nomeadamente no que diz respeito à eficiência, à diversificação dos serviços prestados e à promoção da valorização dos seus profissionais, mantendo a qualidade do trabalho desenvolvido e a componente de formação pré e pós-graduada, tão cara ao Serviço.

O Serviço de Anestesia do HSM apresenta algumas especificidades que o podem tornar um terreno particularmente interessante e potencialmente fértil para um projeto deste âmbito. O facto de estar integrado num Hospital com uma Área comum de intervenção (patologia cardiovascular e torácica), em que a generalidade da equipa de Anestesia participa nas várias atividades do Serviço, a dimensão média do Hospital, que possibilita um acompanhamento mais próximo e personalizado do perioperatório, entre outras, permitem antever um leque alargado de possíveis intervenções.

Apesar da implementação de um projeto como este ser, teoricamente, vantajosa para o Serviço de Anestesia do HSM, há questões que devem ser acauteladas e problemas que devem ser antecipados. Temas como a formação pré e pós-graduada (nomeadamente o Internato de Formação Especializada, quando uma das prioridades da UPI é a produção), as especificidades das competências dos vários elementos do Serviço (em que nem todos os elementos têm a mesma diferenciação nem as mesmas atribuições), a possível heterogeneidade entre os elementos da equipa (em que nem todos podem querer aderir ao projeto e é legítimo que assim seja, já que se trata de uma instituição pública) são apenas alguns dos assuntos que não devemos ignorar.

5.1. Missão, Visão e Valores

Prosseguindo aquilo que são a Missão, a Visão e os Valores da ULSSJ, também a UPI de Anestesia HSM, tem por Missão a prestação de cuidados de saúde de excelência, consolidando a sua atividade na Medicina do Perioperatório com elevados níveis de qualidade e segurança, garantindo a centralidade

no doente, a acessibilidade, a tempestividade, a continuidade, a eficiência e a efetividade da prestação de cuidados de saúde, tendo como objetivo a melhoria dos resultados e dos ganhos em saúde.

A Visão da UPI de Anestesia HSM, à semelhança da ULSSJ, baseia-se em eixos fundamentais:

- Posicionamento da UPI e da ULSSJ enquanto referência nacional na resposta atempada às múltiplas solicitações, através do aumento da capacidade de resposta aos doentes, eficiência e orientação para a qualidade, excelência clínica e segurança;
- Abordagem do doente no perioperatório, com avaliação clínica integrada, otimização e gestão proativa de intercorrências, além da promoção da autonomia precoce e sustentada do doente;
- Elaboração de um Manual de Articulação interna com as Especialidades;
- Promoção do acesso à informação e comunicação eficaz, visando o envolvimento de toda a equipa na obtenção dos melhores resultados, assegurando a coordenação e integração dos cuidados;
- Priorização do investimento na formação e diferenciação técnica das equipas clínicas;
- Obtenção da classificação de CeRe, enquanto centro de formação especializada de renome;
- Aquisição e manutenção do reconhecimento da diferenciação e excelência clínica através da afiliação, acreditação ou certificação da equipa e Serviço, a nível nacional e internacional;
- Foco no fortalecimento da formação, nas vertentes pré e pós-graduada, continuando a diferenciação que já caracteriza o Serviço de Anestesia do HSM, visando expandir e projetar para o exterior a atividade desenvolvida, nomeadamente na área da ecocardiografia transesofágica.

Os Valores subjacentes à UPI de Anestesia HSM incluem a competência técnica, a responsabilidade e a ética profissional, numa persecução constante da melhoria da qualidade e segurança do doente. A atividade da UPI, orientada para resultados, não descura uma cultura de mérito, rigor e avaliação sistemática, promovendo boas condições de trabalho para a equipa multidisciplinar e pluriprofissional.

5.2. Logotipo e Slogan

Símbolo da UPI de Anestesia, inserido no símbolo do HSM.





5.3. Caracterização

A UPI de Anestesia HSM tem como objetivo potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, no âmbito do perioperatório, melhorar a acessibilidade dos doentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados no HSM. Visa atingir estes objetivos

através de uma estrutura transversal a toda a instituição, de gestão intermédia, com autonomia funcional e técnica, mediante um compromisso de desempenho assistencial e económico-financeiro.

Tendo em conta que a escassez de recursos humanos de anestesia é um dos fatores mais limitantes à atividade de várias especialidades no HSM, quer no âmbito cirúrgico (Cirurgia Cardíaca, Torácica e Vascular), quer noutros âmbitos (Cardiologia de intervenção, nas suas várias vertentes, e Pneumologia de intervenção), além da própria consulta de anestesia, pretende-se com esta UPI otimizar a atividade dos profissionais da equipa, promover a sua retenção, além da captação de novos recursos para o seu reforço. O aumento da capacidade instalada permitirá melhorar os índices de resposta do Serviço, em tempo útil, às cada vez maiores necessidades dos doentes e será possível melhorar a produtividade, a par do aumento da qualidade e segurança assistencial. No capítulo 5.8.2, na tabela 24, apresentam-se as necessidades de RH e, comparando com a tabela 5, demonstra-se a escassez de recursos face às solicitações pretendidas e a necessidade premente de reforço da equipa.

É também objetivo desta UPI implementar um programa abrangente e compreensivo de Medicina do Perioperatório dirigido aos doentes com patologia cardiovascular e torácica, que, por escassez de recursos, tem sido difícil de executar em todo a seu potencial.

O objetivo da aplicação, sistemática, deste programa passa por acompanhar todo o percurso dos doentes que vêm ser submetidos a procedimentos com anestesia, sendo uma das maiores vantagens deste projeto. É fundamental a valorização do trabalho da equipa de anestesia nas suas múltiplas solicitações que, em grande parte dos casos, não são sequer contabilizadas; isto tem um efeito extremamente desmotivador na equipa, condicionando por vezes a disponibilidade para implementar de forma abrangente aquilo que deve ser um verdadeiro projeto de Medicina do Perioperatório. A intervenção deverá começar na consulta, passando pela avaliação pré-anestésica, por todo o intraoperatório, culminando com o acompanhamento pós-operatório, quer imediato, quer tardio. É crucial definir, previamente, quais as competências e atribuições da anestesia nos diversos contextos, de modo que tal possa ser quantificado e contabilizado. A liderança deste percurso deve pertencer à anestesia, como especialidade integradora e unificadora do cuidado do doente.

A par da atividade programada e de urgência, esta UPI contará também com atividade adicional das várias especialidades médicas e cirúrgicas, com o objetivo de reduzir as listas de espera, particularmente agravadas após a pandemia.

A atividade desta UPI vai decorrer no HSM (blocos operatórios, laboratório de Hemodinâmica, bloco de exames de Pneumologia, além do apoio nas enfermarias e unidades do hospital), nas salas de robótica do BO do HCC para cirurgia torácica e ainda na CAPO, no HSL.

A equipa de anestesiologistas a envolver neste projeto será, preferencialmente, a equipa que já desempenha funções neste Serviço e profissionais de outros Serviços de Anestesia da ULSSJ com

interesse nesta área, com possibilidade de contratação de mais profissionais, contando com este tipo de gestão inovadora como atrativo.

O financiamento da UPI terá por base o CP, contratualizado entre o respetivo Conselho de Gestão e o CA da ULSSJ.

Para que todo o potencial da UPI de Anestesia HSM possa ser aproveitado, é imperativo definir quais os tipos de serviços prestados pelos elementos da equipa, em particular daquelas tarefas que frequentemente não são quantificadas nem adequadamente valorizadas.

A par desta definição, a implementação de monitorização do desempenho, nomeadamente da qualidade do serviço prestado nas suas várias vertentes, é também crucial. Tal pode constituir um fator diferenciador na altura de avaliar a UPI e de a tornar atrativa para os colaboradores. Aliás, o desenvolvimento e aplicação de um sistema de gestão e avaliação de desempenho será uma das tarefas que a equipa de gestão da UPI deve desenvolver.

A integração de toda a equipa de Anestesia do HSM na maior parte das atividades desenvolvidas é uma mais-valia deste Serviço, na medida em que, com exceção da atividade pediátrica, que apenas por limitação de recursos não foi ainda possível ampliar, toda a equipa tem a oportunidade de se integrar e participar nas várias áreas de intervenção do Serviço.

O trabalho da equipa de Anestesia desta UPI deve distinguir-se, na medida em que deve diferenciar-se pela qualidade, inovação e capacidade de resposta às solicitações, destacando as suas vantagens competitivas, quando em comparação com outras equipas a desempenhar funções idênticas noutras instituições. Uma destas vantagens tem a ver com a própria composição do Serviço em termos etários e de diferenciação; apesar da média etária estar abaixo dos 50 anos, caracteriza-se por elevada diferenciação e pela preocupação dos elementos séniores acompanharem de perto a integração dos novos elementos, muitos deles ex-IFE do Serviço. A cultura do Serviço, assente em padrões tradicionais, tem vindo a mudar; embora as diversas gerações trabalhem em conjunto, a forma como encaram o trabalho é diferente e tem implicações na prática, sobretudo, na organização do Serviço e na integração dos novos elementos. A melhoria das condições de trabalho, a participação num projeto inovador, com uma forte vertente na formação (clínica, científica e de investigação), além da possibilidade de uma melhor remuneração, permitirão a captação e a manutenção de uma equipa coesa e motivada para a execução deste projeto que, desejavelmente, poderá resultar numa mudança inovadora no seio dos cuidados de saúde.

As linhas de ação preconizadas para a UPI de Anestesia, e que incluem objetivos operacionais e indicadores, farão parte do CP anual estabelecido, parte integrante do plano de ação da UPI. De qualquer modo, estas diretrizes deverão estar enquadradas com os objetivos estratégicos institucionais e, sobretudo, com as regras constantes nos termos de referência da ACSS para a contratualização por um determinado período definido.

5.4. Mapa Estratégico

A gestão estratégica, que traduz as decisões tomadas pelos gestores visando a criação e o desenvolvimento de uma estratégia, divide-se em quatro fases, incluindo a análise estratégica, a formulação da estratégia, a sua implementação e posterior avaliação.

Este tipo de gestão caracteriza-se por ser um processo dinâmico e metódico, que tem como objetivo alcançar as metas definidas inicialmente, visando assegurar que as organizações conseguem adaptar-se às mudanças constantes e garantir uma resposta pronta às necessidades dos vários *stakeholders*, permitindo a criação e manutenção de uma vantagem competitiva. Alcançar esta vantagem depende do planeamento estratégico formulado e implementado pela organização, conceitos que se tornam vitais no atual mundo empresarial e que podem ser replicados, com adaptações, na área da saúde; é essencial que o processo de planeamento estratégico seja encarado como um meio de assegurar a sustentabilidade de vantagens competitivas, e não como um fim em si mesmo, promovendo o aumento da competitividade, a todos os níveis, incluindo as instituições de saúde, mesmo as públicas, de modo a antecipar-se aos seus concorrentes (Santos, 2008).

Para o sucesso deste planeamento é fundamental a implementação e desenvolvimento de uma verdadeira liderança transformacional, que deve ter um perfeito conhecimento das características da organização, transformando as fraquezas em pontos fortes e as ameaças em oportunidades, de forma a criar valor para os doentes, mantendo-se um passo à frente da concorrência.

A gestão estratégica aplica este pressuposto à gestão e, na organização, deve implicar a utilização de instrumentos de gestão cujos objetivos principais passem pela avaliação do seu desempenho e pela garantia de que se verifica um alinhamento entre a UPI e a gestão de topo a que está subordinada.

Os instrumentos aqui desenvolvidos são o mapa estratégico e o *BSC*, fundamentais na medida em que geram informação crucial, permitindo a monitorização dos indicadores escolhidos.

As linhas de ação desta UPI incluem, entre outras:

- Melhorar o acesso dos doentes aos cuidados de saúde, com aumento da capacidade de resposta e orientação para a excelência clínica e segurança;
- Implementar e reforçar o modelo de organização em UPI;
- Garantir a contratualização interna e a contabilidade da gestão;
- Melhorar a eficiência, a produtividade e a qualidade dos cuidados de saúde prestados, com cumprimento dos critérios de agendamento e redução dos cancelamentos de consultas e cirurgias, por um lado e redução do absentismo e gastos com trabalho extraordinário, por outro;
- Desenvolver e operacionalizar os mecanismos de participação da comunidade civil;
- Garantir o bem-estar dos profissionais;
- Aumentar as receitas do CP.

Os princípios estratégicos subjacentes à UPI Anestesia HSM derivam das quatro perspetivas clássicas, descritas por Kaplan e Norton (1992), em relação à organização e que incluem os clientes (desempenho assistencial e acesso), os processos internos, a aprendizagem e desenvolvimento, além da perspetiva financeira. Cada organização deve selecionar as métricas críticas para cada uma destas perspetivas, estando ilustrada na tabela 11 a sua aplicação a esta UPI.

Tabela 11: Princípios estratégicos da UPI de Anestesia HSM

Desempenho assistencial e acesso	. Centralidade do doente . Acessibilidade dos doentes . Satisfação dos doentes e famílias
Processos Internos	. Promoção da melhoria contínua Processos Sistemas de informação . Promoção da eficiência da utilização de recursos . Otimização do percurso do doente
Financeira	. Otimização dos recursos existentes . Melhoria dos resultados com menor gasto . Promoção do equilíbrio económico-financeiro
Aprendizagem e desenvolvimento	. Promoção da formação contínua . Promoção da diferenciação . Promoção da inovação

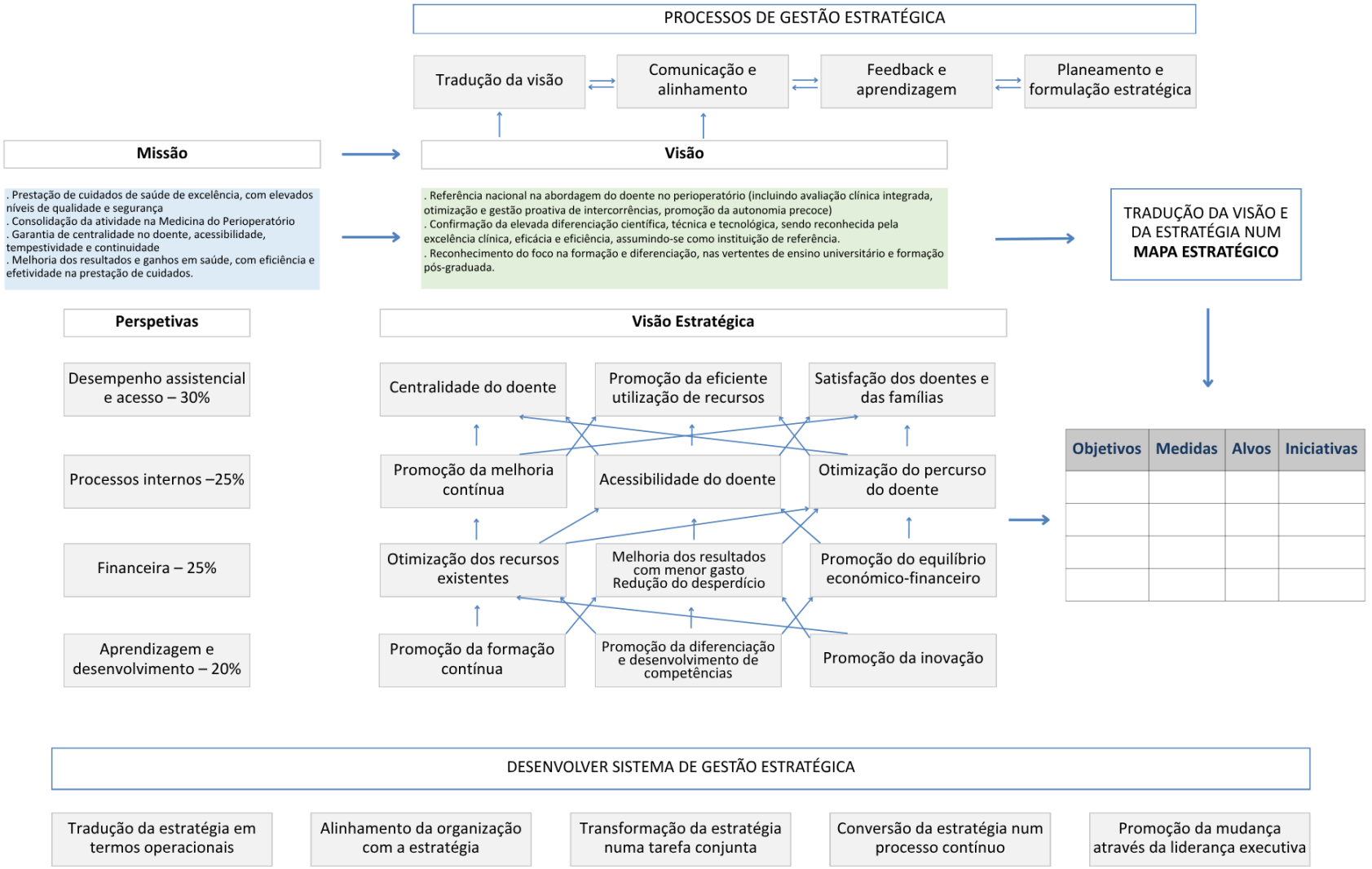
Estes princípios são parte do plano estratégico, um documento formal que deve ser revisto e, se for o caso, atualizado, periodicamente, mantendo-se flexível, dinâmico e visar uma perspetiva integrada, tendo em conta a atuação futura da organização (Freire, 2008). De acordo com Santos (2008), na generalidade, os planos estratégicos procuram evidenciar as conclusões retiradas da análise realizada ao meio envolvente, a estratégia definida para a organização e a forma como esta irá ser executada.

Considerando estes pressupostos, deve ser definido um mapa estratégico que permita visualizar as prioridades e antecipar as inter-relações entre as várias perspetivas referidas, traduzindo as orientações estratégicas em objetivos.

Uma vez estabelecido, globalmente, o mapa estratégico, deve ser particularizado à realidade da UPI, definindo-se os objetivos estratégicos para cada triénio. Estes objetivos devem estar alinhados com os termos de referência preconizados pela ACSS, incluindo os indicadores contratualizados, e com os objetivos operacionais que a UPI pretende desenvolver.

O cumprimento dos objetivos estabelecidos deve ser monitorizado, com recurso a indicadores, que serão a base da contratualização interna com a UPI de Anestesia, nos termos do CP anual. A execução destes indicadores será também relevante para o cálculo do índice de desempenho global, resultante da conjugação das metas contratualizadas (produção) e dos resultados dos indicadores de acompanhamento. Este índice é fulcral para a gestão dos incentivos às equipas.

Tabela 12: Mapa estratégico da UPI de Anestesia HSM



5.5. *Balanced Scorecard*

O *BSC*, utilizado como instrumento do plano estratégico, é construído a partir dos objetivos estratégicos definidos, estabelecidos na sequência da escolha das principais orientações da estratégia organizacional, considerando as quatro perspetivas de Kaplan e Norton (1992).

