



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

**Centro de Responsabilidade Integrada do Tratamento Multidisciplinar de
Sarcomas do Instituto Português de Oncologia de Lisboa – contributos para a
sua concetualização e implementação**

Andreia Filipa Clemente Correia Leite de Bettencourt

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:

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

outubro, 2024



BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Centro de Responsabilidade Integrada do Tratamento Multidisciplinar de Sarcomas do Instituto Português de Oncologia de Lisboa – contributos para a sua concetualização e implementação

Andreia Filipa Clemente Correia Leite de Bettencourt

Mestrado em Gestão e Empresas

Orientadora:

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

outubro, 2024

"O sucesso não é final, o fracasso não é fatal: é a coragem de continuar que conta."

Winston Churchill

Agradecimento

A realização desta tese só foi possível com a presença e o apoio de inúmeras pessoas que me rodeiam.

À minha orientadora, Professora Generosa do Nascimento, pela sua disponibilidade em ouvir as minhas imensas dúvidas, em ensinar e, acima de tudo pela motivação constante e em fazer-me acreditar que sou capaz e a não desaninar perante os obstáculos que foram surgindo.

À minha família pelo seu apoio incondicional e por aceitarem as minhas ausências ao longo destes meses.

Ao Miguel por todo o apoio, carinho e orgulho em cada etapa superada.

À minha filha, Maria Beatriz, por aceitar a minha ausência e por perceber que nada se consegue sem dedicação e perseverança.

Às minhas colegas e parceiras nesta aventura do mestrado, Carla, Rita e Mónica, agradeço a companhia ao longo destes meses, o apoio e o incentivo.

Aos meus colegas do IPOL, principalmente à Sónia, Andreia, Ana e Catarina, agradeço a compreensão, apoio e ajuda ao longo deste tempo.

Resumo

As organizações de saúde enfrentam desafios de gestão devido à sua natureza e complexidade, que têm motivado a procura de modelos de gestão mais ágeis e eficientes.

A gestão estratégica e os mecanismos de controlo de gestão que favorecem uma gestão descentralizada alinhada com a estratégia organizacional e que promovem a responsabilização pelos resultados podem contribuir para melhorar a qualidade e a eficiência, aumentar a produtividade e garantir a sustentabilidade destas organizações.

Este projeto consiste em desenvolver um modelo de gestão estratégica, através da construção de um sistema de controlo de gestão que permita a conceitualização e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrada (CRI) para o Tratamento Multidisciplinar dos Sarcomas no Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPOL).

A metodologia de investigação é qualitativa e tem por base um projeto empresa. A recolha e tratamento de dados consistiu na revisão da literatura, análise documental e entrevistas semiestruturadas a profissionais de conselhos de gestão de organizações com o modelo CRI implementado.

Foram desenvolvidos os instrumentos de gestão do CRI: *balanced scorecard*, mapa estratégico, sistema de gestão e avaliação de desempenho e de incentivos. Por fim, é apresentado o projeto de intervenção do CRI e o seu plano de implementação.

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

JEL Classification System: M100 – Business Administration: General; M120 – Personnel Management; Executives; Executive Compensation

Abstract

Healthcare organizations face management challenges due to their nature and complexity, which have motivated the search for more agile and efficient management models.

Strategic management and management control mechanisms that favors decentralized management aligned with organizational strategy and promote accountability for results can contribute to improving quality and efficiency, increasing productivity and ensuring the sustainability of these organizations.

This project consists of developing a strategic management model, through the construction of a management control system that allows the conceptualization and implementation of an Integrated Responsibility Center (CRI) for the Multidisciplinary Treatment of Sarcomas at the Portuguese Institute of Oncology of Lisbon (IPOL).

The investigation methodology is qualitative and is based on a company project. The data collection and treatment consisted of literature review, document analysis and semi-structured interviews with professionals from management boards of organizations with the CRI model implemented.

The CRI management instruments were developed: balanced scorecard, strategic map, management system and evaluation of performance and incentives. Finally, the CRI intervention project and its implementation plan are presented.

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

JEL Classification System: M100 – Business Administration: General; M120 – Personnel Management; Executives; Executive Compensation

Índice

Agradecimento	i
Resumo.....	iii
Abstract	v
Índice	vii
Índice de figuras	ix
Índice de quadros.....	ix
Glossário de siglas e acrónimos.....	xi
CAPÍTULO 1 Introdução	13
CAPÍTULO 2 Revisão da Literatura.....	17
2.1. Gestão Estratégica na Saúde.....	17
2.2. Controlo de Gestão	19
2.2.1. <i>Balanced Scorecard</i>	22
2.2.2. Centros de Responsabilidade	22
2.3. Centros de Responsabilidade Integrada	23
2.4. Sistema de Gestão de Desempenho	26
CAPÍTULO 3 Metodologia	29
3.1. Método	29
3.2. Técnicas de recolha de dados	29
3.3. Técnica de tratamento de dados	30
CAPÍTULO 4 Diagnóstico da Organização	31
4.1. Caracterização do IPOL	31
4.1.1. Envolvente Externa	33
4.1.2. Envolvente Interna - Centro de Referência de Sarcomas Ósseos e das Partes Moles (CRSOPM) 35	
4.2. Percorso e Fluxograma do CRSOPM	36
4.3. Benchmarking	38
4.4. Resultados das Entrevistas.....	40
4.5 Análise crítica	45
CAPÍTULO 5 Projeto de Intervenção – CRI para o Tratamento Multidisciplinar dos Sarcomas do IPOL (CRI-TMS-IPOL)	47
5.1. Missão, Visão e Valores	47

5.2.	Marca “CRI-TMS-IPOL”	47
5.3.	Caracterização.....	48
5.4.	Mapa Estratégico	49
5.5.	<i>Balanced Scorecard</i>	51
5.6.	Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho.....	57
5.7.	Sistema de Gestão de Carreiras e Incentivos.....	61
5.8.	CRI-TMS-IPOL	62
5.8.1.	Conselho de Gestão	63
5.8.2.	Recursos Humanos do CRI-TMS-IPOL.....	63
5.8.3.	Plano de Ação.....	64
	CAPÍTULO 6 Implementação	73
6.1.	Etapas e Atividades de Implementação.....	73
6.2.	Plano de Comunicação.....	73
6.3.	Resultados Esperados	74
	CAPÍTULO 7 Conclusões	75
	Referências Bibliográficas	77
	Anexos	87
	Anexo A.1 Guião de Entrevistas Semiestruturadas - Considerações Gerais	88
	Anexo A.2 Guião das entrevistas para conselho de gestão de CRI	89
	Anexo B.1 Objetivos e funções do conselho de gestão do CRI-TMS-IPOL	91
	Anexo B.2 Plano de ação – princípios básicos.....	92

Índice de figuras

Figura 4.1 - Análise SWOT do IPOL	34
Figura 4.2 - Fluxograma Adaptado do PAI.....	37
Figura 5.1 - Logotipo do CRI-TMS-IPOL	48
Figura 5.2 - Mapa estratégico do CRI-TMS-IPOL	50
Figura 5.3 - Fatores de ponderação das 4 perspetivas do BSC	51
Figura 5.4 - Cronograma das fases do SIGAD-CRI.....	57

Índice de quadros

Quadro 2.1 - Enquadramento Legal dos CRI	24
Quadro 4.1 - Análise PESTEL IPOL	33
Quadro 4.2 - Matriz VRIO do CRSOPM	36
Quadro 4.3 - Análise de Benchmarking dos IPO de Lisboa, Porto e Coimbra	39
Quadro 4.4 - Estrutura de dados segundo metodologia de Gioia.....	42
Quadro 5.1 - Princípios estratégicos do CRI-TMS-IPOL	49
Quadro 5.2 - BSC - Perspetiva do cliente: objetivos estratégicos, indicadores e metas (30%).....	52
Quadro 5.3 - BSC - Perspetiva dos processos internos: objetivos estratégicos, indicadores e metas (20%).....	53
Quadro 5.4 - Perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento: objetivos estratégicos, indicadores e metas (20%).....	54
Quadro 5.5 -BSC - Perspetiva financeira: objetivos estratégicos, indicadores e metas (20%)	55
Quadro 5.6 - Mapa de avaliação da performance organizacional do CRI-TMS-IPOL	56
Quadro 5.7 - SIGAD-CRI – Tabela de objetivos de equipa e individual do CRI-TMS-IPOL	59
Quadro 5.8 - SIGAD-CRI – Tabela de competências dos profissionais de saúde do CRI-TMS-IPOL	59
Quadro 5.9 - Ficha de avaliação de desempenho dos enfermeiros.....	60
Quadro 5.10 - Profissionais de saúde do CRI e alocação do respetivo horário.....	64
Quadro 5.11 - Projeção da atividade do CRI-ORL-IPOL para o primeiro triénio	67
Quadro 5.12 - Faturação do CRI-TMS-IPOL	70
Quadro 5.13 - Demonstração previsional de gastos do CRI-TMS-IPOL.....	71
Quadro 5.14 - Resultados operacionais do CRI-TMS-IPOL	71
Quadro 6.1 - Etapas e atividades de implementação do projeto CRI-TMS-IPOL	73

Glossário de siglas e acrónimos

ACSA	<i>Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia</i>
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADSE	Instituto de Proteção e Assistência na Doença
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
CA	Conselho de Administração
CDT	Consulta de Decisão Terapêutica
CG	Controlo de Gestão
CHKS	<i>Caspe Healthcare Knowledge Systems</i>
CP	Contrato Programa
CR	Centros de Referência
CRI	Centros de Responsabilidade Integrada
CRI-TMS-IPOL	Centro de Responsabilidade Integrada do Tratamento Multidisciplinar de Sarcomas do Instituto Português de Oncologia de Lisboa
CRSOPM	Centro de Referência de Sarcomas Ósseos e das Partes Moles
EBT	<i>Earnings Before Taxes</i>
EPE	Entidades Públicas Empresariais
ERN GENTURIS	<i>European Reference Network for Genetic Tumour Risk Syndromes</i>
ERN PaedCan	<i>European Reference Network for Paediatric Oncology</i>
ESMO	<i>European Society for Medical Oncology</i>
EURACAN	<i>European Network for Rare Adult Solid Cancer</i>
GMS	Grupo Multidisciplinar de Sarcomas
GRH	Gestão de Recursos Humanos
GIST	Gastrointestinal Stromal Tumors
HPWS	<i>High Performance Work Systems</i>
IARC	<i>International Agency for Research on Cancer</i>
IPO	Instituto Português de Oncologia
IPOL	Instituto Português de Oncologia de Lisboa
LMX	<i>Leader Member Exchange</i>
NPM	<i>New Public Management</i>
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OECI	<i>Organization of European Cancer Institutes</i>
OTS	Outros Tumores Sólidos

PAI	Processo Assistencial Integrado
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PDO	Plano de Desenvolvimento Organizacional
PESTEL	<i>Political, Economical, Socio-cultural, Technological, Environmental, Legal</i>
PRR	Plano de Recuperação e Resiliência
PTI	Preços de Transferência Interna
RBV	<i>Resource Based Value</i>
RH	Recursos Humanos
SAMS	<i>Serviços de Assistência Médico-Social</i>
SCG	Sistema de Controlo de Gestão
SGAD	Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho
SIADAP	Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública
SIGAD-CRI	Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho do Centro de Responsabilidade Integrada
SNS	Serviço Nacional de Saúde
STM	Sarcomas dos Tecidos Moles
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats</i>
TAC	Tomografia Axial Computerizada
TAS	Técnico Auxiliar de Saúde
TMRG	Tempo Máximo de Resposta Garantido
TSDT	Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
VBHC	<i>Value-Based Healthcare</i>
VRIO	Valioso, Raro, Inimitável e Organização

CAPÍTULO 1

Introdução

A incidência e prevalência das doenças oncológicas têm aumentado em Portugal e em todo o mundo. A *International Agency for Research on Cancer* (IARC) estimou que em 2022 registaram-se 19.976.499 novos casos de cancro e que ocorreram 9.743.832 mortes por cancro em todo o mundo. Em Portugal, neste ano, foram estimados 69.567 novos casos de cancro e 33.762 mortes por cancro (International Agency for Research on Cancer, 2024). Em 2021 o cancro foi a segunda maior causa de morte nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), representando 21% do total de mortes (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, 2023).

Os sarcomas são um grupo de tumores muito raros, com uma incidência de cerca de cinco casos por 100.000 por ano na Europa, podem ser divididos em: sarcomas dos tecidos moles adultos (STM), tumores do estroma gastrointestinal (GIST), sarcomas ósseos e rhabdomiossarcomas pediátricos. Para o diagnóstico são necessários exames de imagem e de anatomo-patologia, sendo a cirurgia o tratamento de eleição de todos os utentes adultos com tumor localizado, seguida (ou precedida) de radioterapia, em sarcomas de alto grau ou com mais de cinco centímetros. Em caso de doença metastática, a quimioterapia é o tratamento mais indicado (Casali, et al., 2018).

Devido à sua raridade e heterogeneidade patológica, os sarcomas apresentam desafios no diagnóstico e necessidade de tratamento multimodal, pelo que devem ter uma abordagem multidisciplinar, preferencialmente em Centros de Referência (CR) e com um elevado número de utentes tratados. Preferencialmente, este encaminhamento deverá ser no momento do diagnóstico de suspeita de sarcoma (Casali, et al., 2018).

Do ponto de vista organizacional, os CR devem permitir o cumprimento dos *timings* tanto no diagnóstico como no tratamento cirúrgico e adjuvante, de acordo com as linhas orientadoras internacionais.

Também as organizações de saúde devem estar orientadas para alinhar a sua gestão às necessidades dos utentes, tendo em consideração os constrangimentos orçamentais existentes. Desta forma devem apresentar uma estratégia organizacional que permita garantir o tratamento dos sarcomas de forma mais eficiente possível, para os utentes e para a organização.

Na gestão, os Centros de Responsabilidade contribuem para alcançar os objetivos globais da organização através do cumprimento dos seus próprios objetivos, desde que verifiquem três condições: gestão por objetivos, responsabilização pelos resultados e estrutura descentralizada com delegação de autoridade (Tarawneh, 2019) (Jordan et al., 2021).

Na área da saúde, de acordo com o Decreto-Lei n.º 118/2023, os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) visam potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorando a qualidade dos serviços prestados, bem como o aumento da produtividade, da eficácia, da eficiência e dos níveis de satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde (Presidência do Conselho de Ministros, 2023). Desta forma, os CRI permitem potenciar os resultados da prestação de cuidados, no diagnóstico e tratamento dos sarcomas, do centro de referência, uma vez que promovem a descentralização da tomada de decisão, a autonomia na definição dos seus próprios objetivos e a consequente responsabilização pelos resultados obtidos.

Os desafios atuais na gestão das organizações de saúde e a necessidade de adoção de modelos de gestão mais eficientes e descentralizados motivou a questão de partida deste projeto: perceber que sistema de gestão estratégica pode incrementar a eficiência, a eficácia e a qualidade do centro de referência de sarcomas. Face às necessidades e exigências sentidas pretende desenvolver-se um modelo de gestão estratégica, através da construção de um sistema de controlo de gestão (SCG), que permita a concetualização e implementação de um CRI para o Tratamento Multidisciplinar dos Sarcomas no Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPOL).

O IPOL é um hospital com a natureza de Entidade Pública Empresarial (EPE) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que presta cuidados de saúde altamente especializados e diferenciados no tratamento, estudo e investigação do cancro. O centro de referência de sarcomas ósseos e das partes moles (CRSOPM) do IPOL é reconhecido pela sua diferenciação técnica e pela prestação de cuidados de saúde de excelência aos utentes, tendo certificação pelo Ministério da Saúde e pelo *European Network for Rare Adult Solid Cancer* (EURACAN) no tratamento de sarcomas ósseos e das partes moles. Contudo, estas características não garantem a qualidade nem a eficiência dos serviços prestados num mundo cada vez mais competitivo e exigente em termos de gestão das organizações de saúde. São necessários modelos de gestão estratégica e sistemas de controlo de gestão que permitam uma avaliação integrada da *performance* da organização e das suas unidades assim como o desempenho dos profissionais de saúde, tendo por base indicadores financeiros e não financeiros. O IPOL encontra-se alinhado com a necessidade de adoção de novos modelos de gestão intermédia, apostando no incentivo à constituição de CRI, tendo sido formado o primeiro CRI da organização em 2023. Importa salientar que, em Portugal, não existe, até ao momento, nenhum CRI na área de sarcomas.

Pelo exposto, o objetivo geral deste projeto consiste na construção de um sistema de controlo de gestão, através da criação de um CRI, para o tratamento multidisciplinar dos sarcomas no IPOL. Foram estabelecidos como objetivos específicos: (1) definir a missão, visão e valores do CRI alinhados com a estratégia da organização; (2) definir objetivos e indicadores financeiros e não financeiros; (3) definir um *Balanced Scorecard* (BSC) (perspetiva do cliente, perspetiva dos processos internos, perspetiva da aprendizagem e do desenvolvimento organizacional e perspetiva financeira) e um mapa estratégico;

(4) criar um sistema de controlo de gestão; (5) criar um modelo de gestão de desempenho e um sistema de incentivos, com base na organização em centros de responsabilidade.

A estrutura do presente trabalho encontra-se segmentada em capítulos, sendo que no segundo capítulo é apresentada uma revisão da literatura sobre os temas centrais do projeto, nomeadamente a gestão estratégica geral e na saúde, a importância do controlo de gestão para as organizações, os instrumentos do controlo de gestão como o BSC, os centros de responsabilidade e CRI e o sistema de gestão e avaliação de desempenho. No terceiro capítulo é dado enfoque à metodologia adotada, explanando as técnicas de recolha e tratamento de dados. No quarto capítulo é realizado o diagnóstico da organização, pela avaliação da estratégia do IPOL, tendo em consideração a missão, a visão e os valores. É elaborada uma análise da envolvente externa através do escrutínio dos componentes estratégicos PESTEL (*Political, Economical, Socio-cultural, Tecnological, Environmental, Legal*) e uma matriz SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) que permite identificar as forças e fraquezas, oportunidades e ameaças da organização. A análise da envolvente interna é realizada com recurso a uma matriz baseada no Modelo VRIO (Valioso, Raro, Inimitável e Organização). No quinto capítulo expõe-se o projeto de intervenção que consiste no desenvolvimento de um modelo de SCG, através da criação do CRI para o Tratamento Multidisciplinar de Sarcomas (CRI-TMS-IPOL), que compreende a sua missão, visão e valores, um BSC, um mapa estratégico e um modelo de gestão de desempenho. No capítulo sexto explana-se o plano para a implementação do CRI-TMS-IPOL. Por fim, são apresentadas as conclusões, tendo em consideração a aprendizagem desenvolvida no decurso da elaboração deste projeto, nomeadamente as recomendações da identificação de fatores de sucesso que contribuem para a implementação do CRI no IPOL e que podem ajudar no desenvolvimento de projetos semelhantes em outras organizações de saúde.

CAPÍTULO 2

Revisão da Literatura

2.1. Gestão Estratégica na Saúde

A gestão estratégica tem um papel fundamental na medida em que influencia a *performance* das organizações. O conceito de gestão estratégica ganhou relevo desde a década de 60 como uma forma de descobrir fatores críticos de sucesso nos ambientes interno e externo das organizações (Murcia, Ferreira & Ferreira, 2022).

Para Chandler (1962) a estrutura organizacional da empresa deve seguir a estratégia, colocando ênfase em como as empresas se posicionam e adaptam suas estruturas para melhor competir no mercado. Porter (1985) define gestão estratégica como uma forma de combinar os objetivos da empresa e de como atingi-los, sendo necessário estar atento ao meio envolvente externo, às empresas concorrentes de forma a criar um valor superior. Estes autores enquadram-se na Escola Estratégica do Posicionamento, que se foca na análise do ambiente externo e que preconiza que esta é crucial para o sucesso estratégico, pelo que as empresas devem procurar uma posição competitiva única para prosperar.

Por outro lado, o *Resource Based Value* (RBV) enfatiza que os recursos são uma grande força por detrás da durabilidade, avanço e desempenho das organizações, especialmente recursos tangíveis e intangíveis que podem ser caracterizados como valiosos, raros e inimitáveis (Wernerfelt, 1984) (Barney, 1991). Esses ativos, por sua vez, permitem que as empresas desenvolvam estratégias eficazes que as diferenciem de seus rivais (Finney, Lueg & Campbell, 2008).

O modelo VRIO é uma das ferramentas mais recentemente utilizadas para realizar análises internas das organizações (Wernerfelt, 1984; Barney, 1991; Grant, 1991). Enquadrado na RBV, o modelo defende que a empresa se foca na combinação dos seus recursos e capacidades internas, como fontes de vantagem competitiva (Barney & Hesterly, 2019), aliados às oportunidades que surgem no ambiente externo (Grant, 2018). Cumulativamente, ajuda os gestores a compreender os pontos fortes e fracos da sua organização e, como aspeto mais relevante, a estrutura procura explorar os recursos e capacidades que poderiam conduzir ao sucesso financeiro e a uma maior competitividade (Wernerfelt, 1984; Barney, 1991; Barney & Hesterly, 2007). Assim, se os recursos e capacidades satisfizerem os requisitos do VRIO, as suas implicações competitivas podem ser consideradas vantagens competitivas sustentáveis, que se traduzem em *performance* consistente acima da média.

Para Grant (2018) os recursos são os ativos tangíveis e intangíveis da empresa, enquanto as capacidades representam o que a empresa pode realizar com esses recursos. Individualmente, os recursos não proporcionam vantagem competitiva, é necessário que trabalhem em conjunto para criar

a capacidade organizacional. Quando essa capacidade organizacional é aplicada através de uma estratégia adequada, forma a base para a obtenção de uma vantagem competitiva.

Barney e Hesterly (2019) defendem que são necessárias mais duas premissas para além dos recursos tangíveis e intangíveis. A primeira é a heterogeneidade de recursos, ou seja, diferentes empresas podem ter na sua posse três conjuntos diferentes de recursos e capacidades. A última premissa diz respeito à imobilidade de recursos, o que significa que certos recursos e capacidades pertencem à empresa de forma duradoura, conferindo-lhe a capacidade de os reter e impedir que estes fluam para outra empresa concorrente.

A gestão estratégica enquanto processo intencional e consistente deve ser definido antes da implementação das ações (Mintzberg, 1987) para atingir os objetivos das empresas (Mintzberg, 1987; Santos, 2008). Compreende todas as ações de planeamento, organização, liderança e controlo desenvolvidos pela entidade, promovendo a adaptação às alterações do meio envolvente, às necessidades dos clientes e fomentando a criação de vantagem competitiva (Santos, 2008).

O processo de gestão estratégica pode ser estruturado em quatro elementos fundamentais: (1) análise ambiental (análises externa e interna), (2) formulação da estratégia (missão, objetivos, estratégias e políticas), (3) implementação da estratégia (programas, orçamentos e procedimentos) e (4) avaliação e controlo (avaliação da *performance*). A última etapa é elementar para garantir o correto alinhamento da estratégia da organização com o meio envolvente, de forma a alcançar o melhor resultado e criar valor para estas mesmas organizações a partir da estratégia adotada (Wheelen & Hunger, 2012). Os autores David, David e David (2020) incluem a análise ambiental na formulação da estratégia, apresentando o processo de gestão estratégica com os três últimos elementos.

No setor da saúde, a gestão estratégica segue os mesmos pressupostos, acrescida das dificuldades inerentes ao setor. Desta forma, torna-se fundamental uma gestão estratégica de forma a garantir a sustentabilidade das organizações de saúde e dos seus sistemas de saúde. A complexidade das organizações de saúde, pela multidisciplinaridade dos profissionais, pelos tratamentos especializados e pelos diferentes interesses e *stakeholders* envolvidos, coloca estas organizações com um desafio para a sua gestão. Esta complexidade aliada aos desafios globais como o envelhecimento, o aumento das doenças crónicas e o crescente investimento em tecnologias e terapêuticas inovadoras têm conduzido a um constante crescimento da despesa com a saúde (Campos, 2019; Felipe & Stocker Lago, 2019).

