



INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DE LISBOA

---

## **Modelo de gestão e avaliação de performance de serviços clínicos**

Bruno Miguel Baião Fidalgo Ferreira

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:

Professora Doutora Generosa do Nascimento, Professora Auxiliar,  
Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional (IBS)

Agosto, 2023



Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

**Modelo de gestão e avaliação de performance de serviços clínicos**

Bruno Miguel Baião Fidalgo Ferreira

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:

Professora Doutora Generosa do Nascimento, Professora Auxiliar,  
Departamento de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional (IBS)

Agosto, 2023



## Agradecimentos

O processo de desenvolvimento de um projeto de tese é um processo solitário que predispõe à introspeção. No meu caso, essa introspeção levou-me a refletir sobre as minhas novas funções enquanto Diretor Clínico Adjunto e qual o seu propósito. Estas, inexoravelmente, levam-me para longe da minha zona de conforto e da relação direta com os utentes, na minha condição fortemente enraizada de médico e cirurgia.

Nesta tentativa de adquirir um novo foco, recordei duas intenções que me acompanharam ao longo da minha carreira profissional, a mim e aos meus companheiros de viagem. O objetivo subjacente à medicina e, por simpatia, aos restantes cuidados de saúde que é o de tratar bem os doentes (o que corresponderá ao que atualmente se designará como proporcionar bem-estar, físico, social e mental de uma forma integrada e centrada no utente) e o objetivo de não me esquecer de todas as vezes que nós, clínicos, alertámos para iniquidades, processos de trabalho que não poderiam estar organizados como estavam e para falhas de recursos que não tinham grande custo associado mas cujo impacto na adequada prestação de cuidados de saúde era enorme. Parecia que ninguém nos ouvia, mas por vezes também não parecia haver um compromisso sério em nos informarem do que se esperava de nós e quais as condicionantes que existiam para que não pudéssemos ter outro tipo de recursos e condições.

Talvez este processo me tenha ajudado a ciar um novo foco, agora na organização do trabalho, para que outros possam efetivamente tratar doentes e talvez durante a elaboração deste modelo de gestão e avaliação de performance de serviços clínicos que se pretende que seja elaborado de forma colaborativa, com troca de informação ascendente e descendente, dando liberdade de ação mas responsabilizando pelos resultados, eu me tenha reencontrado com aquele clínico esforçado que não iria cometer os mesmos erros, quando dele dependesse.

Sinto este projeto como o meu contributo para que todos caminhemos numa mesma direção no Hospital das Forças Armadas.

Agradeço a todos os profissionais do Hospital que me aturam nas minhas funções.

Agradeço à direção do Hospital que apoiou este projeto desde o momento inicial.

Agradeço à Professora Generosa que me orientou por estes novos caminhos da gestão de serviços de saúde, não só no desenvolvimento da tese, mas logo desde a pós-graduação. Sem pós-graduação, provavelmente, não haveria mestrado.

Acima de tudo agradeço à minha família, à Helena, à Luísa e ao Pedro, pelo facto de ainda gostarem de mim apesar das horas infindáveis em que fiquei agarrado a este computador.



## Resumo

Os hospitais enfrentam, cada vez mais, pressões regulatórias e competitivas para que desenvolvam modelos de controlo de gestão (Dent, 1990; Cardinaels, 2013), ao mesmo tempo que se considera que estes modelos devem ser adaptados à realidade específica dos cuidados de saúde (Siccote, 1998; Abernethy, 2006; Aidemark, 2009; Cardinaels, 2013). É especialmente relevante, neste novo mundo BANI (frágil, ansioso, não-linear e incompreensível), que qualquer modelo de avaliação de performance deva ser desenvolvido de forma cooperativa e participativa (Grint, 2020; Lapshun, 2021).

Neste contexto, foi desenvolvido um modelo de gestão e avaliação de performance dos serviços clínicos do Polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas. A definição dos objetivos gerais, as várias dimensões da atividade dos serviços a avaliar, a sua ponderação relativa e a tipologia dos indicadores de performance a contratualizar resultaram de um trabalho colaborativo entre representantes dos serviços e da direção. O modelo de contratualização de indicadores de performance dos serviços foi adaptado do sugerido por Van der Geer (2009), de acordo com os princípios do ProMES. A implementação do modelo, nos serviços, implicou a contratualização de objetivos anuais sob a forma de *Key Performance Indicators* mensuráveis num documento formal.

O desenvolvimento do modelo foi bem recebido pelos profissionais dos serviços, alvo de contratualização, que entenderam que os indicadores de performance desenvolvidos não foram desenhados para os avaliar de forma sumativa, mas para os confrontar com o grau de execução dos objetivos de performance, com que eles mesmos se comprometeram, enquanto processo de melhoria contínua da qualidade.

**Palavras-chave:** gestão de performance, liderança partilhada, indicadores de performance em saúde, saúde militar

### **Classificação JEL:**

I10 Saúde: Geral

O19 Administração de Empresas: Outros





## **Abstract**

*Hospitals increasingly face regulatory and competitive pressures to develop management control models (Dent, 1990; Cardinaels, 2013), while considering that these models must be adapted to the specific reality of health care (Siccote, 1998; Abernethy, 2006; Aidemark, 2009; Cardinaels, 2013). It is especially relevant, in this new BANI (fragile, anxious, non-linear and incomprehensible) world, that any performance evaluation model must be developed in a cooperative and participatory way (Grint, 2020; Lapshun, 2021).*

*In this context, a management and performance evaluation model was developed for the clinical services at the Lisbon Hub of the Hospital das Forças Armadas. The definition of the general objectives, the various dimensions of the activity of the services to be evaluated, their relative weighting and the typology of the performance indicators to be contracted resulted from collaborative work between representatives of the services and management. The contractualization model of service performance indicators was adapted from that suggested by Van der Geer (2009), in accordance with the principles of ProMES. The implementation of the model, in the services, implied the contracting of annual objectives in the form of measurable Key Performance Indicators, in a formal document.*

*The development of the model was well received by the professionals, who understood that the performance indicators developed were not designed to evaluate them summarily, but to confront them with the degree of execution of the performance objectives, to which they committed themselves, as a process of continuous quality improvement.*

**Keywords:** *performance management, shared leadership, performance indicators in healthcare, military healthcare*

### **JEL Classification:**

*I10 Health: General*

*O19 Business Administration: Other*



## Índice

Agradecimentos .....	i
Resumo.....	iii
<i>Abstract</i> .....	v
Índice.....	vii
Índice de figuras .....	ix
Índice de tabelas .....	ix
Glossário.....	xi
1. Introdução .....	1
2. Revisão da literatura .....	3
2.1. Controlo de gestão e gestão de performance hospitalar .....	3
2.2. Controlo de gestão em contexto militar .....	6
2.3. Equipas em saúde e liderança partilhada.....	7
2.4. Avaliação de performance .....	11
3. Metodologia.....	19
3.1. Método .....	19
3.2. Técnicas de recolha de dados .....	20
3.3. Técnicas de tratamento de dados.....	20
3.4. Âmbito da implementação do modelo .....	21
3.5. Limitações do estudo .....	21
4. Diagnóstico .....	23
4.1. HFAR, missão, valores, visão e estratégia .....	23
4.2. Contratualização de performance no SNS.....	25
4.3. Avaliação de desempenho no HFAR – militares e civis .....	27
4.4. Resultados das entrevistas aos elementos da direção do Hospital.....	29
4.4.1. Dimensão da estratégia:.....	29
4.4.2. Dimensão do diagnóstico .....	31
4.4.3. Dimensão da implementação.....	32
4.4.4. Dimensão da avaliação do processo .....	33
4.4.5. Síntese .....	34
5. Implementação .....	35
5.1. Definição e priorização de indicadores explicativos da atividade dos serviços.....	35
5.2. Descrição dos serviços a intervencionar .....	39
5.2.1. Descrição do Serviço de Ortopedia .....	39
5.2.2. Descrição do Serviço de Urologia .....	40

<b>5.3. Processo de contratualização de performance com os serviços .....</b>	<b>42</b>
<b>5.4. Avaliação do processo de contratualização de performance pelos serviços .....</b>	<b>43</b>
<b>6. Conclusões .....</b>	<b>47</b>
<b>7. Referências bibliográficas .....</b>	<b>51</b>
<b>8. Anexos .....</b>	<b>61</b>
Anexo A. Guião de entrevista à direção do HFAR .....	63
Anexo B. Questionário aos profissionais dos serviços .....	65
Anexo C. Tabela de análise de conteúdo das entrevistas à direção do HFAR.....	67
Anexo D: Instruções para reunião de contratualização de indicadores.....	71
Anexo E: Contratualização de indicadores com o Serviço de Ortopedia .....	83
Anexo F: Contratualização de indicadores com o Serviço de Urologia .....	93
Anexo G: Despacho do Diretor do HFAR à implementação do modelo de gestão e avaliação de performance.....	105

## Índice de figuras

Figura 1: (5.1) Recursos Humanos do Serviço de Urologia do HFAR-PL.....	41
Figura 2: (5.2) Respostas dos profissionais à Questão 1 .....	44
Figura 3: (5.3) Resposta dos profissionais à Questão 2.....	44
Figura 4: (5.4) Resposta dos profissionais à Questão 3.....	45
Figura 5: (5.5) Resposta dos profissionais à Questão 4.....	45
Figura 6: (5.6) Resposta dos profissionais à Questão 5.....	45
Figura 7: (5.7) Resposta dos profissionais à Questão 6.....	46
Figura 8: (5.8) Resposta dos profissionais à Questão 7.....	46

## Índice de tabelas

Tabela 1: (4.1) Mapa da Estratégia Sectorial da Saúde Militar .....	25
Tabela 2: (4.2) Indicadores de análise da capacidade cirúrgica do HFAR .....	27
Tabela 3: (5.1) Categorização de indicadores de acordo com a orientação estratégica.....	35
Tabela 4: (5.2) Indicadores de atividade assistencial do Serviço de Ortopedia do HFAR-PL (2021-2022).....	40
Tabela 5: (5.3) Indicadores de atividade assistencial do Serviço de Urologia do HFAR-PL (2021-2022) .....	42



## **Glossário**

ADM - Assistência na Doença aos Militares das Forças Armadas

BO - Bloco Operatório

BOC - Bloco Operatório Central

BSC - *Balanced scorecard*

CEMGFA - Chefe de Estado Maior General da Forças Armadas

CRI - Centro de Responsabilidade Integrado

DFA - Deficiente das Forças Armadas

DGS - Direção Geral de Saúde

DIRSAM - Direção de Saúde Militar

EMGFA - Estado Maior General das Forças Armadas

FA - Forças Armadas

FND - Forças Nacionais Destacadas

HFAR - Hospital da Forças Armadas

HFAR-PL - Polo de Lisboa do HFAR

HFAR-PP - Polo do Porto do HFAR

HFF - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

KPI - *Key Performance Indicator*

Lean - *Lean Management System*

MCDT - Exames complementares de diagnóstico e terapêutica

PMS - *Performance Measurement Systems*

ProMes - *Productivity Measurement and Enhancement System*

SIADAP - Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SAMMFA - Sistema de Avaliação do Mérito dos Militares das Forças Armadas

SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia

SNS - Serviço Nacional de Saúde

TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos

TQM - *Total Quality Management*





## 1. Introdução

Os hospitais enfrentam, cada vez mais, pressões regulatórias e competitivas para que desenvolvam sistemas de controlo de gestão (Dent, 1990; Cardinaels, 2013), ao mesmo tempo que se considera que estes devem ser adaptados à realidade específica dos cuidados de saúde (Siccote, 1998; Abernethy, 2006; Aidemark, 2009; Cardinaels, 2013).

Devemos considerar os hospitais como um tipo específico de burocracias profissionais, tal como Mintzberg as definiu em 1979, onde o envolvimento dos profissionais de saúde nos processos de gestão é desejado (Dunham, 1994; Schwartz, 2000; Leggat, 2011). Considera-se que as principais unidades funcionais dos hospitais são as suas equipas de profissionais (Miller, 2007; Jain, 2008). São estes profissionais qualificados que terão a capacidade de criar vantagem competitiva e encontrar o caminho para a melhoria da performance das instituições. Organizações que confiam nas capacidades de decisão das suas equipas e dos seus profissionais, ao mesmo tempo que proporcionam um ambiente de segurança e estimulam que estes possam ter uma voz ativa, potenciam o desenvolvimento de equipas de elevada performance (Majmudar, 2010; Gilbert, 2013; Gilbert, 2019), através de mecanismos de liderança partilhada (Merkens, 1998; Miller, 2007; Avolio, 2009).

Os princípios, atrás referidos, devem orientar a construção dos sistemas de gestão e avaliação de performance hospitalar e permitir a contratualização de objetivos com as suas equipas naturais, os seus serviços clínicos. Assim, o problema de investigação que se coloca, neste projeto, será o de identificar: Qual o modelo de gestão e avaliação de performance intermédia, a implementar, que mais se adequa aos propósitos descritos?

A temática deste projeto irá incidir sobre controlo de gestão. Mais especificamente sobre gestão de performance e fenómenos de liderança partilhada. Estas temáticas serão exploradas no contexto específico de gestão em saúde, gestão em contexto militar e aplicadas ao contexto particular do Polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas (HFAR-PL). Por se encontrar num ponto charneira, caberá à direção clínica desenvolver um modelo de gestão e avaliação de performance que permita alinhar os objetivos estratégicos e a intenção da administração com os objetivos de performance contratualizados com as equipas. Pretende-se desenvolver um modelo de gestão e avaliação de performance, alinhado com os objetivos estratégicos do Hospital, participativo (com envolvimento da administração e dos profissionais de saúde), que permita liberdade de ação e responsabilização pelos resultados. Os objetivos a contratualizar devem ter *Key Performance Indicators* (KPIs), bem definidos e mensuráveis, que devem espelhar a visão do Hospital ao mesmo tempo que devem ser discutidos, compreendidos e aceites pelos serviços. O modelo deve garantir uma linha orientadora comum, mas ser suficientemente flexível para acautelar as especificidades de cada serviço.

O projeto aqui apresentado tem como objetivo geral o desenvolvimento de um modelo de gestão e avaliação de performance dos serviços clínicos do HFAR-PL. Trata-se de um projeto de alteração de processos de avaliação de performance, criando um modelo de avaliação intermédia, que deverá permitir atingir os seguintes objetivos específicos: a) Conceber um modelo de controlo de gestão que permita a contratualização, monitorização e avaliação de performance dos serviços clínicos; b) Alinhar os objetivos contratualizados, com os serviços, à missão atribuída ao Hospital das Forças Armadas (HFAR) e à visão da direção; c) Permitir, através da adequada comunicação, a interiorização por parte dos profissionais de saúde da missão e objetivos estratégicos atribuídos ao Hospital; d) Desenvolver de forma participativa as métricas dos KPIs a utilizar nos critérios de avaliação dos serviços nas quais tanto os profissionais de saúde como a direção se revejam; e) Vincular a contratualização de objetivos dos serviços ao empenho da direção na garantia dos recursos necessários para a sua concretização.

A contratualização de objetivos de performance, decorrente da implementação do modelo desenvolvido em dois serviços “piloto”, irá permitir avaliar a exequibilidade do processo, ao mesmo tempo que poderá fornecer pistas para a sua melhoria, antes da sua implementação generalizada.

De modo a cumprir com os objetivos atrás delineados, o projeto a desenvolver encontra-se estruturado em várias etapas sequenciais, que dividem o presente trabalho em capítulos. A revisão da literatura pretende identificar os desafios atuais ao controlo de gestão nos serviços de saúde e à monitorização da sua performance, através da correta construção de indicadores de performance. Aborda o papel das equipas de profissionais dentro das unidades de saúde e a necessidade de estimular fenómenos de liderança partilhada como um meio para obter performances elevadas. Sendo o objeto deste projeto o HFAR-PL, avalia as particularidades do controlo de gestão no contexto militar. A metodologia detalha o âmbito do projeto, o método, as técnicas de recolha de dados e as técnicas de análise de dados utilizadas, assim como, a sua utilização sequencial. O diagnóstico do contexto atual, do sistema de controlo de gestão do HFAR-PL, será obtido através de uma análise documental e da obtenção da visão estratégica, da direção do HFAR, mediante a realização de entrevistas. O capítulo dedicado à implementação do projeto fará referência à forma como foram definidos e priorizados os indicadores a incluir no modelo de gestão e avaliação de performance dos serviços clínicos do HFAR- PL e o modo como estes foram contratualizados de forma individualizada e colaborativa com o Serviço de Urologia e de Ortopedia. Por fim, a conclusão fará referência às limitações identificadas na análise e interpretação dos resultados, dando sugestões de investigação futura.

## 2. Revisão da literatura

### 2.1. Controlo de gestão e gestão de performance hospitalar

Os sistemas de saúde enfrentam desafios que são inerentes à evolução crescente da procura de cuidados de saúde e/ou resultado de eventos inesperados, ocorrendo dentro ou fora dos sistemas de saúde. Ambos requerem uma mudança de paradigma na governação das instituições de saúde, na alocação de recursos e financiamento, redistribuição da responsabilidade e da necessidade de respostas integradas dos próprios sistemas de saúde. A gestão de performance em saúde apresenta, neste contexto atual, três grandes desafios: a necessidade da abordagem populacional, a definição funcional do conceito de valor em saúde e a importância da resiliência e sustentabilidade das organizações de saúde (Vainieri, 2020). Lidar com esta complexidade requer abordagens colaborativas entre *stakeholders* de modo a responder não só aos doentes e utentes, mas também, às necessidades da população, numa perspetiva sistémica (Nutti, 2016; Nutti, 2018).