Os fatores de ponderação, para cada umas das perspetivas, estão enumerados na tabela 13.

Tabela 13: Fatores de ponderação das perspetivas do *BSC*

Desempenho assistencial e acesso 30%	**Processos Internos** 25%
Aprendizagem e desenvolvimento 20%	**Financeiro** 25%

De salientar, entre os fatores acima referidos, por um lado, a importância atribuída neste *BSC* às métricas não financeiras, nomeadamente a preponderância dos fatores desempenho assistencial, como seria de esperar numa área de saúde, e, por outro, com uma equidade entre os processos internos e os fatores financeiros, o que não é habitual numa instituição pública. No entanto, estamos perante uma burocracia profissional, com profissionais altamente capacitados que têm de sentir motivação, com possibilidade de diferenciação e, em que o fator financeiro não pode ser ignorado. Não devemos, não obstante, esquecer que no sistema público há que respeitar orçamentos limitados e constrangimentos legais, o que pode ser um obstáculo à valorização financeira destes profissionais.

A tabela 14 apresenta a integração do mapa estratégico com o *BSC* da UPI de Anestesia HSM, com os princípios e objetivos estratégicos, respetivos fatores de ponderação e critérios de superação e medidas a implementar para os alcançar, agrupadas nas suas quatro perspetivas clássicas.

Da análise desta tabela destaca-se uma medida em vários indicadores que é crítica para a sustentabilidade da UPI e que tem a ver com o reforço dos recursos humanos; se tal não se verificar, toda a estratégia fica comprometida, dada a exiguidade da equipa, demonstrada nas tabelas 4 e 5.

É fundamental analisar e avaliar o funcionamento e o desempenho do Serviço, de modo a perceber em que áreas os resultados são melhores e onde é preciso concentrar o esforço para melhorar. Também a UPI de Anestesia HSM deverá ser submetida a esta avaliação e, na sequência da definição dos vários parâmetros apresentados no *BSC*, incluindo os indicadores e metas previstas, é mandatório proceder à apreciação das respostas aos vários objetivos organizacionais propostos.

A avaliação do desempenho desta organização será feita com recurso a uma matriz em que se descrevem os objetivos e respetivos indicadores, de acordo com os fatores de ponderação definidos, e a avaliação dos respetivos resultados, agrupados de acordo com as perspetivas definidas no *BSC* da organização (Anexo E).

Tabela 14: *BSC* da UPI de Anestesia do HSM

EPQM	Perspetivas/ Peso do Indicador	Impacto	Objetivos estratégicos	FP	Indicadores	PI	Meta 2026	Critérios de superação	Fórmula de cálculo	Alvos	Medidas
Satisfação do utente e impacto na sociedade	Cliente (C) 30%	Melhor qualidade do serviço prestado	**C1 – Promover a satisfação dos doentes e familiares**	40%	C1.1 – Nível de satisfação dos doentes	70%	75%	Não cumpre – < 75% Cumpre – 75 a 85% Supera – > 85%	Resultados dos inquéritos de satisfação	Doentes de consultas externas, internamento e todos os locais com procedimentos anestésicos	. Implementação de inquéritos de satisfação e promoção do seu preenchimento
					C1.2 – TMR reclamações (10 dias úteis)	30%	≤ 10 dias úteis	Não cumpre – > 10 dias úteis Cumpre – 8 a 10 dias úteis Supera – < 8 dias úteis	Nº de dias úteis para resposta às reclamações	Todos os doentes que contactam com o Serviço	. Sinalização periódica da receção de reclamações
		Maior eficiência	**C2 – Garantir acessibilidade**	40%	C2.1 – Taxa de cumprimento do TMRG 1ª consulta (20 dias úteis)	60%	> 60%	Não cumpre – < 60% Cumpre – 60% Supera – > 60%	Nº de doentes com tempos de espera para 1ª consulta ≤ TMRG /Nº total de doentes 1ª consulta	Doentes propostos para procedimentos programados com intervenção anestésica	. Reforço dos RH . Aumento do número de consultas . Implementação de inquérito de triagem antes das 1ª consultas
					C2.2 – Nº de relatórios de análise clínica dos cancelamentos cirúrgicos (causa anestésica)	40%	4 relatórios/ano	Não cumpre – < 4 relatórios/ano Cumpre – 4 relatórios/ano Supera – > 4 relatórios/ano e proposta de melhoria	Nº de relatórios de análise clínica dos cancelamentos cirúrgicos (causa anestésica)/ano	Equipa de gestão do Serviço	. Análise mensal dos cancelamentos de causa anestésica e os respetivos motivos
			C3 – Assegurar centralidade	20%	C3.1 – Taxa de articulação entre os Serviços clientes e o Serviço de Anestesia	100%	> 75%	Não cumpre – < 75% Cumpre – 75 a 80% Supera – > 80%	Nº de respostas aos pedidos de apoio anestésico dos Serviços clientes/Nº total de pedidos realizados	Serviços que trabalham com o Serviço de Anestesia	. Agilização de contactos interespecialidades
		Av. final do obj. C: 0,4 x [(0,7 x Indic. C1.1) + (0,3 x Indic. C1.2)] + 0,4 x [(0,6 x Indic. C2.1) + (0,4 x Indic. C2.2)] + (0,2 x 1 x Indic. C3.1)									
Resultados chave do Serviço	Processos Internos (P) 25%	Melhor qualidade do serviço a prestado	**P1 – Garantir a excelência de cuidados**	50%	P1.1 – Taxa de consultas de anestesia com alta	10%	85%	Não cumpre – < 85% Cumpre – 85 a 90% Supera – > 90%	Nº de consultas de anestesia com alta/Nº total de consultas de anestesia	Elementos do Serviço	. Implementação de inquérito de triagem antes da 1ª consulta para otimização
					P1.2 – Taxa de complexidade dos doentes anestesiados (doentes com ASA III, IV e V)	70%	75%	Não cumpre – < 75% Cumpre – 75 a 85% Supera – > 85%	Nº de doentes com ASA III, IV e V/ Nº total de doentes anestesiados	Elementos do Serviço	. Elaboração de registos clínicos rigorosos e completos
					P1.3 –Taxa de redução das complicações da anestesia em relação ao ano anterior	20%	< 20% em relação ao ano anterior	Não cumpre – < 20% Cumpre – 20 a 25% Supera – > 25%	Nº de complicações da anestesia no ano atual /Nº de complicações da anestesia no ano anterior	Elementos do Serviço	. Monitorização e registo das complicações anestésicas e da MM
			P2 – Garantir a eficiência	20%	P2.1 – Taxa de postos de trabalho realizados	80%	> 85%	Não cumpre – < 85% Cumpre – 85 a 90% Supera – > 90%	Nº de postos de trabalho realizados/Nº total de postos de trabalho previstos	Gestão e elementos do Serviço	. Reforço dos RH e otimização da sua distribuição
					P2.2 - Taxa de resposta às solicitações de dias de trabalho extraordinário	20%	> 80%	Não cumpre – < 80% Cumpre – 80 a 90% Supera – > 90%	Nº de dias de trabalho extraordinário realizados/ Nº total de dias solicitados	Gestão e elementos do Serviço	. Reforço dos RH e otimização da sua distribuição
		Otimização do percurso dos doentes	**P3 – Percursos clínicos centrados no doente**	10%	P3.1 – Taxa de doentes que cumprem o percurso pré-operatório	100%	> 50%	Não cumpre – < 50% Cumpre – 50 a 60% Supera – > 60%	Nº de doentes que cumprem o percurso pré-operatório/Nº total de doentes anestesiados	Doentes propostos para procedimentos programados com intervenção de anestesista	. Implementação de triagem eficaz e atempada . Realização de MCDT em tempo útil antes da av. pré-anestésica
			P4 – Melhoria contínua	10%	P4.1 – Nº. de auditorias aos processos internos	100%	1 auditoria anual	Não cumpre – Não realizada Cumpre – Realizada Supera – Realizada e implementação de boas práticas	Nº de auditorias solicitadas/ Nº de auditorias realizadas	Equipa de gestão do Serviço Gabinete de Gestão de Programas de Qualidade	. Colaboração com o Gabinete de Gestão de Programas de Qualidade . Planeamento de auditoria
			P5 – Sistemas informáticos	10%	P5.1 – Taxa de informatização do Serviço	100%	> 70%	Não cumpre – < 70% Cumpre – > 70 a 80%% Supera – > 80%	% de casos anestésicos com registos informáticos /Nº total de casos anestésicos	Toda a atividade anestésica desenvolvida no Serviço	. Otimização da informatização dos vários postos de trabalho
		Av. final do obj. P: 0,5 x [(0,1 x Indic. P1.1) + (0,7 x Indic. P1.2) + (0,2 x Indic. P1.3)] + 0,2 x [(0,8 x Indic. P2.1) + (0,2 x Indic. P2.2)] + (0,1 x1 x Indic. P3.1) + (0,1 x 1 x Indic. P4.1) + (0,1 x 1 x Indic. P5.1)									

EPQM	Perspetivas/ Peso do Indicador	Impacto	Objetivos estratégicos	FP	Indicadores	PI	Meta 2026	Critérios de superação	Fórmula de cálculo	Alvos	Medidas
	Financeira e sustentabilidade (F) 25%	Otimização de recursos existentes e garantia de sustentabilidade financeira	**F1 – Otimização de recursos**	60%	F1.1 – Taxa de aumento do nº de consultas	20%	> 5%	Não cumpre – < 5% Cumpre – 5-7% Supera – > 7%	Nº de consultas de anestesia realizadas/Nº consultas no ano anterior	Gestão e elementos do Serviço	. Otimização do funcionamento da consulta de anestesia com implementação de triagem eficiente
					F1.2 – Taxa de aumento do nº de anestesias	20%	> 5%	Não cumpre – < 5% Cumpre – 5 a 7% Supera – > 7%	Nº de anestesias realizadas/Nº de anestesias no ano anterior		. Aumento da resposta às solicitações de atividade anestésica com reforço de RH
					F1.3 – Taxa de redução de consumo de material de consumo clínico	10%	< 5%	Não cumpre – >5% Cumpre – 5% Supera – < 5%	Material de consumo clínico gasto/Gastos do ano anterior		. Redução do consumo de material *disposable* no BO
					F1.4 – Taxa de aumento dos custos basais com pessoal	50%	<10%	Não cumpre – > 10% Cumpre – 10% Supera – < 10%	Custos basais com pessoal/Gastos do ano anterior		. Reforço dos RH, traduzindo-se em redução dos custos (menos atividade adicional)
			F2 –Sustentabilidade financeira	40%	F2.1 - Taxa de cumprimento do orçamento anual	35%	Cumprimento do orçamento anual	Não cumpre – < 0 Cumpre – 0 Supera – > 0	Orçamento anual/Gastos reais	Gestão do Serviço	. Otimização de custos fixos e variáveis . Garantia de rigor na codificação GDH
					F2.2 – Resultados operacionais/doente	35%	> 10% em relação ao ano anterior	Não cumpre – < 10% Cumpre – 10 a 20% Supera – > 20%	Rendimentos/Gastos operacionais por doente	Gestão e elementos do Serviço	. Otimização de custos fixos e variáveis . Garantia de rigor na codificação GDH . Garantia de implementação de PTI
					F2.3 – EBT	30%			Demonstração de resultados/Demonstração do ano anterior		
		Av. final do obj. F: 0,6 x [(0,2 x Indic. F1.1) + (0,2 x Indic. F1.2) + (0,1 x Indic. F1.3) + (0,5 x Indic. F1.4)] + 0,4 x [(0,35 x Indic. F2.1) + (0,35 x Indic. F2.2) + (0,3 x Indic. F2.3)]									
Satisfação dos colaboradores	Aprendizagem e crescimento (A) 20%	Desenvolvimento de competências e inovação	**A1 – Garantir a inovação**	20%	A1.1 – Taxa de aquisição de equipamentos para anestesia no BO	40%	> 20% que ano anterior	Não cumpre – < 20% Cumpre – 20 a 30% Supera – > 30%	Aquisição de equipamento necessário para anestesia/ Aquisição no ano anterior	Gestão do Serviço, BO e administração central	. Levantamento das necessidades . Estabelecimento de prioridades na aquisição de materiais/equipamentos específicos
					A1.2 – Nº. de formações para diferenciação dos profissionais do Serviço/ano	60%	> 2 formações em áreas de inovação /ano	Não cumpre – < 2 Cumpre – 2 a 3 Supera – > 3	Nº total de formações em áreas de inovação frequentadas pelos profissionais do Serviço/ano	Gestão e elementos do Serviço	. Reforço da equipa para permitir tempo de formação e integração . Apoio a iniciativas de formação
			A2 – Assegurar a qualificação dos profissionais	35%	A2.1 - Nº de reuniões de Serviço/ano	50%	1 reunião periódica, com fundamentação do acréscimo e impacto	Não cumpre – < 1 reunião periódica Cumpre – 1 reunião periódica Supera – >1 reunião periódica	Nº total de reuniões periódicas realizadas/ano	Gestão e elementos do Serviço	. Reforço da equipa para permitir tempo de formação . Apoio a iniciativas de formação
					A2.2 – Nº. de intercâmbios profissionais com outras instituições/ano	50%	1 intercâmbio anual	Não cumpre – < 1 Cumpre – 1 a 2 Supera – > 2	Nº total de intercâmbios profissionais com outras instituições/ano	Gestão, elementos do Serviço e gestão de RH	. Reforço da equipa para permitir tempo de formação . Reforço de parcerias com outros Serviços de Anestesia da mesma área
			A3 – Desenvolver competências	25%	A3.1 - Produção científica (Nº de publicações, pósteres, estudos, protocolos)/ano	35%	3 trabalhos/ano	Não cumpre – < 3 trabalhos/ano Cumpre – 3 trabalhos/ano Supera – > 3 trabalhos/ano	Nº total de trabalhos de produção científica realizados no Serviço/ano	Gestão e elementos do Serviço	. Garantia de tempo de atividade dedicado à componente de investigação
					A3.2 – Nº de ações de formação frequentadas/ Participação em Conferências, Congressos ou outras reuniões científicas/ano	45%	> 70% dos profissionais com mais de 1 formação/ano	Não cumpre – < 70% Cumpre – 70 a 75% Supera – > 75%	Nº de profissionais com mais de 1 formação anual/Nº total de profissionais do Serviço	Gestão e elementos do Serviço	. Garantia de tempo de atividade dedicado à componente de investigação
					A3.3 - Nº de propostas de melhoria (impacto na redução dos custos e/ou aumento da eficiência) /ano	20%	1 proposta exequível, com respetivo impacto	Não cumpre – < 1 proposta Cumpre – 1 proposta Supera – >1 proposta	Nº total de propostas de melhoria/ano	Gestão e elementos do Serviço	. Reforço de RH para possibilitar tempo para desenvolvimento de projetos para o Serviço
			A4 – Promover a atividade docente no Serviço	20%	A4.1 – Nº de IFEs em estágio no Serviço, alunos da *NMS* e outros elementos em formação no Serviço/mês	100%	3 formandos/mês	Não cumpre – < 3 formandos/mês Cumpre – 3 a 4 formandos/mês Supera – > 4 formandos/mês	Nº total de formandos/mês no Serviço	Gestão e elementos do Serviço	. Reforço da equipa para permitir tempo de formação . Garantia de tempo de atividade dedicado ao ensino
		Av. final do obj. A: 0,2 x [(0,4 x Indic. A1.1) + (0,6 x Indic. A1.2)] + 0,35 x [(0,5 x Indic. A2.1) + (0,5 x Indic. A2.2)] + 0,25 x [(0,35 x Indic. A3.1) + (0,45 x Indic. A3.2) + (0,2 x Indic. A3.3)] + (0,2 x 1 x Indic. A4.1)									
Av. final: (0,3 x Obj. C) + (0,25 x Obj. P) + (0,25 x Obj. F) + (0,2 x Obj. A)											

Cada um dos indicadores definidos pode não ser atingido, ser atingido ou superado, correspondendo estes resultados a pontuações de um, três ou cinco pontos, respetivamente, e esta contabilização vai permitir definir os três níveis de desempenho da organização que se dividem em insuficiente (1 a 1,999), satisfatório (2 a 3,999) e bom (4 a 5).

5.6. Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho

O Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP), publicado pela primeira vez em 2007 (Lei n.º 66-B/2007, 2007), e revisto em 2024 (Decreto-Lei nº 12/2024, 2024), tem como objetivo avaliar quer o desempenho global da organização, quer das chefias, quer dos restantes trabalhadores, sendo o modelo implementado na ULSSJ; no entanto, a sua aplicação é muito heterogénea entre categorias profissionais, para o que contribui a sua complexidade e alguma incerteza quanto à equidade de avaliação (o facto de existirem quotas em alguns níveis torna a sua aplicação alvo de alguma desconfiança por parte dos avaliados).

Numa UPI, sobretudo integrada numa organização da Administração Pública, é fundamental a existência de um sistema de avaliação e desempenho e, como tal, na UPI de Anestesia HSM está preconizado um Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho (SIGAD) com base no SIADAP mas adaptado e customizado aos médicos anestesiologistas desta UPI; tratando-se de profissionais especializados e altamente diferenciados, a sua avaliação deve incidir sobre os resultados (objetivos e padrões de desempenho) e a abordagem das competências.

O CG da UPI, a quem caberá coordenar este processo de avaliação, deve reunir com os profissionais para definir quais as regras, nomeadamente quais os objetivos e as competências a serem considerados; estes serão contratualizados a cada ciclo de avaliação, que tem a duração de um ano e devem ser estabelecidos no início de cada ciclo entre o colaborador e os avaliadores. Periodicamente devem existir reuniões para monitorizar o processo, de forma personalizada e, no final de cada ciclo, reuniões de avaliação e definição de novos objetivos.

A implementação do SIGAD deve estar bem definida por fases, enumeradas na tabela 15, de modo que toda a equipa esteja informada sobre o desenrolar do processo.

Tabela 15: Cronograma das fases do SIGAD

Fase 1	Fase 2	Fase 3	Fase 4	Fase 5
Planeamento do ciclo	Divulgação do processo de avaliação	Reunião inicial	Reuniões intermédias de acompanhamento e monitorização	Reunião final

A gestão por objetivos, subjacente a esta UPI de Anestesia, implica o estabelecimento de um conjunto de objetivos individuais, a definir de acordo com o CP anual e plano de ação do Serviço, estabelecido a cada três anos.

Devem ser definidos três a cinco objetivos individuais de um conjunto de domínios que inclui atividade assistencial e produtividade (com a maior ponderação, entre 60 e 85%), atitude profissional e comunicação, formação e investigação e organização, tendo cada objetivo entre dois e quatro indicadores de medida. A avaliação dos vários objetivos resulta numa pontuação final da sua média ponderada e vai corresponder a um conjunto de três escalões: superado (5 pontos), atingido (3 pontos) e não atingido (1 ponto), como ilustrado na tabela 16.