Contudo, Porter e Teisberg (2004) referem que o setor da saúde se diferencia dos demais, na medida em que, apesar dos custos elevados e crescentes e dos esforços para reduzi-los, estes não são explicados pelo aumento na qualidade dos serviços. Com efeito, torna-se imprescindível uma alteração do paradigma na saúde, com definição de estratégias que permitam a melhoria da saúde e criação de valor dos cuidados de saúde para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, a que se acresce a

consciencialização sobre a criação de consciência sobre os custos da saúde (Nilsson *et al.*, 2017; Porter & Teisberg, 2007).

O modelo *Value-Based Healthcare* (VBHC) desenvolvido por Porter e Teisberg (2007) assenta em três princípios: criação de valor para os utentes; cuidados de saúde organizados em função da condição clínica do utente e ciclos de cuidados; mensuração de resultados e custos ajustados pelo risco. O modelo VBHC coloca os utentes e as suas necessidades no centro do processo e permite aumentar a qualidade, a eficiência e simultaneamente reduzir custos, constituindo-se como um elemento-chave para a sustentabilidade dos sistemas de saúde no futuro e a melhoria contínua da *performance* dos cuidados de saúde (Cossio-Gil *et al.*, 2022).

Em Portugal, a gestão estratégica depende do contexto político vigente e do enquadramento económico-financeiro. O sistema de saúde português baseia-se na coexistência de três sistemas sobrepostos: o sistema público (Sistema Nacional de Saúde), os subsistemas de saúde para profissões específicas (ADSE ou Instituto de Proteção e Assistência na Doença para funcionários públicos, SAMS ou Serviços de Assistência Médico-Social para funcionários bancários) e os seguros de saúde voluntários privados (Simões *et al.*, 2017).

A necessidade de diminuir a despesa e de melhorar a eficiência da gestão das organizações de saúde tem motivado uma reforma na gestão destas organizações, com a introdução de modelos de gestão semelhantes às empresas. A empresarialização da gestão do setor público hospitalar foi publicada através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março, que definiu a transformação dos estabelecimentos públicos portugueses de prestação de cuidados de saúde em Entidades Públicas Empresariais (EPE) (Major & Magalhães, 2014). Esta empresarialização permitiu a autonomização das competências dos órgãos de gestão tendo em vista a promoção da qualidade e eficiência operacionais, a otimização dos recursos humanos (RH) e técnicos, a melhoria dos processos internos e a responsabilização pelos resultados, a par da introdução de instrumentos do controlo de gestão (Correia de Campos, 2019).

2.2. Controlo de Gestão

O controlo de gestão (CG) é fundamental nas organizações uma vez que se constitui como um instrumento que promove a criação de valor (Jordan *et al.*, 2021).

A primeira definição de controlo de gestão é atribuída a Anthony (1965) como um processo que permite aos gestores garantir que os recursos são obtidos e utilizados de forma eficaz e eficiente para serem atingidos os objetivos da organização. Otley *et al.* (1995) referem que Anthony ignora fatores relevantes da estratégia, menosprezando as metas e os objetivos estratégicos. Para Merchant e Van

der Stede (2007) a função primária do controlo de gestão é conduzir o comportamento dos colaboradores para o percurso desejável.

Jordan *et al.* (2021) apresentam uma definição mais completa de controlo de gestão como “*um conjunto de instrumentos que motivem os responsáveis descentralizados a atingirem os objetivos estratégicos da empresa, privilegiando a ação e a tomada de decisão em tempo útil e favorecendo a delegação de autoridade e responsabilização*” (p. 43). Os mesmos autores identificam os princípios que estão subjacentes ao controlo de gestão: (1) os instrumentos referem-se à dimensão financeira e não financeira; (2) baseia-se na descentralização das decisões, na delegação de autoridade e na responsabilização; (3) promove o alinhamento com a estratégia; (4) promove a ação e não apenas a documentação e burocracia; (5) o horizonte é o futura e não apenas o passado; (6) tem uma natureza fundamentalmente comportamental; (7) conduz a um sistema de incentivos e (8) promove os gestores operacionais a atores de primeira linha (Jordan *et al.*, 2021).

O controlo de gestão conduz ao desenvolvimento das organizações, na medida em que afeta o comportamento dos gestores, promove o alinhamento da estratégia organizacional e deve envolver todos os membros da organização, fomentando e melhorando os desempenhos individuais e organizacionais (Jordan *et al.*, 2021).

Paralelamente, o CG auxilia os gestores a alcançar os resultados delineados, a promover a coerência dos objetivos traçados e a viabilidade da realização, e a assegurar a coordenação dos gestores operacionais, assim como e a providenciar meios que conduzam à implementação da estratégia (Jordan *et al.*, 2021).

Simões e Rodrigues (2014) referem que a relação entre o controlo de gestão e a gestão estratégica das organizações tem mostrando que os sistemas de controlo de gestão (SCG) evoluíram de uma visão mecanicista para uma visão mais ativa na gestão estratégica das organizações. Desta forma, ao reforçar a dimensão comportamental na orientação e não apenas na monitorização dos comportamentos, o papel dos SCG fica mais ampliado.

De acordo com Simões e Rodrigues (2014) foram conduzidos inúmeros estudos numa perspetiva contingencial, sobre como os SCG apoiam a implementação da estratégia, visando a melhoria da *performance* organizacional e dos negócios. Alguns dos estudos sugerem que a estratégia determina diferenças ao nível da forma de utilização dos SCG, enquanto outros estudos concluem que nem todas as características do SCG são determinadas pelas estratégias de negócio. No geral, todos os estudos indicam que o SCG tende a promover e suportar o processo de mudança estratégica. Neste contexto, o SCG permite formalizar crenças (por exemplo, a missão, valores ou credos), definir as fronteiras que delimitam as orientações estratégicas de que são exemplo os sistemas de planeamento estratégico ou diretrizes transmitidas às unidades de negócio), definir e medir as variáveis críticas de desempenho, e promover a discussão acerca das incertezas estratégicas. Desta forma o SCG, para além da sua função

de medição e monitorização é ideal para ultrapassar a inércia organizacional, comunicar diferentes orientações estratégicas, definir prazos e metas e garantir novas iniciativas estratégicas (Simões & Rodrigues, 2014).

Deste modo, os SCG devem estar adaptados à organização e à sua estratégia para permitir um alinhamento entre ambas as partes. Para Jordan *et al.* (2021) a implementação de um SCG numa organização deve ser realizada de um modo progressivo e de acordo com alguns fatores como as características das organizações e a cultura dos seus gestores. Para tal, os autores referem que é importante, definir o estilo do SCG, realizar um diagnóstico do ambiente externo e do ambiente interno do sistema de avaliação do desempenho e, por fim, perceber a posição de controlo de gestão na organização.

O CG teve a sua génese no setor privado, mas tem vindo a ganhar visibilidade no setor público, sendo o movimento *New Public Management* (NPM) um exemplo. O NPM surgiu nos anos 80 nos países anglo-saxónicos, em especial no Reino Unido e consistia na implementação das práticas da gestão privada no setor público e também na organização externa das administrações públicas como quase-mercados (Hood, 1995; Lapuente & Van de Walle, 2020). Este movimento foi utilizado nos diversos setores públicos, como é o caso da saúde, com o pressuposto principal de aumentar a eficiência e a eficácia das administrações de saúde (Lapuente & Van de Walle, 2020). Também Naranjo-Gil (2016) refere que, no âmbito do NPM, os gestores têm de utilizar sistemas de controlo de gestão para enfrentar o desafio dos equilíbrios e coordenar diferentes políticas estratégicas, nomeadamente oferecendo serviços de maior qualidade a um custo mais baixo.

Van der Kolk *et al.* (2019) realizaram um estudo sobre o impacto do CG no setor público, nomeadamente nas quatro diferentes áreas dentro do CG anteriormente definidas por Merchant e van der Stede (2007): resultados, ação, cultura e pessoas. Concluíram que o controlo sobre as pessoas e sobre a cultura está positivamente associado à motivação intrínseca, e que o controlo sobre os resultados está positivamente associado à motivação extrínseca dos colaboradores. Além disso, tanto a motivação intrínseca como a motivação extrínseca estão positivamente associadas à *performance* (van der Kolk *et al.*, 2019). Em conjunto, estes resultados apoiam a ideia defendida pelos proponentes da NPM, de que o controlo de resultados pode aumentar a motivação e o desempenho dos colaboradores.

O CG utiliza um conjunto de instrumentos que podem ser divididos em três tipos: (1) instrumentos de pilotagem (plano operacional, orçamento, controlo orçamental, *Balanced Scorecard*, *Tableaux de Bord*); (2) instrumentos de orientação do comportamento (centros de responsabilidade, avaliação de desempenho organizacional, preços de transferência interna (PTI)); e (3) instrumentos de diálogo (Jordan *et al.*, 2021).

Devido à importância que alguns destes instrumentos apresentam na realização deste projeto foi desenvolvida uma revisão da literatura sobre os mesmos.

2.2.1. Balanced Scorecard

O *Balanced Scorecard* (BSC) é um instrumento de avaliação da *performance* organizacional tendo sido desenvolvido por Kaplan e Norton (1992) numa altura em que o ambiente competitivo das empresas beneficiava de uma visão mais abrangente e que contemplasse não só a dimensão financeira, mas também dimensão não financeira.

Também Simons (1995) descreveu o BSC como uma forma de avaliação da *performance* das organizações que permite acompanhar, avaliar a implementação da estratégia e fomentar a comunicação, motivação e o alinhamento estratégico.

O BSC permite uma visão global e abrangente da *performance* organizacional ao avaliar os resultados de ações passadas e de medidas que vão impactar a *performance* futura, sob a forma de quatro diferentes perspetivas: a perspetiva financeira, a perspetiva dos clientes, a perspetiva dos processos internos e a perspetiva da aprendizagem e desenvolvimento (Kaplan & Norton, 1992).

É um instrumento que apresenta uma visão holística dos sistemas de gestão da *performance* que permite o alinhamento com a estratégia da organização (Alipour *et al.*, 2022; Lee *et al.*, 2023) e que promove os resultados das organizações (Guenther & Heinicke, 2019), sendo considerado uma das ferramentas de gestão mais influentes e amplamente utilizadas pelas empresas em todo o mundo (Lee *et al.*, 2023).

O BSC, inicialmente implementado apenas no setor privado, alargou-se também ao setor público, nomeadamente ao setor da saúde. Bassani *et al.* (2022), no contexto de um estudo em hospitais italianos, consideram que o BSC pode ser uma ferramenta valiosa para conseguir a legitimidade organizacional ao validar as ações e decisões tomadas, assim como apoiar os processos de tomada de decisões estratégicas e centrar a atenção nas prioridades.

Vários estudos realizados em hospitais públicos verificam que existem resultados positivos na *performance* dos hospitais (Gao, *et al.*, 2018; Lee *et al.*, 2023; Pham *et al.*, 2020), nomeadamente na satisfação dos utentes e na *performance* financeira (Alipour *et al.*, 2022; Amer, *et al.*, 2022) e que a dimensão mais importante é a perspetiva do cliente (Lin *et al.*, 2023).

2.2.2. Centros de Responsabilidade

Para Jordan *et al.* (2021) os centros de responsabilidade existem para promover a realização dos objetivos gerais da organização, tendo em conta os seus próprios objetivos.

Os centros de responsabilidade são um sistema de controlo de gestão que se baseia nos princípios da descentralização, delegação de poderes e da atribuição responsabilidade e que permite avaliar o desempenho e contribuir para a motivação (Biswas, 2017).

Biswas (2017) refere que a descentralização tem impacto no planeamento e no controlo, aumenta a flexibilidade, reduz a lacuna da comunicação e motiva os gestores. Ao promover a motivação de gestores responsáveis, transformando-os em verdadeiros empreendedores, constitui uma base para a melhoria da remuneração e avaliação dos trabalhadores (Jordan *et al.*, 2021).

Para os mesmos autores, os centros de responsabilidade são unidades da organização que têm um gestor responsável com poder de decisão sobre os meios necessários para a concretização dos objetivos, que são definidos para orientação da sua atividade. Por conseguinte, permite uma relação de causalidade entre as atividades desempenhadas por essa unidade e o desempenho das mesmas, levando à avaliação dessa unidade e conduzindo à motivação dos diferentes segmentos da organização (Biswas, 2017).

Os centros de responsabilidade podem ser classificados de acordo com o poder de decisão de cada responsável. Assim sendo, podem identificar-se, quatro tipos de centros de responsabilidade: (a) Centros de custos – o gestor responsável tem poder de decisão sobre a utilização de meios que se traduzem em custos; (b) Centros de proveitos – o gestor responsável tem poder de decisão sobre a utilização de meios que se traduzem em custos da sua área funcional, gerando proveitos para a organização; (c) Centros de resultado – o gestor responsável tem poder de decisão sobre a utilização de meios que se traduzem em custos e proveitos; (d) Centros de investimento – o gestor responsável tem poder de decisão sobre a utilização de meios, que para além de se traduzirem em custos e proveitos, traduzem-se também em ativos ou passivos (Jordan *et al.*, 2021).

Na área da saúde, a descentralização influencia a equidade, eficiência e resiliência do sistema, pelo que se apresenta como vantajoso para a gestão das organizações e para a sustentabilidade dos próprios sistemas de saúde (Abimbola *et al.*, 2019).

2.3. Centros de Responsabilidade Integrada

Em Portugal, na área da saúde, os centros de responsabilidade passaram a denominar-se como Centros de Responsabilidade Integrada (CRI). A literatura existente sobre os mesmos baseia-se essencialmente na legislação existente em Portugal.

A primeira referência a centros de responsabilidade surge com a publicação do Decreto-Lei 19/88, de 21 de janeiro, que aprovou a Lei de Gestão Hospitalar e determinou a criação de Centros de Responsabilidade e Custos, enquanto níveis intermédios de administração, tendo em conta o princípio de que os hospitais deviam estar organizados e ser administrados em termos empresariais (Ministério da Saúde, 1988). Tendo em conta a especificidade das organizações hospitalares houve necessidade

de melhorar o conceito, dando origem aos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), que foram criados pelo Decreto-Lei nº 374/1999 de 18 de setembro (Ministério da Saúde, 1999). Assim, em 1999, foi criado o primeiro CRI em Portugal, na Unidade de Cirurgia Cardiotorácica do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra. Posteriormente, durante vários anos não foram criados mais CRI.

No Quadro 2.1 apresenta-se a evolução da legislação criada para regulação dos CRI em Portugal, até ao momento.

Quadro 2.1 - Enquadramento Legal dos CRI

Decreto-Lei n.º 374/1999, de 18 de setembro Aprova a lei de gestão hospitalar e incentiva a organização em centros de responsabilidade e de custos
19/88, de 21 de janeiro

Decreto-Lei n.º 374/1999, de 18 de setembro	Cria os CRI nos hospitais do SNS Estabelece o regime geral para a criação dos CRI
Lei n.º 27/2002	Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar, que determina a necessidade de aprovação pelo governo, de um novo regulamento para a definição da estrutura orgânica das organizações hospitalares
Decreto-Lei nº 188/2003, de 20 agosto	Define a estrutura e órgãos das organizações hospitalares, reforçando a importância dos órgãos intermédios de gestão. Revoga o Decreto-Lei n.º 374/1999, de 18 de setembro
Decreto-Lei nº 233/2005 de 29 de dezembro	Aprova o regime jurídico e os estatutos das unidades de saúde com a natureza EPE
Decreto-Lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro	Estabelece os princípios gerais e regras da gestão hospitalar aplicada às unidades de saúde do SNS com natureza EPE Estabelece a possibilidade dos CRI serem criados por deliberação dos Conselhos de Administração
Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro	Define o modelo de regulamento interno dos CRI
Portaria 71/2018, de 8 de março	Procede à primeira alteração da portaria anterior Clarifica o regime laboral dos trabalhadores que integram os CRI
Decreto-Lei n.º 52/2022, de 04 de agosto	Aprova o Estatuto do SNS Pretende garantir a implementação do processo de contratualização interna, e promover a estruturação de organizações de saúde por níveis intermédios de gestão, nomeadamente os CRI

Apenas em 2017 e 2018 foram consolidadas as bases legais dos CRI e definidos os princípios gerais de funcionamento e organização, facto que conduziu a um aumento do número de criação de CRI nos últimos anos (Ministério da Saúde, 2017a; Ministério da Saúde, 2017b; Ministério da Saúde, 2018a).

Em 2022, o Decreto-Lei n.º 52/2022, aprova o estatuto do SNS e vem promover a estruturação de organizações de saúde por níveis intermédios de gestão, nomeadamente os CRI. O artigo 90.º do Decreto-Lei n.º 52/2022 define CRI como níveis de gestão intermédia que visam potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, promovendo a melhoria no acesso e na qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos existentes, e contribuindo para uma maior eficácia e eficiência. São constituídos por equipas multidisciplinares de profissionais de saúde, de acordo com a área ou áreas de especialidade, que podem beneficiar de incentivos, nos termos a definir em contrato-programa entre o conselho de administração e o CRI. Importa também conhecer

os princípios organizacionais subjacentes aos CRI, assim como os seus objetivos. Segundo o artigo 91.º os CRI orientam a sua atividade de acordo com os seguintes princípios: (a) Delegação de competências e de responsabilidades por parte dos órgãos de administração; (b) Concretização dos objetivos contratados com o controlo dos custos e o com o reconhecimento dos profissionais, levando a sustentabilidade; (c) Transparência com a publicação de resultados e auditorias internas e externas; (d) Cooperação e solidariedade entre os elementos que constituem o CRI, e de cada CRI perante a restante instituição; (e) Articulação, com as estruturas e serviços da instituição; (f) Avaliação objetiva, transparente e contratualizada entre as partes; (g) Mérito e objetivação do reconhecimento, que resulta da avaliação de cada elemento; (h) Definição clara dos objetivos quantificados, programados e calendarizados; (i) Controlo da utilização dos recursos humanos e materiais que lhe estão afetos; (j) Contratualização através da celebração, entre os diretores do CRI e o conselho de administração, de contratos-programa anuais que fixam os objetivos e os meios necessários para os atingir e definem os mecanismos de avaliação periódica, devendo o referido contrato-programa ter em conta os objetivos gerais do hospital e os definidos pela tutela, nomeadamente no que respeita aos indicadores de produção, de serviço e de qualidade assistencial estabelecidos no contrato-programa da entidade (Presidência do Conselho de Ministros, 2022).

A criação de novos CRI, como modelo de gestão, é fortemente incentivada pelas políticas de saúde vigentes em Portugal, na medida em que promove a inovação, o trabalho em equipa, a melhoria dos resultados assistenciais e a motivação dos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde que pertencem aos CRI podem ainda beneficiar de incentivos, sendo que para o ano de 2023 estava prevista uma majoração acrescida na sua remuneração, de forma a incentivar a criação de novos CRI (Administração Central do Sistema de Saúde I.P., 2023) (Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., 2022).

Mais recentemente, Carvalho e Campos Fernandes (2024) efetuaram um estudo comparativo do desempenho de três unidades previamente e após a implementação do CRI e apresentam algumas recomendações para a melhoria do modelo. Relativamente aos incentivos, estes devem ser ajustados de forma a evitar que sejam apenas provenientes da produção adicional, devendo incluir indicadores de qualidade e resultados clínicos. Também o financiamento deve ser revisto, de forma a criar linhas específicas de financiamento por patologia, baseadas em indicadores de qualidade e resultados clínicos. Por outro lado, as tabelas de financiamento à produção devem ser ajustadas de forma a refletir as necessidades atuais. Outro aspeto importante a melhorar é a necessidade de introduzir instrumentos de gestão para apurar rendimentos e gastos e desenvolvimento de mecanismos de monitorização e avaliação. Também os sistemas de informação (administrativos e clínicos) devem ser otimizados para melhorar a gestão e monitorização do desempenho atempadamente. O planeamento é outra situação a melhorar, nomeadamente para garantir a aprovação atempada dos planos de

atividades e orçamento para uma gestão eficiente e autónoma. Recomendam ainda a promoção de redes de referenciação específicas por patologia e incentivar os centros de referência para o modelo CRI.

2.4. Sistema de Gestão de Desempenho

Os recursos humanos desempenham um papel fundamental nas organizações, contribuindo para a sua estratégia e eficácia (Jiang & Messersmith, 2018), pelo que a gestão dos recursos humanos (GRH) torna-se imprescindível nas organizações. A GRH na administração pública tem vindo a ganhar destaque na investigação académica, principalmente no setor de saúde pelos múltiplos desafios que as organizações de saúde enfrentam, como o envelhecimento da população doente e dos profissionais de saúde, cortes governamentais, reformas organizacionais e reorganizações (Boselie *et al.*, 2019).

A GRH pode ser definida como o conjunto de políticas, procedimentos, práticas e sistemas que afetam e influenciam o comportamento e a *performance* (Therit, 2009) e visam atingir os objetivos da organização (Armstrong, 2009; Boselie, 2014), o bem-estar dos colaboradores e o bem-estar social (Beer *et al.*, 2015).

O Sistema de trabalho de alto desempenho (HPWS) corresponde a um grupo de práticas GRH separadas, mas interligadas, concebidas para melhorar as capacidades dos trabalhadores, motivação, melhorando assim o desempenho organizacional, que inclui: seleção rigorosa do pessoal, treino e desenvolvimento, remuneração e incentivos e avaliação do desempenho (Huselid, 1995; Lepak *et al.*, 2006; Chang & Chen, 2013).

Estas práticas de GRH podem influenciar positivamente o desempenho das organizações, satisfação no trabalho e o *commitment* dos colaboradores, nomeadamente quando as organizações oferecem melhores instalações, recompensas, bónus e empoderamento dos seus colaboradores (Rodjam *et al.*, 2020; Vivek, 2018). Também Batta *et al.* (2023) referem que a gestão de desempenho, o planeamento da carreira e a remuneração estão positivamente relacionadas com a satisfação no trabalho e que a formação e o desenvolvimento também são preditores de satisfação no trabalho. Salientam, ainda, que existe uma associação positiva entre o planeamento da carreira, a remuneração e o treino e desenvolvimento com o desempenho dos colaboradores.

Desta forma, as práticas de GRH devem ser equitativas, eficazes e justas, de forma a motivar os colaboradores e aumentar o seu nível de satisfação no trabalho, contribuindo para a concretização dos objetivos da organização (Maimako & Bambale, 2016). Apesar das evidências na literatura da relação positiva entre as práticas de GRH e a *performance* organizacional, a concetualização e a análise dos sistemas de recursos humanos não contemplam as sinergias e interações entre as diferentes práticas de GRH limitando a avaliação global destes sistemas (Boon *et al.*, 2019).

A gestão de desempenho é uma prática de GRH muito poderosa, na medida em que alinha as contribuições individuais com estratégias organizacionais (Dusterhoff *et al.*, 2014) e promove o desenvolvimento dos colaboradores (Kuvaas, 2008). Pode ser definida como um processo de medição, monitorização e avaliação dos resultados e do desempenho individual num período de tempo (Banner & Cooke, 1984) cujo propósito essencial, do ponto de vista organizacional, é ajudar os gestores a tomar decisões corretas sobre salários, promoções, formação e incentivar os funcionários através de *feedback* positivo (Ameen & Baharom, 2019).

A gestão de desempenho e os seus resultados é melhor aceite se os funcionários a considerarem justa (Gupta & Kumar, 2012; Seljak & Kvas, 2015; Thurston & McNall, 2010), o que inclui, por um lado, receber promoção e pagamento adequados (Setiawati & Ariani, 2019). Por outro lado, estarão motivados para promover o seu desempenho profissional quando perceberem que o mecanismo de avaliação de desempenho da organização é justo e objetivo (Lyu *et al.*, 2023).