Cada vez mais, os hospitais enfrentam pressões regulatórias e competitivas para que desenvolvam sistemas de controlo de gestão (Cardinaels, 2013). No entanto, a aplicação direta dos sistemas clássicos de controlo de gestão nos hospitais tem sido problemática (Aidemark, 2009).

Nos hospitais, as questões relacionadas com o “poder” corporativo dos médicos e enfermeiros no processo operacional, a multiplicidade de prioridades oriundas de uma grande variedade de *stakeholders* influentes e orçamentos austeros, que limitam o crescimento e reestruturação, criam em conjunto obstáculos sem paralelo noutras organizações, quanto ao uso efetivo de mecanismos de controlo de gestão (Plsek, 2001; Lemieux, 2003; Abernethy, 2006; Ramagem, 2011).

Performance representa a capacidade de uma entidade alcançar objetivos com atenção à qualidade dos processos e dos resultados. As novas visões e definições de performance em saúde, com foco na qualidade, requerem que a atividade de controlo gestão se tenha necessariamente de adaptar (Vainieri, 2020). A adoção deste conceito de performance procura ir além dos resultados obtidos por organizações ou unidades de saúde isoladamente, através da adoção de novas ferramentas que permitam o alinhamento de objetivos, troca de informação e promovam ações coordenadas e conjuntas entre prestadores de cuidados de saúde (Gray, 2013; Gray, 2017).

*Performance measurement systems* (PMS) podem ser definidos como um conjunto de ferramentas conceptuais que visam a definição, controlo e gestão, tanto dos resultados como dos meios utilizados para atingir os objetivos individuais, organizacionais e sociais (Broadbent, 2009). Há uma necessidade premente de melhor compreender os sistemas de controlo de gestão aplicados aos hospitais, especialmente aqueles fatores que influenciam a eficácia dos PMS (Cardinaels, 2013). Os PMS, nas organizações de saúde, devem ter o seu foco na criação de valor. O valor em saúde é definido pela relação entre os recursos necessários e os resultados obtidos. Estes novos conceitos de

o que é valor em saúde traduziram-se numa nova forma de pensar a gestão de performance e a responsabilização (Porter, 2010; Mery, 2017). Situações de emergência, tais como a crise das dívidas soberanas e a pandemia COVID, revelaram a necessidade de que as PMS também suportassem as necessidades de sustentabilidade e resiliência das organizações de saúde (Ferrè, 2018).

Definir estratégias em saúde respondendo apenas às necessidades dos indivíduos que desejam cuidados de saúde ou que se encontram doentes resulta numa resposta fragmentada, com iniquidade no acesso e reduzindo os benefícios da prevenção da doença. A perspetiva da saúde populacional reconhece que, para além dos cuidados clínicos, fatores económicos e sociais afetam significativamente os resultados em saúde (Stoto, 2014).

Uma abordagem holística implica um conhecimento do ambiente interno e externo onde os cuidados de saúde são prestados, reconhece a natureza integrada e a natureza concorrente destes desafios. Numa perspetiva populacional, a visão holística está relacionada com a capacidade dos sistemas de saúde, como um todo, acrescentarem valor aos seus utentes em particular e à sociedade em geral. Esta visão holística significa uma abordagem menos centrada no doente individual e mais focada numa perspetiva de inclusão social que considera os aspetos de equidade. Do ponto de vista da perspetiva da sustentabilidade e resiliência, a visão holística, está melhor habilitada a garantir os recursos necessários para construir e preservar capacidade instalada para as gerações futuras e alocar de forma responsável o investimento público. A implementação de sistemas de gestão de performance requer, também, responsabilidade partilhada entre unidades prestadoras de cuidados e outras organizações não prestadoras, mas relevantes para os sistemas de saúde. Deve ser ultrapassada a mentalidade compartimentada de que a análise de performance de uma determinada área deve apenas determinar decisões sectoriais, sem que tenham em conta o foco na criação de valor através do sistema de saúde e para a população (Vainieri, 2020).

Os sistemas de saúde estão sobre pressão para melhorar os resultados usando ferramentas de gestão baseadas na evidência. No entanto, várias dificuldades têm inibido os hospitais de desenvolver PMS eficazes: os seus processos e procedimentos não são desenvolvidos tendo em conta a sustentabilidade; as administrações hospitalares têm efetivamente pouca experiência em ambientes competitivos; não existe efetivo envolvimento dos profissionais de saúde e os resultados em saúde são efetivamente difíceis de medir (Behrouzi, 2014).

Nos anos mais recentes tem havido uma tendência crescente de desenhar e implementar o *Balanced scorecard* (BSC) como ferramenta de controlo de gestão no setor da saúde (Behrouzi, 2014). Justifica-se esta tendência por se considerar que permite uma melhor avaliação de performance e da sua monitorização em apoio à tomada de decisão. O BSC tem sido utilizado não só ao nível da gestão estratégica, mas também dentro das organizações para a avaliação de serviços, projetos, creditações, procedimentos clínicos e monitorização de performance (Zelman, 2003). Tem

sido usado por inúmeras organizações de saúde por permitir a sua customização e adaptação às particularidades de cada sistema de gestão de performance em particular.

Para que um BSC possa ser uma ferramenta útil numa organização, devem ser definidas perspetivas de performance e KPIs que reflitam a estratégia da organização (Kaplan, 1996; Behrouzi, 2014). Muitos sistemas de monitorização de performance de organizações de saúde têm o foco na mensuração da performance e não na preocupação se esta performance reflete a estratégia da organização. Com frequência não existe uma relação clara de causa efeito relativamente ao que é medido e ao que se pretende como resultado. Os BSC em saúde tendem a ter um número excessivo de medidas de performance o que dificulta a sua implementação (Behrouzi, 2014).

Muitas organizações de saúde estão a recorrer a abordagens de gestão industrial tais como o Lean Management System (Lean), para fazer face às questões supracitadas da exigência da qualidade, segurança e sustentabilidade (Fine, 2009; Kaplan, 2014). A definição mais citada de Lean é a de um sistema integrado social e economicamente, cujo foco é o de eliminar desperdício e concomitantemente reduzir a variabilidade na prestação de serviços (Rotter, 2019).

A qualidade dos serviços é a prioridade atual de todas as organizações e setores. Na saúde, porque estes serviços lidam com a vida das pessoas e a sua saúde, a melhoria da qualidade e sua garantia são uma preocupação central que deve ser avaliada com base na experiência e satisfação dos utentes mediante os serviços prestados (Aghazadeh, 2002). Muitos dos gestores de unidades de saúde consideram o uso de modelos de melhoria contínua como inevitáveis. Gestão Lean é um destes modelos, que nas duas últimas décadas, tem recebido renovada atenção de governos, unidades de saúde, seguradoras, associações médicas e outros *stakeholders* (Burgess, 2013; Holden, 2015). Qualquer organização deve identificar e remover os excessos e promover uma abordagem de melhoria contínua da qualidade (Found, 2012; Alzoubi, 2019).

A *Total Quality Management* (TQM) tornou-se outra importante abordagem de gestão, para a melhoria da efetividade no sector da saúde e que deve ser privilegiada pelos vários *stakeholders* (Alzoubi, 2019). No setor da saúde, a TQM integra a orientação para a qualidade em todos os processos e procedimentos da prestação de cuidados de saúde. Existe evidência que a TQM, quando aplicada a um processo organizacional melhora a sua performance. Foca-se na satisfação do utente, na identificação dos problemas organizacionais, promovendo a participação dos profissionais. É uma estratégia holística que acomoda a liberdade de ação e responsabilização de cada profissional perante cada tarefa a desenvolver. Pretende criar uma cultura de qualidade que se possa manifestar em todos os procedimentos e processos organizacionais (Kaluzny, 1992; Hiestschold, 2014; Srma, 2015; Alzoubi, 2019).

É ao nível da gestão de topo que a formação base dos gestores mais influencia favoravelmente o alinhamento entre o uso de PMS e as prioridades estratégicas dos hospitais. Quando as prioridades

estratégicas se focam em parcerias ou em modelos de governança clínica, o efeito positivo da utilização de PMS na performance dos hospitais é mais acentuado naqueles com uma gestão de topo com formação clínica do que naqueles com uma formação base de administração, suportando a ideia de que os hospitais beneficiam da inclusão de clínicos na sua gestão de topo (Harlez, 2017).

Taylor (2015) identifica sete fatores associados a performance elevada: cultura organizacional positiva, acompanhamento por sénior, monitorização efetiva de performance, construção e manutenção de uma força de trabalho proficiente, liderança efetiva nos vários patamares da organização, deferência para com a expertise e trabalho de equipa multidisciplinar (Taylor, 2015).

## **2.2. Controlo de gestão em contexto militar**

As organizações militares apresentam particularidades próprias no processo de escolha e gestão de alvos, metas e objetivos, uma organização estrutural rígida e um sistema hierárquico de comando, na forma de ordens de superiores para subordinados. No contexto das organizações militares este sistema de controlo de gestão é conhecido por C2S (*Command Control System*), cujas características incluem: definir objetivos; clara delegação de competências e autoridade; uma cadeia de comando firme e uma visão clara da divisão de tarefas e desempenho (Utomo, 2022).

A aplicação de comando e controlo a um empreendimento pretende torná-lo mais adequado aos desafios e à missão que lhe for atribuída. Associam-se as seguintes funções ao conceito de comando e controlo, de um dado empreendimento: estabelecer meta e objetivo; atribuir função, responsabilidade e relacionamento; estabelecer regras e limitações; monitorização da situação e monitorização do progresso. Inerente ao comando e controlo está, também, a atribuição dos recursos existentes e a procura por recursos adicionais (Alberts, 2006).

Comandantes competentes são também líderes. De modo a acautelar a componente de liderança do comando devem ser adicionadas às anteriores as funções de inspiração, motivação, geração de confiança, treino e educação (Alberts, 2006).

No imaginário comum, o comando e liderança entroncam numa única pessoa. Na prática, tal não é sempre o caso. Necessitamos de permitir a possibilidade que essas funções possam ser assumidas, ou que são efetivamente exercidas, por múltiplos indivíduos de uma forma emergente (Alberts, 2006). Os desafios do século 21 mudaram significativamente as missões das Forças Armadas (FA). As missões de hoje são simultaneamente mais complexas e dinâmicas. Exigem capacidades e esforços coletivos de muitas organizações de modo a prevalecer (Alberts, 2006). Complexidade crescente, interdependência e maior especialização no trabalho, inovação tecnológica, gerações vindouras mais exigentes, profissionais mais educados e expectativas mais elevadas dos membros das equipas contribuíram para uma efetiva mudança de rumo para uma nova forma de liderança (Çakiroğlu, 2021).

Abordagens tradicionais ao comando e controlo não são mais adequadas e carecem da agilidade necessária ao atual contexto (Alberts, 2006). Um modelo de liderança partilhada é uma das abordagens disponíveis a serem exploradas neste contexto. Reveste-se de particular relevância compreender como promover atitudes e comportamentos individuais de liderança partilhada numa organização militar fortemente hierarquizada (Çakiroğlu,2021). Atitudes positivas de liderança partilhada impactam positivamente as condições de *self-management*, o que por sua vez irá contribuir para a efetividade organizacional. Fenómenos de liderança partilhada revelam o conhecimento e capacidades que os membros de uma equipa têm, mas cuja cadeia hierárquica rígida, que caracteriza a organização militar, não lhes permite revelar (Çakiroğlu,2021).

### **2.3. Equipas em saúde e liderança partilhada**

Caberá à gestão de uma organização garantir um ambiente profissional que promova a transferência de informação, compromisso com a obtenção dos recursos de trabalho necessários e motivação, através de um programa adequado de incentivos. Serão estas garantias que darão aos seus profissionais o conhecimento, a capacidade e o motivo para o desempenho. Os gestores são responsáveis por desenvolver um ambiente organizacional favorável e por influenciar os profissionais de modo a que possam ter um desempenho de acordo com o seu máximo potencial (Gilbert 2013).

As organizações de saúde são diferentes de outros tipos de organizações e estas diferenças têm de ser tidas em conta na avaliação e monitorização de performance (Siccote, 1998). São burocracias profissionais que lidam com um, cada vez mais, complexo conjunto de desafios políticos, legais e financeiros, relacionados com os utentes e com a comunidade. Em contraste com a maioria das organizações, existe um controlo de gestão limitado dos clínicos, que geram carga de trabalho e custos, mas que têm lealdade aos valores profissionais em detrimento da visão organizacional. Estas e outras diferenças entre os cuidados de saúde e outras organizações justificam a necessidade de examinar as equipas de performance elevada, focando-nos apenas nas organizações de saúde e nos profissionais de saúde que as integram (Sicotte, 1998).

Há uma evidência robusta de que a qualidade do trabalho de equipa é essencial para a oferta de cuidados de saúde de qualidade (Miller, 2007), mas a relativa falta de foco da indústria de cuidados de saúde no que concerne aos fundamentos da teoria do trabalho em equipa tem contribuído para a ineficácia da liderança médica (Majmudar, 2010). Equipas de elevada performance serão, de forma progressiva, a principal unidade funcional das organizações de saúde. Os médicos devem ser proactivos em assumir funções de liderança (Jain, 2008). As razões para incluir os médicos na gestão da saúde, tendo em vista a criação de equipas de alto performance, são múltiplas e incluem o facto de os médicos serem capazes de orientar a alocação dos recursos hospitalares minimizando o uso excessivo e a sua subutilização (Dunham,1994; Schwartz,2000; Leggat, 2011).

Uma equipa pode ser definida como um grupo de indivíduos que trabalham em conjunto para um objetivo comum. Uma equipa de performance elevada consiste num conjunto de indivíduos com um propósito comum, com um leque diverso de competências ou perspetivas, mas com níveis elevados de colaboração e inovação, que produzem resultados superiores (Katzenbach, 2015). Estas equipas devem ser pequenas o suficiente para manter produção eficiente, mas, grande o suficiente para criar mudança significativa dentro da estrutura organizacional (Jain, 2008).

O sucesso institucional e da equipa requerem profissionais dedicados, um líder competente e um contexto organizacional favorável (Majmudar, 2010). Organizações onde a segurança e confiança são parte da cultura irão ter melhores performances do que aquelas onde o medo de errar e ser apontado como responsável bloqueiam a atuação (Gilbert, 2019; Lapshun, 2021).

Crises internas e externas são testes à capacidade de resiliência das organizações. Neste contexto caberá à liderança intermédia criar uma cultura de equipa, de performance elevada, através da implementação das seguintes estratégias: promover a segurança e confiança, tratar todos os profissionais com respeito, ser claro quanto às expectativas de desempenho, ser transparente e providenciar a informação, conhecimento e instrumentos que permitam alcançar os resultados esperados (Grint, 2020; Lapshun, 2021).

Tornou-se evidente que a liderança das organizações, não deve estar centralizada hierarquicamente, mas sim, distribuída de forma equitativa pelas várias equipas de profissionais, de modo a facilitar uma adaptação mais rápida à envolvente externa (Pearce, 2009). As competências necessárias para efetivamente liderar organizações têm-se tornado progressivamente mais difíceis para que um individuo isoladamente as consiga abarcar na sua totalidade (O'Toole, 2002). O trabalho numa equipa de cuidados de saúde agudos envolve um espectro complexo de interações interdisciplinares entre profissionais especializados, permitindo influência mútua através de interações de liderança alternada. (Flin, 2004; DeRue, 2010; D'Innocenzo, 2014). Esta realidade observada apresenta-se divergente do conceito mais tradicional de liderança, descrita nos modelos de liderança transformacional e transacional desenvolvidos por Yukl (1999), nos quais as equipas têm um líder designado cuja responsabilidade é a obtenção de resultados através da motivação e recompensa dos seus elementos, fazendo com que estes priorizem o sucesso do grupo em detrimento dos seus interesses próprios.

A complexidade e ambiguidade que as equipas experimentam na saúde, tornam improvável que um único líder externo possa com sucesso realizar todas as funções de liderança (Gronn, 2002). Novas formas de trabalho de equipa, baseadas no conhecimento, apoiam-se em profissionais de elevada diferenciação e experiência, que desejam autonomia na forma como aplicam o seu conhecimento e competências, e por isso com um maior desejo da oportunidade de influenciar e participar nas funções de liderança (Jackson, 2003). De acordo com Pearce (2009), é possível aos



indivíduos, que não são formalmente nomeados líderes, elevarem-se à ocasião e exibir liderança que permita lidar com as necessidades do momento e depois afastar-se e permitir que outros liderem.

Com estruturas assentes em equipas a substituírem sistemas hierárquicos tradicionais, este conceito de liderança partilhada tem-se tornado gradualmente mais importante para as organizações e profissionais, na procura de performance elevada (Avolio, 2009). Através do processamento da informação e aprendizagem decorrente de fenómenos de liderança partilhada a efetividade da equipa pode ser incrementada pelo aumento do conhecimento, competências e habilidades (Day, 2004). Há cerca de trinta anos, a partilha de liderança teria sido uma mais-valia para uma organização, hoje tornou-se crucial para a sua sobrevivência (Merkens, 1998; Miller, 2007). Permite atingir melhor colaboração e coordenação, coesão, confiança e consenso, reduzindo em última análise o risco de conflito interpessoal, de tarefa ou de processo (Bergman, 2012).