Devem também ser definidas quais as competências a avaliar pelo sistema de gestão; dado que as competências técnicas e cognitivas são reguladas externamente por entidades idóneas, apenas as competências relacionais são aqui avaliadas. A pontuação final resulta da média aritmética das pontuações nas várias competências; de igual modo, a avaliação está agrupada em níveis, de acordo com a tabela 16.

Tabela 16: Objetivos e competências

	Escalão	***Pontuação**
Objetivos (70%)	Superado	5
	Atingido	3
	Não atingido	1
Competências (30%)	Demonstrado a nível elevado	5
	Demonstrado	3
	Não demonstrado ou inexistente	1

A pontuação final vai ser o resultado da média ponderada das pontuações obtidas nos parâmetros avaliados (objetivos e competências), havendo uma ponderação de 70% para os objetivos e 30% para as competências; daqui resultam quatro níveis de desempenho expressos sob a forma de menções qualitativas e quantitativas inumerados na tabela 17.

Tabela 17: Níveis de desempenho

Nível de desempenho	**Pontuação**
Muito bom	4-5
Bom	3,5-3,999
Regular	2-3,499
Inadequado	1-1,999

O SIGAD não tem quotas definidas, permitindo que, de uma forma transparente, cada profissional tenha a classificação real e não limitada.

A avaliação de desempenho, se adequadamente implementada, apresenta inúmeras vantagens que vão tornar a gestão da equipa mais ágil e transparente. A clareza na definição de metas, a comunicação efetiva, a otimização do relacionamento entre chefias e restante equipa, a valorização da contribuição de cada um, a definição partilhada de planos de carreira, a oportunidade de

aprendizagem conjunta, reduz os vieses e facilita as funções da chefia. A sua utilidade é também relevante na vertente de desenvolvimento técnico/cognitivo, permeando os profissionais mais ativos nesses âmbitos.

É desejável que os profissionais estejam envolvidos no processo, prestando uma colaboração esclarecida, com empenho profissional e consciência crítica, de modo que assumam as suas responsabilidades de forma plena, com ênfase na qualidade.

Os objetivos do mapa estratégico e as competências devem ser contratualizados entre o CG e os profissionais, com base nos quais, são elaboradas as fichas de avaliação.

Tabela 18: Objetivos dos médicos da UPI de Anestesia HSM

Tabela de objetivos dos médicos da UPI de Anestesia HSM					
Objetivos	**FP**	**Indicador**	**PI**	**Metas**	**Critérios de superação**
1. Garantir acessibilidade	30%	1.1. TMRG 1ª consulta	50%	> 90% doentes cumprem o TMRG	. Não atingido – < 90% doentes . Atingido – 90 a 95% doentes . Superado – > 95% doentes
		1.2. Taxa de satisfação dos doentes	50%	> 85% satisfeitos	. Não atingido – < 85% doentes . Atingido – 85 a 95% doentes . Superado – > 95% doentes
2. Garantir excelência de cuidados	30%	2.1. Grau de complexidade dos doentes anestesiados – ASA III, IV e V/Nº total de doentes	50%	> 80% doentes ASA III, IV, V	. Não atingido – < 80% doentes . Atingido – 80 a 90% doentes . Superado – > 90% doentes
		2.2. Tx. de complicações anestésicas	50%	Redução de 20%/ano anterior	. Não atingido – Redução < 20% . Atingido – Redução 20 a 30% . Superado – Redução > 30%
3. Garantir eficiência	20%	3.1. Nº de consultas/ano anterior	20%	> 10 % consultas/ ano anterior	. Não atingido – < 10% . Atingido – 10 a 20% . Superado – > 20%
		3.2. Nº de procedimentos anestésicos/ano anterior	50%	> 5% procedimentos anestésicos/ano anterior	. Não atingido – < 5% . Atingido – 5 a 10% . Superado – > 10%
		3.3. Nº de respostas às solicitações de trabalho extra	30%	> 20%	. Não atingido – < 20% . Atingido – 20 a 30% . Superado – > 30%
4. Garantir atitude profissional adequada	10%	4.1. Avaliação dos doentes	50%	> 85% adequada	. Não atingido – < 85% . Atingido – 85 a 95% . Superado – > 95%
		4.2. Avaliação dos pares	50%	> 85% adequada	
5. Desenvolver competências técnicas e/ou cognitivas	10%	5.1. Frequência de ações de formação/ano	50%	1/ano	. Não atingido – < 1/ano . Atingido – 1 a 2/ano . Superado – > 2/ano
		5.2. Publicações/ano	20%	1/ano	
		5.3. Alunos da *NMS*/ano	30%	1/ano	

Tabela 19: Competências dos médicos da UPI de Anestesia HSM

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

Tabela 20: Ficha de avaliação de desempenho dos médicos

1. Avaliação dos objetivos						
Descrição dos objetivos		**FP**	**PI**	**Avaliação**		
				Superado	**Atingido**	**Não atingido**
Objetivo 1	**Garantir acessibilidade**	**30%**				
Indicador 1.1	TMRG 1ª consulta		50%			
Indicador 1.2	Taxa de satisfação dos doentes		50%			
Avaliação final do objetivo 1: 0,3 x (0,5 x Indicador 1.1 + 0,5 x Indicador 1.2)						
Objetivo 2	**Garantir excelência de cuidados**	**30%**				
Indicador 2.1	Grau de complexidade dos doentes anestesiados – ASA III, IV e V/Nº total de doentes		50%			
Indicador 2.2	Tx. de complicações anestésicas		50%			
Avaliação final do objetivo 2: 0,3 x (0,5 x Indicador 2.1 + 0,5 x indicador 2.2)						
Objetivo 3	**Garantir eficiência**	**20%**				
Indicador 3.1	Nº de consultas realizadas		20%			
Indicador 3.2	Nº de procedimentos anestésicos		50%			
Indicador 3.3	Resposta ao pedido de trabalho extra		30%			
Avaliação final do objetivo 3: 0,3 x (0,5 x Indicador 3.1 + 0,5 x Indicador 3.2)						
Objetivo 4	**Garantir atitude profissional**	**10%**				
Indicador 4.1	Avaliação dos doentes		50%			
Indicador 4.2	Avaliação dos pares		50%			
Avaliação final do objetivo 4: 0,3 x (0,5 x Indicador 4.1 + 0,5 x Indicador 4.2)						
Objetivo 5	**Desenvolvimento técnico/cognitivo**	**10%**				
Indicador 5.1	Ações de formação/ano		50%			
Indicador 5.2	Publicações/ano		20%			
Indicador 5.3	Alunos da *NMS*/ano		30%			
Avaliação final do objetivo 5: 0,3 x (0,4 x Indicador 5.1 + 0,4 x Indicador 5.2 + 0,2 x Indicador 5.3)						
Avaliação final dos objetivos:						

2. Avaliação das competências				
Designação da competência		**Avaliação**		
		Demonstrada a nível elevado (5 pontos)	**Demonstrada (3 pontos)**	**Não demonstrada (1 ponto)**
1				
2				
3				
4				
5				
Avaliação final das competências:				

3. Avaliação global do desempenho			
Parâmetros de avaliação	**Pontuação**	**Ponderação**	**Pontuação ponderada**
Objetivos		70%	
Competências		30%	
Avaliação global de desempenho:			

5.7. Sistema de Gestão de Incentivos

Qualquer sistema de gestão e avaliação de desempenho deve contemplar um modelo de recompensas, de forma a valorizar o desempenho dos profissionais, quer a nível individual, quer como equipa, distinguindo, de forma positiva, quem está empenhado no cumprimento dos objetivos pré-definidos. O Sistema de Gestão de Incentivos (SGI) é, conjuntamente com o SIGAD, um elemento fulcral no sucesso das organizações, ao promover a colaboração e envolvimento ativos na gestão, além do reconhecimento pela atividade desenvolvida, e pretende-se que estimule nos profissionais um maior empenhamento e profissionalismo.

Não podemos, no entanto, ultrapassar os constrangimentos legais existentes; estando na dependência da tutela, todo este processo está subordinado às opções estratégicas definidas previamente e ao enquadramento legal vigente. Ainda assim, um dos objetivos estratégicos da UPI de Anestesia HSM passa, justamente, pela valorização e distinção dos profissionais, nomeadamente pelas competências desenvolvidas, experiência acumulada e participação ativa na atividade da UPI.

Estes modelos, com sistema de recompensas associado, que pressupõem compensações por um bom desempenho, além da execução da produtividade contratualizada, estão sujeitos a regras legais que estão apenas descritas para os modelos de gestão tipo CRI, com incentivos associados ao cumprimento de objetivos da atividade de base. Sendo a UPI de Anestesia HSM um modelo inovador de gestão, preconiza-se também um modelo diferenciador de gestão de carreiras e incentivos cujo objetivo final é premiar os melhores e constituir um fator de atração e retenção de profissionais de excelência numa das especialidades médicas com maior carência de profissionais no setor público.

A Anestesiologia, sobretudo no contexto de um programa de Medicina de Perioperatório, pela evolução técnica e científica que ocorreu em inúmeras áreas da Medicina nas últimas décadas, viu diversificar e aumentar exponencialmente as suas solicitações; a necessidade de apoio anestésico, para um número cada vez maior de procedimentos tem o mérito de possibilitar a definição de especificidades que podem ser utilizadas como instrumentos de diferenciação, facilmente identificáveis e que podem permitir uma compensação mais justa dos profissionais.

Adicionando ao valor da remuneração fixa, pode existir uma remuneração variável individual (RVI) que pode ter vários componentes, incluindo um resultante da avaliação de desempenho do SIGAD, além de parcelas resultantes de incentivos de natureza diversa, específicos da atividade na UPI.

Podem estar associados à produção adicional, que decorre fora do horário de trabalho, e que, tal como se passa nos CRI, pode ter um pagamento majorado, variável com a percentagem de cumprimento dos objetivos definidos na contratualização com a UPI; esta atividade pode incluir a realização de consultas e de procedimentos anestésicos nas diversas áreas, estando os incentivos respetivos disponíveis apenas para quem participa nestas atividades.

Além destes, existem também incentivos que resultam de uma percentagem do CP com a UPI e que se destinam à equipa, só podendo ser utilizados para aquisição de equipamentos, melhorias no local de trabalho e atividades de formação, podendo constituir uma recompensa aos colaboradores com melhor desempenho no SIGAD.

Pode ainda ser implementado outro modelo de incentivos, que envolve a definição de objetivos individuais e organizacionais, estabelecidos no plano de ação negociado e acordado entre o CA e o CG da UPI, e cujo pagamento vai depender do seu cumprimento, quer a nível individual, quer da organização. Estes objetivos individuais devem ser negociados entre os profissionais do CRI e o respetivo CG, permitindo uma valorização diferenciada, resultante da ponderação de parâmetros relacionados com a complexidade dos doentes e dos procedimentos anestésicos realizados, como será desenvolvido no subcapítulo 5.8.9. Este modelo terá implicações tanto na remuneração dos profissionais como no financiamento da própria UPI, como se discutirá adiante. Neste modelo, os incentivos que cada profissional vai receber resultam, em 60%, do seu desempenho individual e em 40% do desempenho global da UPI de Anestesia HSM, e estarão de acordo com os respetivos níveis de desempenho, como se demonstra na tabela 21.

Tabela 21: Sistema de incentivos da UPI de Anestesia HSM

Sistema de incentivos da UPI de Anestesia HSM		
Pontuação do desempenho	**Individual – 60%**	**Organizacional – 40%**
1 a 1,9	Perda de 20% do total do próximo incentivo	Perda de 25% do total do próximo incentivo
2 a 3,5	0	0
3.6 a 3,7	10%	10%
3,8 a 3,9	20%	20%
4 a 4,1	40%	40%
4,2 a 4,3	60%	60%
4,4 a 4,5	80%	80%
4,6 a 4,7	100%	100%
4,8	110%	110%
4,9	115%	115%
5	120%	120%

5.8. Implementação da Unidade de Prática Integrada de Anestesia HSM

5.8.1. Conselho de Gestão

À semelhança do que acontece com os CRI, também a estrutura de governação da UPI deve integrar um CG de que fazem parte o Diretor da UPI (que pode acumular as funções de Coordenador do Serviço e Diretor da UPI) que preside, um Administrador Hospitalar (a designar pelo CA) e outro elemento da equipa multidisciplinar que compõe a UPI.

As funções do CG incluem garantir o cumprimento dos objetivos da UPI, assegurar o seu funcionamento adequado, além de outras funções de gestão que lhe sejam alocadas.

Tabela 22: Funções do CG da UPI de Anestesia HSM

Funções do CG da UPI
1. Promover a elaboração do plano de ação, de acordo com os princípios orientadores da UPI, e com o compromisso assistencial que constitui a sua missão.
2. Propor, negociar e assumir a responsabilidade pela execução do plano de ação e do CP anual da UPI.
3. Implementar um processo de governação clínica que contribua para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.
4. Garantir a operacionalidade e eficácia dos processos de monitorização e controlo do desempenho.
5. Propor os sistemas de substituição e de intersubstituição dos profissionais.
6. Apresentar ao respetivo órgão máximo de gestão, trimestralmente, o relatório de acompanhamento da produção, capacidade instalada, exercício financeiro, indicadores de desempenho previstos no plano de ação, constrangimentos detetados, bem como quaisquer outros resultados dos processos de controlo que considere relevantes.
7. Apresentar ao respetivo órgão máximo de gestão, anualmente, até final do mês de abril, um relatório de atividades referente ao ano anterior, incluindo a avaliação económica do desempenho da UPI, o qual é obrigatoriamente publicado na página eletrónica da entidade e no Portal do SNS.
8. Garantir a qualidade dos registos e da comunicação relativa às diversas vertentes da atividade clínica realizada.
9. Deliberar sobre a extinção da UPI.

5.8.2. Recursos Humanos da UPI de Anestesia

A UPI de Anestesia HSM será constituída por uma equipa multidisciplinar proposta pelo CG e sujeita à aprovação do CA, integrando, numa primeira fase, apenas Anestesiologistas.

O recrutamento da equipa será realizado, preferencialmente, internamente e com base em critérios de experiência profissional, competências técnicas e não técnicas, além de motivação pessoal, tendo a UPI disponibilidade para integrar os elementos do Serviço que assim o desejem. Esta opção deverá ser deixada a cada profissional, não existindo obrigatoriedade de pertencer à UPI nem de lhe alocar a totalidade da atividade.

Dadas as características da atividade do Serviço de Anestesia do HSM, nomeadamente desenvolver a quase totalidade da atividade neste hospital, é necessário alocar os horários dos vários elementos da equipa entre a UPI (a tempo parcial ou integral) e a urgência. Preconizando um horário base de 40 horas semanais, destinando 18 horas para a urgência (das quais 12 horas diariamente são alocadas à atividade programada de urgência diferida) e oito horas para descanso compensatório (DC), ficarão 14 horas para atividade programada no Serviço, podendo ser ou não, alocadas na íntegra à UPI.

Deve ser definida, à partida, a dimensão ideal da equipa de Anestesiologistas, tal como as suas atribuições e o tempo alocado à UPI, como consta na tabela 23.

Tabela 23: Necessidades semanais de RH para a UPI de Anestesia HSM

		2ªF	3ªF	4ªF	5ªF	6ªF	SAB	DOM	PT	Horas	PT	Horas
Período de trabalho - 8 horas	**POSTOS DE TRABALHO - ACTIVIDADE PROGRAMADA**											
BO CIR. VASCULAR	**M**	2	2	2	2	2			10	80	15	120
	T	1	1	1	1	1			5	40		
BO CIR. CARDIOTORÁCICA	**M**	3	3	3	3	3			15	120	25	200
	T	2	2	2	2	2			10	80		
BO CIR. TORÁCICA ROBÓTICA	**M**				1				1	8	2	16
	T				1				1	8		
CONSULTA EXTERNA GERAL	**M**	1		1		1			3	24	5	40
	T		1		1				2	16		
HEMODINÂMICA	**M**	1	1	1	1	1			5	40	7	56
	T			1	1				2	16		
TÉCNICAS de PNEUMOLOGIA	**M**	1		1					2	16	2	16
	T											
INTEGRAÇÃO	**M**	1	1	1	1				4	32	4	32
	T											
ENSINO	**M**			0,25					0,25	2	0,5	4
	T			0,25					0,25	2		
GESTÃO/SUPERVISÃO TÉCNICA	**M**				1				1	8	2	16
	T			1					1	8		
DC	**M**	1	2	2	2	2			9	72	9	72
TOTAL	**M**	**10**	**9**	**11,25**	**11**	**9**	**0**	**0**	**50,25**	**402**	**71,5**	**572**
	T	**3**	**4**	**5,25**	**6**	**3**	**0**	**0**	**21,25**	**170**		
		13	**13**	**16,5**	**17**	**12**	**0**	**0**	**71,5**	**572**		
Período de trabalho - 12 horas	**POSTOS DE TRABALHO - ACTIVIDADE URGENTE - PRESENÇA**											
URG INT. DIA (Perioperatório)	**M/T**	1	1	1	1	1	1*	1*	7	84	**24**	**268**
URG. INT. DIA (Urg. diferida)	**M/T**	1	1	1	1	1	-	-	5	40		
URG INT. NOITE	**N**	2	2	2	2	2*	1*	1*	12	144		
TOTAL		**4**	**4**	**4**	**4**	**4**	**2**	**2**	**18**	**268**		

PT – Posto de Trabalho; DC – Descanso Compensatório

Previsivelmente, se o Serviço tiver 12 elementos, com horário semanal de 40 horas, conseguirá assegurar, no total, 168 horas de atividade programada, restando ainda 404 horas para preencher, que perfazem a atividade de mais dez profissionais em 40 horas, totalmente dedicadas a atividade programada. Ou seja, uma dotação mínima de 22 elementos, que deve ser reforçada em mais 20% (mais quatro elementos), considerando a presença preponderante de elementos em idade fértil.

Deve ainda ser considerada a atividade adicional, no combate às listas de espera nas várias áreas, cirúrgicas e de intervenção, a realizar fora do horário e que deve também constar do CP mas que não é possível antecipar na íntegra, pelo que não será considerada para esta contabilização.

Os componentes de formação, pré e pós-especialidade e docência constam nesta previsão, embora não de modo rigoroso já que as solicitações são variáveis.

5.8.3. Etapas e Atividades de Implementação

O processo de implementação do projeto da UPI compreende cinco etapas sequenciais: preparação, negociação, execução, monitorização e avaliação. As duas primeiras fases destinam-se à planificação e preparação do projeto e devem ser realizadas antes de passar à execução do plano de ação.