A justiça da gestão de desempenho refere-se ao grau de percepção dos colaboradores sobre a equidade no sistema de gestão e avaliação de desempenho, no processo e nos resultados (Dangol, 2021; Iqbal *et al.*, 2019). Greenberg (1986) propôs duas dimensões para a compreender a estrutura da justiça: justiça processual e justiça distributiva. Colquitt (2001) enriqueceu esta estrutura, dividindo-a em quatro dimensões: justiça processual, justiça distributiva, justiça interpessoal e justiça informativa. A justiça processual refere-se à percepção dos colaboradores sobre os critérios de avaliação de desempenho da organização e a equidade dos procedimentos utilizados pelos supervisores no processo de gestão de desempenho (Erdogan, 2002; Nagin & Telep, 2020). A justiça distributiva refere-se à equidade dos resultados da avaliação de desempenho percebido pelos colaboradores (Colquitt, 2001). A justiça interpessoal refere-se ao grau de educação, dignidade e respeito dado aos funcionários pelos seus superiores ao executar procedimentos ou determinar resultados e a justiça informativa enfatiza a integralidade e a exatidão de todas as informações sobre as avaliações de desempenho percebidas pelos colaboradores (Greenberg, 1993; Gupta & Kumar, 2012).

Atendendo ao âmbito de aplicação deste trabalho no setor público importa referir o sistema de gestão de desempenho em vigor.

Em Portugal, a gestão de desempenho da administração pública, onde se inclui o setor da saúde, é realizada pelo Sistema Integrado de Gestão e Avaliação da Administração Pública (SIADAP), estabelecido pela Lei nº 66-B/2007 de 28 de dezembro (Assembleia da República, 2007), com as alterações introduzidas pela Lei 66-B/2012, de 31 de dezembro (Assembleia da República, 2012) e pelo Decreto-Lei n.º 12/2024, de 10 de janeiro de 2024 (Presidência do Conselho de Ministros, 2024), sendo aplicável aos serviços públicos, aos respetivos dirigentes e a todos os trabalhadores das instituições públicas.

De acordo com os princípios da avaliação de desempenho, este sistema é passível de ser aplicado em três diferentes níveis distintos (estratégico, intermédio e operacional), dividindo-se em três grandes áreas. Permite a avaliação da *performance* da organização ou serviços (SIADAP 1), do desempenho das chefias ou dirigentes (SIADAP 2) e dos trabalhadores (SIADAP 3), com ciclos de avaliação, anual, cinco ou três anos de acordo com a comissão de serviço e bienal, respetivamente.

Os parâmetros de avaliação baseiam-se em resultados (obtidos através dos objetivos individuais em articulação com os objetivos da organização) e em competências (que visam avaliar os conhecimentos, capacidades técnicas e comportamentais). A avaliação dos resultados obtidos em cada objetivo é expressa em três níveis: (a) «Objetivo superado», (b) «Objetivo atingido», (c) «Objetivo não atingido», a que corresponde uma pontuação de 5, 3 e 1 respetivamente. A pontuação final a atribuir ao parâmetro «Resultados» corresponde à média aritmética das pontuações atribuídas aos resultados obtidos em todos os objetivos.

A avaliação final resulta da média ponderada das pontuações obtidas nos dois parâmetros de avaliação, definindo uma ponderação de 60% para os resultados e 40% para as competências. Atribui-se uma classificação final de desempenho com a seguinte categorização: muito bom (avaliação final de 4 a 5 pontos), bom (avaliação de 3,500 a 3,999), regular (avaliação de 2 a 3,499) e inadequado (avaliação de 1 a 1,999). Ao final de 8 pontos (até agora eram necessários 10 pontos) o colaborador sobe uma posição remuneratória. Neste sistema de avaliação não estão previstos quaisquer incentivos. Realça-se que existem cotas nas organizações, sendo de 30% para os desempenhos muito bom e de entre estas 10% para o reconhecimento de desempenho excelente (10%) e de 30% para o desempenho bom.

CAPÍTULO 3

Metodologia

3.1. Método

O presente trabalho tem por base a tipologia de projeto empresa e visa o desenvolvimento de um projeto de CRI para o Tratamento Multidisciplinar dos Sarcomas no IPOL. O estudo de caso constitui-se como uma investigação empírica que recorre à recolha, análise e interpretação das evidências adquiridas pelas diferentes técnicas de recolha de dados. Para este projeto foram selecionadas a análise documental, as entrevistas e os questionários.

De acordo com Yin (2017), o estudo de caso permite analisar o objeto no seu contexto real, considerando os principais intervenientes e as interações que ocorrem, seguindo uma metodologia de etapas sucessivas. Enquadra-se numa lógica de construção do conhecimento através da reflexão ponderada do investigador sobre as variáveis em estudo, tendo em consideração a necessidade de minimizar o efeito da sua própria convicção no processo de análise dos dados.

3.2. Técnicas de recolha de dados

Para a caracterização do IPOL e do CRSOPM foi analisada a documentação interna disponível como o plano de atividades e orçamento, relatórios de execução orçamental, plano assistencial integrado, contrato-programa, assim como os dados de desempenho relativos a 2022-2023.

A análise desta documentação é fundamental para o conhecimento dos recursos da organização e para a realização do diagnóstico organizacional. A consulta de documentos públicos como relatórios de contas ou dados de desempenho de outras instituições é essencial para a análise externa da organização e para a realização da análise de *benchmarking*. Neste âmbito procede-se à consulta e análise dos dados dos relatórios de contas dos institutos portugueses de oncologia de Lisboa, Coimbra e Porto.

A recolha de dados é complementada com entrevistas semiestruturadas. Estas apresentam-se como instrumentos ideais para captar a experiência vivida por cada entrevistado e ouvir as principais aprendizagens que retiraram dessas experiências (Seidman, 2006), permitindo que os entrevistados expressem os seus pontos de vista de forma mais aberta, uma vez que o entrevistado tem espaço para responder da forma que entender ou levantar novos tópicos (Rubin & Rubin, 2011) do que numa entrevista estandardizada ou num questionário fechado. Assim, as entrevistas semiestruturadas constituem um contributo valioso para o aprofundamento do conhecimento teórico enquadradado com a realidade experienciada. Foram realizadas entrevistas a três conselhos de gestão de CRI de

organizações de saúde nacionais, estabelecidos há pelo menos três anos. Para o efeito foi concebido um guião de entrevista (Anexo A.1 e Anexo A.2).

Estava prevista a realização de questionários aos profissionais de saúde que integram o CRSOPM do IPOL, tendo sido selecionados como instrumentos de análise: (1) avaliação da Interação Líder-membros ou do inglês *Leader Member Exchange* (LMX) baseado no LMX 7 (Graen et al., 1982); (2) avaliação do *Commitment* segundo Meyer e Allen (1997) e (3) avaliação dos Modelos de Gestão em Organizações de Saúde (Cameron & Quinn, 2011), contudo por razões internas da organização optasse por não incluí-los.

3.3. Técnica de tratamento de dados

A técnica de tratamento de dados para a análise descritiva do conteúdo das entrevistas tem por base a metodologia de Gioia. Esta metodologia assume-se como uma abordagem qualitativa sistematizada para o desenvolvimento de novos conceitos a partir da análise dos dados (Gioia et al., 2013). Desta forma, a metodologia de Gioia permite apreender a experiência organizacional dos participantes e teorizar essas experiências em novos conceitos ou conhecimento.

A parte mais importante da metodologia de Gioia é o desenvolvimento da estrutura de dados, que consiste em três processos: primeira ordem, segunda ordem e dimensões agregadas (Gioia et al., 2013).

Numa primeira fase, procede-se à codificação dos termos e descrições utilizadas pelos participantes em categorias, baseadas nos termos utilizados. Esta metodologia tem que ser rigorosa e exaustiva, obedecendo as orientações em cada categoria ou dimensões, permitindo que sejam comparados e agregados (Gioia et al., 2013). Com o avançar da análise, podem inferir-se e interpretar semelhanças e diferenças entre as várias categorias iniciais, agrupando-as em categorias maiores de forma a reduzir para um número mais fácil de gerir e torná-las mais válidas e significativas.

Numa segunda fase, identificam-se as semelhanças dos processos e dos níveis dos conceitos de primeira ordem obtidos agregando-os em categorias ou, segundo a definição dos autores, de temas de segunda ordem. Na fase final procura-se agregar, entre as diferenças dessas categorias, uma dimensão adequada para as análises qualitativas dos temas considerados.

Nessa análise pretendem compreender-se as características, estruturas ou modelos subjacentes aos excertos das entrevistas permitindo a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção desses dados (Gioia et al., 2013). Ao associar a evidência documental relevante podemos verificar se os conceitos têm precedentes, descobrir novos conceitos e eventualmente descobrir novas definições.

CAPÍTULO 4

Diagnóstico da Organização

4.1. Caracterização do IPOL

O IPOL é um hospital público do SNS que se dedica ao tratamento, estudo e investigação do cancro, prestando cuidados de saúde altamente especializados e diferenciados, revelando indicadores de qualidade idênticos aos dos melhores centros de referência internacionais (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., 2024).

Apresenta um modelo de governação de acordo com o regime jurídico e os estatutos aplicáveis às unidades de saúde do SNS com a natureza de EPE de acordo com o estabelecido no Decreto-Lei 18/2017 de 10 de fevereiro (Ministério da Saúde, 2017a). A governação do IPO é exercida por um Conselho de Administração, que determina as linhas de orientação do Instituto nas áreas clínicas e não clínicas, e é responsável pela boa gestão e funcionamento técnico, humano e financeiro, pela qualidade e eficiência da prestação dos cuidados de saúde prestados na instituição (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., 2024). De acordo com (Mintzberg, 1979) o IPOL apresenta uma estrutura organizacional do tipo burocracia profissional, uma vez que o poder se situa no centro operacional, tendo os profissionais liberdade para exercer as suas competências e habilidades nas suas áreas de especialização.

O IPOL assegura o tratamento oncológico a todo o país em especial nas regiões de saúde de Lisboa e Vale do Tejo, no Alentejo, no Algarve, nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira e recebe e presta cuidados, como entidade de referência, aos utentes provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP) (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., 2024).

É acreditado pela *Organization of European Cancer Institutes* (OECl) como *Clinical Cancer Center* e possui o reconhecimento oficial pelo Ministério da Saúde como CR para as áreas de oncologia de adultos no tratamento dos cancros do esófago, testículo, reto e sarcomas das partes moles e para a oncologia pediátrica (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., 2023b).

Está também acreditado pela Sociedade Europeia de Oncologia Médica (ESMO) como Centro Integrado de Oncologia e Cuidados Paliativos. A organização integra ainda as Redes Europeias de Referência no tratamento da patologia oncológica na área da pediatria, pela *European Reference Network Paediatric Cancer* (ERN PaedCan), na área da oncologia de adultos – Sarcomas das Partes moles e Ósseas pela *European Network for Rare Adult Solid Cancer* (EURACAN). Em 2021 recebeu avaliação positiva pela *Andalusian Agency for Healthcare Quality Independent Assessment Body* no âmbito da candidatura a Centro de Referenciação Europeia pela *European Reference Network for*

Genetic Tumour Risk Syndromes (ERN GENTURIS) nas áreas de *Lynch* e polipose, cancro da mama e ovário hereditário e outras patologias raras, predominantemente malignas, como Síndrome hamartoma PTEN, Li-Fraumeni e melanoma maligno. Dispõe ainda de certificação pelo Sistema de Gestão da Qualidade em vários serviços clínicos e não clínicos (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., 2023b).

A missão do IPOL consiste na prestação de serviços de saúde no domínio da oncologia, com atividade abrangente nas áreas de investigação, ensino, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e continuidade de cuidados, que assegura a cada utente a prestação de cuidados adequados às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas e uma eficiente utilização dos recursos disponíveis.

Tem como visão ser o modelo de referência para o SNS na prestação de cuidados, no ensino pré e pós-graduado, na investigação na oncologia. Procura pautar-se pelos seguintes valores: respeito pelos utentes; práticas humanizadoras; acesso a todos os utentes; padrões clínicos e técnicos de excelência; inovação e melhoria contínua de qualidade; valorização e reconhecimento dos seus trabalhadores; princípios de eficiência, de economia e de sustentabilidade (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., 2024).

No Plano de Desenvolvimento Organizacional de 2024-2026, o Conselho de Administração (CA) propôs-se focar em três eixos principais: (1) centralidade no utente, onde se incluem todas as ações relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde, o reforço de medidas humanizadoras de cuidados, formas inovadoras de organização e prestação de cuidados e a beneficiação de instalações e equipamentos de acordo com as necessidades dos utentes e alinhadas com as melhores práticas e medidas de qualidade e segurança; (2) inovação, investigação e ensino em oncologia, necessárias a uma instituição especializada como o IPOL, uma formação pré e pós graduada e a formação contínua dos diferentes profissionais de saúde e (3) eficiência e sustentabilidade, de extrema importância num país com recursos limitados (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., 2024).

Em 2023, o IPOL realizou 317.108 consultas médicas, das quais 64.809 primeiras consultas, 7.949 cirurgias, 41.850 sessões no Hospital de dia e 76.207 tratamentos de radioterapia. Tendo tomado a cargo 11.920 novos utentes (mais 696 utentes do que no ano anterior) (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., 2024).

Apresenta uma capacidade instalada de 264 camas, distribuídas pelos diferentes internamentos e Cuidados Intensivos e Intermédios.

Quanto aos recursos humanos, a 31 de dezembro de 2023, o IPOL contava com 2070 profissionais, dos quais 365 médicos, 668 enfermeiros, 25 farmacêuticos, 216 técnicos de diagnóstico e terapêutica (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., 2024).

4.1.1. Envolvente Externa

Para a caracterização da envolvente externa elaborou-se uma análise PESTEL e uma análise SWOT, instrumentos de diagnóstico estratégico que se consideram essenciais para um projeto deste nível.

A análise PESTEL (Quadro 4.1) traduz a envolvente contextual: Político, Económico, Social, Tecnológico, Ecológico e Legal.

Quadro 4.1 - Análise PESTEL IPOL

Político	Plano de Recuperação e Resiliência integrado na Estratégia Portugal 2030 com um dos objetivos de “Reforçar a capacidade do SNS” através de um conjunto de reformas que investimentos que abrangem o IPOL; Instabilidade política externa como consequência dos conflitos Rússia/Ucrânia e Israel/Palestina; Estabilidade política interna, alternando entre Partido Socialista e Partido Social Democrata; Mudança de políticas de saúde em virtude das eleições legislativas março de 2024, com mudança do partido do governo; Plano de Emergência de Saúde – Regularização da lista de espera para cirurgia oncológica – OncoStop2024
Económico	PIB: 70 270,7 M€ (INE, 2024) Taxa de Inflação a estabilizar – Taxa de Inflação (agosto 2024): 1,9% (INE, 2024) Fundos Comunitários PRR; Atribuição de incentivos institucionais com base em indicadores de qualidade e eficiência; Política de financiamento restritiva face aos condicionalismos das finanças públicas e aos encargos do SNS;
Social e Cultural	Envelhecimento da população; Fluxos migratórios; Melhor informação da população; Mortalidade por cancro em 2022 – 29,9% (IARC, 2024)
Tecnológico	Constante desenvolvimento na tecnologia médica; Constante desenvolvimento de técnicas de medicina e enfermagem; Constante desenvolvimento na área farmacêutica; Constante desenvolvimento de tecnologias para o armazenamento e processamento de dados;
Ambiental	Sustentabilidade Redução do gasto energético Redução do consumo de água Redução do consumo de papel
Legal	Legislação na área da saúde: Lei de Bases da Saúde; Gestão Hospitalar; Serviço Nacional de Saúde; Direção Executiva – SNS; SIADAP

Do ponto de vista político importa salientar que enquanto hospital público do SNS, o IPOL é abrangido pelas políticas emanadas pelos governos eleitos, tendo o dever de tratar e proteger a saúde de todos os cidadãos no seu âmbito de ação, tal como está definido no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (Assembleia Constituinte, 1976). Este define que todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover através de um serviço nacional de saúde universal e tendencialmente gratuito, seguindo o modelo de *Beveridge*. Também o Plano de Recuperação e Resiliência (PRR) integrado na Estratégia Portugal 2030 tem como objetivo “Reforçar a capacidade do SNS” através de um conjunto de reformas que investimentos que abrangem o IPOL e o recente Plano de Emergência da Saúde, do qual consta a medida de Regularização da lista de espera para cirurgia oncológica (OncoStop2024).

Do ponto de vista económico realça-se a possibilidade de concorrer aos Fundos Comunitários PRR, a atribuição de incentivos institucionais com base em indicadores de qualidade e eficiência, mas por outro lado, mantém-se a política de financiamento restritiva face aos condicionalismos das finanças públicas e aos encargos do SNS (Instituto Nacional de Estatística, 2024).

Outro aspecto preponderante é a perspetiva social, nomeadamente o envelhecimento da população, os fluxos migratórios atuais, a melhor informação da população e por fim o impacto da mortalidade por cancro (29,9% em 2022; (International Agency for Research on Cancer, 2024). Não menos importante é o ponto de vista tecnológico, nomeadamente o constante desenvolvimento na tecnologia médica na área farmacêutica, com elevados custos para o SNS.

A perspetiva ambiental está cada vez mais presente em todas as organizações, com o enfoque na sustentabilidade e na redução dos gastos dos materiais fósseis.

Por fim, o ponto de vista legal tem implicações na área de atuação do IPOL, uma vez que este se rege pelas diferentes leis da saúde.

A análise SWOT (Figura 4.1) permite revelar os pontos fortes e os pontos fracos, as oportunidades e as ameaças da organização, numa tentativa de implementação de estratégias que explorem as suas forças internas e as oportunidades externas e, simultaneamente, neutralizem as ameaças evitando ou fortalecendo os seus pontos fracos.

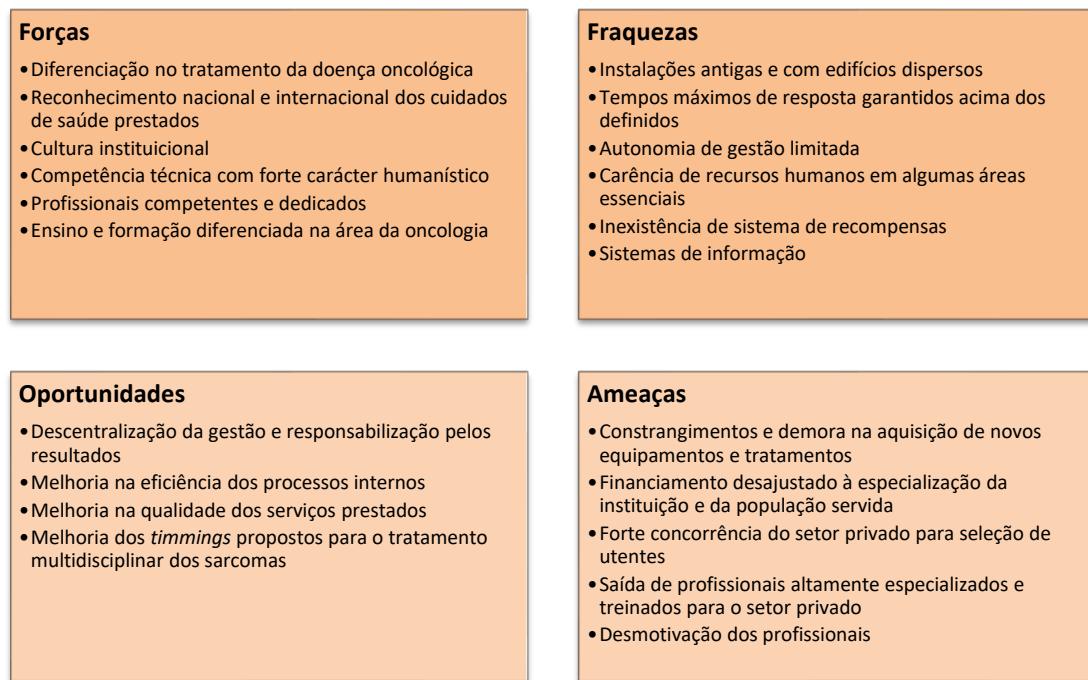


Figura 4.1 - Análise SWOT do IPOL

As forças do IPOL assentam, essencialmente, em duas vertentes: na diferenciação no tratamento da doença oncológica aliado ao reconhecimento nacional e internacional e na cultura institucional com elevada competência técnica e elevado carácter humanístico. Por outro lado, as fraquezas relacionam-se, fundamentalmente, com as instalações e equipamentos antigos e baixa autonomia na gestão, o que conduz a carências de recursos humanos em determinadas áreas e inexistência de recompensas

dos profissionais. Externamente, as oportunidades relacionam-se com a possibilidade de uma gestão mais descentralizada e responsabilização pelos resultados, o que pode conduzir a uma maior eficiência. Por outro lado, as ameaças ocorrem pela forte concorrência do setor privado na oncologia e com a saída de profissionais altamente especializados para o setor privado e também pela desmotivação dos profissionais.

4.1.2. Envolvente Interna - Centro de Referência de Sarcomas Ósseos e das Partes Moles (CRSOPM)

O CRSOPM presta cuidados de saúde especializados a utentes com sarcomas ósseos e das partes moles. A abordagem destes utentes é multidisciplinar, sendo operacionalizada pelo grupo multidisciplinar de sarcomas (GMS) do IPOL, que integra todas as especialidades envolvidas no diagnóstico, tratamento e vigilância dos utentes com esta patologia (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., 2018).

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

O CRSOPM é constituído pelos médicos de Cirurgia Geral, Cirurgia da Cabeça e Pescoço, Anatomia Patológica, Oncologia Médica, Radioterapia, Radiologia, Pediatria, Medicina Física e Reabilitação, Anestesiologia, bem como por membros do Serviço Farmacêutico e Serviço Social, pelos enfermeiros das Consultas Externas de Outros Tumores Sólidos (OTS) e pelas assistentes técnicas (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., 2024).

Para ajudar a compreender onde estão os pontos fortes e fracos e salientar os recursos ou capacidades que podem levar ao sucesso e aumentar a competitividade do CRSOPM foi construída uma matriz VRIO (Quadro 4.2). Os fatores críticos de sucesso, ou seja, as áreas que permitem garantir o sucesso do desempenho competitivo do CRSOPM identificados na matriz VRIO são a marca, o reconhecimento e o *Know-how* técnico dos profissionais.

Quadro 4.2 - Matriz VRIO do CRSOPM

	V	R	I	O	
	Não				Desvantagem Competitiva
	Sim	Não			Paridade Competitiva
25 colaboradores (18 médicos, 3 enfermeiras, 1 farmacêutica, 1 assistente social e 2 assistentes técnicas)	✓				
Participação em congressos nacionais e internacionais	✓				
Relação com os utentes	✓				
Instalações físicas	✓				
Equipamentos (imagiologia, radioterapia)	✓				
Estruturas e processos internos	✓				
Cultura organizacional	✓				
Tecnologia de informação	✓				
Capital financeiro (do IPOL)	✓				
	Sim	Sim	Não		Vantagem Competitiva Temporária
Inovação	✓	✓			
Alguns projetos de investigação	✓	✓			
	Sim	Sim	Sim	Não	Vantagem Competitiva não usada
Participações em estudos de investigação e projetos nacionais ou internacionais	✓	✓	✓	X	
Distinções/prémios concedidos à equipa e/ou colaboradores	✓	✓	✓	X	
Estratégia de marketing	✓	✓	✓	X	
	Sim	Sim	Sim	Sim	Vantagem competitiva a longo prazo
Marca	✓	✓	✓	✓	
Reconhecimento	✓	✓	✓	✓	
Know-How dos profissionais	✓	✓	✓	✓	

4.2. Percurso e Fluxograma do CRSOPM

O processo assistencial integrado (PAI) constitui-se como uma ferramenta organizadora dos diversos componentes que integram a prestação de cuidados de saúde aos utentes com sarcomas, definindo objetivos, riscos e indicadores de qualidade. O seu principal intuito é facilitar e homogeneizar os cuidados e a avaliação de resultados, contribuindo para melhoria contínua da qualidade (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., 2018).