A liderança partilhada refere-se a uma propriedade das equipas pela qual a liderança é distribuída entre membros da equipa em vez de assentar apenas num líder designado (Carson, 2007). A definição mais citada de liderança partilhada ilustra um processo interativo de influência partilhada entre indivíduos de um grupo com o objetivo de se liderarem mutuamente na persecução dos objetivos da equipa ou da organização (Avolio, 2009).

O conceito de liderança partilhada assume que os profissionais, na linha da frente, são aqueles que melhor sabem como os processos, da sua organização, poderão ser melhorados (Spooner, 1997). Ainda assim, é possível que a liderança partilhada possa trabalhar em conjunto com a hierarquia tradicional para munir a organização de uma plataforma de liderança mais flexível, dinâmica, robusta e responsiva (Pearce, 2009). Não se trata de uma democracia, mas de um sistema de controlo de gestão baseado na responsabilização por resultados, assumindo um esforço coletivo de todos os elementos de uma equipa (Porter-O'Grady, 1997).

Na presença de liderança partilhada, os profissionais tendem a abordar os desafios de forma colaborativa, dividindo tarefas, facilitando a interação e atuando de forma sustentada para que os objetivos possam ser atingidos. Será necessário evoluir de um estado em que apenas algumas pessoas exercem a autoridade, para uma estrutura mais aberta onde as informações, relações e conexões são fluidas (Jackson, 2000).

São quatro as características que definem a existência de liderança partilhada em qualquer organização de saúde: 1) uma estrutura descentralizada que, potenciada pelo desenvolvimento profissional, apoia a qualidade dos cuidados ao utente; 2) um adequado balanço entre autonomia individual, orientação da gestão de topo, decisão colaborativa e responsabilização; 3) um ambiente que assegura excelência de cuidados e dignidade ao doente através de cuidados multidisciplinares integrados; 4) e uma visão partilhada dentro da própria organização (Coluccio: 1998). Os benefícios deste modelo são muitos e incluem o aumento da satisfação profissional, o sentimento de pertença,

o orgulho, o sentimento de controlo sobre o ambiente de trabalho e o aumento do *commitment* (Edwards, 1994; Kirkman, 1999; Jackson, 2000; Liden, 2000). Pode ser igualmente um elemento promotor de uma cultura de qualidade e segurança (Ulrich, 2014; Salas, 2015).

A liderança partilhada é, antes de mais, sustentada por um modelo mental partilhado entre os elementos de uma equipa (Carson, 2007). Equipas com um modelo mental partilhado possuem uma melhor capacidade de processamento de informação e planeamento (Kolzlowski, 2006). Consciência situacional partilhada e segurança psicológica constituem-se como contributos importantes para o desenvolvimento de um modelo mental partilhado e de liderança partilhada (Carson, 2007). Consciência situacional partilhada é o processo que permite a compreensão de uma situação através da correta perceção do ambiente, a compreensão da significância da situação e da sua projeção em etapas e eventos futuros (Endsley, 1995). A segurança psicológica está relacionada com o grau em que os elementos da equipa se envolvem ou podem determinar a forma como a equipa procura atingir os seus objetivos e é determinada pela capacidade de comentar, criticar e dar *feedback* ao modo como, por exemplo, os cuidados de saúde estão a ser prestados (Carson, 2007). A segurança psicológica pode ser observada através do respeito revelado entre membros de uma equipa, a capacidade de pedir ajuda e aconselhamento e um maior compromisso com as suas funções e responsabilidades. Em conjunto a segurança psicológica e a consciência situacional partilhada, promovem a qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados (Nembhard, 2006).

Carson (2007) propõe, ainda, que a liderança partilhada seja facilitada por um ambiente interno que consiste em três dimensões: propósito partilhado, suporte social e voz. Estas atuam em conjunto para a produção de um contexto de equipa que encoraja a predisposição, dos membros, para liderar e a confiar na liderança de outros. Existe propósito partilhado quando os membros de uma equipa têm entendimentos semelhantes dos objetivos primários da equipa e atuam de forma focada na persecução de objetivos coletivos (Carson, 2007). Define-se suporte social como o esforço de cada membro para providenciar apoio mútuo através do encorajamento e reconhecimento do desempenho individual e das contribuições de cada um para a equipa. Este apoio ajuda a criar um ambiente interno onde os membros da equipa, que sentem que os seus contributos são valorizados e apreciados, colaboram de forma mais cooperativa e desenvolvem um sentido de responsabilidade partilhada pelos resultados da equipa (Marks, 2001; Carson, 2007). A voz define-se como o grau em que cada membro pode influenciar a forma como a equipa cumpre com o seu propósito. Assim a presença de voz numa equipa deverá criar um ambiente onde os profissionais interagem através de liderança partilhada, envolvendo-se proactivamente no desejo de cumprir com a missão e desafiando os outros, de forma construtiva, a perseguir estes objetivos (Carson, 2007).

As organizações de saúde devem facilitar padrões internos de liderança dentro das suas equipas para potenciar a sua efetividade. O gestor deverá promover e estabelecer normas de participação,

de modo a garantir que cada membro da equipa tem um propósito partilhado e capacidade para influenciar as atividades e estratégias da equipa, favorecendo um ambiente interno onde os membros das equipas se encorajam mutuamente e ativamente reconhecem os contributos de cada um. As organizações poderão potenciar ainda mais estas condições se institucionalizarem um processo em que as equipas identifiquem e concordem coletivamente com um conjunto de objetivos, prioridades, responsabilidades e normas (Carson, 2007).

A correta definição da missão da equipa, do seu propósito e dos seus objetivos permite o seu alinhamento com as expectativas da organização, estratégias e valores, potenciando a liderança partilhada (Mielonen, 2011). São, também, mecanismos geradores de liderança partilhada: a confiança, o empoderamento, recompensas justas e o respeito pelas crenças e valores. É importante considerar as crenças e valores de todos os profissionais de uma organização, não só daqueles em posições de autoridade (D Cruz, 2019). Para promover liderança partilhada nas equipas, as organizações de saúde são encorajadas a criar um ambiente interno gerador de *commitment* e propósito, onde cada membro é responsabilizado pelas suas ações (Katzenbach, 1998).

Foi demonstrado, não só, que as equipas de performance mais elevada tendem a revelar mais comportamento de liderança partilhada, mas, também, que existe uma correlação forte entre liderança partilhada e a qualidade dos resultados de performance, capacidade de coordenação de atividades, *commitment* e satisfação global (Han, 2017). Foi ainda possível demonstrar que a liderança partilhada é preditiva da performance das equipas, tal como percecionado pelos utentes (Carson, 2007).

#### **2.4. Avaliação de performance**

Avaliação de performance pode ser definida como o método de aceder à performance dos indivíduos, processos, serviços ou organizações (Neely, 1995). O seu uso como *intelligence*, desempenha um papel fundamental na definição da participação dos vários atores dos sistemas de saúde, no que diz respeito à qualidade dos cuidados prestados (Smith, 2008).

Controlar os custos e melhorar a qualidade em simultâneo tem sido o grande desafio com que todos os sistemas de saúde se deparam (Davies, 1998). Se os gestores pretendem intervir com sucesso na relação médico-doente, então necessitam de informação para contrabalançar o conhecimento profissional dos clínicos. Não é coincidência que o crescimento de *managed care* e *managed competition* foi acompanhado por uma explosão de indicadores de performance (Davies, 1998). Desde os anos 80, tem havido um aumento sem precedentes no número destes indicadores no National Health Service (NHS), do Reino Unido (Talbot, 2000).

Duas tradições distintas utilizam os indicadores de forma exploratória, servindo como alarmes para a necessidade de investigação ou de forma confirmatória, validando a suspeita e a necessidade

de ação (Donabedian, 1992; Birch, 1986). Ambas as tradições usam *benchmarking* para identificar más performances e centros de excelência, fazendo comparações ao nível da proficiência dos clínicos ou das unidades (Nutley, 1998; Foster, 1990).

Mais recentemente o foco afastou-se dos indicadores de performance que medem processos (o que foi feito) para indicadores de resultados (qual foi o resultado) (Davies, 1995). Três grandes problemas são aparentes com esta abordagem: - Em primeiro lugar, reflete um erro de fim de processo em vez de alicerçar a qualidade. Os atrasos podem corresponder a anos na produção de dados e publicação de resultados; - Em segundo lugar, existem graves problemas metodológicos associados à recolha rotineira de dados e que limitam gravemente a sua interpretação. Dados relativos a resultados em saúde são particularmente sensíveis a viés; - Em terceiro lugar, há uma preocupação que a gestão de performance, que é essencialmente motivacional ou mesmo coerciva na sua natureza, possa perverter comportamento e nutrir uma cultura prejudicial à qualidade (Davies, 1998).

Até agora as respostas a estas dificuldades percecionadas têm sido mais do mesmo: mais indicadores de performance, variáveis de contexto, ajustes de *case-mix* complexos e tecnologias de informação mais caras que fragilizam todo o processo. O sucesso na gestão de profissionais de saúde assenta no confiar na sua integridade e ética e no evitar que se tornem jogadores na equipa oposta aos objetivos organizacionais (Davies, 1998). Dar autonomia e confiar nos indivíduos e instituições, implica muito mais do que simplesmente abdicar da responsabilidade; haverá sempre a necessidade de monitorizar, balizar orçamentos, definir objetivos e parâmetros operacionais latos (Davies, 1998).

Desde o início dos anos 2000, que a importância da avaliação de performance, a sua generalização como prática transversal aos cuidados de saúde e sua profissionalização tem recebido ampla priorização. Este foco tem aumentado o rigor científico da seleção de indicadores, assim como, fez emergir novos métodos, ferramentas e abordagens para guiar esses processos (Barbaza, 2021).

Com a evolução dos sistemas de informação e de análise de dados, observou-se um rápido crescimento do volume e do espectro de dados disponíveis para a avaliação de performance. No entanto, a abundância de informação não se traduz necessariamente em decisões informadas. A nossa atenção deve estar focada no trabalho que ainda deve ser feito para melhorar os métodos de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde e da segurança do doente, de modo a obter mais valor de todos os dados possíveis de serem gerados pelos novos sistemas de informação (Patch, 2019).

As necessidades de informação dos decisores dos sistemas de saúde que incluem políticos, gestores, clínicos e utentes são variadas. O propósito dos indicadores de performance pode e deve ser diferenciado de acordo com o contexto micro-meso-macro do sistema da saúde a ser avaliado. Diferentes necessidades de informação fazem variar o tipo de indicador, as fontes de recolha de

dados, a precisão dos dados e o *timing* de acesso aos mesmos (Damberg, 2012; Barbazza, 2021). O indicador deverá ser *fit for purpose* – ser útil para um processo de tomada de decisão predefinido e *fit for use* – providenciando a informação certa à pessoa certa no momento certo (Smith, 2008).

Indicadores referem-se a variáveis quantificáveis utilizadas para providenciar informação simplificada sobre uma área maior de interesse, tipicamente medida ao longo do tempo. No contexto dos cuidados de saúde as principais funções dos sistemas de indicadores de performance são a responsabilização e a melhoria da qualidade, nas suas várias dimensões: segurança, efetividade, centralidade no utente, eficiência e equidade (Barbazza, 2021; Freeman, 2002). Estes indicadores podem ser de três tipos: prescritivos (que avaliam resultados face a métricas), descritivos (que identificam mudanças) e os proscritivos (que especificam o que não deve acontecer) (Freeman, 2002; Carter, 2002).

Importa diferenciar os conceitos de resultados em saúde e indicadores de performance. Os resultados em saúde relacionam-se com as taxas cruas de eventos adversos na saúde. A contabilização simples de eventos adversos de saúde como mortes, admissões hospitalares ou incapacidade são uma medida do peso de um problema de saúde numa população, ou seja os seus resultados. Um indicador de performance é desenhado para melhorar esse resultado e deverá relacionar-se apenas com os fatores que estão sob o controlo dos profissionais (Giuffrida, 1999).

Indicadores de performance aumentam a transparência organizacional, para com os *stakeholders*, e o empoderamento dos utentes, enquanto simultaneamente dão autorregulação e permitem a melhoria do desempenho aos profissionais. Ainda assim, tal como qualquer medicação ou instrumento político, pode ter efeitos secundários. Pode levar a burocracia, a medicina defensiva e a jogar com os números, o que pode impactar com a qualidade nos cuidados não medidos, de forma a ter uma boa avaliação nos parâmetros que são efetivamente medidos (Power, 1997). Deve ser dada especial atenção à possibilidade de, com a implementação destes sistemas, minar as condições necessárias à melhoria da qualidade quando se propõem programas de incentivos perversos, resultantes da incorreta utilização de dados (Freeman, 2002).

Os indicadores deverão não só melhorar a qualidade do serviço, como esta melhoria deve ser mensurável (Freeman, 2002). O uso de medidas de performance é claramente apropriado para medir *compliance* com os regulamentos ou comparar a realidade com um plano formal. Contudo, os indicadores têm um papel muito mais limitado na compreensão de como as intervenções ou implementação de processos influenciaram os resultados, algo que é necessário para guiar a decisão e a modificação de procedimentos (Blalock, 1999).

A principal atração dos indicadores de performance é a sua promessa de fornecer prova concreta de performance. O argumento será de que os indicadores aumentam a objetividade, ao aplicar regras consensuais e transversais a todas as organizações, obtendo informação que é

independente de quem a produz. A construção de tabelas comparativas entre organizações, apenas se pode considerar num contexto de objetividade da avaliação de performance. No entanto esta objetividade é limitada por várias questões técnicas (Freeman, 2002):

1. Seleção de indicadores – É necessário um equilíbrio entre a cobertura e a praticabilidade. Poucos indicadores permitem que aspetos importantes não sejam avaliados, demasiados indicadores tornam a avaliação onerosa ou impraticável (Freeman, 2002).
2. Disponibilidade e confiança nos dados – Existe uma tentação natural de medir aquilo para o que há dados e não aquilo que se relaciona com os objetivos de uma organização (McKee, 1997). Dados incorretos levam facilmente à confrontação e à redução da cooperação, especialmente quando usados de forma sumativa (McKee, 1995). Toda a recolha de dados depende dos clínicos e é suscetível de manipulação, particularmente quando recompensa ou censura dependem dos resultados (Audit Commission, 2000).
3. Validade e *confounding* dos dados – Para que a qualidade dos cuidados de saúde seja adequadamente valorizada, os indicadores devem refletir os atributos da organização de saúde e não os atributos do doente ou de outras características não relacionadas com a atividade dos profissionais (McColl, 1998).
4. Robustez, sensibilidade e sensibilidade dos indicadores - É importante que os indicadores sejam capazes de identificar todas as unidades com baixa performance (sensibilidade) e que todas as unidades identificadas como de baixa performance o sejam efetivamente (especificidade). Para uma avaliação e responsabilização sumativa será necessária uma maior precisão, no caso de um indicador prescritivo esta não será tão necessária, sendo que muitos deles são apenas utilizados para fornecer um ponto inicial de discussão (Carter, 1991). É reconhecida a necessidade de tomar em conta o contexto e outro tipo de *soft information* (Goddard, 1999; Freeman, 2002).
5. Indicadores como promotores de ação e mudança - Indicadores que têm um foco no resultado final obrigam a um processo de recolha de dados demorado e ação diferida no tempo. Utilizar rácios como indicadores de resultados, permite identificar um problema de saúde, mas não permite identificar o tipo de ação necessária para melhorar os cuidados de saúde. Apenas no contexto de programas de melhoria contínua da qualidade envolvendo os clínicos se poderá contornar estes obstáculos (McColl, 1998).

A grande questão que se coloca aos clínicos é a de como utilizar os dados recolhidos pelos indicadores da forma mais efetiva para promover e desenvolver a qualidade dos cuidados de saúde (Freeman, 2002). A implementação de sistemas de avaliação de performance deve ter em consideração o contexto de trabalho, o desenho dos indicadores, a integração no local de trabalho, a sua avaliação e desenvolvimento contínuo (Cave, 1990). É importante que os vários *stakeholders*

(clínicos, gestores, utentes e financiadores) tenham um entendimento comum do propósito dos indicadores utilizados. A falta de concordância com o propósito dos indicadores, dos dados obtidos e do seu uso leva inexoravelmente a disputas sobre o seu significado (Solberg, 1997). Indicadores externos de performance requerem investimento na recolha de dados e no ajustamento necessário ao possível *confounding*. Abordagens de melhoria da qualidade requerem dados menos robustos, mas requerem processos que encorajem a discussão dos resultados e que levem à melhoria dos cuidados prestados. Deve ser utilizado um número de indicadores necessários para garantir que todas as dimensões da área de interesse são avaliadas. A necessidade de múltiplos indicadores deve ser balanceada com a escolha daqueles indicadores que efetivamente são críticos para a monitorização dos objetivos contratualizados (Leggat, 1998). Finalmente, os indicadores apenas são úteis na medida em que monitorizam resultados e processos que estão dentro da influência dos clínicos. Se os clínicos não são capazes de alterar o resultado o indicador é redundante (Mc Kenzie, 1998).