Tabela 24: Etapas e atividades de implementação do projeto

ETAPAS	CRONOLOGIA	ATIVIDADES
1. Preparação	6 meses	**1.** Criação do CG e respetiva equipa de trabalho
		2. Definição de funções e responsabilidades
		3. Definição dos objetivos organizacionais
		4. Análise da gestão em curso
		5. Identificação das necessidades de recursos humanos e materiais
		6. Reconhecimento das áreas prioritárias de intervenção
		7. Elaboração do plano de ação
		8. Elaboração da estratégia de comunicação e respetivo plano
2. Negociação	3 meses	**1.** Discussão da estratégia
		2. Negociação e aprovação de objetivos, indicadores e metas com CA
		3. Elaboração de *BSC* e mapa estratégico
		4. Validação do SGAD
		5. Discussão e aprovação dos objetivos e competências do SGAD com cada colaborador
		6. Discussão e aprovação do sistema de incentivos
		7. Aprovação do cronograma de execução
3. Execução	1 ano	**1.** Apresentação do cronograma de execução, plano de ação e instrumentos de gestão
		2. Monitorização e acompanhamento da execução da estratégia
		3. Recolha de resultados dos indicadores definidos
		4. Análise e avaliação do cumprimento das metas
		5. Implementação de medidas para atingir metas não alcançadas
		6. Reuniões alargadas de análise e discussão dos resultados
4. Monitorização	Triénio	**1.** Acompanhamento do processo de implementação da UPI
		2. Avaliação das estratégias de melhoria do processo
5. Avaliação	Anual	**1.** Avaliação do processo de implementação
		2. Implementação da estratégia de melhoria

5.8.4. Plano de Comunicação

Um projeto inovador e disruptivo como a reorganização de um Serviço de Anestesia com implementação de um projeto de controlo de gestão, encerra inúmeras interrogações e, como tal, para captar o interesse e o envolvimento da equipa, é fundamental, desde início, estabelecer uma estratégia de comunicação bem ponderada e inclusiva.

A partilha de informação e dos planos estratégicos a implementar na UPI de Anestesia deve envolver os colaboradores do Serviço, de modo a clarificar os objetivos e manter todos a par dos acontecimentos. A confiança que se pode desenvolver a partir daí é fulcral para o sucesso do projeto e para, numa segunda instância, captar o interesse de potenciais novas aquisições para a equipa.

Para implementar, na prática, uma estratégia de comunicação vencedora, é necessário recorrer a diferentes ferramentas, de modo a abranger e elucidar o maior número de colaboradores possível. Para tal, preconizam-se um conjunto de iniciativas enumeradas na tabela 25.

Tabela 25: Plano de comunicação da UPI

1. Realização de reuniões periódicas alargadas, abrangendo todos os profissionais do Serviço, visando transmitir os pressupostos da missão, visão e valores do projeto
2. Organização de grupos de discussão no Serviço, acerca das melhores estratégias para alcançar as metas propostas
3. Realização de reuniões setoriais, que envolvem as diferentes áreas de atuação dos profissionais do Serviço e que apresentam desafios próprios
4. Envio de informação relevante sobre o funcionamento da UPI através do e-mail institucional
5. Produção de informação acerca da UPI de Anestesia nas plataformas digitais da ULSSJ, de forma a promover a UPI para além dos limites da instituição, informando utentes e outros profissionais
6. Estimular a relação entre os profissionais do Serviço, fortalecer o espírito de equipa e a partilha de conhecimentos, visando otimizar a comunicação na equipa
7. Promover contacto com outros Serviços de Anestesia que podem inspirar-se nesta UPI para uma mudança de gestão

Tão importante como a informação aos elementos do Serviço, é a informação aos Serviços clientes da UPI de Anestesia HSM. O aparecimento deste projeto, as ideias inovadoras que comporta e a modificação operacional que vai gerar, implica que haja uma informação detalhada e completa aos interlocutores privilegiados desta UPI. A forma como a UPI de Anestesia vai posicionar-se, as modificações na sua estrutura e funcionamento devem ser do conhecimento de todos, oferecendo mais disponibilidade e colaboração para os seus projetos, mas também uma maior consciencialização da importância e transversalidade da especialidade.

5.8.5. Resultados Esperados

A implementação da UPI de Anestesia do HSM visa melhorar a resposta do Serviço às inúmeras e crescentes solicitações de colaboração que se têm verificado nos últimos anos no HSM, correspondendo às exigências de qualidade e segurança que sempre caracterizaram a sua atividade.

Tão importante como este objetivo, está o bem-estar e a satisfação da equipa, que é fulcral para a premissa anterior. Uma das grandes limitações ao pleno funcionamento do Serviço de Anestesia do HSM tem sido a escassez de recursos humanos, muito agravada nos últimos anos, o que provoca, inevitavelmente instabilidade e descontentamento entre os elementos da equipa, pela elevada pressão e sobrecarga de trabalho, além de alguma iniquidade no esforço exigido, numa área da anestesia que já é particularmente exigente e desafiante.

Preconiza-se, com a implementação desta UPI, uma maior valorização do trabalho realizado, traduzida não só por incentivos financeiros mas também pelo reconhecimento da complexa atividade desenvolvida, reforço da equipa (com contratação de mais elementos), promoção da integração e diferenciação dos elementos do Serviço em áreas-chave deficitárias (anestesia pediátrica, ecocardiografia transesofágica, anestesia regional, entre outras), incremento do tempo dedicado às

atividade de formação e ensino, contribuindo todos estes fatores, em conjunto, para aumentar a motivação e a incentivar o trabalho e a equidade na equipa. Dotada de mais recursos, a UPI de Anestesia HSM poderá atingir todo o seu potencial, evoluindo para se constituir um CeRe capacitado para dar formação a nível internacional.

5.8.6. Plano de Ação e Plano de Desempenho

O plano de ação da UPI de Anestesia HSM terá uma duração de três anos, propondo-se a criação de um período piloto (tempo zero) de 6 meses, que permita uma reflexão das práticas clínicas desenvolvidas e respetivos ajustes a introduzir na segunda fase do plano de ação. A imprevisibilidade de uma UPI de Anestesia deve ser equacionada, dado ser uma especialidade que depende do financiamento das especialidades com quem interage.

O plano de ação, que deverá integrar-se no plano de desenvolvimento organizacional da ULSSJ e ser aprovado pelo seu CA, consiste num projeto para um triénio que inclui a prestação de cuidados de saúde, segundo o perfil assistencial definido, além das vertentes científica e de formação.

A conceção e posterior execução deste plano pressupõe um compromisso com as normas clínicas e processuais da tutela, com as disposições legais e contratuais aplicáveis. É um dos objetivos da UPI de Anestesia HSM a obtenção da certificação de qualidade, através de auditorias internas e externas até ao fim do primeiro triénio.

Apesar do plano de ação ser aprovado para um período de três anos, renovável por iguais períodos, pode ser objeto de revisão pontual anualmente, mediante acordo entre o CA da ULSSJ e o CG da UPI; pode ser ainda modificado, também por acordo entre as partes, com fundamento na ocorrência de situações imprevistas que determinem essa necessidade. No terceiro ano do plano, deverá ser negociado um novo plano entre o CG e o CA.

Este plano deve contemplar vários tópicos, mandatórios para a orientação da UPI, como demonstrado na tabela 26.

Tabela 26: Plano de ação da UPI de Anestesia HSM

1. Definição dos objetivos estratégicos e operacionais, as principais medidas a executar e os resultados a alcançar
2. Afetação dos RH, físicos, materiais e financeiros necessários ao cumprimento do definido no plano de ação
3. Apresentação dos níveis de serviço e os horários de funcionamento e de atendimento
4. Apresentação do plano de contingência para assegurar os níveis mínimos de serviço em situações de ausência de alguns elementos da equipa ou de carência de outros recursos
5. Elaboração do manual de boas práticas de qualidade onde constem os processos normalizados na UPI e respetivos mecanismos de controlo
6. Elaboração do manual de articulação com outros Serviços da entidade ou outras estruturas que integram o SNS, nas situações aplicáveis
7. Compromisso com as normas clínicas e processuais em vigor no Ministério da Saúde, cumprimento dos protocolos clínicos utilizados e disponibilização de dados normalizados relativos a gastos, rendimentos, despesas, receitas, atividade assistencial, resultados em saúde, bem como informação referente aos níveis de satisfação de utentes e profissionais da UPI

É fundamental que este plano de ação seja projetado para as condições atuais, mas que contemple também as projeções futuras, nomeadamente o expectável aumento da procura pelos procedimentos com anestesia. Para tal, devem ser definidos indicadores que, sendo atuais, tenham potencial de crescimento e possam ajudar a projetar o desenvolvimento e diferenciação da UPI. Isto é particularmente significativo na área de recursos materiais, já que o Serviço de Anestesia carece atualmente de vários equipamentos que permitirão otimizar o seu desempenho, incluindo aparelhos de ecocardiografia, computadores (incluindo um portátil), entre outros.

A UPI de Anestesia utilizará os sistemas informáticos existentes na ULSSJ, nomeadamente o *PatientCare*®, plataforma preferencial de registos de anestesia.

No que se refere à atividade desenvolvida no âmbito da UPI de Anestesia HSM irá ocorrer, preferencialmente, no HSM (Blocos Operatórios, Laboratório de Hemodinâmica, Bloco de Exames de Pneumologia, Serviço de Imagiologia, Unidades de Cuidados Intensivos e Intermédios e Enfermarias), numa das salas de robótica do BO do HCC e na CAPO, no HSL, sem prejuízo de que, quando houver necessidade de anestesistas diferenciados na área cardiotorácica e vascular noutro local da ULSSJ, possam deslocar-se a esses locais.

5.8.7. Perfil Assistencial

A UPI de Anestesia do HSM vai prestar cuidados de Medicina do Perioperatório a todos os doentes para que tal seja solicitado, quer estejam propostos para procedimentos cirúrgicos ou complementares de diagnóstico e terapêutica ou terapêutica da dor, em âmbito de atividade programada ou urgência, tal como às complicações que daí decorram e tal deve ser do conhecimento de todos os Serviços que, potencialmente, sejam clientes da UPI.

A atividade programada e adicional decorre de acordo com os horários dos restantes elementos da equipa, incluindo Médicos das várias especialidades, Enfermeiros, Técnicos superiores de saúde e Técnicos auxiliares de saúde.

De salientar que, dadas as características da atividade de urgência desenvolvida no HSM (urgência externa referenciada, além da urgência interna) e a existência de salas de BO e de Laboratório de Hemodinâmica exclusivamente dedicadas, pode desenvolver-se atividade urgente durante as 24 horas do dia, sete dias por semana, consoante as necessidades.

A atividade adicional tem também um carácter variável, de acordo com as necessidades dos Serviços, por um lado e a capacidade de resposta da UPI de Anestesia, por outro, podendo ocorrer ao longo de qualquer dia útil e ao sábado, em horário entre as 8 horas e o final dos programas.

A atividade assistencial da equipa vai desenvolver-se nos locais acima referidos, com a distribuição segundo a tabela 27.

Tabela 27: Distribuição da atividade assistencial semanal da UPI de Anestesia HSM

Atividade Programada	Horário	Dias	Número de PT
BO CV	8 - 20	Dias úteis	3
BO CCT	8 - 20	Dias úteis	5
BO HCC - Robótica	8 - 20	Dias úteis	2
Laboratório de Hemodinâmica	8 - 14.30	3 dias/semana	3
	8 - 20	2 dia/semana	4
Bloco de Exames de Pneumologia	8 - 14.30	2 dias/semana	2
Consulta externa	8 - 14.30	3 dias/semana	3
	13.30 - 20	2 dias/semana	2
Atividade Adicional			
BO CV	15 - final do programa	Dias úteis	5
	8 – final do programa	Sábado	1
BO CCT	15 - final do programa	Dias úteis	6
	8 – final do programa	Sábado	1
Laboratório de Hemodinâmica	8 - final do programa	Dias úteis e sábado	2
Bloco de Exames de Pneumologia	15 - final do programa	Dias úteis	1
Atividade de Urgência			
Perioperatório/ urgência fora do BO	8 - 8	Diário	1
BO e Laboratório de Hemodinâmica	8 - 8	Dias úteis	1
	8 - 8	Fins-de-semana	2*

*Um elemento em regime de prevenção; PT – Posto de Trabalho

5.8.8. Projeções de Atividade, Meios que a Suportam e Investimento

A projeção da atividade desta UPI vai estar condicionada pelo CP das especialidades com que colabora; os seus principais clientes são os Serviços Cirúrgicos do HSM (Cirurgia Cardíaca, Torácica e Vascular) e os Serviços de Cardiologia, Cardiologia Pediátrica e Pneumologia; será com base no movimento esperado por parte destes que poderemos projetar a capacidade de resposta instalada e planificar respostas adicionais. Está também subjacente o cumprimento de algumas condições, nomeadamente a manutenção dos valores de contratualização do CP e das remunerações dos profissionais ao longo do triénio, a atribuição dos incentivos institucionais e níveis de atividade de base sobreponíveis aos do ano precedente à entrada em vigor.

A execução do primeiro plano de ação para o triénio tem como principal objetivo o cumprimento das metas definidas no *BSC* mas é fundamental executar uma monitorização e avaliação periódicas dos indicadores, fazendo ajustes, se necessário, e adaptando os objetivos estratégicos definidos. No primeiro ano, deve ser definida uma periodicidade mais curta para a avaliação do cumprimento das metas e para a elaboração de relatórios de atividades, de modo a detetar, e corrigir, quando possível, eventuais desvios ao que estava inicialmente planeado.

A atividade da UPI de Anestesia HSM pressupõe a existência de uma equipa dedicada e investimentos a vários níveis, de modo a otimizar e rentabilizar a capacidade já instalada, visando, por outro lado, alcançar todo o seu potencial.

Este investimento deve incidir, prioritariamente, sobre os recursos humanos, quer na contratação, quer na sua diferenciação e retenção, com o objetivo de reforçar a atividade clínica, sem esquecer outro componente fulcral da atividade do Serviço, o incremento da capacidade formativa, com acréscimo do tempo dedicado quer à formação pós-graduada, quer ao ensino pré-graduado.

A planificação da atividade clínica da UPI vai estar na dependência direta da atividade que os Serviços clientes planeiam, visando ajustar a oferta à procura. Dada a escassez crónica de Anestesiologistas, esta terá de ser uma aposta forte da UPI, de modo a conseguir concretizar os objetivos estratégicos definidos.

Naturalmente, este expectável reforço de profissionais vai ter impacto financeiro no orçamento da UPI de Anestesia e tal deve fazer parte dos objetivos estratégicos e das medidas a implementar. Este será o investimento que a UPI pode rentabilizar, destinando uma parte para quem presta o serviço e uma parte para investimento na própria equipa. Será prevista uma determinada produtividade, com base nos postos de trabalho assegurados, em face das solicitações dos Serviços clientes.

Devem ser também realizados investimentos em alguns equipamentos primordiais para o desenvolvimento de uma prática anestésica de excelência nas áreas cardiotorácica e vascular, nomeadamente aparelhos de ecocardiografia 3D, com sondas transesofágica, plana e *hockey stick* e aparelho de ecografia para realização de anestesia regional e colocação de acessos vasculares. É ainda necessário aumentar a quantidade de determinados equipamentos menos específicos, mas ainda essenciais como aparelhos para *Patient-Controlled Analgesia*, seringas perfusoras com funcionalidade *Target-Controlled Infusion*, aquecedores e infusores de fluidos, entre outros. É também necessário um computador portátil com ligação *wi-fi* para transmissão das reuniões de Serviço e ações de formação.

Os objetivos previstos para o triénio, incluindo quais as metas que se propõe alcançar, devem ser previamente definidas e, posteriormente, avaliado o seu cumprimento.

As projeções de atividade para o triénio encontram-se em detalhe na tabela 28.

Tabela 28: Indicadores para o triénio

EPQM	Perspetivas/ Peso do Indicador	Impacto	Objetivos estratégicos	FP	Indicadores	PI	Meta 2026	Meta 2027	Meta 2028	Critérios de superação	Meta final
Satisfação do utente e impacto na sociedade	Cliente (C) 30%	Melhor qualidade do serviço prestado	**C1 – Promover a satisfação dos doentes e familiares**	40%	C1.1 – Nível de satisfação dos doentes	70%	75%	80%	85%	Não cumpre – < 75% Cumpre – 75 a 85% Supera – >85%	
					C1.2 – TMR reclamações (10 dias úteis)	30%	≤ 10 dias úteis	≤ 9 dias úteis	≤ 8 dias úteis	Não cumpre – > 10 dias úteis Cumpre – 8 a 10 dias úteis Supera – < 8 dias úteis	
		Maior eficiência	**C2 – Garantir acessibilidade**	40%	C2.1 – Taxa de cumprimento do TMRG 1ª consulta (20 dias úteis)	60%	< 20 dias úteis	Entre 15 – 20 dias úteis	< 15 dias úteis	Não cumpre – < 60% Cumpre – 60% Supera – > 60%	
					C2.2 – Nº de relatórios de análise clínica dos cancelamentos cirúrgicos (causa anestésica)/ano	40%	4 relatórios/ ano	5 relatórios/ano	6 relatórios/ano	Não cumpre – < 4 relatórios/ano Cumpre – 4 relatórios/ano Supera –> 4 relatórios/ano e proposta de melhoria	
			C3 – Assegurar centralidade	20%	C3.1 – Taxa de articulação entre Serviços clientes e o Serviço de Anestesia	100%	> 75%	> 85%	> 90%	Não cumpre – < 75% Cumpre – 75 a 80% Supera – > 80%	
		Av. final do obj. C: 0,4 x [(0,7 x Indic. C1.1) + (0,3 x Indic. C1.2) + (0,2 x Indic. C1.3)] + 0,4 x [(0,6 x Indic. C2.1) + (0,4 x Indic. C2.2)] + (0,2 x 1 x Indic. C3.1)									
Resultados chave do Serviço	Processos Internos (P) 25%	Melhor qualidade do serviço prestado	**P1 – Garantir excelência de cuidados**	50%	P1.1 – Taxa de consultas de anestesia com alta	10%	> 85%	> 90%	> 95%	Não cumpre – < 85% Cumpre – 85 a 90% Supera – > 90%	
					P1.2 –Taxa de complexidade dos doentes anestesiados (doentes com ASA III, IV e V)	70%	> 75%	> 80%	> 85%	Não cumpre – < 75% Cumpre – 75 a 85% Supera – > 85%	
					P1.3 – Taxa de redução das complicações da anestesia em relação ao ano anterior	20%	< 20% em relação ao ano anterior	< 15% em relação ao ano anterior	< 10% em relação ao ano anterior	Não cumpre – < 20% Cumpre – 20 a 25% Supera – > 25%	
			P2 – Garantir eficiência	20%	P2.1 – Taxa de postos de trabalho realizados	80%	> 85%	> 90%	> 95%	Não cumpre – < 85% Cumpre – 85 a 90% Supera – > 90%	
					P2.2 – Taxa de resposta às solicitações de dias de trabalho extraordinário	20%	> 80%	> 85%	> 90%	Não cumpre – < 80% Cumpre – 80 a 90% Supera –> 90%	
		Otimização do percurso dos doentes	**P3 – Percursos clínicos**	10%	P3.1 – Taxa de doentes que cumprem o percurso pré-operatório	100%	> 50%	> 60%	> 70%	Não cumpre – < 50% Cumpre – 50 a 60% Supera – > 60%	
			P4 – Melhoria contínua	10%	P4.1 – Nº de auditorias aos processos internos	100%	1 auditoria anual	1 auditoria anual e implementação de boas práticas	> 2 auditorias anuais e implementação de boas práticas	Não cumpre – Não realizada Cumpre – Realizada Supera – Realizada e implementação de boas práticas	
			P5 – Sistemas informáticos	10%	P5.1 – Taxa de informatização do Serviço	100%	> 70%	> 80%	> 85%	Não cumpre – < 70% Cumpre – > 70 a 80%% Supera – > 80%	
		Av. final do obj. P: 0,5 x [(0,1 x Indic. P1.1) + (0,7 x Indic. P1.2) + (0,2 x Indic. P1.3)] + 0,2 x [(0,8 x Indic. P2.1) + (0,2 x Indic. P2.2)] + (0,1 x1 x Indic. P3.1) + (0,1 x 1 x Indic. P4.1) + (0,1 x 1 x Indic. P5.1)									