Todos os utentes com diagnóstico de sarcoma, estabelecido por exame anatomo-patológico de material de biópsia, citologia ou peça operatória podem ser encaminhados para o CRSOPM do IPOL. Será agendada uma primeira consulta no prazo de duas semanas, posteriormente uma consulta de GMS (não presencial) até três semanas. Desde a data da decisão terapêutica do GMS e a data de início do tratamento não devem exceder-se as quatro semanas. Se o tratamento for cirúrgico, será agendada a cirurgia e informado do dia de comparência ao IPOL, no serviço de Cirurgia Geral. O internamento habitualmente é curto, sendo o seguimento do pós-operatório realizado na Consulta Externa – OTS, pela equipa de Enfermagem OTS e pelo cirurgião geral. Após a validação da anatomia patológica será agendada nova consulta de GMS para decisão terapêutica. Em caso de radioterapia adjuvante, será convocado pelo serviço de Radioterapia para a realização de consulta médica e Tomografia Axial Computorizada (TAC) de planeamento, devendo iniciar-se o tratamento até às oito semanas após a cirurgia. No caso da quimioterapia, será convocado pelo serviço de Oncologia Médica para agendamento de consulta médica, devendo o tratamento ser iniciado até às duas semanas. Apesar do

termino dos tratamentos instituídos, será agendada consulta de vigilância periódica na especialidade adequada e será agendada consulta de GMS sempre que se considere necessária nova decisão terapêutica.

A figura 4.2 descreve as atividades sequenciais no processo de confirmação diagnóstica, estadiamento, tratamento integral e monitorização do utente com sarcoma, assim como os *timings* expectáveis em cada etapa.

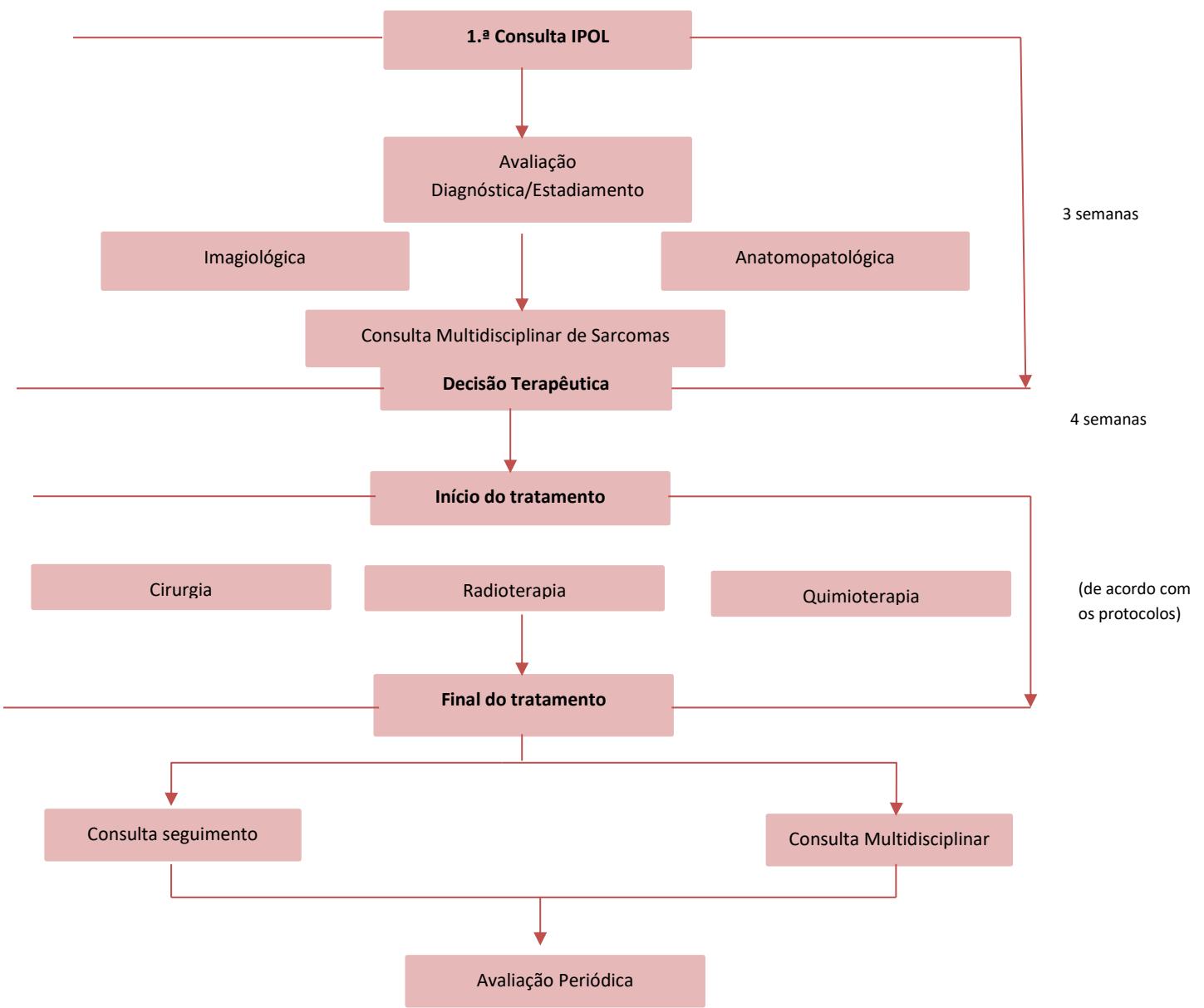


Figura 4.2 - Fluxograma Adaptado do PAI

Durante todo este processo é essencial o cumprimento dos *timings* expectáveis para a realização de cirurgia e radioterapia. Por incapacidade de recursos materiais (equipamentos) e humanos

verificam-se constrangimentos nos prazos de realização de exames de imagiologia e de anatomopatologia, essenciais para o diagnóstico e estadiamento e nos prazos para o tratamento cirúrgico e adjuvante (radioterapia ou quimioterapia) comprometendo os objetivos e indicadores de qualidade estipulados no PAI e os *timings* de tratamento, de acordo com a investigação científica mais recente.

A atividade do CRSOPM está diretamente dependente do respetivo CA e do Ministério da Saúde, uma vez que é acordado um CP anual entre estes para toda a atividade do IPOL prevista. Por conseguinte, a *performance* e a eficiência do CRSOPM são condicionadas pela dependência da atividade de outras unidades, pela capacidade instalada e pelos meios físicos, técnicos e humanos disponibilizados pelo CA do IPOL.

De realçar ainda que os profissionais do CRSOPM não são avaliados pelos objetivos e resultados do mesmo, mas pelo sistema SIADAP com objetivos gerais e não adaptados ao processo de gestão dos utentes do CRSOPM, não apresentando qualquer tipo de incentivos para o cumprimento destes prazos e *timings* tão necessários a esta patologia, comprometendo mais uma vez os objetivos e resultados definidos no PAI. Ainda de salientar que, atualmente, não existe apoio financeiro para formação nacional e internacional, indispensável nesta área de atuação.

4.3. Benchmarking

Na análise de *benchmarking* realizou-se uma comparação entre a estrutura, a atividade e os resultados do IPOL com outros hospitais nacionais com características semelhantes (grupo F), por forma a obter uma validação ou avaliar a necessidade de melhoria dos processos organizacionais.

Selecionou-se o IPO Coimbra e o IPO Porto, por se tratar de hospitais com o mesmo campo de ação do IPOL, principalmente na avaliação, tratamento e acompanhamento de utentes oncológicos. Foram avaliados e comparados os relatórios de contas mais recentes, do ano de 2023 (Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E., 2024a) (Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E., 2024b) (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., 2023a) (Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E., 2023b) (Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E., 2023) (Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E., 2022). Veja-se, para o efeito, o Quadro 4.3.

Da análise de *benchmarking* realizada através da informação presente nos relatórios de contas, destaca-se a não uniformização de indicadores e da apresentação dos dados, havendo alguns dados não disponíveis.

No que respeita à acreditação, todos os IPO são acreditados pela *Organization of European Cancers Institutes* (OECl), o IPO do Porto como *Comprehensive Cancer Centre*, enquanto os outros IPO

como *Clinical Cancer Center*. O IPO de Lisboa tem acreditação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia* (ACSA), por ser o modelo adotado pela Direção-Geral de Saúde para certificação de estabelecimentos do SNS, enquanto os outros IPO estão certificados pelo *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS).

Os CR são o modelo atual eleito pelos IPO, destacando-se o IPO Porto com seis centros de referência, seguido do IPOL que conta com cinco e, por fim, o IPO Coimbra com apenas um.

Quadro 4.3 - Análise de Benchmarking dos IPO de Lisboa, Porto e Coimbra

	IPOL (2023)	IPO Porto (2023)	IPO Coimbra (2023)
Estatuto	EPE	EPE	EPE
Acreditação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Clinical Cancer Center</i> (OECL) desde 2011 ▪ Centro Integrado de Oncologia e Cuidados Paliativos (ESMO) desde 2015 ▪ ACSA desde 2021 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Comprehensive Cancer Center</i> (OECL) desde 2017 ▪ HQS/CHKS desde 2020 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Clinical Cancer Center</i> (OECL) desde 2011 ▪ CHKP desde 2005
Centros de Referência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cancro do Esófago ▪ Cancro do Testículo ▪ Cancro do Reto ▪ Sarcomas das Partes Moles ▪ Oncologia Pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cancro Hepatobilio-pancreático ▪ Cancro do Esófago ▪ Cancro do Reto ▪ Sarcomas das Partes Moles e Ósseos ▪ Cancro do Testículo ▪ Oncologia Pediátrica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cancro do Reto
Número de profissionais efetivos	2045	2338	1057
Número de camas	264	n.d.	231
Número utentes novos	11.920	10.196	7.626
Total consultas	317.108	331.205	176.213
Primeiras consultas	64.809	101.220	27.575
Consultas subsequentes	252.299	229.985	148.638
Tempo médio espera para consultas (dias)	26	n.d.	18,4
% utentes em LIC > TMRG	36,6%	29%	24,4%
Número saídos de internamento	11.429	12.344	5.386
Demora média de internamento (dias)	n.d.	8,96	6
Total cirurgias	7.949	11.067	
Cirurgias convencionais	5.676	6.259	2.683
Cirurgias ambulatório	2.273	4.808	2.441
Radioterapia (sessões)	76.207	71.231	36.554
Quimioterapia (sessões)	41.850	47.951	
Valor Contrato-Programa (CP)	180.632.948	176.996.251	72.662.939
EBIDTA	-20.017.096	-5.568.659	-13.538.813
Resultado líquido	-25.480.610	-10.042.998,87	-17.068.453
Investigação	189 estudos observacionais 176 artigos publicados 71 ensaios clínicos 8 livros ou capítulos de livro	108 projetos em curso 11.067 artigos publicados 170 ensaios clínicos	53 projetos 20 ensaios clínicos 10 estudos observacionais

Nota: ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria Andalucia; EBIDTA - Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization; ESMO - European Society of Medical Oncology; HQS - Health Quality Service; CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems; LIC - Lista de Inscritos para Cirurgia; OECL- Organization of European Cancers Institutes; TMRG – Tempo Máximo de Resposta Garantido; n.d.: não definido

Os dados de produção do IPOL são semelhantes com o IPO Porto, contudo a cirurgia de ambulatório apresentou valores mais baixos que podem ser justificados pela existência apenas de uma sala de bloco, de duas disponíveis. Quanto ao número de cirurgias, importa realçar o facto do IPOL não incluir nestes números as implantações de cateteres centrais, contrariamente ao IPO Porto.

Os resultados financeiros revelaram-se negativos em todos os IPO. No IPOL verificou-se um resultado líquido negativo de cerca de 14% do valor total do CP, enquanto no IPO Porto se situou nos 6% (com valores de CP idênticos), o que pode indicar a necessidade de instituir medidas de gestão mais eficientes dos recursos existentes.

4.4. Resultados das Entrevistas

As entrevistas foram transcritas e, posteriormente, foram esquematizados os principais dados apurados, de acordo com a metodologia utilizada (Quadro 4.4). Foram encontrados 84 conceitos de primeira ordem que foram descritos pelos entrevistados e identificados em documentos internos. Desta informação foram identificados 12 temas de segunda ordem, que se resumem em cinco dimensões agregadas.

Todos os entrevistados referiram elevada expectativa em relação à autonomia, responsabilidade e eficiência gerada pelos CRI, como os principais ganhos, assim como um modelo de gestão mais ágil e que permite melhoria nos processos internos e na qualidade dos serviços prestados.

Os CRI devem ser orientados para a qualidade e simultaneamente para a valorização dos profissionais fomentando a multidisciplinaridade, o trabalho em equipa sob uma liderança forte e que concilie a visão, a estratégia e os objetivos institucionais com as necessidades e expectativas dos utentes e dos profissionais de saúde. Os objetivos contratualizados devem ser claros, realistas, mas ambiciosos, promovendo a melhoria dos resultados globais da unidade de saúde. Os entrevistados enumeraram a importância da avaliação do CRI de diferentes perspetivas e que os indicadores devem ser claros e mensuráveis, tendo evidenciado a utilização do BSC como uma mais-valia. A não utilização dos PTI está relacionada com o modelo de gestão das organizações de saúde ainda se manter rígido e pouco flexível a outras ferramentas de gestão como os PTI.

Os entrevistados referem que a avaliação de desempenho organizacional do CRI se resume apenas a indicadores de produção e de acesso. Consideram que um sistema de incentivos melhor e com mais autonomia financeira são aspetos importantes para melhorar a produção base e adicional ao mesmo tempo que se torna mais atrativo para os profissionais de saúde.

Os fatores críticos de sucesso dos CRI enumerados são o compromisso e motivação dos profissionais, a liderança do conselho de gestão e o trabalho em equipa, assim como partilharem a

mesma visão para o CRI. De forma unânime, salientam que é fundamental o apoio incondicional por parte do CA, mas que ainda existe muito desconhecimento desta metodologia de gestão.

As vantagens dos CRI assentam na melhoria do acesso, dos processos internos, do trabalho em equipa multidisciplinar, da qualidade assistencial prestada e ainda mais autonomia e mais proximidade do CA. Como dificuldades encontradas destacam-se a resistência à mudança dos profissionais, a adaptação a uma nova forma de gestão, a rigidez do modelo vigente na organização e dificuldades de operacionalização como a constituição da equipa, a gestão de camas, espaços físicos e gestão de tempos operatórios. Os entrevistados referem que os principais opositores aos CRI são os profissionais que não integram o CRI, que não acreditam ou até que desconhecem esta metodologia.

O recrutamento interno e voluntário dos profissionais e por convite foram consideradas as melhores técnicas de seleção dos recursos humanos para o CRI.

A comunicação externa e interna é fulcral para reconhecimento, aceitação e sucesso do CRI pelos diversos profissionais e pela organização. Ressalvam que a comunicação externa deve ser clara e transparente, mas que fica a cargo essencialmente da organização e assenta na *intranet* e nas suas redes sociais. A comunicação interna é de extrema importância e envolve reuniões semanais com todos os profissionais, comunicação de proximidade através de diferentes canais e com *feedback* constante.

Quadro 4.4 - Estrutura de dados segundo metodologia de Gioia

Conceitos de 1.ª Ordem	Conceitos de 2.ª ordem	Dimensões Agregadas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organização em unidade e não em serviço; ▪ Sem autonomia de gestão, nem de recursos humanos; ▪ Foco na cirurgia e não no processo do utente; ▪ Não havia multidisciplinaridade, cada profissional trabalhava de forma isolada; ▪ Utentes alocados em diferentes serviços; ▪ Sem condições para trabalhar; ▪ Não ser possível a investigação científica nem a inovação; 	Estrutura geral antes do CRI	Avaliação da organização interna (antes do CRI)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhorar o acesso; ▪ Melhorar a organização do serviço; ▪ Ter áreas de diferenciação; ▪ Aumentar a capacidade de resposta e a eficiência; ▪ Diferenciação técnica das equipas; ▪ Ser centro de referência; ▪ Motivação e comprometimento dos profissionais; 	Fatores motivadores para implementação CRI	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compromisso e motivação dos profissionais com a equipa; ▪ Trabalho em equipa; ▪ Profissionais com partilha da mesma visão; ▪ Apoio e impulso do CA; ▪ Liderança do conselho de gestão; 	Fatores críticos de sucesso para implementação CRI	Estratégia Organizacional (antes do CRI)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resistência a mudança dos profissionais; ▪ Rígidez do modelo de gestão instituído; ▪ Constituição da equipa dedicada ao CRI; ▪ Gestão de camas, espaços físicos e tempos operatórios; 	Dificuldades na implementação CRI	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir os aspetos gerais do perfil assistencial e da visão estratégica pretendida para o CRI; ▪ Manter o alinhamento de valores da organização; ▪ Aumentar a diferenciação e ser referência na área; ▪ Ter reconhecimento nos planos nacional e internacional; 	Missão e visão do CRI	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhoria do Acesso; ▪ Qualidade do serviço; ▪ Aumentar a produtividade; ▪ Satisfação dos utentes e dos profissionais; ▪ Permitir a inovação e a investigação; ▪ Assente na multidisciplinaridade e trabalho em equipa; 	Linhos orientadores de ação do CRI	Gestão Estratégica

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Articulação com os Cuidados de Saúde Primários no processo assistencial; ▪ Objetivos claros, realistas, mas ambiciosos; ▪ Estar alinhados com os objetivos da instituição e com a visão do CRI ▪ Definir indicadores que dependam do CRI; ▪ Objetivos de melhoria de Acesso, eficiência, produtividade, formação, humanização e investigação; 	Objetivos estratégicos	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenho do modelo de governança do CRI; ▪ Apoio e impulso do conselho de administração; ▪ Liderança forte; ▪ Dedicação e compromisso dos profissionais; ▪ Exigência na qualidade assistencial ▪ Definição e alocação de estrutura física; ▪ Retirar capacidade instalada de outros serviços; ▪ Difícil articulação para seleção de recursos humanos; 	Estratégia Operacional do CRI	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrumentos de controlo de gestão com diferentes perspetivas que não apenas a financeira; ▪ Instrumentos com perspetiva da produção, da qualidade e da satisfação dos utentes; ▪ BSC - Baseado nas metas e objetivos do CP; ▪ BSC - Permite metas mais dinâmicas e assistencial ▪ Preços de transferência interna a quem presta serviço ao CRI; 	Instrumentos de controlo de gestão	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestão intermédia e mais autonomia na gestão; ▪ Não estar dependente da tutela e do conselho de administração; ▪ Mais motivação dos profissionais e melhor remuneração; ▪ Melhoria da acessibilidade, da qualidade e diferenciação assistencial; ▪ Reorganização do percurso do utente, centrado neste e não nos profissionais; ▪ Mais procura pelos utentes; ▪ Melhoria nas condições físicas e estruturais; ▪ Proximidade da equipa multidisciplinar e do CA ▪ Em alguns serviços não houve melhoria (Bloco Operatório); ▪ Não se conseguiu integrar algumas especialidades no CRI; 	Resultados do CRI	Mecanismos de controlo de gestão
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimento do desempenho e perceber onde há hipótese de melhorar; ▪ Informação da atividade do CRI atempadamente; ▪ Devem ser simples e fáceis de interpretar; ▪ <i>Report</i> mensal; ▪ Apresentação dos resultados á equipa para conhecimento da equipa sobre a <i>performance</i> do CRI; 	Sistema de Informação	

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visão mais quantitativa dos dados e dos resultados obtidos; ▪ Profissionais internos da organização; ▪ Forma voluntária e por convite; ▪ Convite de acordo com o grau de competência e do gosto pela área após apresentação do projeto CRI aos profissionais; 	Seleção dos RH para o CRI
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não há sistema de gestão de desempenho para os médicos; ▪ SIADAP para restantes profissionais; ▪ Sistema de desempenho adaptado ao CRI (contempla a assiduidade, a participação e a aptidão para desafios, para além das horas dedicadas ao CRI e da produção de cada um); ▪ Os objetivos estão alinhados com a Unidade Local de Saúde e são negociados com o conselho de gestão; ▪ A avaliação continua a ser baseada nos objetivos do hospital e não nos objetivos do CRI; 	Sistema Avaliação Desempenho
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivos na produção em adicional (equipa cirúrgica) e incentivos para toda a equipa do CRI; ▪ Os incentivos institucionais são essencialmente para formação e aquisição de materiais; ▪ Os incentivos são (...) para majoração de equipa, que inclui equipa CRI e equipa cirúrgica do BO e (...) para o conselho de gestão; ▪ Se os objetivos forem atingidos (mais de 70%) há incentivos, caso contrário não há; ▪ Os pagamentos dos incentivos não são suficientes para reter as pessoas; 	Sistema de incentivos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A comunicação é a forma de manter as pessoas aliadas ao conselho de gestão; ▪ Permite esclarecer as várias fases do processo do CRI; ▪ A comunicação externa faz-se essencialmente na Intranet e redes sociais; ▪ A comunicação interna faz-se através de reuniões multidisciplinares frequentes e através de email institucional, grupo WhatsApp e pastas partilhadas; ▪ Há feedback constante à equipa do CRI. 	<p>Estratégia de Comunicação interna e externa</p> <p>Sistemas de partilha de informação</p>

4.5 Análise crítica

O diagnóstico organizacional realizado permitiu conhecer e caracterizar o IPOL e o CRSOPM, nomeadamente avaliar o seu funcionamento, o meio onde atua e os modelos de gestão vigentes.

O CRSOPM do IPOL está enquadrado num hospital EPE do SNS, tornando a sua atividade diretamente dependente das orientações do Ministério da Saúde e do CA.

O CRSOPM é uma equipa multidisciplinar altamente especializada, certificada nacional e internacionalmente e com elevado reconhecimento pelos pares e pelos utentes. Contudo, por se tratar de uma equipa multidisciplinar, apresenta diferentes lideranças, com diferentes visões, estilos e modelos de gestão. Apesar de ser uma unidade bem estruturada no que concerne ao tratamento de utentes com sarcoma, não tem autonomia de recursos humanos e materiais e encontra-se totalmente dependente do CA para todas as tomadas de decisão, pelo que apresenta implicações no desempenho do CRSOPM.

Também o facto de não existir um SCG que articule objetivos, indicadores e metas organizacionais com os resultados reais a curto e a médio prazo, impossibilitando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e da otimização da sua *performance*, pelo que pode comprometer o desempenho do CRSOPM.

As tomadas de decisão encontram-se ainda muito centralizadas condicionando a autonomia da gestão intermédia e contribuindo para a dificuldade na implementação de uma gestão estratégica ágil e responsável. Simultaneamente, o Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho (SGAD) vigente não é aplicado a todos os profissionais de saúde e a sua operacionalização não é clara nem transparente no que respeita aos seus objetivos, originando desconfiança e uma fraca aceitação por parte dos profissionais envolvidos que, desta forma, não sentem o seu trabalho valorizado nem reconhecido.

O contexto político e económico vigente favorece a descentralização da gestão e a potencial melhoria da *performance* organizacional, o CA estimula os profissionais a adotar uma organização em torno das necessidades dos utentes e na melhoria do desempenho assistencial e a literatura incentiva os CR a organizarem-se em CRI. Estas três condições são ideais para o desenvolvimento do projeto de um CRI para CRSOPM do IPOL.

CAPÍTULO 5

Projeto de Intervenção – CRI para o Tratamento Multidisciplinar dos Sarcomas do IPOL (CRI-TMS-IPOL)

Os dados apresentados no diagnóstico organizacional sugerem um potencial de otimização do CRSOPM do IPOL, nomeadamente no que diz respeito à sua eficiência, à qualificação dos serviços prestados, tendo em consideração a centralidade e a humanização dos cuidados ao utente, assim como a valorização dos profissionais de saúde. Tais premissas justificam a realização deste projeto de investigação: contributos para um CRI para o CRSOPM do IPOL.