Apesar do desenvolvimento cuidadoso de um sistema de avaliação de performance, deve ser antecipada a resistência durante a sua implementação. A gestão de topo deve sinalizar a importância da iniciativa fornecendo os recursos adequados para o seu sucesso, mas caberá às chefias intermédias um papel importante na criação de pontes de entendimento entre a administração e as equipas (Holloway, 1999).

Vários autores dão ênfase à importância da distinção entre os indicadores externos e internos. Indicadores internos são usados pelos prestadores de cuidados para monitorizar os seus resultados em saúde e os resultados dos seus processos. Indicadores externos, por outro lado, são usados pelos governos, organizações de doentes e patrocinadores para aferir a qualidade dos cuidados prestados pelos prestadores e comparar qualidade e performance entre instituições (Freeman, 2002). Indicadores externos requerem validação exaustiva. As comparações têm de ser justas e reais e não devem ser esquecidas diferenças relevantes de *case mix* (Berg, 2005). Para uso interno, não são exigidos os mesmos níveis de validação, estes indicadores relacionam-se com monitorizações de processos ao longo do tempo, onde muitas variáveis permanecem constantes e, como tal, sem necessidade de correção. São os mesmos profissionais que produzem os indicadores que posteriormente os interpretam. Estes estão otimizados para filtrar viés ou ruído irrelevante dos dados e estão conscientes de diferenças potenciais em *case-mix* e contexto (Berg, 1999).

De acordo com a tipologia dos indicadores que os compõem (internos ou externos,) podem ser deduzidos duas utilizações possíveis para os sistemas de indicadores de performance: como mecanismo sumativo para comparação externa e como mecanismo formativo para a melhoria da qualidade. A evidência sugere que o uso de indicadores de uma forma sumativa como base para louvor ou sanção é inevitavelmente corrosivo. Sistemas de controlo de gestão deste tipo colocam a

confiança no sistema em vez de a colocarem nos profissionais, minando a confiança necessária para a melhoria da qualidade. Um maior benefício pode ser retirado da utilização formativa dos indicadores como pistas para a performance, discutidos e interpretados pelos clínicos, no contexto do seu local de trabalho e no âmbito da melhoria contínua da qualidade. Esta abordagem permite cultivar a confiança e comunicação entre clínicos e administração, facilitando a resolução de problemas relacionados com a prestação de cuidados de saúde (Freeman, 2002). Ao utilizar indicadores de um modo transformacional, gestores e clínicos poderão integrar iniciativas de qualidade numa agenda contratualizada. Os indicadores não devem ser utilizados simplesmente como um extra adicional, devem ser integrados nas práticas diárias de trabalho, como parte dos processos clínicos, de gestão e da cultura organizacional (Flynn, 1986).

Idealmente as equipas multidisciplinares devem discutir os problemas identificados e concordar nas mudanças planeadas à luz das suas conclusões (Karzandjian, 1996). Para promover a cooperação, deve ser evitado o uso de indicadores internos, desenhados para a melhoria da qualidade, para comparação externa. O controlo dos dados deve ficar com aqueles responsáveis pela prestação de cuidados, evitando a quebra da confiança necessária para a melhoria da qualidade (Portelli, 1997).

Barbazzà (2021) propõe um conjunto de orientações para o desenvolvimento e implementação de indicadores de performance. De acordo com este autor a adequação de cada indicador deve ser avaliada tendo em conta três diferentes tipologias de considerações: metodológicas, contextuais e de gestão. As considerações metodológicas relacionam-se com a perceção da relevância dos indicadores, facilidade de interpretação, standardização, suscetibilidade a medidas corretivas e alinhamento com o modelo de cuidados preconizado. A utilização de sistemas de informação, sistemas de governança clínica, adequada força de trabalho e uma *learning culture*, revelaram-se contextos organizacionais facilitadores. O comprometimento da gestão de topo com o sistema de avaliação de performance numa organização revelou-se capaz de expandir a abrangência dos indicadores de performance utilizados, assegurar a recolha de dados, a sua análise, a divulgação dos mesmos e a sua efetiva utilização pelos decisores (Barbazzà, 2021).

O mesmo autor (Barbazzà, 2021) conceptualizou o ciclo de utilização de um indicador de performance. Este reflete as principais etapas de decisão no processo de implementação de um indicador de performance e que inclui: a sua seleção, em consonância com a definição clara do propósito; definir os dados necessários e garantir o acesso aos mesmos; aplicar métodos de análise para o cálculo de valores relevantes para o propósito identificado; disponibilizar e divulgar a informação de forma adequada ao público-alvo e a interpretação da informação, tendo em conta os possíveis viés, em apoio à tomada de decisão.

Os indicadores devem dar aos profissionais informação útil sobre os resultados dos seus processos de trabalho: ajudando-os a resolver problemas, a redesenhar processos e a promover



melhoria contínua. Só dessa forma poderão os profissionais ser responsabilizados por aquilo que estão motivados e preparados para fazer: desempenho profissional de qualidade (Milleson, 2018).

Podem ser deduzidos dois tipos de indicadores que permitem *feedback* adequado às equipas: indicadores de resultados e de processo (Van der Geer, 2009). Um indicador de resultado refere-se ao resultado final dos cuidados prestados ao cliente ou à duração total da tarefa. Pode, por exemplo, referir-se ao estado de saúde de um doente após o cumprimento de um programa de tratamento ou a duração do programa (Van der Geer, 2009). Um indicador de processo refere-se a tudo o que deveria ser feito durante o programa de tratamento para produzir um estado final, tanto as ações dos profissionais durante o processo como os resultados intermédios do processo (Van der Geer, 2009).

Kluger (1996) sugere que o efeito do *feedback* que esses indicadores proporcionam aos profissionais possa ser moderado por fatores como a natureza das tarefas a realizar pelas equipas. De acordo com Van der Geer (2008), o benefício do *feedback* é fortemente dependente do grau de incerteza das tarefas desenvolvidas. O *feedback* relativo aos resultados finais deteriorou a performance das equipas envolvidas em atividades de elevada incerteza. Estas aumentaram a sua performance apenas quando o *feedback* era dado relativamente a indicadores de processo. Por outro lado, a performance de equipas que desenvolvem tarefas com baixo grau de incerteza melhoraram a sua performance após lhes ter sido facultado *feedback* sobre indicadores de resultados finais.

O sistema ProMes (*Productivity Measurement and Enhancement System*) tem sido aplicado a um espectro alargado de organizações, incluindo organizações de saúde. Neste sistema os indicadores de performance são desenvolvidos e selecionados, também com base em critérios da sua mensuração, validade e controlabilidade (Pritchard, 2008).

A controlabilidade refere-se ao grau em que os profissionais se reveem como a causa principal da variação de performance. Quando a controlabilidade é elevada, há uma associação direta e causal entre as ações e os resultados, os profissionais tendem a experimentar menor ansiedade e maior eficácia (Martocchio, 1994). Em contexto de controlabilidade baixa, a relação entre ação e resultado é mais difícil de avaliar, aumentando a ansiedade. A monitorização de resultados não controláveis resultará num sistema de gestão de performance inválido que irá deteriorar a motivação (Tan, 1997). Para que a monitorização de performance possa ter um propósito motivacional, será necessário filtrar fatores que não são controlados pelos profissionais. O *feedback* deve ser limitado aos elementos controláveis da tarefa, porque irão guiar os profissionais na descoberta de como melhorar o seu performance e testar a efetividade das estratégias desenvolvidas (Van der Geer, 2009).

O grau de incerteza de uma tarefa está relacionado com a exposição a influências fortuitas baseadas em eventos aleatórios e não controláveis (Hartmann, 2005). De acordo com o modelo de

incerteza das tarefas, podem deduzidos três tipos de indicadores de processo: de resolução de problemas, de procedimentos e de resultados interinos. Um indicador de resolução de problemas refere-se à estratégia que os profissionais necessitam de utilizar para obter um resultado final adequado, um indicador relacionado com o procedimento relaciona-se com o algoritmo utilizado em cada tarefa, que os profissionais devem seguir para obter um resultado final adequado, e finalmente os indicadores de resultados interinos relacionam-se com os resultados que os profissionais devem obter em cada etapa de uma tarefa de modo a obter um resultado final (Van der Geer, 2009).

O nível de incerteza de uma tarefa influencia necessariamente o tipo de indicador a ser desenvolvido. Indicadores de processo desenvolvidos por equipas com tarefas de elevada incerteza tendem a ser mais de uma natureza de resolução de problema do que os indicadores desenvolvidos por equipas cujas tarefas têm um menor grau de incerteza, que tendem a ser mais focados no procedimento (Van der Geer, 2009).

Sendo a incerteza uma característica frequente dos tratamentos realizados aos doentes, o foco nos resultados de saúde pode não ser adequado à melhoria da performance dos profissionais de saúde, pelo que deverão ser considerados outros tipos de indicadores de performance. O *feedback* às equipas deverá focar-se maioritariamente em indicadores de processo em detrimento de indicadores de resultados finais de saúde. Do mesmo modo a tipologia dos indicadores de processo devem ser seleccionadas de acordo com a incerteza da tarefa a desenvolver. Equipas com tarefas de maior incerteza desenvolvem mais indicadores de processo relacionados com a resolução de problemas, estimulando ciclos de resolução de problemas, melhoria contínua da qualidade e da segurança (Van der Geer, 2009).

Van der Geer (2009) sugere um modelo de desenvolvimento de indicadores de performance de acordo com os princípios do ProMES: participação da equipa, abordagem *bottom-up* e discussão até ao consenso. Na primeira etapa os objetivos principais são determinados pela estratégia e visão da organização. Os objetivos específicos são seleccionados de acordo com critérios de alinhamento com os objetivos organizacionais e de forma a permitirem avaliar todos os aspetos da atividade da equipa. Na segunda etapa os indicadores de cada objetivo específico são desenvolvidos, avaliados e seleccionados de acordo com os critérios de controlabilidade, validade, custo efetividade e a garantia de que o objetivo está adequadamente explicado pelos indicadores seleccionados. Posteriormente a equipa e a gestão de topo discutem, até consenso, a lista de objetivos e indicadores durante uma reunião de trabalho, onde a gestão deve cingir a sua atuação à verificação dos critérios de seleção anteriormente explicitados. O resultado final será a definição de um conjunto de objetivos principais e de indicadores de performance para cada equipa, obtidos de forma colaborativa, alinhados com a intenção da gestão, comunicados aos profissionais e passíveis de serem contratualizados.

### **3. Metodologia**

#### **3.1. Método**

O projeto em empresa que se pretende desenvolver recorre ao estudo de caso. Tal como proposto por Yin (2015) este método define como caso um fenómeno contemporâneo identificado dentro do seu contexto e estudo como uma investigação empírica do caso, abordando questões do como ou do porquê, relativamente ao fenómeno de interesse. De acordo com esta metodologia, o projeto de estudo de caso deve ser composto por cinco elementos (Yin, 2015): questões de um estudo; proposições; unidade de análise; a lógica que une os dados às proposições e os critérios de interpretação dos resultados.

No âmbito deste projeto, identifica-se no HFAR a falta de um mecanismo que possa alinhar aquilo que são os objetivos estratégicos do Hospital e a visão da direção à forma como são avaliados e como são definidos os critérios de avaliação dos profissionais. Pretende-se que este estudo de caso possa esclarecer os fatores que contribuem para esta situação e dar contributos para a sua resolução.

O propósito do estudo é o desenvolvimento de um modelo de gestão e avaliação de performance dos serviços clínicos do HFAR-PL, alinhado com os objetivos estratégicos do Hospital, participativo (com envolvimento da administração e dos profissionais de saúde), que permita liberdade de ação e responsabilização pelos resultados, recorrendo para o efeito a duas unidades piloto. Pretende-se orientar a construção do quadro conceptual de referência através da revisão da literatura científica disponível e relevante, dentro das seguintes temáticas: controlo de gestão em saúde e no contexto militar, gestão de performance, liderança partilhada e indicadores de performance. A definição dos objetivos gerais, as várias dimensões da atividade dos serviços a avaliar, a sua ponderação relativa e a tipologia dos KPIs a contratualizar resultarão de um trabalho colaborativo entre representantes dos serviços e da direção do HFAR com recurso à Técnica de Grupo Nominal (Delbecq, 1971). A adaptação do modelo às especificidades dos serviços envolvidos e posterior contratualização de objetivos anuais serão efetuadas em reuniões de trabalho dedicadas, envolvendo o Diretor Clínico Adjunto e os serviços. O modelo de desenvolvimento e contratualização de indicadores de performance utilizado será adaptado do proposto por Van der Geer (2009), de acordo com os princípios do ProMES. Será tido em conta o histórico de produtividade dos serviços, no que diz respeito aos KPIs em avaliação. Será assegurada a transmissão da informação relativa ao projeto em desenvolvimento aos profissionais para que, junto dos chefes de serviço, possam canalizar os seus receios e sugestões.

A implementação do modelo passará pela contratualização de objetivos anuais sob a forma de KPIs mensuráveis, num documento formal, assinado pelo Diretor Clínico Adjunto e pelo chefe de serviço correspondente.

### **3.2. Técnicas de recolha de dados**

Como técnicas de recolha de dados, recorrer-se-á à análise documental, entrevistas e questionário, utilizando os princípios gerais aplicáveis às fontes de evidência e ao processo de coleta de dados propostos por Yin (2015). Estes incluem a utilização de múltiplas fontes de evidência, banco de dados e cadeia de evidências, que pretende ligar as perguntas realizadas, os dados coletados e as conclusões.

Pretende-se elaborar o diagnóstico situacional, através de uma análise documental adequada, que permita definir a missão, visão, objetivos estratégicos, para o HFAR, e em simultâneo obter a visão e interpretação de contexto dos elementos da direção. A análise documental incidirá sobre o corpo de legislação que cria e atribui a missão ao HFAR, Diretiva Estratégica do Estado-Maior-General das Forças Armadas 2021-2023, Diretiva Estratégica Sectorial da Saúde Militar 2022-2027, Regulamento Interno do HFAR e dos dois serviços clínicos envolvidos, regulamentação sobre avaliação de performance aplicável ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), regulamentação sobre Centros de Responsabilidade Integrados e regulamentação sobre avaliação de desempenho no sector público. Pretende-se obter a visão e interpretação de contexto dos elementos da direção do Hospital, através da condução de entrevistas semiestruturadas ao Diretor do HFAR, Diretor Clínico do HFAR e Subdiretor do Polo de Lisboa. O guião de entrevista utilizado está disponível no anexo A.

A avaliação do processo de desenvolvimento do modelo de gestão e avaliação dos serviços clínicos do HFAR-PL será inferida pela aplicação de um questionário (Anexo B) aos profissionais dos serviços “piloto”, após a contratualização de objetivos. Este será disponibilizado a todos os profissionais dos dois serviços, fazendo apenas recurso a perguntas fechadas, de resposta múltipla, utilizando uma escala de Likert e procurando abordar os seguintes aspetos: satisfação global com o modelo, satisfação com as métricas e KPIs a utilizar nos critérios de avaliação, melhor compreensão da missão e dos objetivos estratégicos atribuídos ao Hospital, concordância entre os objetivos contratualizados e as aspirações profissionais e qual a perceção de cada profissional sobre a capacidade de cada serviço em cumprir com os objetivos traçados.

### **3.3. Técnicas de tratamento de dados**

Como técnica de tratamento de dados, recorrer-se-á à análise de conteúdo procurando garantir, tal como exigido pelo modelo de estudo de caso (Yin, 2015), a validade do constructo e a confiabilidade dos resultados.

A implementação do projeto implicará a elaboração dum modelo de gestão e avaliação de performance resultante da revisão da literatura, adaptado ao diagnóstico situacional identificado pela análise documental e à visão da direção do HFAR, recolhida através da análise de conteúdos das entrevistas, utilizando a metodologia de Gioia (Gioia, 2013).

A avaliação do processo, em si, será inferida pela análise do resultado dos questionários a disponibilizar aos profissionais dos serviços, nos quais este modelo venha a ser implementado.

### **3.4. Âmbito da implementação do modelo**

Pretende-se desenvolver um modelo adaptável mas transversal aos vários serviços clínicos. Tendo em conta a multiplicidade de serviços existentes no Polo de Lisboa, optou-se por limitar a adaptação e contratualização do modelo de avaliação de performance a apenas dois serviços: Serviço de Urologia e Serviço de Ortopedia.

A escolha de dois serviços cirúrgicos poderá mais facilmente validar esta ferramenta no âmbito do Departamento Cirúrgico. Permite avaliar serviços com escala de apoio ao Serviço de Urgência, tal como a Ortopedia, que é consumidora de um número considerável de horas de trabalho em detrimento da atividade programada e avaliar serviços cirúrgicos, nos quais, a realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica é também preponderante, naquilo que é a sua atividade assistencial, como é o caso da Urologia. A implementação deste modelo nos serviços cirúrgicos é fundamental para a identificação da capacidade cirúrgica, da capacidade sobrança e sua contratualização, não só para os beneficiários do HFAR, mas também em apoio à sociedade civil e especificamente através da colaboração do HFAR no programa de recuperação de listas de espera cirúrgicas do SNS.