EPQM	Perspetivas/ Peso do Indicador	Impacto	Objetivos estratégicos	FP	Indicadores	PI	Meta 2026	Meta 2027	Meta 2028	Critérios de superação	Meta final
	Financeira e sustentabilidade (F) 25%	Otimização de recursos existentes e garantia de sustentabilidade financeira	**F1 – Otimização de recursos**	60%	F1.1 – Taxa de aumento do nº de consultas	20%	> 5%	> 6%	> 7%	Não cumpre – < 5% Cumpre – 5 a 7% Supera – > 7%	
					F1.2 – Taxa de aumento do nº de anestesias	20%	> 5%	> 6%	> 7%	Não cumpre – < 5% Cumpre – 5 a 7% Supera – > 7%	
					F1.3 – Taxa de redução de consumo de material de consumo clínico	10%	> 5%	> 6%	> 7%	Não cumpre – > 5% Cumpre – 5% Supera – < 5%	
					F1.4 – Taxa de aumento dos custos basais com pessoal	50%	< 10%	< 12%	< 15%	Não cumpre – > 10% Cumpre – 10% Supera – <10%	
			F2 – Sustentabilidade financeira	40%	F2.1 – Taxa de cumprimento do orçamento anual	35%	Cumprimento do orçamento anual	Cumprimento do orçamento anual	Cumprimento do orçamento anual	Não cumpre – < 0 Cumpre – 0 Supera – > 0	
					F2.2 – Resultados operacionais/ doente	35%	> 10% em relação ao ano anterior	> 15% em relação ao ano anterior	> 20% em relação ao ano anterior	Não cumpre – < 10% Cumpre – 10 a 20% Supera – > 20%	
					F2.3 – EBT	30%					
		Av. final do obj. F: 0,6 x [(0,2 x Indic. F1.1) + (0,2 x Indic. F1.2) + (0,1 x Indic. F1.3) + (0,5 x Indic. F1.4)] + 0,4 x [(0,35 x Indic. F2.1) + (0,35 x Indic. F2.2) + (0,3 x Indic. F2.3)]								
Satisfação dos colaboradores	**Aprendizagem e crescimento (A) 20%**	Desenvolvimento de competências e inovação	**A1 – Garantir inovação**	20%	A1.1 – Taxa de aquisição de equipamentos para anestesia no BO	40%	> 20% em relação ao ano anterior	> 15% em relação ao ano anterior	> 10% em relação ao ano anterior	Não cumpre – < 20% Cumpre – 20 a 30% Supera – > 30%	
					A1.2 – Nº de formações para diferenciação dos profissionais do Serviço/ano	60%	> 2 formações em áreas de inovação/ano	> 3 formações em áreas de inovação/ano	> 4 formações em áreas de inovação/ano	Não cumpre – < 2 Cumpre – 2 a 3 Supera – > 3	
			A2 – Assegurar a qualificação dos profissionais	35%	A2.1 – Nº de reuniões de Serviço periódicas/ano	50%	1 reunião periódica, com fundamentação do acréscimo e impacto	> 1 reunião periódica, com fundamentação do acréscimo e impacto	> 2reuniões periódicas, com fundamentação do acréscimo e impacto	Não cumpre – < 1 reunião periódica Cumpre – 1 reunião periódica Supera – >1 reunião periódica	
					A2.2 – Nº de intercâmbios profissionais com outras instituições	50%	1 intercâmbio anual	2 intercâmbios anuais	3 intercâmbios anuais	Não cumpre – < 1 Cumpre – 1 a 2 Supera – > 2	
			A3 – Desenvolver competências	25%	A3.1 – Produção científica (Nº de publicações, pósteres, estudos, protocolos)/ano	35%	3 trabalhos/ano	4 trabalhos/ano	5 trabalhos/a no	Não cumpre – < 3 trabalhos/ano Cumpre – 3 trabalhos/ano Supera – > 3 trabalhos/ano	
					A3.2 – Nº de ações de formação frequentadas/ Participação em Conferências, Congressos ou outras reuniões científicas/ano	45%	> 70% dos profissionais com mais de 1 formação/ano	> 75% dos profissionais com mais de uma formação/ano	> 80% dos profissionais com mais de uma formação/ano	Não cumpre – < 70% Cumpre – 70 a 75% Supera – > 75%	
					A3.3 – Nº de propostas de melhoria (impacto na redução dos custos e/ou aumento da eficiência) /ano	20%	1 proposta exequível, com respetivo impacto	≥1 proposta exequível, com respetivo impacto	≥ 2 propostas exequíveis, com respetivo impacto	Não cumpre –- < 1 proposta Cumpre – 1 proposta Supera – >1 proposta	
			A4 – Promover a atividade docente no Serviço	20%	A4.1 – Nº de IFEs em estágio no Serviço, alunos da *NMS* e outros elementos em formação no Serviço/mês	100%	3 formandos/mês	> 3 formandos/mês	> 4 formandos/mês	Não cumpre – < 3 formandos/mês Cumpre – 3 a 4 formandos/mês Supera – > 4 formandos/mês	
		Av. final do obj. A: 0,2 x [(0,4 x Indic. A1.1) + (0,6 x Indic. A1.2)] + 0,35 x [(0,5 x Indic. A2.1) + (0,5 x Indic. A2.2)] + 0,25 x [(0,35 x Indic. A3.1) + (0,45 x Indic. A3.2) + (0,2 x Indic. A3.3)] + (0,2 x 1 x Indic. A4.1)									
Av. final: 0,3 x Obj. C + 0,25 x Obj. P + 0,25 x Obj. F + 0,2 x Obj. A											

5.8.9. Financiamento e Demonstração da Sustentabilidade Financeira

O financiamento da UPI Anestesia terá por base o CP anual, negociado entre o respetivo CG e o CA, no contexto do processo de contratualização interna; deve ter em conta o plano de ação para o triénio, em que estará previsto um fundo de maneio para a UPI e cujo montante está previsto neste CP. Pressupõe-se que a ULSSJ disponibiliza os serviços de apoio técnico que a UPI de Anestesia solicitar, nomeadamente no que se refere à partilha de recursos prevista no plano de ação e no CP anual.

A relação entre a produção base e a produção adicional deve ser negociada e estabelecida no CP da UPI, de modo a otimizar a capacidade instalada e aproveitar ao máximo os custos fixos.

Devem também fazer parte do CP as tabelas de preços de transferência interna, críticos para a sustentabilidade e o financiamento desta UPI.

Pretende-se implementar uma proposta de financiamento elaborada com base em critérios técnicos e que tem como finalidade diferenciar e hierarquizar os procedimentos anestésicos, além de definir quais os tipos de serviços prestados pelos elementos da equipa e atribuir um valor a inúmeros procedimentos realizados pelos Anestesiologistas e que, habitualmente, não são contabilizados nem adequadamente valorizados; esta é, provavelmente, a maior singularidade desta UPI, ao implementar um sistema pioneiro que efetivamente pretende aproveitar todo o potencial da UPI de Anestesia HSM.

No âmbito do Colégio da Especialidade da OM foi desenvolvida há anos, mas nunca implementada, por constrangimentos de vária ordem, uma revisão dos Códigos de Nomenclatura e Valor Relativo de Atos Médicos (CNVRAM) em Anestesiologia. Tal revisão permitiria implementar uma forma de pagamento variável aos Anestesiologistas que contemplava a complexidade e as diferentes especificidades da sua atividade, valorizando vários parâmetros, incluindo a complexidade dos doentes e dos procedimentos anestésicos, a sua duração e os designados Fatores de Modificação (FM), que influenciam significativamente o decurso da anestesia e que incluem a patologia associada dos doentes, a idade e o grau de urgência/emergência da intervenção anestésica.

Cada procedimento anestésico surge com um Valor Relativo de Base (VRB) correspondente (que expressa a comparação entre os vários procedimentos anestésicos no que se refere à complexidade técnica e grau de diferenciação/especialização necessários à sua execução), um Tempo (T) necessário para a sua execução e os referidos FM; estes três valores somados constituem o Valor Relativo Por Procedimento Anestésico (VRPA), expresso em unidades K. O cálculo dos honorários resultará do produto do VRPA, em K, pelo Fator de Conversão Monetário, em euros.

Este modelo será a base do cálculo do sistema de incentivos individual e terá implicações tanto na remuneração dos profissionais como no financiamento da própria UPI.

O VRB expressa a comparação entre vários procedimentos anestésicos no que se refere à complexidade técnica e grau de diferenciação/especialização necessária à sua execução. Quando se

realizam técnicas combinadas, de anestesia geral com anestesia regional, por ex., esta deve ser contabilizada pela sua contribuição para a complexidade da anestesia e para as unidades de tempo.

As unidades de T, que são quantificadas, correspondem ao tempo anestésico que se inicia quando o anestesista recebe o doente e inicia a sua preparação na sala operatória ou área equivalente e termina quando o doente é entregue aos cuidados de outros profissionais.

Os FM correspondem a parâmetros que influenciam significativamente o decurso da anestesia, nomeadamente patologia associada, idade e urgência/emergência da situação clínica.

O VRPA inclui toda a prática anestésica, incluindo as consultas externas, a Medicina da Dor, além dos procedimentos anestésicos convencionais. Não devemos esquecer também a contabilização das consultas internas/apoio aos diversos Serviços nos mais diversos âmbitos, tal como a abordagem da analgesia de pós-operatório, para o total do VRPA. Se dois ou mais procedimentos cirúrgicos são executados durante uma mesma anestesia deve aplicar-se o VRB de maior valor.

É fundamental que os Serviços clientes da UPI de Anestesia conheçam este modelo de valorização dos atos anestésicos, já que terá implicações diretas sobre a forma como irão custear a atividade anestésica.

O financiamento desta UPI resultará assim de um conjunto de fontes, incluindo: (1) a realização da atividade base contratualizada, incluindo consultas, atos anestésicos, apoio a Serviços, entre outras; (2) o histórico de atividade do Serviço, constituindo este parâmetro o vencimento base majorado, resultante da atividade base assegurada, acrescido pela majoração por se tratar de uma UPI; (3) o histórico de atividade adicional do Serviço, constituindo este parâmetro uma parcela da remuneração variável individual (RVI), resultante da atividade adicional desenvolvida por cada elemento da equipa; (4) os lucros apurados no final de cada ano, constituindo este parâmetro a remuneração variável coletiva (RVC), resultante da atividade da UPI como um todo e do estabelecimento de protocolos com os vários Serviços clientes; (5) uma percentagem do valor do CP, gerida pela UPI e utilizada para formação médica contínua, investigação e aquisição de equipamentos para a UPI de Anestesia.

De salientar que o financiamento resultante da realização dos procedimentos anestésicos será calculado mediante uma triagem da complexidade, variável com a atividade no CRI das diferentes especialidades e, dentro da mesma, se são CeRe ou de Centros de Excelência.

A sustentabilidade financeira da UPI de Anestesia HSM depende da implementação de uma contabilidade analítica detalhada, com recurso a balanços e demonstrações financeiras, visando determinar os resultados de cada atividade desempenhada, contabilizando os custos e os ganhos, contrariamente ao que tem sido realizado até agora. Todas as atividades desempenhadas pela UPI devem ser consideradas, nomeadamente, nas consultas externas, nos Blocos Operatórios, Unidades de recobro, consultas internas e outros apoios aos vários Serviços do HSM.

A título de exemplo, apresentam-se na tabela 29 alguns procedimentos e os respetivos VRB, de modo a ilustrar como deverá ser realizada esta contabilização, elemento fulcral para o financiamento desta UPI; esta tabela tem por base a referida tabela CNVRAM, considerando-se VRB 8.

Tabela 29: Exemplos de procedimentos anestésicos e respetivo VRB

Código	Descrição	Valor Relativo de Base (8)	Valor Relativo do Procedimento Anestésico (VRB + T + FM)
CA0010	Consulta interna	12	12 + 0 + 0
CA0030	Consulta externa – 1ª consulta	12	12 + 0 + 0
MD0010	Cuidados com perfusão contínua epidural	12	12 + 0 + 0
?	Apoio a Serviço de internamento/UCI – cateterização vascular	?	? + T + FM
CA0060	Avaliação e orientação de doente crítico	32	32 + 0 + 0
PA0010	Cuidados anestésicos monitorizados	16	16 + T + FM
PA0110	Anestesia para procedimentos do ouvido externo	20	20 + T + FM

As tabelas com o T e os FM constam em anexo (Anexo F).

Como resulta da análise desta tabela simplificada, a complexidade associada a este financiamento exige a definição precisa dos valores para todos os procedimentos da responsabilidade da UPI de Anestesia HSM. O pagamento à equipa, incluindo a atividade adicional, vai resultar do financiamento contratualizado e das regras definidas para a atividade a desenvolver.

Considerando a escassez de RH, antecipa-se um crescimento da produção anestésica, quer a nível do BO quer nas consultas externas, com a implementação da UPI e o expectável reforço da equipa.

Anualmente, deve ser realizada uma previsão dos recursos necessários para dar resposta às solicitações e elaborada uma estimativa da faturação esperada da UPI nas atividades mais comuns; estes valores farão parte da atividade contratualizada no CP entre o CA e o CG da UPI, com base nas regras definidas pela tutela. Os custos associados à atividade da UPI devem ser estimados para cada ano do triénio do plano de ação considerando as várias atividades. É fundamental contratualizar com a ACSS outras linhas de produção que fazem parte da atividade diária da UPI, nomeadamente apoio aos vários Serviços, e que devem ser incluídas na faturação da UPI.

A análise pormenorizada dos custos da atividade da UPI é uma fase crucial para avaliar e garantir a sustentabilidade financeira, nomeadamente porque uma parte significativa da atividade nunca foi contabilizada nem considerada como potencial fonte de recursos para o Serviço de Anestesia; é assim essencial definir os preços de transferência interna e assegurar que os sistemas de registo e de custeio existem e estão parametrizados para este fim.

Apesar de várias tentativas para recolher dados acerca do financiamento do Serviço de Anestesia do HSM, nomeadamente quanto aos valores do CP contratualizados entre a ULSSSJ e a ACSS, respeitantes a anos anteriores, tal não foi possível, até à data. É expectável, no entanto, um crescimento do resultado operacional da UPI à custa do aumento da atividade anestésica, quer da atividade já habitualmente quantificada (nos blocos operatórios e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica) mas sobretudo daquelas atividades desempenhadas regularmente, mas cuja contabilização não é realizada nem adequadamente valorizada.

É presumível também um aumento dos custos ao longo do triénio, refletindo o aumento previsível do valor das mercadorias vendidas e das matérias consumidas associado ao aumento de atividade dos BO e blocos de exames.

As projeções apresentadas têm subjacentes alguns pressupostos, de que se destacam: a manutenção dos valores de contratualização do CP e das remunerações dos recursos humanos ao longo do triénio; a atribuição de incentivos institucionais relacionados com o cumprimento da atividade contratualizada; a atividade de consulta externa sobreponível ao ano prévio.

5.8.10. Monitorização e Acompanhamento

A monitorização e o acompanhamento do desempenho desta UPI são da responsabilidade do CA da ULSSJ e do CA adjunto do HSM, em estreita colaboração com o CG da UPI. Entre outros parâmetros, serão acompanhados a evolução dos indicadores pré-estabelecidos e o cumprimento das metas definidas além da produção de base e adicional.

O CG da UPI deve disponibilizar periodicamente os dados normalizados relativos a custos, proveitos, despesas, receitas, atividade assistencial, resultados em saúde, incidentes, bem como informação anual referente a resultados de inquéritos de satisfação de doentes, com destaque para os *Patient Reported Outcome Measures* (PROMs), os *Patient Reported Experience Measures* (PREMs) e dos profissionais da UPI.

Além da disponibilização a ambos os CA, deve existir informação à equipa com objetivo de permitir a cada elemento ter a exata noção do desempenho global e das áreas a melhorar.

5.8.11. Ensino e Investigação

A atividade diária da UPI de Anestesia HSM deve contemplar uma componente de formação, já existente no Serviço, mas que se pretende incrementar em vários âmbitos, sendo uma área de interesse para vários elementos da UPI.

A atividade de ensino em Anestesia vai incluir atividades de formação oficial, quer pré-graduada (docência de alunos do 4º ano da *NMS*, alunos de Erasmus, entre outros), quer pós-graduada

(formação de IFE de Anestesiologia e Cuidados Intensivos, de formandos do Ciclo de Estudos Especiais em Intensivismo), proporcionando ainda atividades de ensino informal a médicos das várias especialidades do HSM em áreas em que a anestesia é perita, nomeadamente abordagem da via aérea, cateterização de acessos vasculares e ecocardiografia transesofágica.

Pretende-se também reforçar a formação contínua, em Serviço, com organização de atividades de formação e a participação em cursos e congressos, sobretudo, mas não exclusivamente, na área da anestesia cardiotorácica e vascular, e colaboração em estudos multicêntricos, a nível nacional e internacional, quer dentro da especialidade, quer com outras especialidades. A atividade de investigação clínica, como veículo de evolução e diferenciação, é também uma área a privilegiar.

Apesar destas atividades já existirem na atualidade, as solicitações crescentes, por um lado e os constrangimentos de recursos humanos, por outro, nem sempre permitiram alcançar os objetivos desejados, o que se pretende amplificar e consolidar com a UPI de Anestesia.

5.8.12. Centros de Referência

A classificação de CeRe constitui um marco significativo no percurso dos Serviços que visam alcançar o expoente máximo de desempenho numa determinada área, já que é sinónimo de diferenciação e distinção entre os melhores. Também a UPI de Anestesia HSM, devido à sua diferenciação e especificidade, preconiza atingir esse patamar de excelência através da procura pela melhoria constante da prestação de cuidados de saúde numa área de elevada complexidade.

A política de qualidade em torno dos CeRe rege-se pelos pontos 1 e 2 do 4º artigo da Portaria nº 194/2014, designadamente: a) Integrar, na sua constituição, equipas multidisciplinares experientes e altamente qualificadas na sua área de atuação; b) Possuir estruturas e equipamentos altamente especializados, que devem estar preferencialmente concentrados; c) Garantir que os serviços e cuidados são prestados de acordo com os mais elevados padrões da qualidade, em conformidade com a evidência clínica disponível e com as normas clínicas nacionais em vigor; d) Possuir competências nas áreas de ensino, formação, investigação, constituindo-se como agente da inovação, nomeadamente na transferência ao tecido produtivo dos resultados da sua investigação; e) Promover os mecanismos necessários para uma articulação eficiente com outras unidades de saúde e outros centros de referência e f) Divulgar, pública e periodicamente, os resultados da sua atividade.