Nas secções seguintes define-se a sua cultura organizacional definindo a sua missão, visão e valores, concebe-se a marca “CRI-TMS-IPOL”, e elaboram-se os instrumentos de gestão adotados (mapa estratégico, BSC, SGAD e sistema de incentivos). Por fim, apresenta-se a estrutura operacional detalhada do referido CRI.

5.1. Missão, Visão e Valores

A missão do CRI-TMS-IPOL é prestar cuidados de saúde especializados e diferenciados em oncologia, na área dos sarcomas, de acordo com os padrões de excelência mais elevados, garantido a acessibilidade, a equidade e o cumprimento dos *timings* estipulados ao longo de todo o percurso na instituição.

Como visão, o CRI-TMS-IPOL pretende constituir-se como o centro de referência nacional para o diagnóstico e tratamento de sarcomas, reconhecido nacional e internacionalmente, cuja gestão seja eficiente e com valorização, reconhecimento e recompensa de todos os seus profissionais.

Os valores pelos quais o CRI-TMS-IPOL se rege são o compromisso de respeito e comunicação com a pessoa, as práticas humanizadoras, padrões técnicos de excelência de acordo com as linhas internacionais mais recentes, inovação e melhoria contínua da qualidade, valorização, reconhecimento e recompensa dos profissionais e princípios de eficiência económica e sustentabilidade financeira.

5.2. Marca “CRI-TMS-IPOL”

O desenvolvimento da marca ‘CRI-TMS-IPOL’ traduz os aspetos fundamentais desta unidade de saúde, criando uma identidade própria que permite a divulgação da missão a todos os utentes e colaboradores (Figura 5.1).

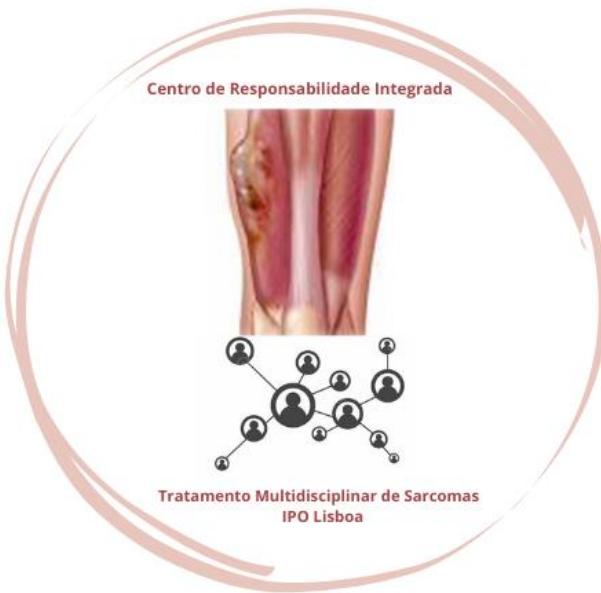


Figura 5.1 - Logotipo do CRI-TMS-IPOL

5.3. Caracterização

O CRI-TMS-IPOL pretende ser uma estrutura organizacional descentralizada com autonomia na decisão e gestão estratégica e alinhada com a gestão de topo na prestação de cuidados de saúde aos utentes com diagnóstico de sarcoma.

A atividade do CRI-TMS-IPOL encontra-se em harmonia com o seu regulamento interno, com o plano estratégico definido para um período de três anos e com o CP anual estabelecido com o CA. A atividade desta unidade funciona nas estruturas físicas do IPOL distribuindo-se pelo serviço de internamento da cirurgia geral e da oncologia médica, bloco operatório, radioterapia e consulta externa. A sua área geográfica de abrangência corresponde à área de intervenção do IPOL: regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Açores, Madeira e os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.

Para o tratamento dos utentes com sarcoma é necessária uma equipa multidisciplinar, nomeadamente médicos (cirurgia geral, cirurgia da cabeça e pescoço, oncologia médica, radiologia, radioterapia, anatomia patológica), enfermeiros, técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, farmacêutico, assistentes administrativos e técnicos auxiliares de saúde.

A seleção dos RH que integram o CRI-TMS-IPOL tem por base o reconhecimento profissional e humano dos elementos internos da área e está dependente da atividade planeada para o CRI. Pode ser necessária a contratação da prestação de serviços de outras unidades do IPOL e de outras instituições através da operacionalização dos PTI.

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

Os limites de atuação do CRI devem ser definidos e é importante medir e monitorizar os serviços prestados com indicadores de qualidade, como a satisfação dos utentes, auditoria dos processos internos e indicadores económico-financeiros. Para esta monitorização é fundamental o desenvolvimento e implementação de um mapa estratégico e de um BSC.

Por outro lado, é essencial que o SGAD seja adequado para que haja uma avaliação justa e clara do desempenho dos profissionais de saúde do CRI-TMS-IPOL, por outro lado é imprescindível um sistema de incentivos para aproximar os profissionais da estratégia organizacional.

5.4. Mapa Estratégico

O mapa estratégico e o BSC são instrumentos de gestão estratégica que possibilitam a avaliação do desempenho organizacional e o alinhamento entre o CRI e a gestão de topo. Estes aspectos são fundamentais para o sucesso das estruturas descentralizadas, uma vez que contribuem para a tomada de decisão e o acompanhamento da execução da estratégia definida.

Os princípios estratégicos do CRI-TMS-IPOL que sustentam o mapa estratégico e o BSC têm em consideração as quatro perspetivas clássicas de Kaplan e Norton (1992): clientes, processos internos, aprendizagem e desenvolvimento organizacional e financeira e a visão estratégica do IPOL presente no Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO) para 2024-2026, em que o CA propõe focar-se em três eixos: (1) centralidade no utente; (2) inovação, investigação e ensino em Oncologia e (3) Eficiência e Sustentabilidade, que se encontram identificados no quadro seguinte (Quadro 5.1).

Quadro 5.1 - Princípios estratégicos do CRI-TMS-IPOL

Cliente	<ul style="list-style-type: none">▪ Melhoria da acessibilidade aos utentes com sarcoma;▪ Qualidade assistencial aos utentes com sarcoma;▪ Humanização, inclusão e centralidade do utente e família no processo;▪ Melhoria da satisfação dos utentes e família;▪ Melhoria na comunicação com os utentes e família;
Processos internos	<ul style="list-style-type: none">▪ Promoção da eficiência da utilização dos recursos;▪ Promoção da qualidade e segurança dos serviços prestados;▪ Melhoria contínua da qualidade e desenvolvimento de estratégias que permitam a monitorização e auditoria frequentes;
Aprendizagem e desenvolvimento organizacional	<ul style="list-style-type: none">▪ Promoção de competências, motivação e satisfação dos colaboradores;▪ Incentivo à investigação;▪ Fomentar o ensino pré e pós-graduado em oncologia na área dos sarcomas;▪ Promoção de inovação nos serviços e cuidados prestados;
Financeira	<ul style="list-style-type: none">▪ Sustentabilidade e o equilíbrio económico-financeiro;▪ Racionalização dos gastos e gestão transparente e eficiente dos recursos.

O mapa estratégico do CRI-TMS-IPOL encontra-se representado na Figura 5.2 e demonstra os seus princípios estratégicos assim como as suas diferentes interligações.

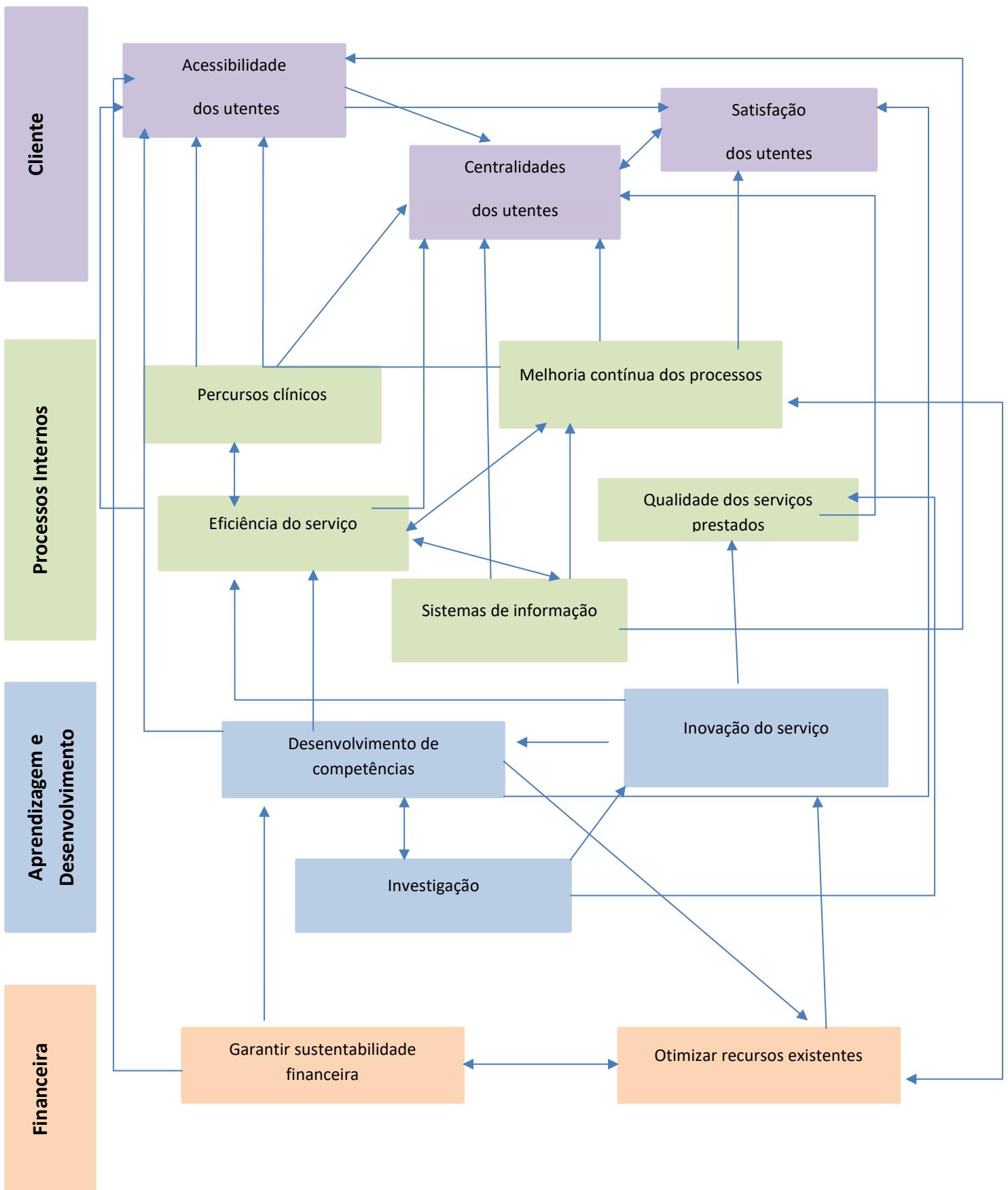


Figura 5.2 - Mapa estratégico do CRI-TMS-IPOL

Salienta-se que a acessibilidade, a centralidade e a satisfação dos utentes são o enfoque deste mapa estratégico e que a eficiência do serviço, os sistemas de informação e a melhoria contínua dos processos são aspectos importantes para atingir esses objetivos. A investigação e a inovação, imprescindíveis na oncologia, apresentam um papel preponderante na qualidade dos serviços prestados e na satisfação dos utentes e dos profissionais.

5.5. *Balanced Scorecard*

O BSC surge após a determinação dos objetivos estratégicos do CRI-TMS-IPOL, que são definidos tendo em consideração as principais linhas orientadoras da estratégia organizacional (Quadro 5.1) e as quatro perspetivas de Kaplan e Norton (1992). Os fatores de ponderação para cada perspetiva estão definidos na Figura 5.3.

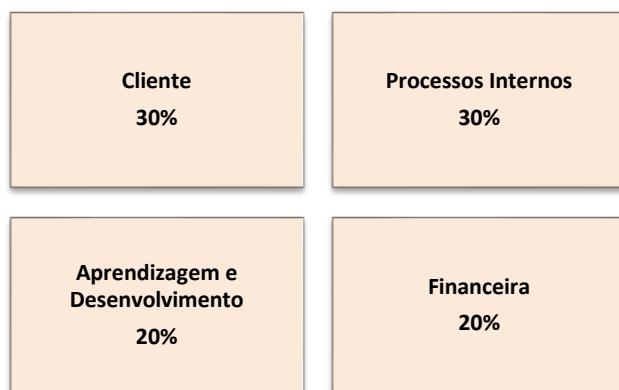


Figura 5.3 - Fatores de ponderação das 4 perspetivas do BSC

O BSC está representado nas seguintes quatro tabelas. Cada tabela corresponde a uma perspetiva do BSC. O Quadro 5.2 refere-se à perspetiva do cliente, onde se avalia a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde, a centralidade e a sua satisfação em relação aos mesmos. Na perspetiva dos processos internos (Quadro 5.3) encontram-se indicadores de resultado da atividade assistencial e indicadores relacionados com a operacionalização dos processos. No que diz respeito à aprendizagem e desenvolvimento (Quadro 5.4) apresentam-se indicadores de desempenho relacionados com o desenvolvimento de conhecimentos e competências. Por fim, do ponto de vista da perspetiva financeira (Quadro 5.5) expõem-se os indicadores de desempenho organizacional, fundamentais para a sustentabilidade desta unidade.

Quadro 5.2 - BSC - Perspetiva do cliente: objetivos estratégicos, indicadores e metas (30%)

Objetivos Estratégicos	FP	Indicadores	PI	Metas	Critérios de Superação	Fórmula de Cálculo	Iniciativas
C1 - Garantir a acessibilidade dos utentes	40%	TMRG consultas de 1ª vez	40%	>90%	Não atingido < 90% Atingido – 90 a 95% Superado > 95%	% de utentes com tempo de espera para consulta de 1º vez ≤ TMRG	✓ Estipular vagas de consultas de 1ª vez adequadas às necessidades
		TMRG cirurgias	40%	>90%		% de utentes com tempo de espera para cirurgia ≤ TMRG	✓ Articular cirurgias adicionais incentivadas com a concretização do TMRG
		Tempo entre diagnóstico e CDT < 8 dias	20%	>90%		% CDT marcadas em 8 dias após diagnóstico	✓ Assegurar vagas para consultas de 1ª vez para CDT
C2 - Assegurar a centralidade dos utentes	30%	Taxa de articulação entre internamento IPOL e consulta externa ou ACES para apoio ao utente e familiares após a alta	50%	>80%	Não atingido < 80% - Atingido – 80 a 90% - Superado > 90%	% de utentes saídos com consulta de enfermagem na consulta externas ou ACES em 1 semana após a alta	✓ Estabelecer protocolos internos com consulta externa e com ACES
		Taxa de utentes com consulta médica realizada após alta	50%	>80%		% utentes com consulta médica realizada nos primeiros 21 dias após a alta.	✓ Agendamento de consulta médica aquando da alta
C3 - Promover a satisfação dos utentes	30%	Grau de satisfação dos utentes	60%	> 85% satisfeitos	Não atingido < 20%* Atingido – 20 a 25% Superado > 25%	Resultados dos inquéritos de satisfação	✓ Promover aplicação de inquéritos de satisfação 6/6meses
		Número de reclamações	40%	Redução 20% do ano anterior		Resultados das reclamações efetuadas pelos utentes/familiares	✓ Criar caixa de reclamações/sugestões de melhoria e envio de mensagem para formulário via eletrónica (myIPO); ✓ Fazer levantamento das reclamações passadas, corrigindo fatores identificados

Nota: ACES: Agrupamentos de Centros de Saúde; CDT: Consulta de Decisão Terapêutica; FP: Fatores de Ponderação; PI: Peso do Indicador; TMRG: Tempo Máximo de Resposta Garantido

* Redução em relação ao ano anterior

Quadro 5.3 - BSC - Perspetiva dos processos internos: objetivos estratégicos, indicadores e metas (20%)

Objetivos Estratégicos	FP	Indicadores	PI	Metas	Critérios de Superação	Fórmula de Cálculo	Iniciativas
P1 – Garantir excelência dos serviços prestados	50%	Tempo médio de internamento	30%	Redução 10% ano anterior	Não atingido < 10%* Atingido – 10-20% Superado > 20%	Tempo total internamento/ total utentes internados	Assegurar cuidados de saúde de excelência durante internamento Assegurar apoio fisioterapia, nutricionista, assistente social dedicados
		% de re-internamentos	30%	Redução 10% ano anterior		Nº re-internamentos/ Nº altas	Garantir apoio médico e enfermagem nas consultas externas ou nos ACES
		% complicações pós-operatórias	20%	Redução 20% ano anterior	Não atingido < 20%* - Atingido – 20-30% - Superado > 30	Nº complicações pós-operatórias/ utentes operados	Otimização <i>performance status</i> dos utentes antes da cirurgia Assegura acompanhamento pós-operatório atempado
		% Tempo desde 1ª consulta até ao diagnóstico	20%	Redução 20% ano anterior		Avaliação de tempo entre 1ª consulta e diagnóstico	Garantir vagas específicas com a anatomia patológica e radiologia
P2 - Garantir eficiência do serviço	20%	Nº de consultas	50%	>5000	Não atingido < 5000 Atingido: 5000-5500 Superado > 5500	Total de consultas realizadas por ano	Garantir condições técnicas Garantir RH Diminuir tempo entre cirurgias Diminuir nº utentes cancelados
		Nº de cirurgias	50%	>600	Não atingido < 600 Atingido: 600-650 Superado > 650	Total de cirurgias realizadas por ano	
P3 - Definir percursos clínicos centrados nos utentes	10%	Percorso clínico pré-operatório	100%	> 50%	Não atingido < 50% Atingido: 50-80% Superado > 80%	% utentes que realizam rotinas pré-operatórias no dia da proposta cirúrgica	Assegurar vagas específicas para realização de rotinas pré-operatórias
P4 - Assegurar melhoria contínua dos processos	10%	Realização de auditorias aos processos internos	100%	Auditória semestral	Não atingido: < 2/ano Atingido: 2/ano Superado: > 2/ano	Avaliação da realização da auditoria semestral	Definir equipa de auditores Fazer plano anual de auditoria
P5 - Operacionalizar sistemas de informação	10%	Nº de programas informáticos em vigor	50%	Integração programas -	Não atingido: não Atingido: Sim Superado: boas práticas	Quantificação /comparação de programas independentes necessários na atividade clínica	Otimizar programas informáticos

Nota: ACES: Agrupamentos de Centros de Saúde; FP: Fatores de Ponderação; MCDT: Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica; PI: Peso do indicador; RH: Recursos Humanos

* Redução em relação ao ano anterior

Quadro 5.4 - Perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento: objetivos estratégicos, indicadores e metas (20%)

Objetivos Estratégicos	FP	Indicadores	PI	Metas	Critérios de Superação	Fórmula de Cálculo	Iniciativas
A1. Garantir inovação do serviço	40%	Taxa de aquisição de equipamento para a consulta externa	50%	Aquisição de > 40% dos equipamentos necessários	Não atingido < 40% - Atingido – 40-50% - Superado > 50%	Levantamento do equipamento necessário e avaliação da % adquirida (em valor)	Aquisição de material específico de consulta
		Taxa de aquisição de equipamento para o Bloco Operatório e Anatomia Patológica	50%	Aquisição de > 40% dos equipamentos necessários			Aquisição de material para o bloco operatório
A2. Desenvolver competências dos colaboradores	30%	Nº de ações de formação frequentadas	100%	> 80 % dos colaboradores com mais do que 2 formação/ano	Não atingido < 80% - Atingido – 80-90% - Superado > 90%	Nº de colaboradores com mais de 1 formação/ Total de colaboradores x100	Promover e apoiar a frequência de formações em todos os grupos profissionais
A3. Incentivar investigação	30%	Nº de artigos científicos publicados	70%	> 1 artigo do CRI por ano	Não atingido < 1 - Atingido – 1 a 2 - Superado > 2	Nº total de artigos do CRI por ano	Sistema de incentivos/prémios para a publicação de artigos científicos em revistas indexadas
		N.º de projetos	30%	> 1 projeto por ano	Não atingido < 1 - Atingido – 1 a 2 - Superado > 2	Nº total de projetos do CRI por ano	Sistema de incentivos/prémios para a participação em projetos nacionais ou internacionais

Nota: FP: Fatores de Ponderação; PI: Peso do Indicador

Quadro 5.5 -BSC - Perspetiva financeira: objetivos estratégicos, indicadores e metas (20%)

Objetivos Estratégicos	FP	Indicadores	PI	Metas	Critérios de Superação	Fórmula de Cálculo	Iniciativas
F1. Garantir sustentabilidade financeira	50%	Taxa de cumprimento do orçamento anual	35%	Cumprimento do orçamento anual	Não atingido < 0 - Atingido = 0 - Superado > 0	Orçamento anual – gastos reais \geq 0	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Otimização de custos fixos e variáveis ✓ Garantir operacionalização de PTI ✓ Garantir codificação GDH precisa
		Resultados operacionais por utente	35%	Aumento 10% em relação ano anterior	Não atingido < 10%* Atingido – 10-20% - Superado > 20%	Rendimentos – gastos operacionais por utente	
		EBT	30%	Aumento 10% em relação ano anterior		Comparação entre demonstração resultados	
F2. Otimizar recursos existentes	50%	Custos de internamento por utente	50%	Redução 10% em relação ano anterior	Não atingido < 10%* Atingido – 10-15% - Superado > 15%	Comparação de custos totais internamento/ utente com ano anterior	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuir tempo de internamento
		Custos no bloco operatório por utente	50%	Redução 10 % em relação ano anterior		Comparação de custos totais bloco/ utente com ano anterior	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumentar rácio cirurgia ambulatória/ cirurgia convencional ✓ Reduzir despesa de material descartável no bloco operatório

Nota: EBT: *Earnings Before Taxes*; FP: Fatores de Ponderação; PI: Peso do Indicador; PTI: Preços de Transferência Interna; GDH: Grupos de Diagnóstico Homogéneos

* Redução em relação ao ano anterior

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

A avaliação da *performance* organizacional é realizada através do mapa que se segue onde constam os objetivos estratégicos e indicadores de medida, diferenciados por cada perspetiva de Kaplan e Norton (1992) (Quadro 5.6).