### **3.5. Limitações do estudo**

O presente trabalho está limitado, pelo âmbito da sua análise situacional, ao contexto particular da saúde militar e do HFAR. Refere-se, ainda, que apenas serão intervencionados dois serviços de um único departamento clínico, limitando a interpretação dos resultados dos questionários aos profissionais, ao contexto desses serviços, não permitindo inferir qual a recetividade global ao programa na generalidade dos serviços do Hospital. Outra limitação que o projeto apresenta está relacionada com o facto de terminar no momento da contratualização, não sendo possível documentar os efeitos do mesmo ao longo do tempo. O estudo não aborda as questões da sustentabilidade financeira diretamente, estando focado na otimização da performance de cada serviço na perspetiva da satisfação do utente, no alinhamento da atuação dos serviços através dos seus processos e na inovação e desenvolvimento alicerçada num modelo de melhoria contínua.

Admitiu-se para efeitos deste estudo que as tabelas de valores monetários atribuídos aos atos médicos praticados, em vigor no HFAR, estão adequadamente validadas e permitem o necessário financiamento do hospital, independentemente do perfil de atos praticados.

## **4. Diagnóstico**

Pretende-se elaborar o diagnóstico situacional, através de uma análise documental, que permita definir a missão, visão e objetivos estratégicos para o HFAR e em simultâneo obter a visão e interpretação de contexto dos elementos da direção. A análise documental incide sobre o corpo de legislação e documentação que cria e atribui a missão ao HFAR, sobre a forma como é efetuada a avaliação de desempenho dos profissionais do HFAR e como é contratualizada a performance no SNS. A análise documental encontra-se dividida em vários subcapítulos de acordo com os diferentes assuntos tratados nas várias fontes consultadas. A visão e interpretação de contexto dos elementos da direção do Hospital foram obtidas através da condução de entrevistas semiestruturadas ao Diretor do HFAR, Diretor Clínico do HFAR e Subdiretor do Polo de Lisboa.

### **4.1. HFAR, missão, valores, visão e estratégia**

O Decreto-Lei n.º 84/2014, de 27 de maio, cria o HFAR, já previsto na Lei Orgânica nº1-A/2009, de 7 de julho, constituindo-o como elemento de retaguarda do sistema de saúde militar em apoio da saúde operacional, na dependência direta do Chefe de Estado Maior General das Forças Armadas (CEMGFA) e atribuindo-lhe como missão prestar cuidados de saúde diferenciados aos militares das Forças Armadas, bem como à família militar e aos deficientes militares (DFA), podendo, na sequência de acordos que venha a celebrar, prestar cuidados de saúde a outros utentes.

A centralidade na priorização da prestação de cuidados de saúde aos militares está patente na Comunicação Interna Nº1/2019, do Diretor do HFAR, de 25 de fevereiro de 2019, que determina que os atos clínicos, tais como consultas ou exames, destinados aos militares na efetividade de serviço, devem ser efetuados no mesmo dia em que são solicitados, se os mesmos decorrerem de uma referência médica, independentemente dos tempos de espera existentes.

São ainda atribuições do HFAR, no âmbito da saúde operacional: colaborar no aprontamento sanitário e apoio aos militares que integram missões fora do território nacional, colaborar na formação e treino do pessoal de saúde, colaborar nos processos de seleção e inspeção médica dos militares das FA, assegurar o provimento dos quadros técnicos de cuidados diferenciados em ordem de batalha, para efeitos de treino, exercícios e emprego operacional de unidades dos ramos das FA e assegurar o funcionamento da Junta Médica Única (DL n.º 84/2014).

Por outro lado, pretende o legislador que o HFAR se integre e colabore com o sistema de saúde nacional, promovendo a cooperação e articulação com o SNS, e com as autoridades de proteção civil na resposta às situações de acidente grave ou catástrofe e promovendo a cooperação com estabelecimentos de saúde de países terceiros, principalmente no espaço da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (DL n.º 84/2014).

Embora o HFAR não esteja integrado na rede de estabelecimentos e serviços do SNS, é um estabelecimento hospitalar militar, integrado no setor público, que se constitui como elemento de retaguarda do sistema de saúde militar, que tem, também, como missão a cooperação e articulação com o SNS (Portaria n.º286/2018). Esta pretensão deve ser enquadrada numa perspetiva mais ampla, na qual os Ministérios da Defesa Nacional e da Saúde têm vindo a reforçar e a aprofundar a colaboração estratégica entre as áreas da defesa nacional e da saúde, de que são exemplos o Despacho n.º 1249/2017, de 23 de janeiro e o Despacho n.º 1643/2018, de 29 de janeiro de 2018 (que têm em vista o incremento de sinergias entre o Laboratório Militar e as entidades com competência na área do medicamento e do sangue), o Despacho n.º 1642/2018, de 29 de janeiro de 2018 (onde foram identificadas as áreas e os equipamentos médicos pesados de saúde do HFAR com interesse para o SNS e em que, na capacidade sobrança, podem ser disponibilizados ao SNS), a Portaria n.º286/2018, de 24 de outubro (que regula os termos e condições em que o HFAR colabora com o SNS no âmbito da realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) em benefício dos utentes do SNS) e a Portaria n.º 163/2018, de 7 de junho (que regula os termos e condições em que o HFAR colabora com o SNS no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia (SIGIC)).

A Diretiva Estratégica do Estado Maior General das Forças Armadas (EMGFA) 2021-2023 implementou, pela primeira vez, um processo estratégico constituído pelas fases de formulação, operacionalização e controlo da estratégia das FA. A Diretiva reitera a visão de que as FA devem servir Portugal com relevância, contribuindo para construir as Forças Armadas do futuro, tendo como missão garantir a defesa militar da República, contribuir para a segurança nacional e internacional e apoiar o desenvolvimento e o bem-estar das populações.

A Diretiva Estratégica Sectorial da Saúde Militar 2022-2027 decorre da Diretiva Estratégica do EMGFA e dá ao HFAR a sua carta de missão: “Garantir e otimizar uma assistência sanitária de qualidade a prestar aos militares, à família militar, aos deficientes das FA e restantes utentes”. Esta diretiva sectorial tem o mote “unidos pela saúde militar” e apresenta três orientações estratégicas concretas: reforçar a credibilidade da saúde militar, melhorar a capacidade de resiliência e aproveitar as oportunidades externas. Decorrendo de uma análise SWOT (*strengths, weaknesses, opportunities and threats*) foram deduzidos nove objetivos estratégicos. De forma a facilitar e orientar a concretização dos objetivos estratégicos setoriais enunciados, foram identificadas as principais linhas de ação a desenvolver. Estas linhas de ação visam constituir-se como os elementos orientadores do processo de alinhamento estratégico, que será concretizado através da elaboração do respetivo Plano de Iniciativas Estratégicas.

As grandes linhas orientadoras da Diretiva Estratégica Sectorial da Saúde Militar encontram-se espelhadas no Mapa da Estratégia Sectorial da Saúde Militar (Tabela 1: (4.1)).



**Tabela 1:** (4.1) Mapa da Estratégia Sectorial da Saúde Militar

Visão	Unidos pela saúde militar					
MISSÃO	Garantir e otimizar uma assistência sanitária de qualidade a prestar pelos órgãos do sistema de saúde militar aos militares, à família militar, aos deficientes das FA e restantes utentes					
EFICÁCIA	Orientações estratégicas					
	Reforçar a credibilidade da saúde militar		Melhorar a capacidade de resiliência		Aproveitar as oportunidades existentes	
OPERACIONAL	7. <b>ESTIMULAR</b> o desenvolvimento da carreira na saúde militar		8. <b>DINAMIZAR</b> a UEFISM		9. <b>FOMENTAR</b> a sensibilização para a saúde militar	
FLEXIBILIDADE	4. <b>ADOPTAR</b> um novo modelo de gestão no HFAR		5. <b>DESENVOLVER</b> o modelo de gestão centralizado na DIRSAM		6. <b>OTIMIZAR</b> o apoio da saúde militar à sociedade civil	
ESTRUTURAL						
EFICIÊNCIA	1. <b>CAPACITAR</b> o sistema de saúde militar		2. <b>IMPLEMENTAR</b> a rede de referência		3. <b>POTENCIAR</b> a inovação na saúde militar	
GENÉTICA						
INTEROPERABILIDADE						
VALORES	DISCIPLINA	LEALDADE	HONRA	INTEGRIDADE	CORAGEM	

Adaptado pelo autor (Diretiva Estratégica Sectorial da Saúde Militar 2022-2027)

Em contraste com os hospitais civis, tal como exposto no Artigo 6º (DL n.º 84/2014), os cargos de diretor e de diretor clínico são exercidos exclusivamente por médicos militares. De acordo com o Decreto Regulamentar n.º 2/2015, de 20 de fevereiro, compete ao diretor clínico, entre outras atribuições, superintender a atividade clínica do HFAR, coordenar a assistência aos utentes e assegurar a qualidade, correção e prontidão dos cuidados de saúde prestados, propondo ao diretor as medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas dos serviços clínicos, atentos os parâmetros de qualidade, eficiência e eficácia exigidos, que produzam os melhores resultados face às tecnologias disponíveis, respondendo perante o diretor pela sua adequação em termos de qualidade e de custo-benefício.

Sendo o HFAR constituído pelo HFAR-PL e pelo Polo do Porto do Hospital das Forças Armadas (HFAR-PP), o diretor clínico é coadjuvado por um Diretor Clínico Adjunto para o HFAR-PL e por um Diretor Clínico Adjunto para o HFAR-PP, que dele dependem funcionalmente (DR n.º 2/2015).

As áreas clínicas de cada um dos polos do HFAR têm uma estrutura semelhante, que compreende o Departamento de Medicina, o Departamento de Cirurgia, o Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, o Departamento de Urgência e Cuidados Intensivos e as Unidades de Apoio Assistencial (DR n.º 2/2015).

#### 4.2. Contratualização de performance no SNS

O Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, consagrou a possibilidade de serem criados, nas entidades do SNS de natureza pública empresarial, Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) com vista a potenciar os resultados da prestação de cuidados de saúde, melhorar a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade dos recursos aplicados. 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, através do qual negociam o seu compromisso de desempenho assistencial e económico-financeiro

para um período de três anos. São constituídos por equipas que voluntariamente se proponham aderir a um modelo de organização orientado por objetivos negociados, transparência de processos, responsabilização das partes por um projeto comum, que reconhece e premeia o desempenho coletivo e individual. Além disso, os CRI são dotados dos recursos materiais necessários ao exercício da sua atividade, respondendo pelo respetivo controlo da utilização e prestando contas no que respeita aos resultados assistenciais alcançados. A Portaria n.º 330/2017, de 31 de outubro, determina que a estrutura de governação do CRI é constituída por um conselho de gestão, constituído pelo diretor, um administrador hospitalar com experiência de gestão em saúde e outro profissional da equipa multidisciplinar. Sempre que um CRI seja constituído por um único serviço clínico, o respetivo diretor acumula a função de diretor do CRI e do serviço.

O Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios, de 23 de outubro de 2015, encontra e define conceitos e métricas que permitem valorizar o desempenho cirúrgico das unidades de saúde. Define capacidade instalada como somatório do número de horas no Bloco Operatório (BO), em horário normal de funcionamento, considerando a estrutura existente (número de salas) e equipamentos, sem a restrição de fatores variáveis, excluindo-se as salas dedicadas aos episódios de urgência. Define capacidade operatória como o número horas disponíveis para agendamento de intervenções cirúrgicas, de acordo com a lotação operatória. Define atividade prevista como o número de horas previstas de atividade no BO e a atividade realizada como o somatório do número de horas de ocupação do BO por cada doente, indicada pela diferença entre a admissão e transferência do Bloco. Destes dois conceitos retira-se a taxa de produtividade do Bloco (%) = Atividade realizada (h) / Capacidade operatória (h).

O tempo de espera, para cirurgias, corresponde ao número de dias de calendário, que medeia entre o momento em que é proposta uma intervenção cirúrgica (pelo médico especialista) e o cancelamento do registo ou a saída do doente da lista de espera cirúrgica (Portaria 45/2008, de 15 de janeiro). A Portaria n.º 153/2017, de 04 de maio, veio definir os Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), no SNS, para todo o tipo de prestações de saúde sem caráter de urgência, estabelecendo que para a generalidade dos procedimentos hospitalares cirúrgicos programados, o TMRG é de 180 dias, este valor pode, naturalmente, variar de acordo com o nível de prioridade do quadro clínico do doente.

A Auditoria Interna do HFAR 01/2021- Capacidade Cirúrgica do HFAR, propõe os seguintes indicadores para análise da capacidade cirúrgica (Tabela 2: (4.2)).

**Tabela 2:** (4.2) Indicadores de análise da capacidade cirúrgica do HFAR

	<b>Indicadores de análise</b>
Capacidade instalada (referência do SNS) /ano	$\Sigma = \text{N}^\circ \text{ de horas semanais} \times 48 \text{ semanas} \times \text{N}^\circ \text{ de salas (cir. programada convencional e ambulatório).}$
Capacidade instalada do HFAR/ano	$\Sigma = \text{N}^\circ \text{ de horas semanais} \times 48 \text{ semanas} \times \text{N}^\circ \text{ de salas (cir. programada convencional e ambulatório).}$
Capacidade operatória/ano	$\Sigma = \text{Menor número de horas de um dos seguintes grupos profissionais, considerando:}$ - Cirurgião (30%/35h-10,5h/semana) x 44semanas/ano; - Anestesista (50%/35h-17,5h/semana) x44 semanas/ano; - Enfermeiro (100%/35h-35h/semana) x 44 semanas/ano.
Atividade realizada/ano	$\Sigma = \text{N}^\circ \text{ de horas de atividade cirúrgica em cada Polo/ano}$
Capacidade sobrança/ano	$\Sigma = \text{Capacidade operatória} - \text{Atividade realizada.}$
Taxa de ocupação do Bloco	80% é a adequada, para absorver flutuações diárias e sazonais.
Taxa de produtividade do Bloco	$\% = \text{Atividade realizada (h)} / \text{Capacidade operatória (h).}$

Adaptado pelo autor (Auditoria Interna à capacidade cirúrgica, 01/2021)

### 4.3. Avaliação de desempenho no HFAR – militares e civis

A avaliação do desempenho é essencial em qualquer organização e constitui um elemento essencial no âmbito do percurso profissional de todos os trabalhadores em funções públicas. No HFAR esta avaliação é efetuada mediante dois sistemas distintos: o Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP) para os civis e o Sistema de Avaliação do Mérito dos Militares das Forças Armadas (SAMMFA) para os militares.

O SIADAP foi adaptado às especificidades da carreira especial médica através do Acordo Coletivo de Trabalho n.º 12/2011 e posteriormente na Portaria n.º 209/2011, de 25 de maio, para abranger os médicos não sindicalizados. Esta portaria enumera os princípios a que o processo de avaliação do desempenho dos trabalhadores médicos deve obedecer: a) Princípio da coerência e integração, alinhando a ação dos serviços, dirigentes e trabalhadores; b) Princípio da transparência e imparcialidade; c) Princípio da eficácia, orientando a avaliação de desempenho dos médicos para a obtenção dos resultados contratualizados com a equipa de avaliação; d) Princípio da eficiência, relacionando os serviços prestados com a melhor utilização dos recursos; e) Princípio da orientação para a melhoria contínua da qualidade; f) Princípio da confrontação entre objetivos fixados e resultados obtidos.

A mesma portaria (Portaria n.º 209/2011) define que a avaliação do desempenho dos trabalhadores, tendo por referência os padrões de qualidade dos cuidados médicos, efetua-se com base nos seguintes parâmetros: a) “Objetivos individuais”, estabelecidos em articulação com os objetivos da respetiva unidade orgânica, tendo por base indicadores de medida, fixados para a avaliação dos resultados obtidos; b) “Competências de desempenho”, que visam avaliar a adequação da conduta às boas práticas médicas e comportamentais compatíveis com o exercício das funções do

avaliado, tendo por base critérios de avaliação e padrões de desempenho profissional previamente fixados pelo conselho coordenador da avaliação.

Em cada unidade de saúde, compete ao conselho coordenador da avaliação definir a política e os critérios gerais de avaliação dos trabalhadores médicos, de acordo com os objetivos e as metas em saúde previamente estabelecidos para o estabelecimento ou serviço de saúde, e garantir a sua aplicação uniforme. Este é presidido pelo diretor clínico, integrando três a cinco profissionais nomeados por ele próprio, todos da carreira especial médica, e o responsável pela gestão de recursos humanos. A definição dos objetivos, dos seus indicadores de medida e dos respetivos critérios de superação é da competência conjunta da equipa de avaliação e de cada trabalhador médico, mediante proposta do superior hierárquico e tendo em consideração as orientações do conselho coordenador da avaliação (Portaria n.º 209/2011).