De salientar que um Serviço, ao atingir o patamar de CeRe, além do reconhecimento formal do desempenho técnico e científico, também condiciona majoração no financiamento já que os hospitais com CeRe têm um financiamento acrescido, com incentivos de ordem financeira.

6. CONCLUSÕES

A gestão dos cuidados de saúde tem sido objeto de amplo estudo e passado por múltiplas transformações ao longo das últimas décadas, numa tentativa de alcançar um (difícil) equilíbrio entre a qualidade do serviço prestado, a satisfação dos doentes e o controlo dos custos. Estas preocupações têm levado ao desenvolvimento de diferentes teorias, para a implementação prática de projetos que consigam responder a estes desafios.

Um dos conceitos que mais se tem destacado é o conceito de medicina baseada em valor; é uma realidade global, com implementação variável, mas incontornável.

A integração de cuidados, através de Unidades de Prática Integrada, é um componente indissociável da medicina baseada em valor, pois pressupõe o doente no centro das decisões, com o objetivo de melhorar o seu *outcome*, maximizando as suas experiências positivas e minimizando os custos. Entre as várias expressões deste conceito, está a Medicina do Perioperatório, área multidisciplinar que se move em torno de um doente, não apenas durante o episódio da intervenção cirúrgica ou procedimento, mas que deve contemplar a sua abordagem como um todo, desde a altura em que é colocada a indicação para o procedimento até ao processo de reabilitação, passando por todas as fases do perioperatório.

A Anestesiologia, dadas as suas características, estará particularmente vocacionada para, não só participar, como liderar, um modelo de gestão desta natureza pelo que lhe cabe, com frequência, a coordenação deste tipo de estruturas, como especialidade transversal às instituições.

A organização de uma UPI de Anestesia surge, portanto, como o corolário de um conjunto de pressupostos anteriormente referidos e também pela conjuntura político-económica atual que favorece o desenvolvimento destas estruturas de gestão intermédia, promovendo a descentralização e a responsabilização por resultados, além de poder funcionar como um foco de atração e retenção de profissionais desta área, sempre deficitária.

Este trabalho de investigação tem por objetivo definir a estrutura de uma UPI de Anestesia no HSM, visando, globalmente, a melhoria dos resultados em saúde e, em particular, a otimização da resposta anestésica às inúmeras facetas da atividade anestésica no HSM. Esta UPI, parte da ULSSJ, instituição dependente do Ministério da Saúde e Direção-Geral de Saúde, tem a sua atividade dependente da CA respetivo e da capacidade instalada da instituição.

A UPI de Anestesia HSM, integrada num hospital com reconhecido destaque nas áreas de cirurgia cardiotorácica e vascular, além das áreas médicas de Cardiologia, Cardiologia Pediátrica e Pneumologia, surge numa fase de grande condicionamento de atividade devido à escassez de Anestesiologistas. Preconiza-se com esta UPI a possibilidade de uma gestão diferenciada e personalizada, com recurso a instrumentos de gestão amplamente testados, podendo ajudar o Serviço

a ultrapassar estes constrangimentos, além de permitir um crescimento da sua diferenciação, especialização e implantação na área da formação, contribuindo para o incremento da sua qualidade global.

A UPI partilha com a ULSSJ as grandes linhas estratégicas, além da missão, visão e valores, em que se inclui a prestação de cuidados de saúde de excelência, consolidando a sua atividade na Medicina do Perioperatório com elevados níveis de qualidade e segurança, garantindo a centralidade no doente, a acessibilidade, a tempestividade, a continuidade, a eficiência e a efetividade da prestação de cuidados de saúde, visando a melhoria dos resultados e dos ganhos em saúde

Os principais objetivos estratégicos desta UPI estão agrupados em quatro grandes áreas, segundo as perspetivas de Kaplan e Norton, incluindo as perspetivas do cliente (a que foi atribuída a maior ponderação, considerando-a a mais relevante para alcançar os objetivos desta UPI), dos processos internos, da sustentabilidade financeira e da aprendizagem e desenvolvimento. Estas perspetivas incluem a promoção da satisfação, acessibilidade e centralidade do doente, garantia da excelência de cuidados e eficiência, assegurando a melhoria contínua, além da otimização dos recursos e sustentabilidade financeira. São também objetivos manter a satisfação dos profissionais, garantindo a inovação, assegurando a possibilidade de qualificação e o desenvolvimento de competências, além de estimular a atividade docente, contribuindo globalmente para assegurar níveis elevados de motivação na equipa.

O *BSC*, utilizado como instrumento do plano estratégico da UPI, e construído a partir dos objetivos estratégicos anteriormente definidos, agrega toda a informação relativa aos indicadores e respetivas metas escolhidos para monitorizar o funcionamento da UPI, tal como o intervalo de cumprimento, os alvos e as medidas a implementar. O *BSC* vai ainda servir de base à avaliação da performance organizacional, visando alinhar a estratégia da UPI e a gestão de topo da ULSSJ, não só no imediato como no plano preconizado para o triénio, tempo de vigência do CP.

Para se alcançar o cumprimento das metas definidas, é fundamental envolver toda a equipa da UPI, transmitindo periodicamente toda a informação pertinente acerca do seu funcionamento com clareza e transparência. Isto é particularmente importante quando se pretende que os sistemas de gestão e avaliação de desempenho sejam implementados; tendo por base a definição de objetivos individuais e competências a atingir, as pontuações alcançadas terão tradução do ponto de vista de incentivos, que visam premiar os melhores desempenhos, individuais e coletivos.

O estabelecimento de metas de desempenho serve, não só para otimizar a gestão da UPI, como para a monitorização da sua atividade, permitindo a comparação entre as estimativas de resultados do plano de ação e os resultados dos relatórios de atividades; esta monitorização deve ser realizada periodicamente, de modo a permitir ajustes e correções às metas propostas, se necessário.

Para que o quadro preparatório de implementação desta UPI esteja completo é necessário preparar uma série de instrumentos que irão orientar e ser utilizados no processo, nomeadamente o CP, os indicadores para a monitorização e acompanhamento do funcionamento da UPI e a análise dos resultados operacionais, entre outros.

Relativamente à estrutura da organização, tem por base a legislação em que assentam os CRI, com as devidas adaptações; é constituída por um CG, estrutura de ligação ao CA, com quem negoceia o CP e o plano de ação para o triénio (duração do CP) e por um conjunto de profissionais sob proposta do CG, através de um processo de recrutamento interno de recursos humanos. A atividade da UPI de Anestesia HSM está sedeada neste hospital podendo, no entanto, haver deslocação dos seus elementos a outros hospitais da ULSSJ quando a sua diferenciação assim exija.

A implementação da UPI deve seguir um plano pré-definido, com uma duração expectável de 18 a 21 meses, contemplando as fases de preparação, negociação, execução e monitorização, sendo avaliada anualmente.

Ao longo de todo o processo de implementação da UPI é crucial a existência de uma comunicação clara entre todos os potenciais intervenientes, desde os elementos da equipa, como já referido, até aos potenciais Serviços clientes da UPI; as mudanças estratégicas que se preconizam terão impacto a vários níveis e, como tal, a estratégia de comunicação deve estar bem definida desde o início.

Quando se preconiza o crescimento e amplificação da projeção desta UPI, deverá também ser definido o percurso até à obtenção da certificação como CeRe na área da Anestesia Cardiotorácica e Vascular, como mais um passo na melhoria contínua.

A criação da UPI de Anestesia HSM e a sua implementação no terreno dependem de alguns pressupostos, sem os quais a sua realização fica seriamente comprometida. São fatores críticos de sucesso (1) o empenho do CA no desenvolvimento deste projeto, a par do CG; (2) o alinhamento estratégico entre o CA da ULSSJ e o CG da UPI; (3) a possibilidade de implementação de uma real gestão intermédia, com competências de gestão efetivas; (4) a definição do âmbito de ação e limites de atuação da UPI no regulamento interno; (5) a seleção de indicadores mensuráveis e objetivos claros, (6) a garantia da qualidade, acessibilidade, equidade e segurança no decurso da atividade clínica; (7) a definição da articulação com os Serviços clientes; (8) o envolvimento de toda a equipa desde o início do processo de implementação, com realização de reuniões de trabalho, divulgação de documentos, organização de atividades em conjunto, com o objetivo de unir a equipa; (9) a implementação de um sistema de controlo de gestão com capacidade para apoiar a gestão de topo e intermédia na implementação do projeto; (10) a garantia da existência de sistemas de informação e custeio eficazes, com capacidade de monitorização de todas as áreas da UPI; (11) a garantia de transparência, imparcialidade e justiça do SGAD e a compreensão e conhecimento por parte de todos os envolvidos,

e (12) o assegurar da atribuição de incentivos em tempo útil e de acordo com o acordado no CP e com os colaboradores.

Dada a importância destes fatores, é imperioso assegurar o respeito e cumprimento dos mesmos durante a conceção, implementação e funcionamento da UPI de Anestesia HSM. Aliás, podemos dizer que estes fatores são regras genéricas que devem ser aplicados em qualquer instituição de saúde,

De salientar que, se não existir um reforço de Anestesiologistas na UPI, as solicitações não poderão ser cumpridas e muitos dos objetivos estratégicos ficarão seriamente comprometidos.

Com este projeto, preconiza-se assim a obtenção de ganhos em saúde, na perspetiva dos doentes, contribuir para potenciar a qualidade, eficiência e inovação do Serviço de Anestesia do HSM, promover o trabalho de equipa e a valorização dos seus profissionais, contribuindo, simultaneamente, para o desenvolvimento e a melhoria da gestão de saúde e geração de valor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS. (2020). *Centros de Responsabilidade Integrados*. https://www.acss.min-saude.pt/2020/07/28/centros-de-responsabilidade-integrados/

Ahmed, F., Chithrala, B., Barve, K., Biladeau, S., & Clifford, S. P. (2023). Value-Based Care and Anesthesiology in the USA. *Cureus*. https://doi.org/10.7759/cureus.44410

Alem, N., & Kain, Z. (2017). Evolving healthcare delivery paradigms and the optimization of "value" in anesthesiology. In *Current Opinion in Anesthesiology* (Vol. 30, Issue 2, pp. 223–229). Lippincott Williams and Wilkins. https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000430

Allin, O., Urman, R. D., Edwards, A. F., Blitz, J. D., Pfeifer, K. J., Feeley, T. W., & Bader, A. M. (2020). Using Time-Driven Activity-Based Costing to Demonstrate Value in Perioperative Care: Recommendations and Review from the Society for Perioperative Assessment and Quality Improvement (SPAQI). In *Journal of Medical Systems* (Vol. 44, Issue 1). Springer. https://doi.org/10.1007/s10916-019-1503-2

Amundson, A. W., Jacob, A. K., Duncan, C. M., Tsang, A. M., Zavaleta, K. W., & Smith, H. M. (2021). Optimizing a Surgical Practice from Start to Finish. *Advances in Anesthesia*. https://doi.org/10.1016/j.aan.2021.07.004

Aronson, S., Westover, J., Guinn, N., Setji, T., Wischmeyer, P., Gulur, P., Hopkins, T., Seyler, T. M., Lagoo-Deendayalan, S., Heflin, M. T., Thompson, A., Swaminathan, M., & Flanagan, E. (2018). A perioperative medicine model for population health: An integrated approach for an evolving clinical science. *Anesthesia and Analgesia*, *126*(2), 682–690. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002606

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (3ª). Edições 70.

Beverly, A., Vrochides, D., & Urman, R. D. (2017). Enhanced Recovery after Surgery: Evidence for Delivering Value-based Care. *International Anesthesiology Clinics*, *55*(4), 78–89. https://doi.org/10.1097/AIA.0000000000000164

Bohm, V., Lacaille, D., Spencer, N., & Barber, C. E. H. (2021). Scoping review of balanced scorecards for use in healthcare settings: Development and implementation. *BMJ Open Quality*, *10*(3). https://doi.org/10.1136/bmjoq-2020-001293

Borde, D., Agana-Norman, D. F. G., Leverence, R., Photos, L., Shuster, J., Lukose, K., Pinkney, J., Wright, J., Waxenberg, L., Allen, B., & Radhakrishnan, N. S. (2023). Outcomes of an integrated practice unit for vulnerable emergency department patients. *BMC Health Services Research*, *23*(1). https://doi.org/10.1186/s12913-023-10067-9

Boudreaux, A. M., & Vetter, T. R. (2016). A Primer on Population Health Management and Its Perioperative Application. *Anesthesia and Analgesia*, *123*(1), 63–70. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000001357

Bougeard, A.-M., & Moore, J. (2017). Delivering perioperative care in integrated care systems. In *Clinical Medicine* (Vol. 17, Issue 6).

Buck, D. W., Lane-Fall, M. B., & Varughese, A. M. (2025). 5 - Quality Improvement in Anesthesia Practice and Patient Safety. In *Miller's Anesthesia, 2-Volume Set*. https://doi.org/10.1016/B978-0-323-93592-0.00005-5

Caetano, A., & Vala, J. (2007). *Gestão de recursos humanos - contextos, processos e técnicas*. Editora RH.

Cannesson, M., Ani, F., Mythen, M. M., & Kain, Z. (2015). Anaesthesiology and perioperative medicine around the world: different names, same goals. In *British Journal of Anaesthesia* (Vol. 114, Issue 1, pp. 8–9). Elsevier Ltd. https://doi.org/10.1093/bja/aeu265

Carli, F., Awasthi, R., Gillis, C., Baldini, G., Bessissow, A., Liberman, A. S., & Minnella, E. M. (2021). Integrating Prehabilitation in the Preoperative Clinic: A Paradigm Shift in Perioperative Care. *Anesthesia and Analgesia*, *132*(5), 1494–1500. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005471

Carlson, R. E., & Martin, J. A. (2021). Anesthesiologists and Value-based Care: Comment. In *Anesthesiology* (Vol. 135, Issue 5, p. 925). Lippincott Williams and Wilkins. https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003955

Cattel, D., & Eijkenaar, F. (2020). Value-Based Provider Payment Initiatives Combining Global Payments With Explicit Quality Incentives: A Systematic Review. In *Medical Care Research and Review* (Vol. 77, Issue 6, pp. 511–537). SAGE Publications Inc. https://doi.org/10.1177/1077558719856775

Cattel, D., Eijkenaar, F., & Schut, F. T. (2020). Value-based provider payment: towards a theoretically preferred design. *Health Economics, Policy and Law*, *15*(1), 94–112. https://doi.org/10.1017/S1744133118000397

Cecconi, M., Goretti, G., Pradella, A., Meroni, P., Pisarra, M., Torzilli, G., Montorsi, M., Antonino, S., Zerbi, A., Castoro, C., Casale, P., Civilini, E., Quagliuolo, V., Klinger, M., Spriano, G., Vitobello, D., Maradei, L., Reimers, B., Piccioni, F., … Greco, M. (2024). Value-based preoperative assessment in a large academic hospital. *Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care*, *4*(1). https://doi.org/10.1186/s44158-024-00161-7

Chandrakantan, A., & Gan, T. J. (2015). Demonstrating Value: A Case Study of Enhanced Recovery. In *Anesthesiology Clinics* (Vol. 33, Issue 4, pp. 629–650). W.B. Saunders. https://doi.org/10.1016/j.anclin.2015.07.004

CHUC. (2023). *Relatório e Contas - 2022 - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra*.

Coffman, C. R., Leng, J. C., Ye, Y., Hunter, O. O., Walters, T. L., Wang, R., Wong, J. K., Mudumbai, S. C., & Mariano, E. R. (2023). More Than a Perioperative Surgical Home: An Opportunity for Anesthesiologists to Advance Public Health. In *Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia* (Vol. 27, Issue 4, pp. 273–282). SAGE Publications Inc. https://doi.org/10.1177/10892532231200620

Cossio-Gil, Y., Omara, M., Watson, C., Casey, J., Chakhunashvili, A., Gutiérrez-San Miguel, M., Kahlem, P., Keuchkerian, S., Kirchberger, V., Luce-Garnier, V., Michiels, D., Moro, M., Philipp-Jaschek, B., Sancini, S., Hazelzet, J., & Stamm, T. (2022). The Roadmap for Implementing Value-Based Healthcare in European University Hospitals—Consensus Report and Recommendations. *Value in Health*, *25*(7), 1148–1156. https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.11.1355

Decreto-Lei nº 19/88 do Ministério da Saúde (1988). *Diário da República: 3º suplemento, I Série, nº 17 (1988-01-21)*, 20 – 23. https://dre.pt/dr/detalhe/decreto-lei/19-506396

Decreto-Lei nº 374/99 do Ministério da Saúde (1999). *Diário da República: I Série- A, nº 219 (1999-09-18),* 6489 – 6493. https://dre.pt/dr/detalhe/decreto-lei/374-1999-569893

Decreto-Lei n.º 188/2003 do Ministério da Saúde (2003). *Diário da República: I Série- A, nº 191 (2003-08-20),* 5219 – 5231. https://dre.pt/dr/detalhe/decreto-lei/188-2003-654680

Decreto-Lei n.º 233/2005 do Ministério da Saúde (2005). *Diário da República: I Série- A, nº 249 (2005-12-29),* 7323 – 7333. https://dre.pt/dr/detalhe/decreto-lei/233-2005-469067

Decreto-Lei n.º 50-A/2007 do Ministério da Saúde (2007). Diário da República: I Série, n.º 42, 2º Suplemento (2007-02-28). https://dre.pt/dr/detalhe/decreto-lei/50-a-2007-470071

Decreto-Lei n.º 18/2017 da Saúde (2017). *Diário da República: I Série, nº 30 (2017-02-10),* 694 – 720. https://dre.pt/dr/detalhe/decreto-lei/18-2017-106434234

Decreto-Lei n.º 61/2018 da Presidência do Conselho de Ministros (2018). *Diário da República: I Série, n.º 149 (2018-08-03), 3771 – 3777*. https://dre.pt/dr/detalhe/decreto-lei/61-2018-115886131

Decreto-Lei n.º 103/2023 da Presidência do Conselho de Ministros (2023). *Diário da República: I Série, nº 215 (2023-11-07),* 21 – 48. https://dre.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279

Decreto-Lei n.º 118/2023 da Presidência do Conselho de Ministros (2023). Diário da República: I Série, nº 244 (2023-12-20), 58 – 73. https://dre.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2023-808125339

Decreto-Lei n.º 7/2024 da Presidência do Conselho de Ministros (2024). *Diário da República: I Série, nº 4 (2024-01-05)*, 69 – 71. https://dre.pt/dr/detalhe/decreto-lei/7-2024-836117869

Decreto-Lei nº 12/2024 da Presidência do Conselho de Ministros (2024). *Diário da República: I Série, nº 7 (2024-01-10)*, 52 – 74. https://dre.pt/dr/detalhe/decreto-lei/12-2024-836437684

Despacho n.º 2871/2024 da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde (2024). *Diário da República: II Série, n.º 55 (2024-03-18)* https://dre.pt/dr/detalhe/despacho/2871-2024-855804402

DGS. (2025). *Modelo de Certificação do Ministério da Saúde/ACSA Internacional*. www.juntadeandalucia.es/agenciacalidadsanitaria

Dobie, K. H., Tiwari, V., & Sandberg, W. S. (2015). "What Have We Done for Us Lately?" - Defining Performance and Value at the Individual Clinician Level. In *Anesthesiology Clinics* (Vol. 33, Issue 4, pp. 659–677). W.B. Saunders. https://doi.org/10.1016/j.anclin.2015.07.008

Escoval, A., Santos, A. T. L., & Barbosa, P. (2016). Contributo para a compreensão do financiamento da saúde em Portugal: O caso dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados. Tempus–Actas de Saúde Coletiva, 10(1), 17-27. https://doi.org/10.18569/tempus.v10i1.1858

Fleisher, L. A., & Lee, T. H. (2015). Anesthesiology and anesthesiologists in the era of value-driven health care. *Healthcare*, *3*(2), 63–66. https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2015.01.001

Freire, A. (2008). *Estratégia: sucesso em Portugal*. Verbo.