Quadro 5.6 - Mapa de avaliação da performance organizacional do CRI-TMS-IPOL

MAPA DE AVALIAÇÃO DA PERFORMANCE ORGANIZACIONAL						
	Descrição do Objetivo		FP	Avaliação		
				Superado (5 pontos)	Atingido (3 pontos)	Não atingido (1 ponto)
Cliente (30%)	Objetivo C1	Garantir a acessibilidade dos utentes	40%			
	Indicador C1.1	TMRG 1ª consulta	40%			
	Indicador C1.2	TMRG cirurgias	40%			
	Indicador C1.3	Tempo entre diagnóstico - CDT	20%			
	Objetivo C2	Assegurar a centralidade do doente	30%			
	Indicador C2.1	Taxa de articulação entre internamento IPOL e consulta externa ou ACES para apoio ao utente e familiares após a alta	50%			
	Indicador C.2.2	Taxa de utentes com consulta médica realizada após alta	50%			
	Objetivo C3	Promover a satisfação dos utentes	30%			
	Indicador C.3.1	Grau de satisfação dos utentes	60%			
	Indicador C.3.2	Número de reclamações	40%			
Avaliação final objetivo C: $0,4x(0,4x\text{IndC1.1} + 0,4x\text{IndC1.2} + 0,2x\text{IndC1.3}) + 0,3x(0,5x\text{IndC2.1} + 0,5x\text{IndC2.2}) + 0,3x(0,6x\text{IndC3.1} + 0,4x\text{IndC3.2})$						
Processos Internos (30%)	Objetivo P1	Garantir excelência dos serviços prestados	50%			
	Indicador P.1.1	Tempo médio de internamento	30%			
	Indicador P.1.2	% de re-internamentos	30%			
	Indicador P.1.3	% complicações pós-operatórias	20%			
	Indicador P.1.4	% Tempo desde 1ª consulta até ao diagnóstico	20%			
	Objetivo P2	Garantir eficiência do serviço	20%			
	Indicador P.2.1	Nº de consultas	50%			
	Indicador P.2.2	Nº de cirurgias	50%			
	Objetivo P3	Definir percursos clínicos centrados nos utentes	10%			
	Indicador P.3.1	Percorso clínico pré-operatório	100%			
	Objetivo P4	Assegurar melhoria contínua dos processos	10%			
	Indicador P.4.1	Realização de auditorias aos processos internos	100%			
	Objetivo P5	Operacionalizar sistemas de informação	10%			
	Indicador P.5.1	Nº de programas informáticos em vigor	50%			
	Indicador P.5.2					
Avaliação final objetivo P: $0,5x(0,3x\text{IndP1.1} + 0,3x\text{IndP1.2} + 0,2x\text{IndP1.3} + 0,2x\text{IndP1.4}) + 0,2x(0,5x\text{IndP2.1} + 0,5x\text{IndP2.2}) + 0,1x\text{IndP3.1} + 0,1x\text{IndP4.1} + 0,1x(0,5x\text{IndP5.1} + 0,5x\text{IndP5.2})$						
Aprendizagem e desenvolvimento (20%)	Objetivo A1	Garantir inovação do serviço	40%			
	Indicador A.1.1	Taxa de aquisição de equipamento para a consulta externa	50%			
	Indicador A.1.2	Taxa de aquisição de equipamento para o Bloco Operatório	50%			
	Objetivo A.2	Desenvolver competências dos colaboradores	30%			
	Indicador A.2.1	Nº de ações de formação frequentadas	100%			
	Objetivo A.3	Incentivar investigação	30%			
	Indicador A.3.1	Nº de artigos científicos publicados	70%			
	Indicador A.3.2	N.º de projetos	30%			
Avaliação final objetivo A: $0,4x(0,5x\text{IndA1.1} + 0,5x\text{IndA1.2}) + 0,3x(1x\text{IndA2.1}) + 0,3x(0,7x\text{IndA3.1} + 0,3x\text{IndA3.2})$						

Financeira (20%)	Objetivo F.1	Garantir sustentabilidade financeira	50%			
	Indicador F.1.1	Taxa de cumprimento do orçamento anual				
	Indicador F.1.2	Resultados operacionais por doente				
	Indicador F.1.3	EBT				
	Objetivo F2.	Otimizar recursos existentes	50%			
	Indicador F.2.1	Custos de internamento por utente	50%			
	Indicador F.2.2	Custos no bloco operatório por utente				
	Avaliação final objetivo F: $0,5x(0,35x\text{IndF1.1} + 0,35x\text{IndF1.2} + 0,3x\text{IndF1.3}) + 0,5x(0,5x\text{IndF2.1} + 0,5x\text{IndF2.2})$					
	AVALIAÇÃO FINAL DA PERFORMANCE ORGANIZACIONAL: $0,3x\text{ObjC} + 0,3x\text{ObjP} + 0,2x\text{ObjA} + 0,2x\text{ObjF}$					

5.6. Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho

No CRI-TMS-IPOL preconiza-se um SGAD com os princípios gerais do SIADAP, mas com algumas alterações, sendo designado como SIGAD-CRI (sistema integrado de gestão e avaliação de desempenho do CRI). Nesta secção será descrito, de modo exemplificativo, o SIGAD-CRI no âmbito da atividade dos enfermeiros do CRI, considerando que a diversidade de grupos profissionais que constituem o CRI-TMS-IPOL exige a adequação do SGAD a cada um deles.

Dadas as características dos profissionais de saúde que integram o CRI-TMS-IPOL, profissionais com elevada diferenciação e especialização nas suas áreas de atuação, a seleção do SGAD incide sobre a avaliação de resultados (objetivos e padrões de desempenho) e a abordagem das competências.

O conselho de gestão do CRI-TMS-IPOL define os pressupostos e normas para a avaliação de desempenho dos diferentes os grupos profissionais, no início de cada processo.

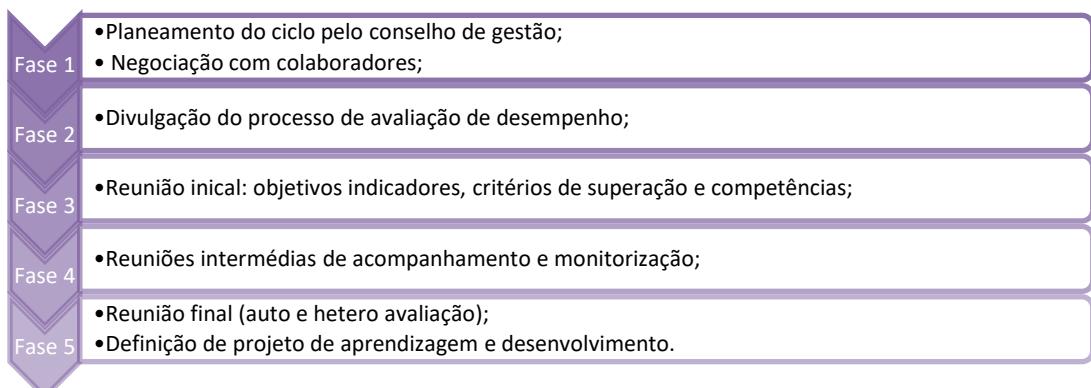


Figura 5.4 - Cronograma das fases do SIGAD-CRI

As fases de desenvolvimento do SIGAD-CRI encontram-se sistematizadas na Figura 5.4. Será realizada uma reunião individual inicial entre o conselho de gestão e os colaboradores para negociação dos objetivos e competências e outra final onde são analisadas a auto e a heteroavaliação e delineado o plano de desempenho individual para o novo ciclo. Ao longo do processo serão programadas entrevistas de orientação para acompanhamento e monitorização da evolução do processo avaliativo, de acordo com as necessidades individuais.

O ciclo de avaliação no SIGAD -CRI corresponde a um ano e assenta na contratualização de objetivos individuais e competências, ambos estabelecidos no início de cada ciclo pela equipa de avaliação e pelo colaborador em conjunto.

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

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

A avaliação final do SIGAD-CRI depende da média ponderada das pontuações obtidas nos dois parâmetros de avaliação (objetivos e competências), estipulando-se uma ponderação de 60% para os objetivos e uma ponderação de 40% para as competências. Definem-se quatro níveis de avaliação de desempenho: desempenho Muito Bom (4 a 5), desempenho Bom (3,500 a 3,999), desempenho Regular (2 a 3,499) e desempenho Inadequado (1 a 1,999).

No Quadro 5.7 é apresentado um exemplo dos objetivos que podem ser contratualizados entre a comissão de avaliação e os enfermeiros, enquanto no Quadro 5.8 encontram-se representadas as competências.

Quadro 5.7 - SIGAD-CRI – Tabela de objetivos de equipa e individual do CRI-TMS-IPOL

Tabela de Objetivos de Equipa e Individual do SUG					
Objetivos	FP	Indicador	PI	Metas	Critérios de Superação
Garantir acessibilidade	20%	Satisfação utentes	50%	> 85% satisfeitos	Não atingido < 85% Atingido 85 a 95% Superado > 95%
Garantir excelência cuidados	30%	Taxa de complicações pós-operatórias	50%	< 20% ano anterior	Não atingido - redução inferior a 20% Atingido – redução 20-30% ano anterior Superado – redução > 30% ano anterior
		Nº de auditorias aos processos internos	50%	Auditoria mensal	Não atingido: 0 Atingido: realizada Superado: boas práticas
Garantir eficiência	20%	N.º de consultas de enfermagem/ano	3000	Auditoria semestral	Não atingido < 2500 Atingido 2500-3000 Superado > 3500
Garantir atitude profissional adequada	15%	Avaliação dos utentes	50%	> 85% adequada	Não atingido < 85% Atingido 85 a 95% Superado > 95%
		Avaliação elementos do CRI	50%	> 85% adequada	Não atingido < 85% Atingido 85 a 95% Superado > 95%
Desenvolver competências técnicas e/ou cognitivas	15%	Nº de ações de formação frequentadas	50%	> 80 % dos colaboradores com mais de 1 formação	Não atingido < 80% Atingido – 80-90% Superado > 90%
		Nº de artigos científicos publicados	50%	> 2 artigos por ano	Não atingido < 2 Atingido – 2 a 3 Superado > 4

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

Quadro 5.8 - SIGAD-CRI – Tabela de competências dos profissionais de saúde do CRI-TMS-IPOL

Competências	Ações	Profissionais a avaliar
Orientação para os resultados	Estabelece prioridades Compromete-se com objetivos exigentes, mas realistas Realiza tarefas com empenho e rigor Gere adequadamente o tempo de trabalho	Médicos /as Enfermeiros /as
Planeamento e organização	É sistemático e rigoroso no planeamento das atividades Organiza atividades e projetos de acordo com recursos disponíveis	Todos
Conhecimentos especializados e experiência	Conhecimentos técnicos e aplica-os adequadamente Consegue resolver questões profissionais complexas Preocupa-se em desenvolver conhecimento Utiliza tecnologia de informação e comunicação	
Responsabilidade e compromisso com serviço	Disponível e diligente Responde às solicitações no âmbito da sua atuação Compromisso com boas práticas e sua concretização Assíduo e pontual em todos os compromissos do serviço	Todos
Relacionamento interpessoal	Relaciona-se com cortesia Estabelece relações de trabalho construtivas Promove comunicação facilitadora Gere conflitos com bom senso e respeito pelos outros	Todos
Comunicação	Transmite informação de forma clara e adequada Escuta ativamente, não faz juízos de valor Informa responsáveis sobre ocorrências relevantes Expressa-se com clareza, fluência e precisão	Todos
Trabalho de equipa e cooperação	Assume papel ativo e cooperante nas equipas Partilha informação relevante com colegas Desenvolve ações necessárias para a equipa Contribui para ambiente de trabalho harmonioso	Todos
Coordenação	Implementa melhorias nos processos Promove gestão eficiente de recursos Promove a cooperação no seio da equipa Proporciona feedback construtivo	Todos

Tolerância à pressão e contrariedades	Mantém controlo emocional e discernimento profissional perante situações difíceis Gere de forma equilibrada exigências profissionais Reconhece aspetos a melhorar e a desenvolver Reage de forma assertiva a situações de mudança	Todos
Responsabilidade profissional ética e legal	Compromete-se com valores e princípios éticos Respeita valores transparência, integridade, imparcialidade Garante confidencialidade, privacidade, segurança da informação Promove o direito do doente à escolha	Médicos /as Enfermeiros /as

Com base nas tabelas acima representadas desenvolvem-se as fichas de avaliação de desempenho para cada enfermeiro, que se encontra representada no Quadro 5.9.

Quadro 5.9 - Ficha de avaliação de desempenho dos enfermeiros

Ficha de Avaliação de Desempenho				
Identificação				
Nome:				
Nº mecanográfico:				
Categoria Profissional:				
Avaliação dos Objetivos				
Descrição do objetivo	FP	Avaliação		
		Superado (5 pontos)	Atingido (3 pontos)	Não atingido (1 ponto)
1 Objetivo Garantir acessibilidade 30%				
Indicador 1.1 % consulta de enfermagem após alta do internamento	50%			
Indicador 1.2 Satisfação utentes	50%			
Avaliação final objetivo 1: 0,3 x (0,5x indicador 1.1 + 0,5 x indicador 1.2)				
2 Objetivo Garantir excelência cuidados 30%				
Indicador 2.1 % complicações pós-operatórias	50%			
Indicador 2.2 Nº de auditorias aos processos internos	50% 2:			
Avaliação final objetivo 2: 0,3x (0,5x indicador 2.1 + 0,5x indicador 2.2)				
3 Objetivo Garantir eficiência 20%				
Indicador 3.1 N.º consultas de enfermagem	100%			
Avaliação final objetivo 3: 0,2 x (1x indicador 3.1)				
4 Objetivo Garantir atitude profissional 15%				
Indicador 4.1 Avaliação dos utentes	50%			
Indicador 4.2 Avaliação elementos do CR	50%			
Avaliação final objetivo 4: 0,1 x (0,5x indicador 4.1 + 0,5 x indicador 4.2)				
5 Objetivo Desenvolver técnico/cognitivo 15%				
Indicador 5.1 Ações de formação	50%			
Indicador 5.2 Publicações	50%			
Avaliação final objetivo 5: 0,1 x (0,5x indicador 5.1 + 0,5 x indicador 5.2)				
AVALIAÇÃO FINAL DOS OBJETIVOS				
Avaliação de competências				
Nº	Designação da competência	Avaliação		
		Demonstrada a nível elevado (5 pontos)	Demonstrada (3 pontos)	Não demonstrada (1 ponto)
1				
2				
3				
4				
5				
Observação: a descrição de cada competência e os comportamentos associados referem-se ao padrão médio elegível				
AVALIAÇÃO FINAL DAS COMPETÊNCIAS				

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

Os SGAD devem estar sempre associados a sistemas de recompensas de forma a premiar o desempenho individual e coletivo, promovendo as competências de cada profissional e, simultaneamente, o trabalho em equipa. O SIGAD-CRI exposto não contempla o sistema de cotas para os resultados da avaliação de desempenho, por ser considerado injusto, como acontece no SIADAP.

A implementação de um SGAD permite que as pessoas participem ativamente no seu desenvolvimento individual. Cumulativamente, possibilita o envolvimento contínuo dos colaboradores em todas as fases desse processo, assumindo uma posição crítica do seu próprio desempenho de forma mais transparente.

5.7. Sistema de Gestão de Carreiras e Incentivos

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

Os SGAD devem incorporar sistemas de recompensas para premiar o desempenho individual e da equipa, promovendo as competências de cada profissional e, simultaneamente, o trabalho em equipa. O sistema de recompensas tem por base a recompensa do bom desempenho e da produtividade no cumprimento dos objetivos e da estratégia da organização, permitindo valorizar quem se encontra alinhado com as metas definidas. No âmbito da atividade dos CRI estão previstos dois modelos de incentivos associadas ao cumprimento dos objetivos estabelecidos no plano de ação, negociados e acordados entre o CA e o conselho de gestão do CRI.

O primeiro modelo de incentivo encontra-se associada às linhas de produção da atividade adicional. Esta decorre fora do horário de trabalho e pode ser realizada no âmbito de consultas de primeira vez, de cirurgias ou outras atividades contratualizadas, gerando um pagamento adicional que, nos casos dos CRI, pode ter uma majoração para os profissionais envolvidos até 80% do valor base pago ao hospital, variando entre 55% a 80% em função do cumprimento dos objetivos estabelecidos, segundo a Portaria n.º 212/2024/1, de 18 de setembro (Ministério da Saúde, 2024). Estes incentivos estão apenas disponíveis para os colaboradores do CRI que participam nestas atividades.

O segundo modelo, os incentivos institucionais, estão associados à possibilidade de conceder recompensas aos colaboradores sob a forma de participações em conferências, colóquios, cursos de formação ou outras ações de formação para premiar o desempenho e o cumprimento de objetivos e competências dos colaboradores, desde que inseridos no plano de formação. Poderá também ser usado no apoio à investigação, na aquisição de equipamentos, sistemas de informação e comunicação, melhoria das condições estruturais, desenvolvimento de processos de melhoria da qualidade e de acreditação. O valor deste incentivo vai depender do número de ETC do CRI (equivalente a tempo completo 35 horas semanais). No caso do CRI-TMS-IPOL será considerado o valor máximo possível, tendo em conta o número de ETC.

No CRI-TMS-IPOL adotam-se estes dois modelos de incentivos, utilizando recompensas sob a forma de participação em conferências e cursos ou outras ações de formação a fim de premiar o desempenho e o cumprimento de objetivos e competências dos colaboradores dos diferentes grupos profissionais.

Por um lado, são consideradas como retribuições intrínsecas o trabalho motivante e desafiante com o devido reconhecimento de competências, com enfoque na formação contínua e promovendo a satisfação pessoal e profissional dos colaboradores. Por outro lado, são consideradas compensações extrínsecas salários mais atrativos, incentivos pela produção e pelo bom desempenho e outros benefícios, como forma de fomentar a satisfação pessoal e profissional e reforçar o desempenho dos colaboradores.

O modelo de incentivos comprehende a definição de objetivos individuais, da equipa e da organização. Desta forma, os incentivos da equipa multidisciplinar do CRI-TMS-IPOL resultam do cumprimento dos objetivos individuais e organizacionais. Por conseguinte, a compensação de cada profissional inclui uma componente decorrente do índice de desempenho global da unidade (40%) e uma componente decorrente do desempenho da equipa e individual (60%). Define-se para o CRI-TMS-IPOL um modelo de incentivos progressivo que estimule os colaboradores a alcançar os seus objetivos de modo gradual e crescente.

5.8. CRI-TMS-IPOL

De acordo com o quadro legal vigente, os CRI são definidos como estruturas orgânicas de gestão intermédia, dependentes dos conselhos de administração e com os quais estabelecem um processo de contratualização interna, onde negoceiam as particularidades do seu programa assistencial e do desempenho económico-financeiro para um período de três anos. Os CRI são constituídos por conselho de gestão e equipas multidisciplinares que aderem a um modelo de organização orientado por objetivos e responsabilização das partes por um projeto comum que reconhece e recompensa o desempenho coletivo e individual.

5.8.1. Conselho de Gestão

De acordo com o artigo 14º do Decreto-Lei n.º 118/2023, a estrutura de governação do CRI é constituída por um conselho de gestão, a quem compete garantir o funcionamento e o cumprimento dos objetivos do CRI, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos. Os Objetivos e funções do conselho de gestão do CRI-TMS-IPOL encontram-se detalhados no Anexo B.1

A estrutura de governação do CRI é constituída por um conselho de gestão que é composto por: diretor, que preside; administrador hospitalar ou outro profissional com experiência comprovada de gestão em saúde, e outro profissional da equipa multidisciplinar, devendo ser um enfermeiro no caso dos serviços médicos e cirúrgicos. O diretor do CRI é um médico de reconhecido mérito, que deve exercer toda a sua atividade profissional na entidade do SNS, e que, obrigatoriamente, tenha formação e competência reconhecidas em gestão (Presidência do Conselho de Ministros, 2023).

A equipa multidisciplinar desenvolve a sua atividade sob a coordenação, orientação e supervisão do conselho de gestão do CRI, mantendo a autonomia e hierarquia funcional dos diferentes grupos de profissionais de saúde.

5.8.2. Recursos Humanos do CRI-TMS-IPOL

A equipa multidisciplinar que compõe o CRI-TMS-IPOL é proposta pelo conselho de gestão e aprovada pelo CA. O processo de recrutamento dos RH é exclusivamente interno e a seleção tem em consideração a experiência profissional nesta área, as competências técnicas e relacionais assim como a motivação pessoal.

A equipa do CRI-TMS-IPOL integra elementos de vários grupos profissionais, num total de 53 profissionais, cujo tempo de alocação corresponderá a, aproximadamente, 453 horas de trabalho por semana. Será necessária a intervenção de outras especialidades e colaboradores com intervenção na avaliação, tratamento e seguimento do utente, mas que não integram a equipa do CRI e com as quais serão definidos protocolos de colaboração/articulação, para uma maior eficiência do processo. Na tabela seguinte (Quadro 5.10) apresentam-se os profissionais de saúde que integram o CRI diferenciando-os pela sua atividade, definindo o número de elementos necessários e as horas que alocam a esta unidade, bem como os ETC - equivalente a tempo completo 35 horas semanais.

Quadro 5.10 - Profissionais de saúde do CRI e alocação do respetivo horário

	Nº elementos	Carga Horária Semanal alocada ao CRI	ETC CRI
Conselho de Gestão			
Médico gestor (diretor CRI)	1	30	0,86
Enfermeiro gestor	1	30	0,86
Gestor	1	20	0,57
Médicos			
Cirurgia Geral	2	30	1,71
Oncologia Médica	2	20	0,5
Radiologia	1	20	0,5
Anatomia Patológica	1	20	0,5
Radioterapia	2	20	1
Medicina Física e Reabilitação	1	20	0,5
Enfermeiros			
Serviço Cirurgia Geral	10	18	5,14
Serviço Oncologia Médica	6	35	6
Consulta Externa	2	35	2
Bloco Operatório	6	35	6
Radioterapia	1	35	1
Técnicos Superiores Diagnóstico e Terapêutica	3	15	1,29
Assistentes Técnicos	3	35	3
Técnicos Auxiliares de Saúde (TAS)	10	35	10
Total	53	453	41,43

5.8.3. Plano de Ação

O plano de ação do CRI-TMS-IPOL compreende o programa de atuação na prestação de cuidados de saúde no âmbito do seu perfil assistencial, formativo e científico para três anos (Anexo B.2). Este plano está integrado no plano estratégico e de desenvolvimento organizacional do IPOL, sendo adaptado anualmente através do CP estabelecido entre o CA e o conselho de gestão do CRI-TMS-IPOL. No terceiro ano de execução do plano, é necessário negociar um novo plano de ação.

A atividade do CRI-TMS-IPOL decorre na estrutura física do IPOL, utiliza os seus recursos técnicos, promovendo a sua utilização eficiente e contribuindo para o aumento dos níveis de produtividade, para o cumprimento dos TMRG definidos e para o aumento da qualidade dos cuidados prestados. Assim, no contexto da consulta externa, são disponibilizados para o CRI-TMS-IPOL três gabinetes de consulta médica, um gabinete de enfermagem na consulta de OTS e dois gabinetes médicos e um gabinete de enfermagem na consulta de Oncologia Médica. No internamento de cirurgia geral são alocadas ao CRI-TMS-IPOL cinco camas de enfermaria e duas vagas de cuidados intermédios. No internamento de Oncologia Médica são alocadas ao CRI-TMS-IPOL três camas de enfermaria. No bloco operatório é atribuída uma sala para realização de cirurgias OTS (sarcomas), sendo dois períodos por semana associados ao programa convencional e um período semanal para cirurgia adicional. A atividade cirúrgica OTS (sarcomas) contempla ainda um período semanal de cirurgia ambulatória. Na radioterapia são disponibilizados dois gabinetes de consulta médica, uma sala de tratamento para Radioterapia e um gabinete de enfermagem.

No âmbito do bloco operatório, radiologia, anatomia patológica e radioterapia são usados os equipamentos disponibilizados pelo hospital, havendo a necessidade da sua melhoria e aquisição de novos equipamentos de forma a garantir a rentabilização do trabalho destas unidades.

O CRI-TMS-IPOL utiliza os sistemas de informação do IPOL, nomeadamente, o CTH, CLINIDATA, GHAF, MAXDATA, SCHEDULING, SIGIC, SCLINICO, SONHO, PEM, entre outros.

Para a elaboração e concretização do plano de ação são respeitadas todas as normas clínicas do IPO Lisboa e o enquadramento legal do Ministério da Saúde. Para a manutenção e obtenção da certificação da qualidade serão realizadas auditorias internas e externas no decorrer do triénio.

5.8.3.1. Perfil Assistencial

A prestação do trabalho dos colaboradores do CRI-TMS-IPOL segue o acordado no plano de ação, o período de funcionamento, a cobertura assistencial e as modalidades de regime e de horários de trabalho previstos na lei. Seguidamente descrevem-se os horários de funcionamento e alocação de RH das diferentes áreas necessários para a atividade do CRI-TMS-IPOL.