O Conselho Coordenador da Avaliação do HFAR emitiu, a 26 de Janeiro de 2021, as suas Orientações Gerais para a avaliação da carreira especial médica. De acordo com este documento a avaliação final resulta do cumprimento dos objetivos de desempenho e da demonstração de competências de desempenho, com ponderações relativas de 60% e 40%. Foram considerados objetivos de desempenho as ações a realizar em quatro dimensões: a) A dimensão assistencial e científica - tendo como indicador de medida a análise dos atos médicos efetuados, a sua planificação e os resultados obtidos, expressa em relatório de atividades, com uma ponderação de 60%; b) A dimensão formativa contínua e desenvolvimento profissional - tendo como indicador de medida, o número de atividades de formação, cursos e participações em reuniões clínicas, com uma ponderação de 15%; c) A dimensão de organização - relacionada com o desenvolvimento de atividades de planeamento em saúde, normativas e de regulação, tendo como indicador de medida o número de atividades promovidas e a sua relevância para a instituição e utentes, com uma ponderação de 15%; d) A dimensão da atitude profissional e cooperação - tendo como indicador de medida os contributos para as metas do serviço, com uma ponderação de 10%. Foram ainda consideradas as seguintes competências de desempenho: orientação para resultados, adaptação e melhoria contínua, iniciativa e autonomia, otimização de recursos e responsabilidade e compromisso com o serviço.

A Portaria n.º 301/2016 de 30 de novembro aprova o Regulamento da Avaliação do Mérito dos Militares das Forças Armadas, cria o SAMMFA e estabelece as instruções para a sua execução. O SAMMFA tem por finalidade determinar o mérito do militar, tendo em vista uma correta gestão dos recursos humanos das FA. Pretende compatibilizar as competências do avaliado com os interesses e as necessidades da instituição militar, tendo em vista a crescente complexidade científica, técnica, operacional e organizacional, contribuir para incentivar o cumprimento das missões e tarefas, bem como estimular o aperfeiçoamento e melhorar o conhecimento do potencial humano existente. O

mérito do militar é definido como o nível atingido pelo militar no desempenho de cargos e no exercício de todas as suas atividades e funções. Decorre da demonstração de competências, do grau do potencial estimado para enfrentar níveis crescentes de responsabilidades, dos resultados obtidos nos ciclos de estudos e cursos, tirocínios e estágios, das eventuais medidas disciplinares e penais que lhe sejam aplicadas, de outros elementos de informação constantes no currículo e da sua antiguidade no posto. A avaliação do mérito em SAMMFA engloba várias componentes: a avaliação individual, a avaliação da formação, a avaliação disciplinar, a antiguidade no posto e a avaliação complementar que se baseia numa avaliação curricular. A avaliação individual incide sobre o desempenho do militar através da apreciação de um conjunto de competências evidenciadas no desempenho de cargos e exercícios de funções. Apreciam-se as seguintes competências: adaptabilidade, autodomínio, comunicação, cultura geral, cultura militar, decisão, determinação e perseverança, iniciativa, julgamento, liderança militar, planeamento e organização, relações humanas e cooperação, sentido do dever e disciplina, capacidade técnico-profissional e qualidade global do desempenho.

#### **4.4. Resultados das entrevistas aos elementos da direção do Hospital**

Pretendeu-se obter a visão e interpretação de contexto dos elementos da direção do Hospital, através da condução de entrevistas semiestruturadas ao Diretor do HFAR (18/04/23), Diretor Clínico do HFAR (17/03/23) e Subdiretor do Polo de Lisboa (09/03/23). O guião de entrevista utilizado está disponível para consulta (Anexo A). A análise de conteúdos das entrevistas foi efetuada utilizando a metodologia de Gioia (Gioia, 2013). Procedeu-se à transcrição integral das entrevistas, identificando e recolhendo do texto as citações relevantes, identificando sempre o seu autor. As citações que transmitiam um mesmo conceito foram agrupadas em conceitos de primeira ordem, registando não só o entrevistado que as procurou transmitir, mas também o número de vezes que o fez durante a entrevista. Os conceitos de primeira ordem foram agrupados sequencialmente em temas de segunda ordem e posteriormente em quatro dimensões: estratégia, diagnóstico, implementação e avaliação do processo. A tabela de análise de conteúdo das entrevistas está disponível no anexo C. Resume-se, de seguida, a visão dos elementos da direção, elencando aquilo que os entrevistados procuraram transmitir relativamente às quatro dimensões identificadas.

##### **4.4.1. Dimensão da estratégia:**

Todos os entrevistados concordaram que a atividade do Hospital deve ser primariamente assistencial, focada na prestação de cuidados de saúde aos militares e família militar. O Diretor Clínico sublinhou, que deve ser garantida precedência no atendimento aos militares no ativo e DFAs. O Diretor do Hospital reforçou, a ideia de que a colaboração disponibilizada a outros utentes e

entidades é encorajada, porque reforça a imagem do Hospital junto do SNS e prestadores privados, mas todos concordaram que esta deve ser assegurada pela capacidade sobrança. O Diretor do Hospital prioriza a atividade assistencial, operacional e inspetiva, por essa ordem. Salientando que aquilo que é mais relevante num Hospital é a competência técnica dos seus profissionais e a qualidade dos atos clínicos que pratica. “Apenas uma atividade assistencial robusta permitirá que os nossos profissionais estejam tecnicamente aptos”.

Entendem também todos os entrevistados que o HFAR, como hospital militar, apresenta áreas de atividade que o distinguem, nomeadamente a atividade operacional e inspetiva. Apesar de considerarem que estas atividades poderiam ser realizadas por outros órgãos da saúde militar, o atual modelo considera que estas devem ser asseguradas pelo HFAR. O Diretor do HFAR considera que o Hospital se deve envolver no apoio à atividade operacional em apoio aos Ramos, porque esta lógica de integração e colaboração reforça a imagem interna do Hospital no contexto das FA e que, por exemplo, a visibilidade da participação nas FNDs pode promover e reforçar não só a sua imagem interna, no seio das FA, como a sua imagem externa. Apesar de se considerar que a atividade inspetiva será a atividade de menor relevância na atividade do Hospital, porque pode ser feita pelos Ramos, o Diretor considera-a mais uma oportunidade de colaboração e aproximação aos Ramos. O Diretor considera que o HFAR apresenta limitações financeiras e de recursos humanos ao cumprimento da sua missão, que saem muitas vezes da sua esfera de competências, nomeadamente, a falta de pessoal civil que liberte os militares para apoio à atividade operacional.

O tema das orientações estratégicas reflete a interpretação que a direção faz do conteúdo da Diretiva Sectorial de Saúde Militar (2022-2027). O Diretor Clínico considera que a diretiva estratégica tenta abordar todas as atividades do Hospital, sem as priorizar, fazendo referência a um período temporal de apenas cinco anos. Consideram tanto o Diretor Clínico como o Subdiretor, que a diretiva apenas formaliza e reforça as linhas de ações que o HFAR tem vindo a desenvolver. O Diretor clínico considera que o foco dos próximos cinco anos deveria estar na concentração de esforços para adaptação do HFAR e do sistema de saúde militar ao novo modelo de gestão. O Subdiretor considera que este novo modelo de gestão proposto para a saúde militar, poderá ajudar a resolver problemas de coordenação entre as diversas componentes, mas não vai resolver os seus problemas de financiamento. Relativamente a este assunto, o Diretor do HFAR, sublinha que o novo modelo de gestão do HFAR pretende aproximar o modelo de gestão do HFAR, daquilo que são os modelos de gestão nos hospitais civis, designadamente do SNS, afastando-se de um modelo centralizado num diretor, evoluindo para um conselho de administração e exigindo que os elementos que o venham a constituir tenham formação efetiva em administração hospitalar e gestão em saúde. O Diretor Clínico relembra que a saúde militar ainda não está centralizada na Direção de Saúde Militar (DIRSAM), pelo que ainda não tem a autoridade para gerir os recursos de saúde, apesar de concordar com o Diretor

do Hospital quando este afirma que uma gestão global dos recursos de saúde pode minimizar pontos de fricção entre unidades de saúde. O Diretor do Hospital refere que, dentro dos objetivos estratégicos enumerados na Diretiva Estratégica, o de estimular a carreira na saúde militar deve ser acarinhado, porque, se zelarmos pelo desenvolvimento dos profissionais estamos a contribuir para o seu bem estar, para a sua retenção e para que a instituição seja uma instituição com profissionais competentes e reputados. Identifica, também, o objetivo estratégico de potenciar a inovação, como muito relevante, não só na saúde militar como em qualquer instituição na atualidade.

#### 4.4.2. Dimensão do diagnóstico

O Diretor do HFAR entende que o atual modelo de partilha de informação não contribui para que a direção tenha elementos de apoio à decisão para o adequado planeamento da atividade do Hospital, que existe um fosso de comunicação entre a direção e os profissionais e que estes últimos fazem o seu planeamento porque são profissionais de saúde e sabem o que é importante fazer, mas não necessariamente de acordo com a visão da direção. O Subdiretor considera que a comunicação vertical com os chefes de serviço e departamentos clínicos já existe, sendo estes auscultados com frequência, mas não de forma sistemática e orientada para proporcionar alinhamento. Todos os entrevistados concordam que os planos de atividade e relatórios de atividade são ferramentas importantes, de comunicação e partilha de informação dos serviços com a restante estrutura do HFAR, mas deveriam estar de acordo com as indicações superiores, o que na prática não acontece. A atividade proposta é definida pelos serviços, não havendo uma verdadeira negociação com a direção. O Diretor Clínico admite que muita da informação vertida nos planos e relatórios de atividade não é utilizada por falta de uniformização e falta de confiança nos dados, sendo que, para o Diretor do HFAR a necessidade de exatidão dos dados é relativa.

O tema do modelo mental partilhado reúne o consenso da direção, que considera que um processo formal que garanta uma visão comum e alinhamento traria um ganho suplementar para os serviços e o Hospital.

Outro tema abordado nesta dimensão do diagnóstico foi o da liderança partilhada. O Subdiretor considera que fenómenos de liderança partilhada já ocorrem, de modo informal, no HFAR e que o planeamento da atividade dos serviços já é fundamentalmente gerido pelos próprios profissionais. Tanto o Diretor do Hospital como o Diretor Clínico acham que apesar de se tratar de uma unidade militar, o HFAR, enquanto hospital, beneficia dessa liderança partilhada; que tem de confiar nas várias chefias intermédias e nos seus profissionais, cada um com as suas diferentes competências técnicas que têm de ser valorizadas e entendem que um processo formal, que promova a liderança partilhada, permitirá a adequada discussão e negociação da atividade a desenvolver pelos serviços clínicos.

#### 4.4.3. Dimensão da implementação

A dimensão da implementação aborda a forma como um modelo de gestão e avaliação de performance dos serviços clínicos poderia ser implementado no HFAR.

Nesta dimensão é abordado o tema da contratualização colaborativa. Consideram o Diretor Clínico e o Diretor do Hospital que esta contratualização, assente na partilha bidirecional de informação, é um trabalho essencial que a direção clínica tem de desenvolver. Será esta contratualização colaborativa que permitirá a validação pela gestão de topo, da relevância da atividade planeada e contratualizada pelos serviços, permitindo que o Hospital se adapte e se empenhe na obtenção dos recursos necessários, através de um melhor planeamento das necessidades. O Diretor do Hospital referiu por diversas vezes que tem de haver um envolvimento das pessoas, que têm de compreender que aquilo que está a ser feito não é para as controlar de forma punitiva, mas para que se possam sentir reconhecidas pelo trabalho que desenvolveram, da forma mais adequada ao esforço coletivo, cumprindo os objetivos que contribuíram para estabelecer. O Subdiretor e Diretor do Hospital estão conscientes de que a garantia da obtenção dos recursos necessários está, também, dependente de fatores externos, pelo que, o Diretor do HFAR frisou esta ideia múltiplas vezes: os objetivos que vão ser desenhados e os indicadores que vão servir para monitorizar aquilo que é a atividade dos serviços têm de ser realistas. O Diretor do HFAR e o Diretor Clínico estão otimistas de que a autonomia administrativa decorrente do novo modelo de gestão e, eventualmente no futuro, a autonomia financeira, poderão contribuir para que a direção consiga assumir o compromisso de garantir os recursos necessários para os objetivos contratualizados com os serviços.

As dimensões identificadas no modelo do Conselho Coordenador de Avaliação do HFAR são consensuais entre os entrevistados e consideradas adequadas para efeitos da avaliação de performance dos serviços. Considera-se que todas as dimensões descritas são relevantes, sendo que a dimensão assistencial deverá ter um peso relativo preponderante na avaliação. Apesar de se considerar que globalmente a designação e âmbito das dimensões estão adequadas, o Diretor Clínico sugere que a atividade científica seja incluída na dimensão formativa, que a dimensão da atitude profissional e cooperação institucional seja renomeada como inovação e que, considerando a relevância que a dimensão da inovação deveria ter no HFAR, esta deveria ter uma maior ponderação, 15% a 20%. Na componente da atividade formativa e científica o Diretor valoriza que o Hospital e os serviços sejam capazes de organizar as suas ações de formação e as suas jornadas em detrimento de apenas ir a locais externos frequentá-las.

Abordando o tema da monitorização e avaliação da performance, o Subdiretor e o Diretor Clínico consideram ser adequado um acompanhamento mais frequente do que anual dos indicadores de performance contratualizados com os serviços de modo, a atempadamente, poder tomar medidas



corretivas face a desvios ao planeado. O Diretor do HFAR está ciente de que há realidades distintas em cada serviço, devendo o Hospital diferenciar as métricas a utilizar e o que poderá ser quantificado e mensurado em cada local. O Diretor do HFAR considera que a avaliação do mérito da performance deve necessariamente abranger diferentes dimensões da atividade dos serviços. O Subdiretor e o Diretor Clínico insistem que o mérito da performance dos serviços pode e deve ser valorizado na avaliação de desempenho dos profissionais, através de louvores públicos e medalhas. Apesar de se considerar uma ferramenta fundamental de reconhecimento do mérito, o HFAR não tem a necessária autonomia financeira para poder atribuir prémios de produtividade, estando todos os entrevistados conscientes que este facto poderá diminuir a sua capacidade de retenção de talento. Todos concordaram que o adequado performance dos serviços pode ser reconhecido através alocação de recursos que permitam quer a aquisição de equipamentos e tecnologias quer o investimento na formação dos profissionais. O Diretor Clínico considera que a garantia da adequação e estabilidade dos recursos humanos poderá funcionar como um estímulo à concretização dos objetivos contratualizados de performance. Refere ainda quedada a elevada rotatividade dos clínicos militares, a que a sua carreira obriga, deve ser ponderado o alargamento do quadro civil dos serviços, de modo a garantir essa mesma estabilidade.

#### 4.4.4. Dimensão da avaliação do processo

Resume o entendimento da Direção sobre quais as mais-valias que poderão decorrer da implementação de um modelo de avaliação de performance dos serviços clínicos.

O tema da melhoria da gestão e avaliação de performance dos serviços, foi abordado no contexto desta dimensão. A direção considera que este modelo poderá melhorar a sua capacidade de avaliar corretamente a performance. Para o Diretor do HFAR, a possibilidade do processo de avaliação ter em conta os recursos de que os serviços dispõem contribui para uma avaliação mais justa. Para o Subdiretor e Diretor Clínico o modelo poderá ser mais útil se permitir avaliar a evolução temporal da atividade dos serviços através da monitorização de indicadores de performance. Considera, ainda, o Diretor Clínico que o modelo deve permitir avaliar a produção assistencial de forma quantitativa, sempre que adequado, nomeadamente a produção cirúrgica, que considera ser mais objetiva. O Diretor Clínico aborda o tema dos objetivos de performance, introduzindo a ideia de que o objetivo subjacente à implementação de um modelo de gestão deve ser o de melhorar a performance, assegurando o alinhamento da atividade a desenvolver com a estratégia, garantindo a atividade inspetiva e operacional e promovendo a colaboração com outras entidades, após identificação de capacidade sobrança.

O Diretor Clínico valoriza a possibilidade deste modelo promover uma cultura de melhoria contínua. O Diretor do HFAR valoriza a implementação do modelo, por acreditar que ao avaliar a

performance dos serviços, tendo por base este contrato entre a direção e os próprios serviços, se consiga motivar mais os profissionais e aumentar o seu grau de satisfação na organização. O Subdiretor partilha desta ideia e sugere que a satisfação dos profissionais e utentes dos serviços deve ser avaliada após a implementação do modelo.

#### 4.4.5. Síntese

A direção considera que o HFAR tem como missão, prestar cuidados de saúde à família militar e, com recurso à sua capacidade sobrança, a outros utentes e entidades. Devem ser priorizados dentro deste universo de utentes os militares na efetividade de serviço e os DFAs. A colaboração com outras entidades deve ser encorajada porque beneficia a imagem externa do HFAR, cumpre com o objetivo estratégico de apoiar a sociedade civil, rentabiliza a capacidade instalada e proporciona casuística aos seus profissionais. Esta colaboração deve ser sempre enquadrada no conceito de capacidade sobrança. Apesar de se considerar que o Hospital deve priorizar a sua atividade assistencial, deve colaborar na medida do que lhe é solicitado na atividade operacional e inspetiva em apoio aos Ramos das FA.

É consensual que existe uma falta de comunicação bidirecional entre a direção e os profissionais, que impede um modelo mental partilhado e perturba o correto alinhamento entre a planificação da atividade dos serviços e a visão estratégica. Consideram os entrevistados que um modelo formal de gestão e avaliação de performance dos serviços clínicos assente na liberdade de ação, responsabilização e contratualização colaborativa poderá ajudar a melhorar a monitorização da performance ao mesmo tempo que promove a motivação dos profissionais.