Ghiglione, R., & Matalon, B. (2001). *O inquérito: teoria e prática* (4ª). Celta Editora.

Glance LG, & Fleisher LA. (2014). Anesthesiologists and the Transformation of the healthcare system - a call to action. *Anesthesiology*, *120*(2), 257–259.

Gonzalez-Sanchez, M. B., Broccardo, L., & Martins Pires, A. M. (2018). The use and design of the BSC in the health care sector: A systematic literature review for I taly, S pain, and P ortugal. The International journal of health planning and management, 33(1), 6-30. https://doi.org/10.1002/hpm.2415

Grocott, M. P. W., Martin, D. S., & Mythen, M. G. (2012). Enhanced recovery pathways as a way to reduce surgical morbidity. In *Current Opinion in Critical Care* (Vol. 18, Issue 4, pp. 385–392). https://doi.org/10.1097/MCC.0b013e3283558968

Grocott, M. P. W., & Mythen, M. G. (2015). Perioperative Medicine: The Value Proposition for Anesthesia? A UK Perspective on Delivering Value from Anesthesiology. In *Anesthesiology Clinics* (Vol. 33, Issue 4, pp. 617–628). W.B. Saunders. https://doi.org/10.1016/j.anclin.2015.07.003

Grocott, M. P. W., & Pearse, R. M. (2012). Perioperative medicine: The future of anaesthesia? In *British Journal of Anaesthesia* (Vol. 108, Issue 5, pp. 723–726). Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/bja/aes124

Gross, W. L., Cooper, L., Boggs, S., & Gold, B. (2017). Value-Based Care and Strategic Priorities. In *Anesthesiology Clinics* (Vol. 35, Issue 4, pp. 725–731). W.B. Saunders. https://doi.org/10.1016/j.anclin.2017.08.008

Halbeis, C. B. E., & Macario, A. (2006). Factors affecting supply and demand of anesthesiologists in Western Europe. *Current Opinion in Anaesthesiology*, *19*, 207–212.

Harrison, R., Manias, E., Ellis, L., Mimmo, L., Walpola, R., Roxas-Harris, B., Dobbins, T., Mitchell, R., Cowie, S., Maberly, G., Chan, C., & Hay, L. (2022). Evaluating clinician experience in value-based

health care: the development and validation of the Clinician Experience Measure (CEM). *BMC Health Services Research*, *22*(1). https://doi.org/10.1186/s12913-022-08900-8

Hirpai, M., Woreta, T., Addis, H., & Kebede, S. (2020). What matters to patients? A timely question for value-based care. *PLoS ONE*, *15*(7 July). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227845

Iacobucci, G. (2024). Anaesthetist shortage is preventing over a million operations a year, warns royal college. *The British Medical Journal*, *387*.

Jain, P., Jain, B., Jain, U., & Palakodeti, S. (2022). Value Realization: An Unattained Challenge for Integrated Practice Units. *American Journal of Managed Care*, *28*(6). https://doi.org/10.37765/ajmc.2022.89157

Johansen, N. J., & Saunders, C. M. (2017). Value-Based Care in the Worldwide Battle Against Cancer. *Cureus*. https://doi.org/10.7759/cureus.1039

Kain, Z. N., Hwang, J., & Warner, M. A. (2015). Disruptive innovation and the specialty of anesthesiology: The case for the perioperative surgical home. *Anesthesia and Analgesia*, *120*(5), 1155–1157. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000697

Kain, Z. N., Vakharia, S., Garson, L., Engwall, S., Schwarzkopf, R., Gupta, R., & Cannesson, M. (2014). The perioperative surgical home as a future perioperative practice model. *Anesthesia and Analgesia*, *118*(5), 1126–1130. https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000190

Kaplan, R. S. (2010). *Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard*.

Kaplan, R. S., & Bower, M. (2018). *Overcoming the Barriers to Implementing Value-Based Health Care*.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). *The Balanced Scorecard-Measures That Drive Performance*.

Kaplan, R. S., Wolberg, H., & School, H. B. (2018). *Voices on Value What Is Value-Based Health Care?*

Katz, G., & Martens, H. (2020). *IMPLEMENTING VALUE-BASED HEALTH CARE IN EUROPE HANDBOOK FOR PIONEERS Academic director Special contributions*.

Kiernan F., & Buggy D. J. (2015). What´s measured matters: measuring performance in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, *114*(6), 951–957. https://doi.org/10.1093/bja/aev102

Kolarczyk, L. M., Arora, H., Manning, M. W., Zvara, D. A., & Isaak, R. S. (2018). Defining Value-Based Care in Cardiac and Vascular Anesthesiology: The Past, Present, and Future of Perioperative Cardiovascular Care. In *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia* (Vol. 32, Issue 1, pp. 512–521). W.B. Saunders. https://doi.org/10.1053/j.jvca.2017.09.043

Koumpouros, Y. (2013). Balanced scorecard: application in the General Panarcadian Hospital of Tripolis, Greece. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *26*(4), 286–307. https://doi.org/10.1108/09526861311319546

Laudanski, K. (2022). Quo Vadis Anesthesiologist? The Value Proposition of Future Anesthesiologists Lies in Preserving or Restoring Presurgical Health after Surgical Insult. In *Journal of Clinical Medicine* (Vol. 11, Issue 4). MDPI. https://doi.org/10.3390/jcm11041135

Lei n.º 27/2002 da Assembleia da República (2002). *Diário da República: I Série- A, nº 258 (2002-11-08),* 7150 - 7154. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2002-425487

Lei n.º 66-B/2007 da Assembleia da República (2007). *Diário da República: 1º Suplemento, Série I, n.º 250 (2007-12-28),* 9114-(2) a 9114-(21). https://dre.pt/dr/detalhe/lei/66-b-2007-227271

Mahajan, A., Esper, S. A., Cole, D. J., & Fleisher, L. A. (2021). Anesthesiologists' Role in Value-based Perioperative Care and Healthcare Transformation. *Anesthesiology*, *134*(4), 526–540. https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003717

Martin, J. A., Potter, B. L., Flanagan, T. F., & Feeley, T. W. (2019). Value-based health care: Lessons for the anesthesiologist. *International Anesthesiology Clinics*, *57*(1), 63–80. https://doi.org/10.1097/AIA.0000000000000209

Menezes, J., & Zahalka, C. (2024). Anesthesiologist shortage in the United States: A call for action. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, *2*, 100048. https://doi.org/10.1016/j.glmedi.2024.100048

Morrice, D. J., Bard, J. F., & Koenig, K. M. (2020). Designing and scheduling a multi-disciplinary integrated practice unit for patient-centred care. *Health Systems*, *9*(4), 293–316. https://doi.org/10.1080/20476965.2019.1569481

Morrice, D. J., & *et al*. (2019). *Using simulation to design a worklife integrated practice unit*. Institute of Electrical and Electronics Engineers.

Pedreiras, S. (2022). *Q9 - Plano de Investimentos por Instituição*.

Pinelli, F., Romagnoli, S., Singh, S., Albaladejo, P., Nau, C., & Bilotta, F. (2024). Anaesthesia practice in Europe: A survey of the National Anaesthesiologists Societies Committee of the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care. *European Journal of Anaesthesiology*. https://doi.org/10.1097/EJA.0000000000002110

Pollock, R. E. (2008). Value-based health care: The MD Anderson experience. In *Annals of Surgery* (Vol. 248, Issue 4, pp. 510–516). https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31818a6162

Portaria n.º 194/2014 do Ministério da Saúde (2014). *Diário da República: I Série, n.º 188 (2014-09-30*, 5103 – 5108. https://dre.pt/dr/detalhe/portaria/194-2014-57695124

Portaria n.º 330/2017 da Saúde (2017). *Diário da República: I Série, nº 210 (2017-10-31),* 5848 – 5852. https://dre.pt/dr/detalhe/portaria/330-2017-114133885

Portaria n.º 71/2018 da Saúde (2018). *Diário da República: I Série, nº 48 (2018-03-08),* 1214 - 1215. https://dre.pt/dr/detalhe/portaria/71-2018-114832292

Portaria n.º 28/2024 da Presidência do Conselho de Ministros, Finanças e Saúde (2024). *Diário da República: I Série, nº 21 (2024-01-30)*, 27 - 37. https://dre.pt/dr/detalhe/portaria/28-2024-839655449

Portaria n.º 103/2024/1 da Presidência do Conselho de Ministros, Finanças e Saúde (2024). *Diário da República: I Série, nº 53 (2024-03-14)*. https://dre.pt/dr/detalhe/portaria/103-2024-855404713

Porter, M. E. (2008). Value-based health care delivery. In *Annals of Surgery* (Vol. 248, Issue 4, pp. 503–509). https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31818a43af

Porter, M. E. (2010). What Is Value in Health Care? *N Engl J Med*, *363*, 2477–2481.

Porter, M. E., & Lee, T. H. (2021). Integrated Practice Units: A Playbook for Health Care Leaders. *NEJM Catalyst*, *2*(1). https://doi.org/10.1056/cat.20.0237

Prielipp, R. C., & Cohen, N. H. (2016). The future of anesthesiology: Implications of the changing healthcare environment. In *Current Opinion in Anaesthesiology* (Vol. 29, Issue 2, pp. 198–205). Lippincott Williams and Wilkins. https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000301

Regev A, Cole DJ, & Mahajan A. (2017, January). *Anesthesiology practices can align with the new world of Integrated Practice Units*. 22–23, 49. http://erassociety.org/about/history/.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 38-A/2007 da Presidência do Conselho de Ministros (2007). *Diário da República: I Série, n.º 42, 2º Suplemento (2007-02-28), 1414-(26) a 1414-(26).* https://dre.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/38-a-2007-470073

Rio, J. M. Del, Weitzel, N., & Kertai, M. D. (2018). Adding Value by Going Beyond. In *Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia* (Vol. 22, Issue 4, pp. 341–344). SAGE Publications Inc. https://doi.org/10.1177/1089253218807796

Rooke, D. A., Kertai, M. D., & Abrams, B. (2023). Advancing the Role of the Anesthesiologist in Perioperative Medicine. In *Seminars in Cardiothoracic and Vascular Anesthesia* (Vol. 27, Issue 4, pp. 249–251). SAGE Publications Inc. https://doi.org/10.1177/10892532231212593

Royal College of Anaesthetists. (2019). *A teachable moment: delivering perioperative medicine in integrated care systems*.

Salvatore, F. P., Fanelli, S., Donelli, C. C., & Milone, M. (2021). Value-based health-care principles in health-care organizations. *International Journal of Organizational Analysis*, *29*(6), 1443–1454. https://doi.org/10.1108/IJOA-07-2020-2322

Sánchez, M., Beatriz, G., Laura, B., Martins, P. A. M., & López-Valeiras, S. E. (2011). The Balanced Scorecard in Healthcare: Italy, Spain and Portugal. A review of recent literature. In 34th Annual Congress, European Accounting Association (EAA), Rome, Italy.

Santos, A. J. R. (2008). *Gestão estratégica - conceitos, modelos e instrumentos*. Escolar Editora.

Serviço Nacional de Saúde (SNS). Administração Central do Sistema de Saúde, IP. https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/04/08/plano-nacional-de-saude-2021-2030-2/

Serviço Nacional de Saúde (SNS). Administração Central do Sistema de Saúde, IP. https://benchmarking-acss.min-saude.pt/BH_Enquadramento/Objetivos

Sinclair, D., Lubarsky, D., Vigoda, M., Birnbach, D., Harris, E., Behrens, V., Bazan, R., Williams, S., Arheart, K., & Candiotti, K. (2014). A matrix model for valuing anesthesia service with the resource-based relative value system. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 449. https://doi.org/10.2147/jmdh.s68671

Smit-Fun, V. M., Cox, P. B. W., & Buhre, W. F. (2020). Role of the anaesthetist in postoperative care. *British Journal of Surgery*, *107*(2), e8–e10. https://doi.org/10.1002/bjs.11395

Szokol, J. W., & Chamberlin, K. J. (2018). Value Proposition and Anesthesiology. In *Anesthesiology Clinics* (Vol. 36, Issue 2, pp. 227–239). W.B. Saunders. https://doi.org/10.1016/j.anclin.2018.02.001

The Royal College of Anaesthetists. (2015). *PERIOPERATIVE MEDICINE THE PATHWAY TO BETTER SURGICAL CARE*.

The Royal College of Anaesthetists. (2024). *The Anaesthetic Workforce: UK State of the Nation Report November 2024 The Anaesthetic Workforce 2024: UK State of the Nation Report Executive summary 3*.

Unidade Local Saúde (ULS) Santa Maria. (2025). *Relatório e contas - 2024 - ULS Santa Maria*.

Unidade Local Saúde (ULS) Santo António. (2024). *Relatório e contas - 2023 - ULS Santo António*.

Unidade Local Saúde (ULS) São João. (2025). *Relatório e contas - 2024 - ULS São João*.

Unidade Local Saúde (ULS) São José. (2025). *Relatório de Gestão e Contas do Exercício de 2024 - ULS São José*.

Unidade Local Saúde (ULS) São José. (2025). https://www.chlc.min-saude.pt/instituicao/

Unidade Local Saúde (ULS) São José. (2025). https://www.chlc.min-saude.pt/tudo-o-que-precisa-de-saber-sobre-a-ulssaojose/quem-somos/

Unidade Local Saúde (ULS) São José. (2025). https://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos/

Unidade Local Saúde (ULS) São José. (2025). https://www.chlc.min-saude.pt/noticias/uls-sao-jose-bate-recordes-de-producao-aproximando-se-dos-3-milhoes-de-consultas/

Unidade Local Saúde (ULS) São José. (2025). https://www.chlc.min-saude.pt/noticias/uls-sao-jose-assinala-nova-etapa-na-estrategia-da-qualidade/

Unidade Local Saúde (ULS) São José. (2025). https://www.chlc.min-saude.pt/centros-de-referencia/

Unidade Local Saúde (ULS) São José. (2025). https://www.chlc.min-saude.pt/centro-de-investigacao/

Unidade Local Saúde (ULS) São José. (2025). https://www.chlc.min-saude.pt/hospital-santa-marta/

Van Harten, W. H. (2018). Turning teams and pathways into integrated practice units: Appearance characteristics and added value. *International Journal of Care Coordination*, *21*(4), 113–116. https://doi.org/10.1177/2053434518816529

Van Staalduinen, D. J., Van Den Bekerom, P. E. A., Groeneveld, S. M., Stiggelbout, A. M., & Van Den Akker-Van Marle, M. E. (2023). Relational coordination in value-based health care. *Health Care Management Review*, *48*(4), 334–341. https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000381

Vetter, T. R. (2022). Managing a perioperative medicine program. In *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology*. Bailliere Tindall Ltd. https://doi.org/10.1016/j.bpa.2022.04.008

Yin, R. K. (2018). *Case Study Research and Applications - Design and Methods* (6th ed.). Sage.

Zbinden, A. M. (2002). Introducing a Balanced Scorecard Management System in a University Anesthesiology Department. *Anesth Analg*, *95*, 17318. https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000033508.13342.B2

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A – Guiões das entrevistas principais 88
Anexo A.1. - Profissionais de CRI 88
Anexo A.2. – Outros profissionais 89
Anexo B – Guião das entrevistas secundárias 89
Anexo C – Análise SWOT da ULS SJOSÉ 90
Anexo D – Análise das entrevistas 91
Anexo E – Mapa de avaliação da performance organizacional 92
Anexo F – Tabelas para CNVRAM 94

Anexo A – Guiões das entrevistas principais

Anexo A.1 – Profissionais de CRI

1. CARACTERIZAÇÃO

a. Hospital onde trabalha
b. Serviço
c. Cargo

2. ORGANIZAÇÃO INTERNA ANTES DO CRI

a. Quantos médicos faziam parte do Serviço
b. Organização da atividade do Serviço e principais linhas orientadoras
c. Papel da equipa de Anestesia no funcionamento do Serviço
d. Pontos fracos e fortes do Serviço antes do CRI
e. Principais constrangimentos e dificuldades da atividade do Serviço
f. Expectativas com a criação do CRI

3. FORMAÇÃO DO CRI

a. Razões que levaram à criação de um CRI
b. Definição das linhas orientadoras do CRI
c. Definição de objetivos e indicadores estratégicos do CRI
d. Escolha do sistema de controlo de gestão e preocupações na sua elaboração
e. Seleção dos RH a integrar o CRI: Como foi realizada a seleção da equipa de anestesia foi por indicação do Serviço de Anestesia ou da Direção do CRI?
f. Definição de sistema de avaliação de desempenho
g. Implementação e funcionamento de sistema de incentivos
h. Dificuldade principal na execução do plano de ação
i. Integração dos preços de transferência interna e sua definição
j. Consequências esperadas com a criação do CRI

4. IMPLEMENTAÇÃO DO CRI

a. Etapas críticas na implementação do CRI
b. Principais focos de mudança e dificuldades sentidas
c. Estratégia de comunicação – Interna e Externa
d. Gestão da oposição ao CRI
e. Fatores de sucesso para implementação do CRI
f. O que correu bem
g. O que correu menos bem
h. Dificuldades que se podem esperar com a implementação de um CRI

5. AVALIAÇÃO DO CRI (APÓS A IMPLEMENTAÇÃO)

a. Resultados globais do CRI
b. Coordenação com outros Serviços do hospital
c. Cumprimento de objetivos/indicadores
d. Mais-valias de implementação de sistemas de controlo de gestão
e. Sistema de avaliação de desempenho
f. Sistema de incentivos
g. Perceção de satisfação dos RH
h. Aspetos positivos/vantagens do CRI
i. Aspetos negativos/problemas do CRI
j. Avaliação final do CRI

6. COMENTÁRIOS FINAIS

Anexo A.2 – Outros profissionais

1. CARACTERIZAÇÃO
   a. Formação
   b. Cargo
   c. Local de trabalho

2. CONCEÇÃO DO CRI
   a. Razões pelas quais os Serviços se têm organizado em CRI
   b. Linhas orientadoras de um CRI
   c. Preocupações com definição de indicadores e objetivos estratégicos do CRI
   d. Função do *BSC* e sua implementação num CRI
   e. Seleção de RH para integrar CRI
   f. Elaboração e implementação de sistemas de avaliação de desempenho num CRI
   g. Elaboração e implementação de sistemas de incentivos
   h. Dificuldades na execução do plano de ação
   i. Definição de preços de transferência interna
   j. Consequências esperadas com a implementação de um CRI

3. IMPLEMENTAÇÃO DO CRI
   a. Etapas críticas na implementação de um CRI
   b. Principais objetivos de mudança
   c. Estratégia de comunicação a ser adotada
   d. Oposição ao CRI e gestão da oposição
   e. Fatores mais importantes para o sucesso na implementação do CRI
   f. Principais desafios/obstáculos que se podem esperar com a implementação de um CRI

4. AVALIAÇÃO DO CRI
   a. Impacto do CRI nos profissionais de saúde
   b. Vantagens do CRI
   c. Principais problemas do CRI
   d. Principais dificuldades operacionais do CRI
   e. Principais riscos do CRI
   f. Perceção da experiência dos CRI em Portugal

5. COMENTÁRIOS FINAIS

Anexo B – Guião das entrevistas secundárias

1. CARACTERIZAÇÃO
   a. Formação
   b. Cargo
   c. Local de trabalho

2. ANTES DO CRI
   a. Qual a opinião acerca da atual organização da atividade do Serviço de Anestesia?
   b. Está familiarizado com a estrutura dos CRI?
   c. Considera que a dispersão dos elementos do Serviço de Anestesia pelos vários CRI pode comprometer a estrutura do Serviço de Anestesia?
   d. Considera que um CRI de Anestesia pode fazer sentido?