No internamento do serviço de cirurgia geral e da oncologia médica são prestados cuidados de saúde 24 horas por dia, diariamente. O horário dos enfermeiros e TAS é dividido em turnos de oito horas pelos diferentes elementos do serviço, garantindo a assistência permanente aos utentes internados. A atividade dos médicos decorre durante os dias úteis das 8h às 16h, após esta hora, assim como aos fins-de semana e feriados, o apoio médico é prestado pelo médico de urgência. Na consulta externa os cuidados são prestados nos dias úteis. Os horários dos enfermeiros e dos TAS são das 8h-16h. A consulta médica funciona duas ou três vezes por semana das 9h às 14h. No bloco operatório são considerados todos os elementos necessários para atividade programada e para a adicional para a realização das cirurgias de sarcomas. Importa referir que a atividade programada decorre dentro do horário de trabalho dos elementos da equipa, enquanto a atividade adicional incentivada decorre fora desse horário, incluindo sábados. Na radioterapia o funcionamento ocorre nos dias úteis das 8h-20h. O horário dos enfermeiros e TSDT é dividido por turnos (8h-15h e 13h-20h) e os médicos das 8h-16h.

Compete ao CA da instituição a monitorização regular da atividade do CRI, nomeadamente da produção base e adicional, assim como a verificação do cumprimento dos requisitos estabelecidos no regulamento interno. Cabe ao CRI efetuar um relatório mensal de acordo com o modelo publicado pela ACSS. O grau de cumprimento do CP do CRI é monitorizado ao longo do ano conforme a Portaria nº 330/2017 de 31 outubro (Ministério da Saúde, 2017).

5.8.3.2. Projeções da Atividade

A atividade do CRI-TMS-IPOL necessita de uma equipa multidisciplinar e um investimento a nível de recursos humanos e técnicos e deve permitir rentabilizar a utilização eficiente dos recursos utilizados. Torna-se essencial uma avaliação e monitorização contínua da atividade do CRI e as necessárias adaptações para que os objetivos estratégicos sejam cumpridos.

Desta forma, as projeções da atividade do plano de ação são fragmentadas em planos trimestrais que são comparados com os relatórios de atividade. Esta metodologia permite a implementação de medidas corretivas sempre que ocorram desvios durante a execução do plano de ação. A execução do plano de ação tem como objetivo o cumprimento das metas previamente definidas no BSC. No Quadro 5.11 encontram-se as projeções detalhadas por trimestre tendo em consideração as metas delineadas.

Quadro 5.11 - Projeção da atividade do CRI-ORL-IPOL para o primeiro triénio

Projeção da atividade para o triénio															
Objetivos estratégicos Indicadores	Indicadores	Metas por trimestre													Meta Final
		1.º Ano				2.º Ano				3.º Ano					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Garantir a acessibilidade dos utentes	TMRG consultas de 1ª vez	>90%	>90%	>90%	>90%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	>90%	
	TMRG cirurgias	>80%	>80%	>85%	>90%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	>90%	
	Tempo entre diagnóstico e CDT < 8 dias	>90%	>90%	>90%	>90%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	>90%	
Assegurar a centralidade do doente	Taxa de articulação entre internamento IPOL e consulta externa ou ACES para apoio ao utente após a alta	>70%	>75%	>80%	>80%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	>80%	
	Taxa de utentes com consulta médica realizada após alta	>70%	>75%	>80%	>80%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	>80%	
Promover a satisfação dos utentes	Grau de satisfação dos utentes	>80%	>80%	>85%	>85%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	>85%	
	Número de reclamações	<10%	<10%	<20%	<20%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<20%	
Garantir excelência dos serviços prestados	Tempo médio de internamento	<5%	<5%	<10%	<10%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<10%	
	% de re-internamentos	<5%	<5%	<10%	<10%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<10%	
	% complicações pós-operatórias	<5%	<5%	<10%	<20%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<20%	
	% Tempo desde 1ª consulta até ao diagnóstico	<5%	<10%	<20%	<20%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<20%	
Garantir eficiência do serviço	Nº de consultas	1250	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	15000	
	Nº de cirurgias	150	✓	✓	✓	175	✓	✓	✓	200	✓	✓	✓	2100	
Definir percursos clínicos centrados nos utentes	Percorso clínico pré-operatório	>20%	>30%	>40%	>50%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	>50%	

Assegurar melhoria contínua dos processos	Realização de auditorias aos processos internos		✓		✓		✓		✓		✓		✓		Auditoria semestral
Operacionalizar sistemas de informação	Nº de programas informáticos em vigor	agregar	agregar	agregar	agregar	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Reducir programas
Garantir inovação do serviço	Taxa de aquisição de equipamento para a consulta externa	>20%	>20%	>20%	>30%	>40%	>40%	>40%	>40%	>50%	>50%	>50%	>50%	>50%	>50%
	Taxa de aquisição de equipamento para o Bloco Operatório	>20%	>20%	>20%	>20%	>30%	>30%	>40%	>40%	>50%	>50%	>50%	>50%	>50%	>50%
Desenvolver competências dos colaboradores	Nº de ações de formação frequentadas	>50%	>60%	>70%	>80%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	> 90 %
Incentivar investigação	Nº de artigos científicos publicados	1	1	1	1	>1	>1	>1	>1	>2	>2	>2	>2	>2	> 2
	N.º de projetos	implementar	implementar	1	1	>1	>1	>1	>1	>2	>2	>2	>2	>2	> 2
Garantir sustentabilidade financeira	Taxa de cumprimento do orçamento anual	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Cumprir
	Resultados operacionais por doente	0	0	>5%	>5%	10%	10%	15%	15%	20%	✓	✓	✓	✓	>20%
	EBT	0	0	>5%	>5%	10%	10%	15%	15%	20%	✓	✓	✓	✓	>20%
Otimizar recursos existentes	Custos de internamento por utente	0	0	<5%	<5%	<10%	10%	10%	10%	10%	✓	✓	✓	✓	<10%
	Custos no bloco operatório por utente	0	0	0	<5%	<5%	<5%	10%	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<10%

5.8.3.3. Investimentos

Os investimentos do CRI-TMS-IPOL prendem-se com a necessidade de uma estrutura física que agregue toda a atividade ambulatória, nomeadamente as diferentes consultas externas das áreas integrantes do CRI, incluindo a consulta multidisciplinar, à semelhança do que já acontece com a “Clínica da Mama”. Esta unificação irá permitir uma centralização e melhoria de cuidados para os utentes e uma mais-valia para os profissionais de saúde.

Outros investimentos necessários são equipamentos para o Bloco Operatório e Anatomia Patológica.

5.8.3.4. Financiamento

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

O financiamento do IPO Lisboa está dependente das decisões estabelecidas pelo Ministério da Saúde e da realização do CP anual. O financiamento do CRI-TMS-IPOL é definido no CP anual acordado entre o conselho de gestão do CRI e o CA.

5.8.3.5. Demonstração da Sustentabilidade Financeira

A sustentabilidade financeira do CRI-TMS-IPOL depende das demonstrações financeiras efetuadas com o objetivo de apurar os resultados de cada atividade, avaliando os seus custos e proveitos. A atividade a ser analisada contempla as diferentes áreas de atuação do CRI-TMS-IPOL: internamento, bloco operatório, consulta externa e radioterapia. Os valores referentes à atividade são contratualizados no CP entre o CA e o conselho de gestão do CRI-TMS-IPOL, tendo por base as normas estipuladas pelo Ministério da Saúde.

Os dados relativos ao financiamento do CRI-TMS-IPOL foram obtidos através dos valores do CP contratualizados entre o IPOL e a ACSS relativos ao ano de 2024. Relativamente às consultas, foi considerado o valor contratual atualmente em vigor para os CRI (Quadro 5.12).

Quadro 5.12 - Faturação do CRI-TMS-IPOL

Faturação CRI-TMS-IPOL								
			1.º Ano		2.º Ano		3.º Ano	
	Preço GDH	Case mix	Nº utentes	Receita €	Nº utentes	Receita €	Nº utentes	Receita €
Internamento Cirúrgico	3276€	1,5626	500	2.559.539	550	2.815.492	600	3.071.447
Internamento Médico	3276€	1,5626	300	1.535.723	325	1.663.700	350	1.791.677
Ambulatório	3440€	0,9172	100	315.517	150	473.275	200	631.033
Consulta Externa								
Consultas 1.ª Vez	149 x		400	59.600	400	59.600	400	59.600
Consultas subsequentes	130x		4600	598.000	4600	598.000	4600	598.000
Sessões de radioncologia								
Tratamentos complexos	275		80 (33 sessões cada)	726.000	100	907.500	120	1.089.000
Total de produção				5.794.379		6.517.567		7.240.757
Incentivos Institucionais				30.000		30.000		30.000
Total				5.824.379		6.547.567		7.270.757

Os custos associados à atividade do CRI-TMS-IPOL devem ser estimados para cada ano do triénio do plano de ação considerando a atividade do internamento, do bloco operatório, da consulta externa e da radioterapia (Quadro 5.13).

Para avaliação de custos relativos a material clínico e administrativo e medicamentos e outros produtos farmacêuticos apenas foram fornecidos os dados presentes no relatório de contas de 2023, pelo que se apresentam valores indicativos para estas rúbricas.

Relativamente aos gastos com pessoal foram consideradas as tabelas salariais das diversas categorias profissionais considerando os diferentes níveis das carreiras, os pagamentos de horas incómodas e os subsídios de alimentação, de férias e de Natal. Foi elaborada uma estimativa para o pagamento aos colaboradores em atividade adicional considerando a parcela de pagamento dos RH atualmente em vigor de 55%, sabendo que no CRI pode atingir 80% mediante o cumprimento das metas estipuladas.

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

Quadro 5.13 - Demonstração previsional de gastos do CRI-TMS-IPOL

Rubricas de custos		Gastos /Ano (€)
Material clínico e administrativo		1.000.000
Medicamentos e outros produtos farmacêuticos		500.000
Fornecimentos de serviços externos		500.000
Gastos com Pessoal	Gastos com atividade base	1.800.000
	Gastos com atividade adicional	950.000
Formação		30.000
Equipamento formação		5.000
Gastos de amortizações e depreciações		300.000
Outros gastos		5.000
Total		5.090.000

5.8.3.6. Resultados Operacionais

No Quadro 5.14 estão representados os resultados operacionais do CRI-TMS-IPOL. Espera-se um crescimento do resultado operacional do CRI decorrente do aumento da atividade cirúrgica e da atividade da radioterapia. O aumento dos custos ao longo do triénio reflete o aumento do valor das produtos e materiais consumidos associado ao aumento da atividade.

Quadro 5.14 - Resultados operacionais do CRI-TMS-IPOL

Resultados Operacionais do CRI-TMS-IPOL			
Rubricas	1.º Ano	2.º Ano	3.º Ano
Receitas	5.824.379	6.547.567	7.270.757
Custos	5.090.000	5.344.500	5.611.725
Resultado	734.379	1.203.067	1.659.032

5.8.3.7. Pressupostos para as Projeções Apresentadas

As projeções apresentadas assumem a existência de alguns pressupostos, nomeadamente: (1) manutenção dos valores de contratualização do CP; (2) manutenção das remunerações dos RH ao longo do triénio; (3) atribuição de incentivos institucionais relacionados com o cumprimento da atividade contratualizada.

5.8.3.8. Contrato-Programa Anual do CRI

O CP anual do CRI-TMS-IPOL é negociado pelo conselho de gestão com o CA no âmbito do processo de contratualização interna, tendo em consideração o plano de ação trienal. O IPOL disponibiliza os serviços

físicos e de apoio técnico necessários ao funcionamento do CRI-TMS-IPOL, conforme previsto no plano de ação e no CP anual.

A relação entre a produção base e a produção adicional deve ser negociada e estabelecida no CP anual do CRI-TMS-IPOL, de modo a maximizar a capacidade instalada e o pleno aproveitamento dos custos fixos. São também estabelecidas as tabelas de preços de transferência interna.

O CRI dispõe do fundo de maneio de montante previsto no seu CP anual. O CP anual do CRI é negociado pelo seu conselho de gestão no âmbito do processo de contratualização interna com o conselho de administração da instituição, que a subscreve com o diretor do CRI, e compreende: (1) os princípios gerais de atuação; (2) os protocolos clínicos utilizados; (3) os objetivos operacionais anuais, as medidas a implementar e os parâmetros para a avaliação dos resultados operacionais e clínicos; (4) a indicação da produção base e adicional contratada; (5) o orçamento anual do CRI, com a previsão da estrutura de custos e de proveitos; e (6) o plano anual de investimentos e o plano de formação e investigação. A exigência do cumprimento do plano de ação está dependente da disponibilização dos recursos e serviços acordados nos termos do referido plano, conforme descrito na Portaria nº 330/2017 de 31 outubro (Ministério da Saúde, 2017).

5.8.3.9. Monitorização e Acompanhamento

A responsabilidade de monitorizar a atividade do CRI-TMS-IPOL pertence ao CA do IPOL, nomeadamente no cumprimento das metas estabelecidas, na produção base e adicional e na verificação do cumprimento dos pressupostos estabelecidos no regulamento interno

O conselho de gestão do CRI-TMS-IPOL tem o dever de disponibilizar mensalmente os dados referentes a receitas, custos, atividade assistencial e os resultados obtidos, assim como informação anual relativa a resultados de inquéritos de satisfação de utentes e profissionais do CRI.

5.8.3.10. Investigação e Ensino

Dada a importância que a investigação e o ensino assumem na oncologia, em especial na área dos sarcomas, todos os profissionais de saúde necessitam de formação contínua e atualização constante dos seus conhecimentos e competências.

O CRI-TMS-IPOL possui competências de ensino, formação e investigação na área dos sarcomas permitindo proporcionar formação pré e pós-graduada. A investigação científica nacional e internacional é incentivada, assim como a otimização de procedimentos tendo em vista a maximização dos resultados clínicos.

CAPÍTULO 6

Implementação

6.1. Etapas e Atividades de Implementação

O processo de implementação divide-se em cinco etapas sequenciais (Quadro 6.1): (1) preparação; (2) negociação; (3) execução; (4) monitorização; (5) avaliação. As duas primeiras fases são preparatórias e decorrem antes do início da execução do plano de ação.

Quadro 6.1 - Etapas e atividades de implementação do projeto CRI-TMS-IPOL

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

6.2. Plano de Comunicação

A estratégia de comunicação da organização é um elemento fundamental para o sucesso de um SCG. A comunicação interna influencia a forma como os colaboradores percepcionam a estratégia, os planos de ação, o alinhamento com a missão e com os valores. Um plano de comunicação consistente deve ser transparente, oportunista, compreensível e bidirecional, devendo ser implementado no início do projeto, aproximando os colaboradores e proporcionando um entendimento partilhado e alinhado.

A estratégia de comunicação interna adotada no CRI-TMS-IPOL envolve todos os colaboradores e compreende vários instrumentos de comunicação: (1) reuniões periódicas (semanais) para transmissão

da missão, visão e valores; (2) reuniões de esclarecimento e discussão de assuntos específicos; (3) utilização das plataformas digitais do IPOL para difundir informação específica do CRI; (4) utilização do *e-mail* institucional e pasta partilhada criada para o CRI como forma de divulgação de informação; (5) organização de atividades promovidas pelo CRI envolvendo toda a equipa e os utentes; (6) organização de atividades que promovam a interação entre os colaboradores, que ajudem a desenvolver o comprometimento, a cooperação e interajuda.

Neste processo de comunicação deve ser valorizado o reconhecimento dos profissionais através da divulgação de iniciativas individuais e coletivas, colaboração em atividades, prémios e outras mensagens de reconhecimento. A comunicação externa deverá incidir na divulgação de informação sobre o CRI aos utentes e familiares através dos diversos meios audiovisuais existentes nas instalações do IPOL, na *intranet*, redes sociais e meios de comunicação social.

6.3. Resultados Esperados

Com a implementação do CRI-TMS-IPOL espera-se que haja impacto a vários níveis nomeadamente no que respeita à melhoria dos indicadores de qualidade em saúde e de produtividade promovendo a otimização da *performance* organizacional.

Com este modelo de gestão pretende-se que os cuidados de saúde prestados sejam centrados nas necessidades dos utentes e simultaneamente aumentar o nível de satisfação dos utentes e familiares. Procura-se reforçar a cultura organizacional baseada nas relações humanas através da valorização e reconhecimento dos profissionais de saúde, incentivando a sua satisfação e motivação pessoais e simultaneamente fomentando o trabalho multidisciplinar.

CAPÍTULO 7

Conclusões

Este projeto surge pela necessidade de uma gestão dos serviços de saúde cada vez mais transformadora e pelo potencial de melhoria da sua *performance* com a inclusão de novos modelos de gestão mais ágeis e flexíveis.

O CRSOPM do IPOL é reconhecido e certificado, nacional e internacionalmente, pela excelência dos cuidados de saúde prestados aos utentes com sarcomas ósseos e das partes moles. Contudo, o seu desempenho está limitado pelos constrangimentos de uma elevada centralização da gestão e das decisões estratégicas e, pelo facto, de não existir um SCG que permita avaliar objetivos, indicadores e metas organizacionais com os resultados obtidos.

O contexto político e económico atual e o CA do IPOL favorecem o desenvolvimento e implementação de projetos CRI, como o CRI-TMS-IPOL, na medida em que promovem a descentralização da gestão, a autonomia na definição de objetivos e a responsabilização pelos resultados.

Este projeto tem como objetivos a melhoria dos resultados em saúde e da eficiência económico e financeira através de modelo organizacional como o CRI-TMS-IPOL e da aplicação de instrumentos de gestão específicos para modelos CRI.

Desta forma, pretende garantir-se uma elevada qualidade dos cuidados de saúde prestados, a centralização dos utentes em todo o processo e uma utilização eficiente dos RH e meios técnicos disponíveis, mantendo a gestão do CRI-TMS-IPOL alinhada com a missão, visão e valores da organização e articulada com os restantes serviços do IPOL.

A missão do CRI-TMS-IPOL consiste em prestar cuidados de saúde de excelência centralizados a todos os utentes com sarcomas garantindo a acessibilidade, a equidade, a qualidade e a eficiência. Para tal a sua atividade assenta na: (1) qualidade dos cuidados de saúde prestados; (2) centralização do utente; (3) promoção da eficiência na utilização dos recursos; (4) motivação e satisfação dos colaboradores; (5) inovação e (6) sustentabilidade económico-financeira.

O modelo VBH foi adotado no CRI-TMS-IPOL, nomeadamente ao criar valor e ao colocar os utentes e as suas necessidades no centro do processo com o intuito de aumentar a qualidade, a eficiência e simultaneamente reduzir custos, conduzindo a uma melhoria contínua da *performance* dos cuidados de saúde.

Considera-se que para a operacionalização e implementação do CRI-TMS-IPOL são necessários alguns fatores e melhorias no modelo CRI, nomeadamente: (1) compromisso do CA e do conselho de gestão no projeto; (2) descentralização e delegação de competências do CA; (3) alinhamento estratégico dos objetivos e da atividade do CRI-TMS-IPOL com os objetivos e atividade do IPOL; (4) definição do

âmbito de ação e limites de atuação do CRI; (5) seleção de objetivos claros e indicadores mensuráveis; (6) garantir a qualidade, acessibilidade, equidade e segurança no decurso da atividade clínica; (7) envolvimento de todos os colaboradores desde o início do processo de implementação do CRI-TMS-IPOL (8) implementação de um sistema de controlo de gestão que permitam apoiar atempadamente a gestão na implementação do modelo; (9) garantir a existência de sistemas de informação que monitorizem continuamente a atividade, o consumo de recursos e a qualidade dos cuidados prestados; (10) garantir transparência, imparcialidade e justiça do SGAD e o envolvimento de todos os colaboradores; (11) garantir a atribuição dos incentivos em tempo útil e em conformidade com o acordado.

Estes fatores podem ser considerados como os fatores críticos de sucesso para o CRI-TMS-IPOL e para todos os CRI em geral de qualquer organização de saúde.

Com este projeto de investigação pretende obter-se ganhos em saúde na perspetiva dos utentes, ao contribuir para aumentar a qualidade, a eficiência e a inovação do CRSMP do IPOL e para os profissionais, contribuindo para a sua retenção e valorização. Pretende ainda contribuir-se para a sustentabilidade financeira, desenvolvimento e melhoria da gestão das organizações do Sistema Nacional de Saúde.

Referências Bibliográficas

- Abimbola, S., Baatiema, L., & Bigdeli, M. (2019). The impacts of decentralization on health system equity, efficiency and resilience: a realist synthesis of the evidence. *Health Policy Plan*, 34(8), pp. 605-617. doi:10.1093/heapol/czz055
- Administração Central do Sistema de Saúde I.P. (2023). *Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024*. Lisboa: ACSS. Obtido de https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/11/Termos-Referencia-2024_Homologado.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (2022). *Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2023*. Lisboa: ACSS. Obtido de https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Termos-Referencia-Contratualizacao_2023.pdf
- Alipour, F., Jamshidizadeh, S., Bastani, P., & Mehralian, G. (2022). The balanced scorecard as a strategic management tool in hospital pharmacies: an experimental study. *Journal of Health Organization and Management*, 36(6), pp. 767-780. doi:10.1108/JHOM-07-2021-0256
- Ameen, A., & Baharom, M. N. (2019). The Assessment of Effect of Performance Appraisal Purposes on Employee Performance in Nigerian Civil Service. *Journal of Social Sciences and Humanities*, 16(5), pp. 1-17.
- Amer, F., Hammoud, S., Khatatbeh, H., Lohner, S., Boncz, I., & Endrei, D. (2022). The deployment of balanced scorecard in health care organizations: is it beneficial? A systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(65), pp. 1-14. doi:10.1186/s12913-021-07452-7
- Anthony, R. (1965). *Planning and Control Systems: A Framework for Analysis*. Harvard University, Division of Research, Graduate School of Business Administration, Boston.
- Armstrong, M. (2009). *Armstrong's Handbook of Human Resource Management Practice* (11th ed.). London: Kogan Page Limited.
- Assembleia Constituinte. (10 de abril de 1976). Constituição da República Portuguesa - CRP - Artigo 64.º. *Diário da República n.º 86/1976, Série I*. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-49467775>
- Assembleia da República. (28 de dezembro de 2007). *Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro*, pp. 2-21. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/66-b-2007-227271>
- Assembleia da República. (31 de dezembro de 2012). *Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro*, pp. 42-240.
- Banner, D. K., & Cooke, R. A. (1984). Ethical dilemmas in performance appraisal. *Journal of Business Ethics*, 3(4), pp. 327-333. doi:10.1007/bf00381756
- Barney. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*, 17(1), pp. 99-120. doi:<https://doi.org/10.1177/014920639101700108>

Barney, J. B., & Hesterly, W. S. (2007). Administração Estratégica: Vantagem Competitiva, traduzido do original Strategic management and competitive advantage: concepts. (M. Rosemberg, Trad.) Brasil: Person Education.

Barney, J. B., & Hesterly, W. S. (2019). *Strategic Management and Competitive Advantage: Concepts and Cases* (3^a ed.). New York, NY: Pearson.

Bassani, G., Leardini, C., Campedelli, B., & Moggi, S. (2022). The dynamic use of a balanced scorecard in an Italian public hospital. *The International Journal of Health Planning and Management*, 37(3), pp. 1781-1798. doi:10.1002/hpm.3440

Batta, A., Bandameeda, G., & Parayitam, S. (2023). Human Resource Management Practices, Job Satisfaction and Performance: Evidence from Transportation Sector in India. *Asia-Pacific Journal of Management Research and Innovation*, 19(1), pp. 47-62. doi:10.1177/2319510X231166800

Beer, M., Boselie, P., & Brewster, C. (2015). Back to the Future: Implications for the Field of HRM of the Multistakeholder Perspective Proposed 30 Years Ago. *Human Resource Management*, 54(3), pp. 427-438. doi:10.1002/hrm.21726

Biswas, T. (2017). Responsibility accounting: A review of related literature. *International Journal of Multidisciplinary Research and Development*, 4(8), pp. 202-206.

Boon, C., Den Hartog, D. N., & Lepak, D. P. (2019). A systematic review of human resource management systems and their measurement. *Journal of Management*, 45(5), pp. 2498–2537. doi:<https://doi.org/10.1177/0149206318818718>

Boselie, P. (2014). *Strategic human resource management: A Balanced Approach* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill .

Boselie, P., Van Harten, J., & Veld, M. (2019). A human resource management review on public management and public administration research: stop right there...before we go any further.... *Public Management Review*, 23(4), pp. 483-500. doi:<https://doi.org/10.1080/14719037.2019.1695880>

Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2011). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework* (3rd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.

Campos, A. C. (2019). *Administração Pública e Saúde: Ensaios de circunstância*. Coimbra: Edições Almedina.

Carvalho, J., & Campos Fernandes, A. (30 de Aug de 2024). Avaliação do Efeito da Implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado de Obesidade no Desempenho Hospitalar em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, pp. 1-6. doi:10.20344/amp.22103. Epub ahead of print. PMID: 39212425.

Casali, P. G., Abecassis, N., Bauer, S., Biagini, R., Bielack, S., Bonvalot, S., Boukovinas, I., Bovee, J. V. M. G., Brodowicz, T., Broto, J. M., Buonadonna, A., Álava, E. D., Tos, A. P. D., Muro, X. G. D., Dileo, P., Eriksson, M., Fedenko, A., Ferraresi, V., Ferrari, A., & Ferrari, S. (2018). Soft tissue and visceral sarcomas: ESMO-EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-

up. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*, 29(Suppl 4), iv51–iv67. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy096>

Chandler Jr., A. D. (1962). *Strategy and Structure: Chapters in the History of the American Industrial Enterprise*. Massachusetts: The Mit Press.

Chang, C., & Chen, Y. (2013). Green organizational identity and green innovation. *Management Decision*, 51(5), pp. 1056-1070. doi:<https://doi.org/10.1108/MD-09-2011-0314>

Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), pp. 386-400. doi:<https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.386>

Correia de Campos, A. (2019). *Administração Pública e Saúde: Ensaios de circunstância*. Lisboa: Edições Almedina.

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 Health*, 25(7), pp. 1148-1156. doi:[10.1016/j.jval.2021.11.1355](https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.11.1355).

Dangol, P. (2021). Role of Performance Appraisal System and Its Impact on Employees Motivation. *Quantitative Economics and Management Studies*, 2(1), pp. 13-26. doi:<https://doi.org/10.35877/454RI.qems119>

David, F., David, F., & David, M. (2020). *Strategic Management: A Competitive Advantage Approach, Concepts and Cases* (17th ed.). Harlow: Pearson.

Dusterhoff, C., Cunningham, J. B., & MacGregor, J. N. (2014). The effects of performance rating, leader-member exchange, perceived utility, and organizational justice on performance appraisal satisfaction: Applying a moral judgment perspective. *Journal of Business Ethics*, 119(2), pp. 265-273. doi:<https://doi.org/10.1007/s10551-013-1634-1>

Erdogan, B. (2002). Antecedents and consequences of justice perceptions in performance appraisals. *Human Resource Management Review*, 12(4), pp. 555–578. doi:[https://doi.org/10.1016/S1053-4822\(02\)00070-0](https://doi.org/10.1016/S1053-4822(02)00070-0)

Felipe, L. M., & Stocker Lago, S. M. (2019). Gestão estratégica de hospitais: uma análise da produção científica (2008-2018). *Revista De Gestão Em Sistemas De Saúde*, 8(3), pp. 355–370. doi:<https://doi.org/10.5585/rgss.v8i3.13912>

Finney, R., Lueg, J., & Campbell, N. (2008). Market pioneers, late movers, and the resource-based view (RBV): A conceptual model. *Journal of Business Research*, Elsevier, 61(9), pp. 925-932.

Gao, H., Chen, H., Feng, J., Qin, X., Liang, S., Zhao, J., & Feng, Q. (2018). Balanced scorecard-based performance evaluation of Chinese county hospitals in underdeveloped areas. *Journal of International Medical Research*, 46(5), pp. 1947-1962. doi:[10.1177/0300060518757606](https://doi.org/10.1177/0300060518757606)

Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology. *Organizational Research Methods*, 16(1), pp. 15-31. doi:<https://doi.org/10.1177/1094428112452151>

Graen, G., Novak, M. A., & Sommerkamp, P. (1982). The effects of leader - member exchange and job design on productivity and satisfaction: Testing a dual attachment model. *Organizational Behavior and Human Performance*, 30(1), pp. 109-131. doi:[https://doi.org/10.1016/0030-5073\(82\)90236-7](https://doi.org/10.1016/0030-5073(82)90236-7)

Grant. (2018). *Contemporary Stagy Analysis*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Grant, R. M. (1991). The Resource-Based Theory of Competitive Advantage: Implications for Strategy Formulation. *California Management Review*, 33(3), pp. 114-135. doi:<https://doi.org/10.2307/41166664>

Greenberg, J. (1986). Determinants of perceived fairness of performance evaluations. *Journal of Applied Psychology*, 71(2), pp. 340–342. doi:<https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.2.340>

Greenberg, J. (1993). Stealing in the Name of Justice: Informational and Interpersonal Moderators of Theft Reactions to Underpayment Inequity. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54(1), pp. 81-103. doi:<http://dx.doi.org/10.1006/obhd.1993.1004>

Guenther, T. W., & Heinicke, A. (2019). Relationships among types of use, levels of sophistication, and organizational outcomes of performance measurement systems: The crucial role of design choices. *Management Accounting Research*, pp. 1-25. doi:<https://doi.org/10.1016/j.mar.2018.07.002>

Gupta, V., & Kumar, S. (2012). Impact of performance appraisal justice on employee engagement: a study of Indian professionals. *Employee Relations*, 35(1), pp. 61-78.

Hood, C. (1995). The “new public management” in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2-3), pp. 93-109. doi:[https://doi.org/10.1016/0361-3682\(93\)E0001-W](https://doi.org/10.1016/0361-3682(93)E0001-W)

Huselid, M. A. (1995). The Impact Of Human Resource Management Practices On Turnover, Productivity, And Corporate Financial Performance. *Academy of Management Journal*, 38(3), pp. 635-872. doi:<https://doi.org/10.5465/256741>

Instituto Nacional de Estatística. (2024). <https://www.ine.pt>. Obtido de Portal do INE: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_pesquisa&frm_accao=PESQUISAR&frm_show_page_num=1&frm_modo_pesquisa=PESQUISA_SIMPLES&frm_texto=%C3%A1guia&frm_modo_texto=MODO_TEXTO_ALL&frm_data_ini=&frm_data_fim=&frm_tema=QUALQUER_TEMA&frm_area=o_ine_are

Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. (2024a). *Relatório e Contas 2023*. Coimbra: IPO Coimbra. Obtido de <https://www.ipocoimbra.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2024/04/relatorio-e-contas-2023-assinado-e-rubricado-final.pdf>

Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, E.P.E. (2024b). *Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde*. Coimbra: IPO Coimbra. Obtido de <https://www.ipocoimbra.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2024/03/relatorio-anual-sobre-o-acesso-a-cuidados-de-saude-2023.pdf>

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. (2018). *Processo Assistencial Integrado: Centro de Referência em Sarcomas/Grupo Multidisciplinar de Sarcomas*. Direção Clínica, Lisboa.

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. (2023a). *Relatório do Governo Societário 2022*. Lisboa: IPO Lisboa. Obtido de <https://www.ipolisboa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/05/RGS-IPOLFG-EPE-2022.pdf>

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. (2023b). *Plano de Atividades de Orçamento 2023*. Lisboa: IPO Lisboa. Obtido de <https://www.ipolisboa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/12/PAO2023-Assinado.pdf>

Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. (2024). <https://www.ipolisboa.min-saude.pt/ipo/conheca-nos/>. Obtido de IPO Lisboa.

Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E. (2022). *Plano de Atividades e Orçamento 2023-2025*. Porto: IPO Porto. Obtido de https://ipoporto.pt/wpsite_2020/wp-content/uploads/2024/03/PAO-2023-2025.pdf

Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E. (2023). *Relatório e Contas 2022*. Porto: IPO Porto. Obtido de https://ipoporto.pt/wpsite_2020/wp-content/uploads/2024/03/RC_2022.pdf

International Agency for Research on Cancer. (2024). <https://gco.iarc.who.int/en>. Obtido de Global Cancer Observatory: Cancer Today: <https://gco.iarc.fr/today/en/data-sources-methods>

Iqbal, M. Z., Akbar, S., Budhwar, P., & Ali Shah, S. Z. (2019). Effectiveness of Performance Appraisal: Evidence on the Utilization Criteria. *Journal of Business Research*, 101, pp. 285-299. doi:10.1016/j.jbusres.2019.04.035

Jiang, K., & Messersmith, J. (2018). On the shoulders of giants: A meta-review of strategic human resource management. *The International Journal of Human Resource Management*, 29(1), pp. 6–33. doi:<https://doi.org/10.1080/09585192.2017.1384930>

Jordan, H., Rodrigues, J. A., & Carvalho das Neves, J. (2021). *O Controlo de Gestão: Ao serviço da estratégia e dos gestores* (11ª ed.). Áreas Editora.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The Balanced Scorecard - Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*, 70(1), pp. 71-79.

Kuvaas, B. (2008). An exploration of how the employee-organization relationship affects the linkage between perception of developmental human resource practices and employee outcomes. *Journal of Management Studies*, 45(1), pp. 1–25.

- Lapuente, V., & Van de Walle, S. (2020). The effects of new public management on the quality of public services. *Governance: An International Journal of Policy, Administration and Institutions*, 33(3), pp. 461-475. doi:<https://doi.org/10.1111/gove.12502>
- Lee, B., Tsu, S. C., & Yau, O. (2023). Impact of Balanced Scorecard implementation on company performance of PRC listed companies in the healthcare industry. *Journal of Transnational Management*, 28(6), pp. 1-39. doi:[10.1080/15475778.2023.2191379](https://doi.org/10.1080/15475778.2023.2191379)
- Lepak, D. P., Liao, H., Chung, Y., & Harden, E. E. (2006). A conceptual review of human resource management systems in strategic human resource management research. Em J. J. Martocchio (Ed.), *Research in personnel and human resources management* (Vol. 25, pp. 217–271). Emerald Group Publishing Limited, Leeds. doi:[https://doi.org/10.1016/S0742-7301\(06\)25006-0](https://doi.org/10.1016/S0742-7301(06)25006-0)
- Lin, C. Y., Shih, F. C., & Ho, Y. H. (2023). Applying the Balanced Scorecard to Build Service Performance Measurements of Medical Institutions: An AHP-DEMATEL Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), p. 1022. doi:[10.3390/ijerph20021022](https://doi.org/10.3390/ijerph20021022)
- Lyu , B., Su , W., Qi, Q., & Xiao, F. (2023). The Influence of Performance Appraisal Justice on Employee Job Performance: A Dual Path Model. *Sage Journals*, 13(3). doi:<https://doi.org/10.1177/21582440231194513>
- Maimako, L. B., & Bambale, A. J. (2016). Human Resource Management Practices and Employee Job Satisfaction in Kano State owned Universities: A Conceptual Model. *Journal of Marketing & Management*, 7(2), p. 1.
- Major, M. J., & Magalhães, A. (2014). Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal: balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses. *Revista de Administração*, 49(3), pp. 476-490. doi:<https://doi.org/10.5700/rausp1162>
- Merchant, K. A., & Van der Stede, W. A. (2007). *Management Control Systems: Performance Measurement, Evaluation and Incentives* (2nd ed.). Harlow, England: Financial Times/Prentice Hall.
- Meyer , J. P., & Allen, N. J. (1997). *Commitment in the Workplace: Theory, Research, and Application*. SAGE Publications, Inc. doi:<https://doi.org/10.4135/9781452231556>
- Ministério da Saúde. (21 de janeiro de 1988). Decreto-Lei n.º 19/88. *Diário da República* n.º 17/1988, 3º Suplemento, Série I, 20-23. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/19-506396>
- Ministério da Saúde. (18 de setembro de 1999). Decreto-Lei n.º 374/99. *Diário da República* n.º 219/1999, Série I-A , 6489-6493. doi:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/374-1999-569893>
- Ministério da Saúde. (20 de agosto de 2003). Decreto-Lei n.º 188/2003. *Diário da República* n.º 191/2003, Série I-A, 5219-5231. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/188-2003-654680>

Ministério da Saúde. (29 de dezembro de 2005). Decreto-Lei n.º 233/2005. *Diário da República* n.º 249/2005, Série I-A , 7323-7333. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/233-2005-469067>

Ministério da Saúde. (10 de fevereiro de 2017a). Decreto-Lei n.º 18/2017. *Diário da República* n.º 30/2017, Série I, 694-720. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/18-2017-106434234>

Ministério da Saúde. (31 de outubro de 2017b). Portaria n.º 330/2017. *Diário da República* n.º 210/2017, Série I, 5848-5852. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/330-2017-11413388>

Ministério da Saúde. (8 de março de 2018a). Portaria n.º 71/2018. *Diário da República* n.º 48/2018, Série I, 1214-1215. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/71-2018-114832292>

Ministério da Saúde. (7 de setembro de 2018b). Portaria n.º 254/2018. *Diário da República* n.º 173/2018, Série I, 4497-4706. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/254-2018-116353279>

Ministério da Saúde. (18 de setembro de 2024). Portaria n.º 212/2024/1. *Diário da República* n.º 181/2024, Série I. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/212-2024-888109592>

Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations: A Synthesis of the Research*. Michigan: Prentice-Hall.

Mintzberg, H. (1987). The Strategy Concept I: Five Ps for Strategy. *California Management Review*, 30(1), pp. 11-24. doi:<https://doi.org/10.2307/41165263>

Murcia, N. N., Ferreira, F. A., & Ferreira, J. J. (2022). Enhancing strategic management using a "quantified VRIO": adding value with the MCDA approach. *Technological Forecasting & Social Change: an international journal*, 174, pp. 1-9. doi:[10.1016/j.techfore.2021.121251](https://doi.org/10.1016/j.techfore.2021.121251)

Nagin, D. S., & Telep, C. W. (2020). Procedural justice and legal compliance: A revisionist perspective. *Criminology and Public Policy*, 19(3), pp. 761-786. doi:<https://doi.org/10.1111/1745-9133.12499>

Naranjo-Gil, D. (2016). Role of management control systems in crafting realized strategies. *Journal of Business Economics and Management*, 17(6), pp. 865-881. doi:[10.3846/16111699.2014.994558](https://doi.org/10.3846/16111699.2014.994558)

Nilsson, K., Bååthe, F., Andersson, A. E., Wikström, E., & Sandoff, M. (2017). Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital - an longitudinal interview study. *BMC Health Services Research*, 17(1), p. 169. doi:[10.1186/s12913-017-2104-8](https://doi.org/10.1186/s12913-017-2104-8)

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Obtido de <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

Otley, D., Broadbent, J., & Berry, A. (1995). Research in Management Control: An Overview of its Development. *British Journal of Management*, 6(1), pp. S31-S44. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.1995.tb00136.x>

Pham, C. D., Vu, S., Pham, Y. T., & Vu, N. T. (2020). Evaluating Performance of Vietnamese Public Hospitals Based on Balanced Scorecard. *Journal of Asian Finance Economics and Business*, 7(6), pp. 339-349. doi:10.13106/jafeb.2020.vol7.no6.339

Porter, M. E. (1985). *Competitive Advantage. Creating and Sustaining Superior Performance*. New York: Free Press.

Porter, M. E., & Teisberg, E. (2004). Redefining Competition in Health Care. *Harvard Business Review*, 82(6), pp. 64-76.

Porter, M. E., & Teisberg, E. (2007). How Physicians Can Change the Future of Health Care. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 297(10), pp. 1103-1111. doi:10.1001/jama.297.10.1103

Presidência do Conselho de Ministros. (4 de agosto de 2022). Decreto-Lei n.º 52/2022. *Diário da República* n.º 150/2022, Série I, 5-52. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

Presidência do Conselho de Ministros. (20 de dezembro de 2023). Decreto-Lei n.º 118/2023. *Diário da República* n.º 244/2023, Série I, 58 - 73. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2023-808125339>

Presidência do Conselho de Ministros. (10 de janeiro de 2024). Decreto-Lei n.º 12/2024. *Diário da República* n.º 7/2024, Série I, 52-74. doi:<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/12-2024-836437684>

Rodjam, C., Thanasrisuebwong, A., Suphuan, T., & Charoenboon, P. (2020). Effect of Human Resource Management Practices on Employee Performance Mediating by Employee Job Satisfaction. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(3), pp. 37-47. doi:10.5530/srp.2020.3.05

Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (2011). *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.

Santos, A. J. (2008). *Gestão Estratégica – Conceitos, Modelos e Instrumentos*. Escolar Editora.

Seidman, I. (2006). *Interviewing as Qualitative Research: A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences* (3th ed.). New York: Teachers College Press, Columbia University.

Seljak, J., & Kvas, A. (2015). Three-Stage Data Envelopment Analysis as a Tool for Nurse Leader Performance Appraisals: Case Study. *SAGE Open*, 5(1), pp. 1-10. doi:10.1177/2158244015577666

Setiawati, T., & Ariani, I. D. (2019). Influence of Performance Appraisal Fairness and Job Satisfaction through Commitment on Job Performance. *Review of Integrative Business and Economics Research*, 9(3), pp. 133-151.

Simões, A. M., & Rodrigues, J. (2014). Relação entre controlo de gestão e estratégia: perspetiva histórica. *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión*, XII(23), pp. 21-43.

- Simões, J. A., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernandez-Quevedo, C. (2017). Portugal: Health System review, 2017. *Health systems in transition*, 19(2), pp. 1-184.
- Simons, R. (1995). Control in an Age of Empowerment. *Harvard Business Review*, 73(2), pp. 8–88.
- Tarawneh, A. S. (2019). The Impact of Decentralization Dimensions on Subsidiaries Performance. *International Review of Management and Marketing*, 9(1), 62-71. doi:<https://doi.org/10.32479/irmm.7368>
- Therit, T. (2009). The importance of HRM. Obtido de <https://therith.files.wordpress.com/2011/05/the-importance-of-hrm-for-organizatioin.pdf>
- Thurston, P. W., & McNall, L. (2010). Justice perceptions of performance appraisal practices. *Journal of Managerial Psychology*, 25(3), 201-228. doi:<https://doi.org/10.1108/02683941011023712>
- van der Kolk, B., van Veen-Dirks, P. M., & ter Bogt, H. J. (2019). The Impact of Management Control on Employee Motivation and Performance in the Public Sector. *European Accounting Review*, 28(5), 901-928. doi:[10.1080/09638180.2018.1553728](https://doi.org/10.1080/09638180.2018.1553728)
- Vivek, A. R. (2018). The Relationship between High Performance Work Practices and Employee Attitudes: A Study on Small Business Private Sector in Colombo District. *World Journal of Innovative Research*, 4(5), 5-19.
- Wernerfelt, B. (1984). A Resource-Based View of the Firm. *Strategic Management Journal*, 5(2), 171-180.
- Wheelen, T. L., & Hunger, J. D. (2012). *Strategic Management and Business Policy: Toward Global Sustainability* (13th ed.). London: Pearson.
- Yin, R. (2017). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (5^a ed.). Bookman.

Anexos

Anexo A – Guião de Entrevistas Semiestruturadas

Anexo A.1. Considerações Gerais

Anexo A.2. Guião de entrevistas para conselho gestão de CRI

Anexo B – Enquadramento do CRI

Anexo B.1 - Funções do Conselho de Gestão do CRI-TMS-IPOL

Anexo B.2 - Plano de ação – princípios básicos

Anexo A.1

Guião de Entrevistas Semiestruturadas - Considerações Gerais

1 - Tema principal

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

2 - Temas abordados

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

3 - Objetivos das entrevistas

- Analisar o que levou à necessidade da mudança na estratégia organizacional;
- Principais motivações para a implementação de um sistema de controlo de gestão;
- Compreender as dificuldades encontradas para implementar as mudanças, identificar as dificuldades e obstáculos sentidos;
- Analisar os principais indicadores utilizados;
- Analisar o processo de conceção e implementação do BSC;
- Gestão de desempenho;
- Resultados esperados e obtidos.

Anexo A.2

Guião das entrevistas para conselho de gestão de CRI

1. Caracterização

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

2. Organização interna antes de CRI

- 2.1. Quais a razões para a criação do CRI?
- 2.2. Que dinâmicas e instrumentos desenvolveu?
- 2.3. Como estava organizada a atividade do serviço e quais as suas principais linhas orientadoras?
- 2.4. Quais eram os principais desafios do serviço?
- 2.5. Quais eram as expectativas com a criação do CRI?

3. Concepção do CRI

- 3.1. Quais são as linhas orientadoras do CRI? Posso consultar algum documento?
- 3.2. Qual a missão e a visão do CRI?
- 3.3. Quais as preocupações quando se definem os objetivos estratégicos do CRI?
- 3.4. O CRI tem BSC? Quais as principais preocupações na elaboração do BSC?
- 3.5. Como foi elaborada a seleção de RH para integrarem o CRI?
- 3.6. Qual a sua percepção sobre a implicação da dedicação plena?
- 3.7. Qual é o sistema de avaliação de desempenho implementado?
- 3.8. Foi implementado um sistema de incentivos? Como funciona?
- 3.9. Principal dificuldade na execução do plano de ação?
- 3.10. Foram integrados os preços de transferência interna? Como foram definidos? Como definir ou negociar preços de transferência equitativos e justos entre as partes?
- 3.11. Quais os resultados obtidos com a criação do CRI?

4. Implementação do CRI

- 4.1. Quais foram as etapas críticas da implementação do CRI?
- 4.2. Quais foram os principais focos de mudança e as principais dificuldades sentidas?
- 4.3. Qual foi a estratégia de comunicação (interna e externa)?
- 4.4. Quem foram os principais opositores do CRI? Como foi gerida essa oposição?
- 4.5. Quais os fatores mais importantes para o sucesso na implementação do CRI?
- 4.6. Quais as principais dificuldades que se podem esperar com a implementação de um CRI?
- 4.7. O que correu bem?
- 4.8. O que correu menos bem?
- 4.9. Qual o sistema de informação utilizado e a sua importância no controlo de gestão?
- 4.10. Como adequar um sistema de informação às necessidades do CRI?

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

- 5.1. Quais os resultados globais obtidos no CRI?
- 5.2. Como decorreu a coordenação com os outros serviços do hospital?
- 5.3. Os objetivos/indicadores definidos foram cumpridos?
- 5.4. Quais as mais valias da implementação de BSC?
- 5.5. Como correu o sistema avaliação de desempenho?
- 5.6. E incentivos?
- 5.7. Qual a percepção relativa à satisfação dos RH?
- 5.8. Quais as vantagens do CRI?
- 5.9. Quais as desvantagens/problemas do CRI?
- 5.10. Qual a sua avaliação geral do CRI?
- 5.11. Quais são os principais riscos ou ameaças do CRI?
- 5.12. Qual a sua percepção da experiência dos CRI em Portugal

6. Comentários finais

Anexo B.1

Objetivos e funções do conselho de gestão do CRI-TMS-IPOL

Objetivos chave do conselho de gestão do CRI-TMS-IPOL (Conforme artigo 6º do Modelo de Regulamento Interno na Portaria nº 330/2017 de 31 outubro)
Assegurar a atividade diária do CRI incluindo o cumprimento das normas e procedimentos respetivos;
Assegurar as coordenações do CRI-TMS-IPOL;
Promover a definição e/ou atualização de políticas e procedimentos para a prestação de cuidados;
Participar na elaboração do plano anual de atividades do serviço e desenvolver, de forma articulada, as intervenções dos cuidados de saúde nele descritas;
Elaborar o relatório de atividades do CRI-TMS-IPOL, realizando a avaliação crítica das intervenções de Medicina, Enfermagem e outras realizadas;
Planejar e concretizar intervenções que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados;
Avaliar as intervenções de saúde e dinamizar a produção científica na equipa que lidera;
Efetuar um relatório mensal de acordo com o modelo publicado pela ACSS.

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

Anexo B.2

Plano de ação – princípios básicos

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