Para efeitos da avaliação de performance dos serviços foram consideradas globalmente adequadas as dimensões identificadas no modelo do Conselho Coordenador de Avaliação do HFAR.

Apesar das limitações decorrentes da falta de autonomia administrativa e financeira, o processo de contratualização colaborativa poderá efetivamente comprometer a direção com a obtenção dos recursos necessários para a concretização dos objetivos dos serviços, dentro do limite da razoabilidade. Não existindo autonomia para reconhecer o mérito dos profissionais através de incentivos monetários, foi considerado que o Hospital poderia reconhecer o mérito do desempenho através do investimento em formação e equipamento, justificado no âmbito dos objetivos contratualizados.

## 5. Implementação

### 5.1. Definição e priorização de indicadores explicativos da atividade dos serviços

Foram considerados, para efeitos da definição da orientação estratégica a missão do HFAR, tal como inscrita no Decreto-Lei n.º 84/201, os objetivos estratégicos previstos na Diretiva Estratégica Sectorial da Saúde Militar 2022-2027 e a visão e interpretação de contexto da direção do HFAR.

Associou-se cada objetivo estratégico a uma dimensão de avaliação de performance, tendo a preocupação de que todas as perspetivas da atividade da organização (cliente, financeira, processos e aprendizagem e desenvolvimento) fossem explicadas pelos indicadores a desenvolver. A associação de dimensões de performance, perspetivas e objetivos estratégicos permite clarificar o âmbito da atividade dos serviços, que cada indicador desenvolvido pretende explicar (Tabela 3: (5.1)).

**Tabela 3:** (5.1) Categorização de indicadores de acordo com a orientação estratégica

Dimensões dos objetivos de performance	Perspetivas	Objetivos estratégicos
<b>Assistencial</b>	Cliente	OES1 – CAPACITAR o sistema de saúde militar
<b>Inovação</b>	Aprendizagem e desenvolvimento	OES3 – POTENCIAR a inovação na saúde militar
<b>Organização</b>	Processos internos / Financeira	OES4 – ADOTAR um novo modelo de gestão do HFAR OES6 – OTIMIZAR o apoio da saúde militar à sociedade civil
<b>Atividade científica, formação contínua e desenvolvimento profissional</b>	Aprendizagem e desenvolvimento	OES7 – ESTIMULAR o desenvolvimento da carreira na saúde militar OES9 – FOMENTAR a sensibilização para a saúde militar

Com recurso à Técnica de Grupo Nominal foram promovidas duas reuniões de trabalho com a presença do Diretor e Diretor Clínico do HFAR, assim como, o Subdiretor, Diretor Clínico Adjunto, Enfermeiro Coordenador e os quatro Chefes dos Departamentos Clínicos do HFAR-PL.

Na primeira reunião, a 10/05/2023, foi apresentado o projeto e estabelecido o objetivo de, neste grupo, se selecionar os KPIs que melhor explicassem a atividade dos serviços clínicos do HFAR-PL, numa perspetiva de promoção de melhoria contínua da qualidade e não para utilização sumativa pela direção. Os participantes concordaram que se deveriam selecionar apenas 10 indicadores, um por cada 10% de ponderação, de acordo com a valorização dada pela direção a cada dimensão: Assistencial (60%), Inovação (20%), Organização (10%), Atividade científica, formação contínua e desenvolvimento profissional (10%). Assim, foram selecionados, seis indicadores para a dimensão assistencial, dois indicadores para a dimensão inovação, um indicador para a dimensão organização e um indicador para a dimensão formação contínua e desenvolvimento profissional. Ficou definido que a não seleção de um determinado indicador, não implicaria a desresponsabilização dos serviços pelo cumprimento da sua missão e das normas em vigor, apenas indica que não foi considerado prioritário, no atual contexto do HFAR e para efeitos deste modelo.

Na segunda reunião, a 17/05/2023, todos os presentes tiveram oportunidade de apresentar as suas propostas de indicadores e/ou comentar as propostas de outros participantes.

Os indicadores foram selecionados pela sua capacidade de explicar as várias dimensões da atividade dos serviços clínicos, por se considerar serem facilmente mensuráveis, dependentes da atuação dos serviços e não de fatores externos, alinhados com as orientações estratégicas, implementáveis sem a necessidade de recursos onerosos, compreensíveis e priorizados de acordo com a sua relevância, suficientemente abrangentes para que permitam criar um modelo aplicável a todos os serviços e suficientemente flexíveis para se poder adaptar à especificidade de cada um dos serviços. Os participantes concordaram que os indicadores selecionados seriam adequados para a generalidade dos serviços clínicos do HFAR-PL, mas que em serviços com especificidades muito próprias poderiam os mesmos não ser adequados. Neste contexto, ficou definido que a direção clínica teria a necessária autonomia para escolher outros indicadores que mais se adaptassem a cada serviço concreto, tentando sempre respeitar a intenção da seleção efetuada nesta reunião.

Cada participante identificou um número de indicadores, do seu agrado, para cada dimensão, igual ao número de indicadores a selecionar para essa mesma dimensão, ordenando-os pela sua relevância. Ao mais relevante foi atribuído uma pontuação idêntica ao número de indicadores a selecionar nessa dimensão, a cada escolha subsequente foi removido um ponto. Foram selecionados os indicadores com a maior pontuação resultante do somatório das ponderações atribuídas.

Descrevem-se de seguida os indicadores selecionados para cada dimensão, ordenados pela sua pontuação. Estes indicadores podem ser de três tipos: prescritivos, que avaliam resultados face a métricas, descritivos, que identificam mudanças e os proscritivos que especificam o que não deve acontecer (Freeman, 2002; Carter, 2002). Classificam-se, ainda, enquanto indicadores de resolução de problemas que se relacionam com a estratégia que os profissionais necessitam de utilizar para obter um resultado, indicadores relacionados com o procedimento que se relacionam com o algoritmo utilizado em cada tarefa e indicadores de resultados interinos que se relacionam com os resultados que os profissionais devem obter em cada etapa de uma tarefa (Van der Geer, 2009).

Salienta-se que foram apenas selecionados indicadores internos, na perspetiva de poderem ser utilizados pelos profissionais dos serviços para monitorizar o resultado dos seus processos tal como nos sugere Freeman (2002), concebidos para permitir uma utilização formativa, discutida e interpretada pelos clínicos, no contexto do seu local de trabalho e no âmbito da melhoria contínua da qualidade. Tratam-se, também, de indicadores de processo e não de resultados, de acordo com o conceito de Van der Geer (2009).

### **Dimensão assistencial – Perspetiva cliente (Ponderação 60%)**

*Indicador 1 - Número total de cirurgias e/ou de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs), com métricas de contratualização em volume anual, definição de capacidade instalada e capacidade sobranter.* Recebeu uma pontuação de 44 pontos. Enquadra-se no OES1 - Capacitar o sistema de saúde militar. Indicador prescritivo e de resultados interinos. Reflete o pressuposto de que os serviços que têm mais atividade cirúrgica realizarão menos MCDTs e os que não desenvolvem atividade cirúrgica realizam mais MCDTs, sendo atribuída a mesma ponderação ao conjunto destas atividades. Pretende identificar a capacidade instalada para realização de cirurgias e/ou de MCDTs, as cirurgias e/ou de MCDTs realizados e a capacidade sobranter. A quantificação da capacidade sobranter é relevante para qualquer projeto de colaboração com a sociedade civil, ao estabelecer os limites em que esta possa ser disponibilizada, sem por em causa a missão do Hospital de tratar os militares e a família militar.

*Indicador 2 - Número total de consultas, com métricas de contratualização em volume anual, definição de capacidade instalada e capacidade sobranter.* Recebeu uma pontuação de 43 pontos. Enquadra-se no OES1 - Capacitar o sistema de saúde militar. Indicador prescritivo e de resultados interinos. Pretende identificar a capacidade instalada para realização de primeiras consultas e consultas subsequentes, as consultas realizadas e a capacidade sobranter.

*Indicador 3 - Caracterização do apoio e definição dos períodos em que este é garantido ao Serviço de Urgência e ao internamento.* Recebeu uma pontuação de 36 pontos. Enquadra-se no OES1 - Capacitar o sistema de saúde militar. Indicador descritivo e de procedimentos. Tem a intenção de promover a organização interna dos serviços, de forma a garantir que estes possam prestar apoio a clínicos de outros serviços, durante um horário alargado, garantindo a segurança dos utentes do HFAR, no Serviço de Urgência e serviços de internamento.

*Indicador 4 - Tempo e capacidade de resposta de atos clínicos a solicitações do âmbito operacional e ou solicitações decorrentes de referência de militares no ativo e DFAs.* Recebeu uma pontuação de 28 pontos. Enquadra-se no OES1 - Capacitar o sistema de saúde militar. Indicador descritivo e de procedimentos. Tem a intenção de promover a organização interna, dos serviços, de forma a garantir a intenção, da direção, de priorizar os militares no ativo e DFAs, de entre os utentes do HFAR, assim como garantir a execução dos pedidos do âmbito operacional, contribuindo desta forma para a missão das FA, promovendo a aptidão física e psíquica e recuperação para o serviço, no caso dos militares no ativo, e promovendo a recuperação e reabilitação daqueles que já serviram o país, nomeadamente os DFAs.

*Indicador 5 - Tempos de elaboração de relatórios clínicos em resposta a solicitações de unidades militares, judiciais e particulares.* Recebeu uma pontuação de 22 pontos. Enquadra-se no OES1 – Capacitar o sistema de saúde. Indicador proscritivo e de resultados interinos. Resulta da consciência

coletiva de que a elaboração destas tipologias de relatórios clínicos constituem uma imposição legal, muitas vezes desvalorizada na atividade diária comparativamente ao empenho atribuído aos cuidados de saúde prestados diretamente aos utentes, condicionando incumprimentos na sua elaboração e nos prazos de entrega dos mesmos. Pretende-se promover a organização interna, dos serviços, de modo a que esta atividade possa ser garantida, através da sua adequada monitorização.

*Indicador 6 - Proposta de modernização de tecnologia e equipamento, plano de implementação e informação relativa a rentabilização do investimento.* Recebeu uma pontuação de 14 pontos. Enquadra-se no OES1 - Capacitar o sistema de saúde militar. Indicador descritivo e de resolução de problemas. Pretende valorizar uma atividade, relevante para tomada de decisão da direção, que já era solicitada aos serviços, no momento da elaboração do Plano Anual de Investimento do HFAR, cumprindo o objetivo de que os indicadores não saiam fora da esfera daquilo que já é atividade regular dos serviços. Ao mesmo tempo que permite identificar investimentos que possam trazer uma mais-valia assistencial, ao corresponder à ambição dos profissionais, pode também ser utilizado como reconhecimento do mérito de performance.

#### **Dimensão inovação – Perspetiva aprendizagem e desenvolvimento (Ponderação 20%)**

*Indicador 7 - Desenvolvimento de estratégias que visem melhorar a experiência do utente.* Recebeu uma pontuação de 11 pontos. Enquadra-se no OES3 – Potenciar a inovação na saúde militar. Indicador descritivo e de resolução de problemas. Pretende ser um indicador aberto e motivador, potenciando o objetivo de criar uma incubadora de ideias para a saúde militar, dando liberdade aos serviços de desenvolver projetos, no seu âmbito de atuação, limitados apenas pela sua razoabilidade.

*Indicador 8 - Elaboração e implementação de programas de qualidade e segurança.* Este indicador recebeu uma pontuação de 11 pontos. Enquadra-se no OES3 – Potenciar a inovação na saúde. Indicador descritivo e de resolução de problemas. Tratando-se de um indicador fechado, complementa o anterior. Enquanto um indicador aberto dá liberdade, aos serviços, para identificarem um projeto de inovação de sua escolha, este orienta os serviços, para o desenvolvimento de projetos no âmbito específico da qualidade e segurança.

#### **Dimensão organização – Perspetiva processos internos / financeira (Ponderação 10%)**

*Indicador 9 - Planear e implementar um sistema de priorização clínica, avaliação inicial e subsequente dos utentes.* Recebeu uma pontuação de 7 pontos. Enquadra-se no OES4 – ADOTAR um novo modelo de gestão do HFAR. Indicador descritivo e de resolução de problemas. Este indicador resulta da consciência coletiva de que o HFAR, tal como todos os hospitais públicos, apresenta dificuldades de acessibilidade decorrentes de tempos de espera elevados para consultas, MCDTs e procedimentos cirúrgicos. Este atraso no acesso a cuidados de saúde, não deve nunca, comprometer

situações prioritárias, pelo que se pretende promover a organização interna, dos serviços, de modo a que a priorização clínica possa ser garantida.

**Dimensão atividade científica, formação contínua e desenvolvimento profissional – Perspetiva aprendizagem e desenvolvimento (Ponderação 10%)**

*Indicador 10 - Elaborar um plano de desenvolvimento profissional individualizado para cada elemento, dentro do serviço, alinhado com os sistemas de avaliação (SIADAP, SAMMFA) e plano de formação.* Recebeu uma pontuação de 5 pontos. Enquadra-se no OES7 – Estimular o desenvolvimento da carreira na saúde militar. Pretende contribuir para que os serviços se possam constituir como verdadeiras equipas de elevada performance, aproveitando as competências, capacidades e motivações de cada um dos elementos, traduzindo num plano de desenvolvimento individual o contributo de cada profissional para os objetivos do serviço. Ao mesmo tempo que permite identificar investimentos em formação, que possam trazer uma mais-valia assistencial, ao corresponder à ambição dos profissionais, pode também ser utilizado como reconhecimento do mérito de desempenho.

**5.2. Descrição dos serviços a intervencionar**

No âmbito deste projeto, opta-se por implementar o modelo de gestão e avaliação de performance dos serviços clínicos do HFAR-PL apenas nos Serviços de Urologia e Ortopedia. Ambos os serviços são chefiados pelo oficial médico mais graduado de cada especialidade. O chefe do serviço é diretamente responsável perante o Diretor Clínico e Diretor do Hospital pela prontidão funcional e pela disciplina do pessoal do serviço que dirige sendo responsável, entre outras, pelas seguintes funções: gestão geral, definição e implementação das estratégias, definição dos objetivos gerais e garantia da qualidade do serviço (Decreto Regulamentar n.º 51/2012, de 10 de dezembro).

**5.2.1. Descrição do Serviço de Ortopedia**

O Serviço de Ortopedia é parte integrante do Departamento de Cirurgia do HFAR- PL (Decreto Regulamentar n.º 2/2015, de 20 de fevereiro) e de acordo com o seu Regulamento Interno tem por missão “a prestação de cuidados de saúde, na sua vertente médica e/ou cirúrgica, bem como a avaliação do estado de saúde, na área da ortopedia e traumatologia aos militares das FA e à família militar, aos DFAs, assim como aos outros utentes e/ou doentes com acesso à assistência no HFAR, no âmbito da missão e atribuições do Polo de Lisboa do HFAR”. O mesmo documento define como valores que devem nortear a atuação dos elementos do Serviço: em primeiro lugar a qualidade enquanto procura da satisfação das expectativas dos doentes e profissionais, mas também a inovação e a ética.

O quadro orgânico do Serviço contempla apenas colaboradores de uma única categoria profissional. Contando neste momento com apenas 6 dos 9 médicos previstos.

O Serviço de Ortopedia avalia e trata a patologia degenerativa e traumática do aparelho locomotor e músculo-esquelético. Das suas tarefas assistenciais fazem parte a realização de consultas, intervenções cirúrgicas, acompanhamento dos doentes no internamento, apoio aos outros serviços e ao Serviço Urgência, mediante uma escala diária, em regime de prevenção, das 8h30 às 24h (Regulamento Interno do Serviço de Ortopedia). Na consulta são realizados vários procedimentos, da responsabilidade dos clínicos e/ou da equipa de enfermagem, dos quais são exemplos: a aplicação e remoção de imobilizações gessadas e em ligadura elástica, a remoção de material de fixação percutâneo, infiltração articular e/ou peri-articular, artrocenteses e pensos. Os elementos do Serviço realizam ainda tarefas na área inspetiva (Juntas de Saúde, Inspeções Médicas, Consultas de Aptidão e Exames de Sanidade). A tabela seguinte (Tabela 4: (5.2)) revela os principais indicadores da atividade assistencial do Serviço e a sua taxa de variação ao longo de 2021 e 2022.