3. CONCEÇÃO DO CRI
   a. Compreende as implicações para a organização do Serviço da implementação de um CRI de Anestesia?
   b. Quais as principais vantagens de um sistema de gestão CRI?
   c. Quais as principais dificuldades para a sua implementação?

4. COMENTÁRIOS ADICIONAIS

Anexo C - ANÁLISE SWOT DA ULS SJOSÉ

ANÁLISE EXTERNA		ANÁLISE INTERNA	
Oportunidades	**Ameaças**	**Pontos Fortes**	**Pontos Fracos**
. Existência de todas as valências médicas e cirúrgicas . Colaboração estreita com a Universidade . Prioridade à evolução tecnológica . Amplo campo de investigação . Construção do novo hospital, que integre todos os existentes	. Saída de recursos humanos qualificados . Grande rotatividade de profissionais . Limitação de recursos financeiros . Concorrência de outros setores, com seleção de doentes e absorção de profissionais	. Reconhecimento de atividade clínica de elevada qualidade . Existência de múltiplos Centros de Referência . Formação de qualidade reconhecida nas diversas áreas . Grande diversidade de especialidades . Ênfase no ensino, pré e pós-graduado, e na investigação. Tradição dos Hospitais Civis de Lisboa . Dinamismo das equipas . Primazia à prestação e acesso universal aos cuidados de saúde . Preocupação com o bem-estar dos colaboradores	. Escassez de RH, sobretudo médicos e enfermeiros . Dispersão física dos vários hospitais do centro . Edifícios antigos e com necessidade permanente de intervenção . Equipamentos desatualizados em algumas áreas . Restrições financeiras . Informatização deficiente . Serviços de urgência sobrecarregados pela sua diferenciação extensas áreas de referenciação . Não otimização da capacidade instalada (meios complementares)

Anexo D – Análise das entrevistas

Dimensões	Subdimensões	Objetivos	Categorias de análise	Subcategorias de análise
Organização Interna	**Estrutura geral**	. Caracterização global do Serviço	. Limitações ao funcionamento do Serviço	. Melhoria da resposta às solicitações
	Estratégia organizacional	. Avaliação da organização interna antes do CRI	. Baixa eficiência	. Melhoria de processos
		. Enumeração de fatores que conduziram ao desenvolvimento do CRI	. Melhorar a eficiência . Reforçar os RH e reter profissionais	. Melhoraria da qualidade . Promoção da satisfação profissional
Gestão estratégica	**Objetivos estratégicos**	. Identificação dos objetivos e indicadores estratégicos	. Realistas, mas ambiciosos	. Definição de objetivos claros e inequívocos
			. Alinhamento com CA	. Melhoraria da resposta às solicitações . Redução do TMR
	Linhas de ação	. Definição das principais linhas de orientação do CRI	. Orientação para a estratégia	. Orientação pelas pessoas e qualidade
			. Formação e subespecialização . Satisfação de profissionais e clientes	. Promoção da atração e retenção de profissionais . Melhoria da acessibilidade
Controlo de gestão	**Ferramentas**	. Enumeração dos instrumentos de controlo de gestão implementados	. Não dispõe de BSC nem PTI	. Controlo de gestão
		. Codificação dos procedimentos	. Codificação GDH deficiente para algumas atividades	. Preços devem ser apurados por linha de atividade
	Estratégia operacional	. Avaliação da estratégia e operacionalização do CRI	. Elaboração de plano de ação . Melhoria da eficiência operacional	. Envolvimento dos RH na elaboração e compromissos do plano de ação . Agilização de processos
			. Articulação com outros Serviços	. Cooperação com CA adjunto
	Resultados	. Comparação entre expetativas e resultados	. Trabalho de equipa como fator de sucesso	. Liderança . Apoio do CA . Melhorar trabalho de equipa . Resiliência
			. Melhorar produção e eficiência . Melhorar acessibilidade	. Melhorar processos . < TMRG
			. Garantir RH	. Melhorar processos . Melhorar o trabalho dos RH . Melhorar resultados
			. Complexidade do processo	. Autonomia limitada
Gestão de pessoas	**Gestão de RH**	. Avaliação dos critérios de recrutamento . Seleção de RH . Estratégias de gestão de pessoas e conflitos	. Recrutamento interno . Elementos que não integraram o CRI	. RH que já trabalhavam na área/voluntários . Competência e diferenciação
			. Motivação	. Satisfação
	SGAD	. Avaliação da implementação e operacionalização do SGAD	. Inexistência . Pouca abertura para implementação	. Importância de diferentes formas de SGAD . Desigualdade entre profissionais
	Sistema de gestão de incentivos	. Avaliação da implementação e operacionalização do sistema de incentivos	. Associado a atividade adicional	. Incentivos institucionais (formação)
			. Condicionado por associação a produção adicional	. Boa operacionalização
Comunicação	**Comunicação estratégica**	. Implementação de estratégia de comunicação	. Reuniões semanais (gerais e direcionadas) . Direta, transparente	. Comunicação bidirecional . Partilha /discussão de ideias entre colaboradores

ANEXO E -Mapa de avaliação da performance organizacional

EPQM	Perspetivas / PI	Impacto	Objetivos estratégicos	FP	Indicadores	PI	Avaliação			Critérios de superação	Resultado final
							Não cumpre (1 ponto)	**Cumpre** (3 pontos)	**Supera** (5 pontos)		
Satisfação do utente e impacto na sociedade	**Cliente (C) 30%**	Melhor qualidade do serviço prestado	**C1 – Promover a satisfação**	40%	C1.1 – Nível de satisfação dos doentes	70%				Não cumpre – < 75% Cumpre – 75 a 85% Supera – > 85%	
					C1.2 – TMR reclamações (10 dias úteis)	30%				Não cumpre – > 10 dias úteis Cumpre – 8 a 10 dias úteis Supera – < 8 dias úteis	
		Maior eficiência	**C2 – Garantir acessibilidade**	40%	C2.1 – Taxa de cumprimento do TMRG 1ª consulta (20 dias úteis)	60%				Não cumpre – < 60% Cumpre – 60% Supera – > 60%	
					C2.2 – Nº de relatórios de análise clínica dos cancelamentos cirúrgicos (causa anestésica)/ano	40%				Não cumpre – < 4 relatórios/ano Cumpre – 4 relatórios/ano Supera – > 4 relatórios/ano e proposta de melhoria	
			C3 – Assegurar centralidade	20%	C3.1 – Taxa de articulação entre Serviços clientes e o Serviço de Anestesia	100%				Não cumpre – < 75% Cumpre – 75 a 80% Supera – > 80%	
		Av. final do obj. C: 0,4 x [(0,7 x Indic. C1.1) + (0,3 x Indic. C1.2)] + 0,4 x [(0,6 x Indic. C2.1) + (0,4 x Indic. C2.2)] + (0,2 x 1 x Indic. C3.1)									
Resultados chave do Serviço	**Processos Internos (P) 25%**	Melhor qualidade do serviço a prestado	**P1 – Garantir excelência de cuidados**	50%	P1.1 – Taxa de consultas de anestesia com alta	10%				Não cumpre – < 85% Cumpre – 85 a 90% Supera – > 90%	
					P1.2 – Taxa de complexidade dos doentes anestesiados (doentes com ASA III, IV e V)	70%				Não cumpre – < 75% Cumpre – 75 a 85% Supera – > 85%	
					P1.3 – Taxa de redução das complicações da anestesia em relação ao ano anterior	20%				Não cumpre – < 20% Cumpre – 20 a 25% Supera – > 25%	
			P2 – Garantir eficiência	20%	P2.1 – Taxa de postos de trabalho realizados	80%				Não cumpre – < 85% Cumpre – 85 a 90% Supera – > 90%	
					P2.2 – Taxa de resposta às solicitações de dias de trabalho extraordinário	20%				Não cumpre – < 80% Cumpre – 80 a 90% Supera > 95%	
		Otimização do percurso dos doentes	**P3 – Percursos clínicos**	10%	P3.1 – Taxa de doentes que cumprem o percurso pré-operatório	100%				Não cumpre – < 50% Cumpre – 50 a 60% Supera – > 60%	
			P4 – Melhoria contínua	10%	P4.1 – Nº de auditorias aos processos internos	100%				Não cumpre – Não realizada Cumpre – Realizada Supera – Realizada e implementação de boas práticas	
			P5 – Sistemas informáticos	10%	P5.1 – Taxa de informatização do Serviço	100%				Não cumpre – < 70% Cumpre – > 70 a 80%% Supera – > 80%	
		Av. final do obj. P: 0,5 x [(0,1 x Indic. P1.1) + (0,7 x Indic. P1.2) + (0,2 x Indic. P1.3)] + 0,2 x [(0,8 x Indic. P2.1) + (0,2 x Indic. P2.2)] + (0,1 x1 x Indic. P3.1) + (0,1 x 1 x Indic. P4.1) + (0,1 x 1 x Indic. P5.1)									

EPQM	Perspetivas / PI	Impacto	Objetivos estratégicos	FP	Indicadores	PI	Avaliação			Critérios de superação	Resultado final
							Não cumpre (1 ponto)	Cumpre (3 pontos)	Supera (5 pontos)		
	Financeira e sustentabilidade (F) 25%	Otimização de recursos existentes e garantia de sustentabilidade financeira	**F1 – Otimização de recursos**	60%	F1.1 – Taxa de aumento do nº de consultas	20%				Não cumpre – < 5% Cumpre – 5 a 7% Supera – > 7%	
					F1.2 – Taxa de aumento do nº de anestesias	20%				Não cumpre – < 5% Cumpre – 5 a 7% Supera – > 7%	
					F1.3 – Taxa de redução de consumo de material de consumo clínico	10%				Não cumpre – > 5% Cumpre – 5% Supera – < 5%	
					F1.4 – Taxa de aumento dos custos basais com pessoal	50%				Não cumpre – > 10% Cumpre – 10% Supera – > 10%	
			F2 – Sustentabilidade financeira	40%	F2.1 – Taxa de cumprimento do orçamento anual	35%				Não cumpre – < 0 Cumpre – 0 Supera – > 0	
					F2.2 – Resultados operacionais/ doente	35%				Não cumpre – < 10% Cumpre – 10 a 20% Supera – > 20%	
					F2.3 – EBT	30%					
		Av. final do obj. F: 0,6 x [(0,2 x Indic. F1.1) + (0,2 x Indic. F1.2) + (0,1 x Indic. F1.3) + (0,5 x Indic. F1.4) + (0,5 x Indic. F1.5)] + 0,4 x [(0,35 x Indic. F2.1) + (0,35 x Indic. F2.2) + (0,3 x Indic. F2.3)]									
Satisfação dos colaboradores	Aprendizagem e crescimento (A) 20%	Desenvolvimento de competências e inovação	**A1 – Garantir inovação**	20%	A1.1 – Taxa de aquisição de equipamentos para anestesia no BO	40%				Não cumpre – < 20% Cumpre – 20 a 30% Supera – > 30%	
					A1.2 – Nº de formações para diferenciação dos profissionais do Serviço/ano	60%				Não cumpre – < 2 Cumpre – 2 a 3 Supera – > 3	
			A2 – Assegurar a qualificação dos profissionais	35%	A2.1 – Nº de reuniões de Serviço periódicas/ano	50%				Não cumpre – < 1 reunião periódica Cumpre – 1 reunião periódica Supera – >1 reunião periódica	
					A2.2 – Nº de intercâmbios profissionais com outras instituições/ano	50%				Não cumpre – < 1 Cumpre – 1 a 2 Supera – > 2	
			A3 – Desenvolver competências	25%	A3.1 – Produção científica (Nº de publicações, pósteres, estudos, protocolos)/ano	35%				Não cumpre – < 3 trabalhos/ano Cumpre – 3 trabalhos/ano Supera – > 3 trabalhos/ano	
					A3.2 – Nº de ações de formação frequentadas/ Participação em Conferências, Congressos ou outras reuniões científicas/ano	45%				Não cumpre – < 70% Cumpre – 70 a 75% Supera – > 75%	
					A3.3 – Nº de propostas de melhoria (impacto na redução dos custos e/ou aumento da eficiência)/ano	20%				Não cumpre – < 1 proposta Cumpre – 1 proposta Supera – >1 proposta	
			A4 – Promover a atividade docente no Serviço	20%	A4.1 –Nº de IFEs em estágio no Serviço, alunos da *NMS* e outros elementos em formação no Serviço/mês	100%				Não cumpre – < 3 formandos/mês Cumpre – 3 a 4 formandos/mês Supera - > 4 formandos/mês	
		Av. final do obj. A: 0,2 x [(0,4 x Indic. A1.1) + (0,6 x Indic. A1.2)] + 0,35 x [(0,5 x Indic. A2.1) + (0,5 x Indic. A2.2)] + 0,25 x [(0,35 x Indic. A3.1) + (0,45 x Indic. A3.2) + (0,2 x Indic. A3.3)] + (0,2 x 1 x Indic. A4.1)									
Av. final da performance organizacional: 0,3 x Obj. C + 0,25 x Obj P + 0,25 x Obj. F + 0,2 x Obj. A											

ANEXO F - Tabelas para CNVRAM

CONSULTAS / ATENDIMENTOS		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**VALOR RELATIVO DO PROCEDIMENTO ANÉSTESICO (B + T + M)**
CA0010	CONSULTA interna	12 + 0 + 0
CA0020	Consulta interna de urgência / emergência	24 + 0 + 0
	CONSULTA externa:	
CA0030	a. Primeira consulta	12 + 0 + 0
CA0040	b. Consulta subsequente, com presença do doente	8 + 0 +0
CA0050	c. Consulta subsequente, sem presença do doente	4 + 0 + 0
CA0060	Avaliação e orientação do doente critico	32 + 0 + 0
CA0070	Cuidados ao recém-nascido, reanimação cardio-respiratória na presença de inadequada ventilação e/ou débito cardíaco	32 + 0 + 0
CA0080	Consultadoria de Anestesia (pareceres técnicos, jurídicos, etc. ...)	40 + 0 + 0

TEMPO		
O tempo anestésico começa quando o anestesista recebe o doente e inicia a sua preparação na sala operatória ou área equivalente e termina quando o doente é entregue aos cuidados de outros profissionais.		
CÓDIGO Nº	**DESCRIÇÃO**	**UNIDADES**
TP0010	< 1 hora	16
TP0020	≥1 hora e <2horas	20
TP0030	≥2 horas e <3 horas	24
TP0040	≥3 horas e <4 horas	28
TP0050	≥4 horas e <5 horas	32
TP0060	≥5 horas e <6 horas	36
TP0070	≥6 horas e <7 horas	40
TP0080	≥7 horas e <8 horas	44
TP0090	≥8 horas e <9 horas	48
TP0100	≥9 horas e <10 horas	52
TP0110	≥10 horas e <11 horas	56
TP0120	≥11 horas e <12 horas	60

FATORES DE MODIFICAÇÃO		
Os Fatores de Modificação são aqueles que influenciam significativamente o decurso da anestesia, nomeadamente: a patologia associada do doente, a idade e a urgência/ emergência da situação clínica.		
CÓDIGO	**DESCRIÇÃO**	**UNIDADES**
FM0010	Doente ASA 3	8
FM0020	Doente ASA 4	12
FM0030	Doente ASA 5	16
FM0040	Doente com Obesidade Mórbida (IMC >35 e IMC ≤49)	8
FM0050	Doente com Super Obesidade Mórbida (IMC>≥50)	12
FM0060	Grávida > 16 semanas de gestação	8
FM0070	Doente com < de 6 meses de idade	12
FM0080	Doente com ≥ 6 meses e < 3 anos de idade	4
FM0090	Doente com ≥70 anos e < 85 anos de idade	4
FM0100	Doente ≥ 85 anos idade	12
FM0110	ANESTESIA para cirurgia emergente	8
FM0120	ANESTESIA em decúbito ventral	12
FM0130	ANESTESIA para emergência fora de horas, acresce 50% ao valor total (Não usar em simultâneo com "Anestesia para cirurgia emergente")	50%
	Nota: Definição de "fora de horas" - corresponde ao período entre as 21:00 e as 8:00 nos dias de semana e a qualquer hora nos sábados domingos e feriados.	
FM0140	Cateter arterial como procedimentos NÃO esperado para o ato anestésico inicial	8
	Cateter venosos central como procedimentos NÃO esperado para o ato anestésico inicial:	
FM0150	a. < 6 anos	20
FM0160	b. > 6 anos	14
FM0170	Via aérea difícil	40
FM0180	Cateter Swan-Ganz como procedimentos NÃO esperado para o ato anestésico inicial	24
FM0190	Utilização de Eco TT, por anestesiologista, como procedimento NÃO esperado para o ato anestésico inicial	16
FM200	Utilização de Eco TE, por anestesiologista, como procedimento NÃO esperado para o ato anestésico inicial	24
FM0210	Utilização de Ecografia bidimensional como guia para a cateterização vascular major percutânea.	12
FM0220	Utilização de Ecografia bidimensional como guia para localização neuronal percutânea.	12
FM0230	Utilização de Fluoroscopia como guia para localização neuronal percutânea.	8