**Tabela 4:** (5.2) Indicadores de atividade assistencial do Serviço de Ortopedia do HFAR-PL (2021-2022)

<b>Atividade assistencial</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>Taxa de variação (%)</b>
<b>Total de consultas</b>	<b>7812</b>	<b>9285</b>	<b>19%</b>
Primeiras consultas	2155	2252	5%
Consultas subsequentes	5657	7053	25%
<b>Exames complementares</b>	<b>2588</b>	<b>3525</b>	<b>36%</b>
<b>Internamentos total</b>	<b>374</b>	<b>472</b>	<b>26%</b>
Internamentos urgentes	60	32	-46%
Demora média (dias)	6,8	5	-26%
Taxa de mortalidade	0%	0%	0%
<b>Cirurgias totais (BOC)</b>	<b>395</b>	<b>472</b>	<b>19%</b>
<b>Cirurgias totais (Bloco Ambulatório)</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>-100%</b>

Adaptado pelo autor (Relatórios de Atividade do Serviço de Ortopedia do HFAR-PL)

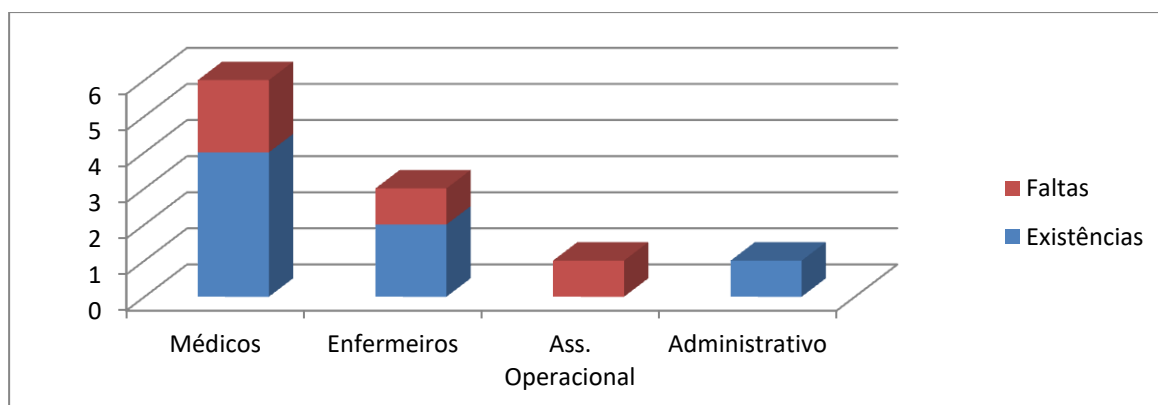
Verifica-se um aumento global da atividade do serviço de 2021 para 2022, que poderá ser explicado pelo facto de 2022 ter sido o primeiro ano em que a produção hospitalar não foi afetada, no contexto da pandemia COVID.

#### 5.2.2. Descrição do Serviço de Urologia

O Serviço de Urologia é parte integrante Departamento de Cirurgia do HFAR- PL (Decreto Regulamentar n.º 2/2015, de 20 de fevereiro) e de acordo com o seu Regulamento Interno tem por missão “prestar cuidados de saúde diferenciados na área da patologia urológica aos militares das FA e à família militar, bem como aos deficientes militares, assim como a todos os utentes com acesso à assistência no HFAR, no âmbito da missão e atribuições do Polo de Lisboa do HFAR”. O mesmo documento define como valores que devem nortear a atuação dos elementos do Serviço: em primeiro lugar a excelência, enquanto procura da satisfação das expectativas dos doentes e profissionais, mas também, a inovação e desenvolvimento e a melhoria contínua.



O quadro orgânico do Serviço contempla 6 médicos, 3 enfermeiros, 1 assistente técnico operacional e 1 assistente técnico administrativo (Regulamento Interno). O gráfico seguinte (Figura 1: (5.1)) demonstra a atual situação de recursos humanos do Serviço, identificando as existências e as faltas, de acordo com o quadro orgânico previsto, discriminadas por categoria profissional.



**Figura 1:** (5.1) Recursos Humanos do Serviço de Urologia do HFAR-PL  
Adaptado pelo autor (Relatórios de Atividades do Serviço de Urologia)

Como pode ser observado, há uma carência de recursos humanos, nas categorias profissionais de médicos e enfermeiros. Não só existe uma carência do quadro médico, como se assistiu também a uma grande rotatividade do mesmo, ao longo de 2021 e 2022. Dois elementos do quadro foram substituídos por dois prestadores de serviço, que em conjunto perfazem um horário completo. O assistente operacional em falta é substituído de forma rotativa por outros profissionais do HFAR, o que não sendo a situação ideal, não condiciona substancialmente a atividade do Serviço.

A atividade assistencial do Serviço distribui-se pelas consultas, pelo internamento e pela atividade cirúrgica no BOC. Os profissionais realizam ainda tarefas na área inspetiva (Juntas de Saúde, Inspeções Médicas, Consultas de Aptidão e Exames de Sanidade).

Os MCDTs são realizados de acordo com a sua tipologia por médicos ou enfermeiros e decorrem da necessidade de efetuar diagnósticos ou prestar cuidados de saúde específicos, a doentes seguidos em consulta de urologia. Sendo o Serviço o cliente interno, quase exclusivo, dos seus próprios MCDTs, não se deve pensar nesta capacidade autonomamente. A importância da definição da capacidade sobrança de MCDTs, não se destina à avaliação da possibilidade da sua contratualização externa com outras entidades, mas de forma igualmente relevante, à avaliação de qual a capacidade instalada e se a mesma poderá acomodar o aumento da produtividade global (consultas, internamentos e cirurgias), que se espera com o necessário reforço do quadro médico.

Verificou-se também neste Serviço um aumento global da atividade de 2021 para 2022, que poderá ser explicada pelo facto de 2022 ter sido o primeiro ano em que a produção hospitalar não foi afetada, no contexto da pandemia COVID.

Apesar da atividade cirúrgica ter aumentado substancialmente, observou-se uma redução do número de internamentos, do Serviço, de 2021 para 2022. Esta situação decorre do facto de o Serviço ter operado mais doentes internados ao cuidado de outras especialidades médicas.

A tabela (Tabela 5.3) revela os principais indicadores da atividade assistencial do Serviço e a sua taxa de variação ao longo de 2021 e 2022.

**Tabela 5:** (5.3) Indicadores de atividade assistencial do Serviço de Urologia do HFAR-PL (2021-2022)

<b>Atividade assistencial</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>Taxa de variação (%)</b>
<b>Total de consultas</b>	<b>4042</b>	<b>4713</b>	<b>17%</b>
Primeiras consultas	613	1154	88%
Consultas subsequentes	3429	3559	4%
<b>Exames complementares</b>	<b>1609</b>	<b>1663</b>	<b>3%</b>
Algaliação	41	39	-5%
Calibração ou dilatação de Uretra	14	16	14%
Cistostomia percutânea supra púbica	30	26	-13%
Uretrocistoscopia	198	229	16%
Biópsia prostática eco dirigida	48	51	6%
Urofluxometria	63	66	5%
Urofluxometria com avaliação de RPMI	894	928	4%
Injeção por via sub cutânea	88	84	- 5%
Injeção por via intra muscular	93	101	9%
Penso e sutura	104	99	-5%
Extração de pontos ou agrafes	36	24	-33%
<b>Internamentos total</b>	<b>150</b>	<b>84</b>	<b>-44%</b>
Internamentos programados	136	74	-45%
Internamentos urgentes	14	10	-29%
Demora média (dias)	6,4	3	-53%
Taxa de mortalidade	0%	0%	0%
<b>Cirurgias totais</b>	<b>165</b>	<b>261</b>	<b>58%</b>
Cirurgias com internamento	165	249	51%
Cirurgias ambulatoriais	0	12	-

Adaptado pelo autor (Relatórios de Atividades do Serviço de Urologia do HFAR-PL)

### 5.3. Processo de contratualização de performance com os serviços

O processo de contratualização iniciou-se de forma independente, no Serviço de Ortopedia (dia 24/5/2023) e no Serviço de Urologia (dia 19/6/2023), com uma sessão de esclarecimento, aberta a todos os profissionais, onde foi apresentado o projeto de trabalho e os seus objetivos.

Nesta sessão, foi resumida a informação relativa à missão, à visão que a direção tem para o HFAR e apresentados os indicadores selecionados para avaliação de performance. Esta informação foi complementada com a distribuição de um documento escrito (Anexo D), contendo a informação veiculada, que foi posteriormente entregue aos elementos que não puderam estar presentes na sessão de esclarecimento.

As métricas de valorização dos vários indicadores foram contratualizadas de forma colaborativa, em reuniões de trabalho, individualizadas para cada serviço, que contaram com as presenças do Diretor Clínico Adjunto do HFAR-PL e o respetivo chefe do serviço. Estes foram livres de escolher os elementos do serviço com participação ativa neste processo de negociação.

Pretendeu-se, nestas reuniões, que as fórmulas de cálculo fossem elaboradas de forma, a que os objetivos contratualizados, com cada serviço, fossem exequíveis e acessíveis. As métricas de avaliação dos indicadores de performance foram desenhadas de modo a promover um efeito positivo na visão que tanto a gestão como os próprios serviços têm do seu desempenho e não o contrário, prevendo-se que os vários serviços possam ser avaliados pela percentagem em que excederam os objetivos e não pelo facto de terem ou não atingido os objetivos.

Foi definido, em reunião, que a avaliação final e global de cada serviço resultará da percentagem global de cumprimento, dos objetivos de performance contratualizados, para o intervalo temporal de um ano. O seu valor será expresso em percentagem e será igual à média da percentagem de cumprimento dos objetivos de performance relativos a cada um dos 10 indicadores selecionados. Independentemente dos prazos de avaliação intercalar contratualizados para cada indicador, deverá ser efetuada uma avaliação formal aos seis meses, que permita identificar o progresso da atividade dos serviços e corrigir eventuais desvios ao contratualizado.

As métricas de valorização dos indicadores de performance desenvolvidas não foram desenhadas para poder estabelecer comparações entre serviços, mas para os confrontar com o grau de execução dos objetivos de performance, com que eles mesmos se comprometeram. A garantia da razoabilidade e da equidade do grau de exigência que foi colocada a cada um dos dois serviços foi assegurada pela ação da direção clínica no processo de contratualização.

O documento final, que sumariza a contratualização dos indicadores de performance para o universo temporal de um ano, foi assinado pelo Diretor Clínico Adjunto e pelo respetivo Chefe de Serviço com a Ortopedia no dia 6/6/2023 (Anexo E) e com a Urologia no dia 23/6/2023 (Anexo F).

#### **5.4. Avaliação do processo de contratualização de performance pelos serviços**

Optou-se por inferir a avaliação, que os profissionais dos serviços fazem do processo a que foram submetidos, através da aplicação de um questionário.

O questionário desenvolvido (Anexo B) faz apenas recurso a perguntas fechadas, de resposta múltipla, utilizando uma escala de Likert bipolar, com sete respostas numéricas possíveis (numeradas de um a sete), destinadas a graduar a concordância com cada questão, sendo que a resposta um é indicadora de total discordância e a resposta sete indicadora de total concordância. A resposta quatro é neste modelo de questionário a resposta neutra, indicadora de que não se discorda nem se concorda.

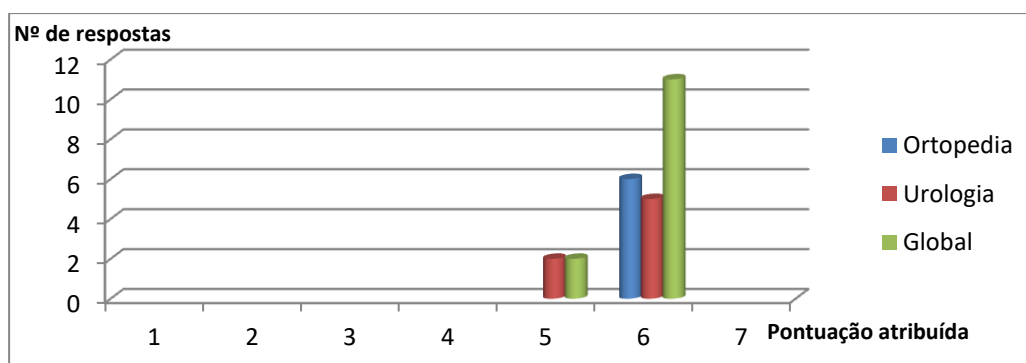
Foram abordados os seguintes aspetos: satisfação global com o modelo, satisfação com as métricas e KPIs a utilizar nos critérios de avaliação, melhor compreensão da missão e dos objetivos estratégicos atribuídos ao Hospital, concordância entre os objetivos contratualizados e as aspirações profissionais e qual a perceção de cada profissional sobre a capacidade de cada serviço cumprir os

objetivos traçados, permitindo avaliar o grau de discordância dos profissionais do Serviço relativamente a *outcomes* desejados, decorrentes do processo que conduziu à contratualização de objetivos, no âmbito do modelo de avaliação de performance desenvolvido.

O questionário foi distribuído em suporte físico, a todos os profissionais dos dois serviços, após o término do processo de contratualização. Este foi preenchido por todos os profissionais em funções nos serviços, durante o processo de contratualização, não se tendo identificado nenhuma falha de preenchimento em nenhuma das questões. O total de respostas corresponde a treze profissionais: seis médicos do Serviço de Ortopedia e quatro médicos, dois enfermeiros e um assistente técnico do Serviço de Urologia.

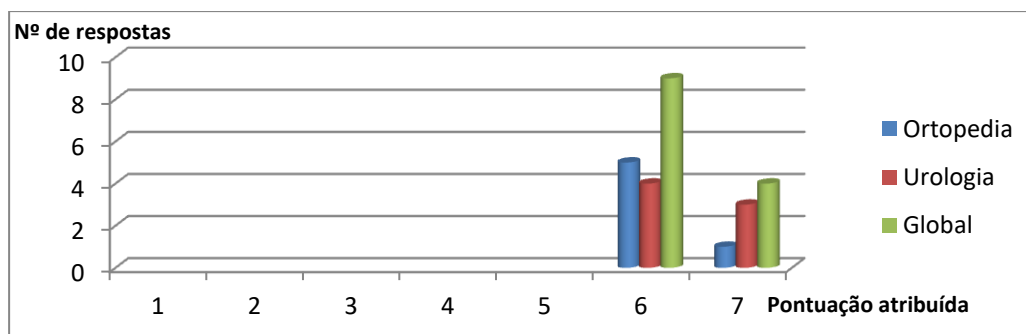
Apresenta-se de seguida, sob a forma de gráfico de colunas, a distribuição das respostas dos profissionais a cada questão. As respostas são apresentadas globalmente e por serviço.

**Questão 1** - O processo de contratualização de performance, permitiu através da adequada comunicação, uma melhor compreensão da missão e dos objetivos estratégicos atribuídos ao Hospital? (As respostas a esta questão obtiveram uma pontuação média de 5,8 e uma moda de 6)



**Figura 2:** (5.2) Respostas dos profissionais à Questão 1

**Questão 2** - Os objetivos contratualizados com o Serviço encontram-se alinhados com a missão atribuída ao HFAR e a visão da Direção. (As respostas a esta questão obtiveram uma pontuação média de 6,3 e uma moda de 6)



**Figura 3:** (5.3) Resposta dos profissionais à Questão 2

**Questão 3** - O desenvolvimento participativo das métricas e KPIs a utilizar, permitiu criar uma grelha de avaliação de performance do Serviço, na qual se revê? (As respostas a esta questão obtiveram uma pontuação média de 5,7 e uma moda de 6)

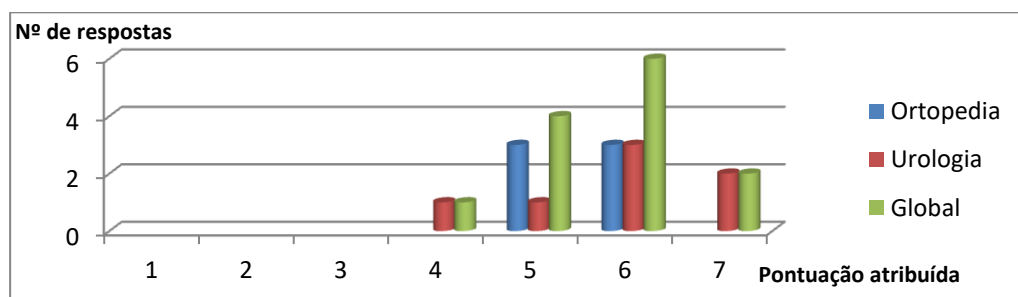


Figura 4: (5.4) Resposta dos profissionais à Questão 3

**Questão 4** - A contratualização de objetivos dos serviços, poderá influenciar, o empenho da direção, na garantia dos recursos necessários para a sua concretização? (As respostas a esta questão obtiveram uma pontuação média de 6,2 e uma moda de 6)

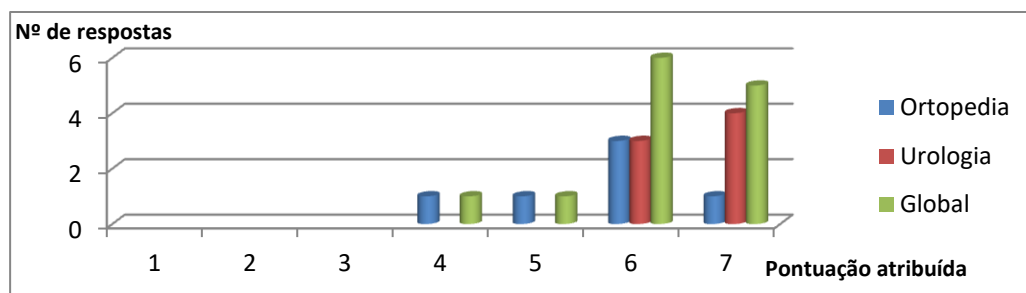


Figura 5: (5.5) Resposta dos profissionais à Questão 4

**Questão 5** - O Serviço tem capacidade para cumprir os objetivos contratualizados? (As respostas à questão 5 obtiveram uma pontuação média de 6,2 e uma moda de 7)

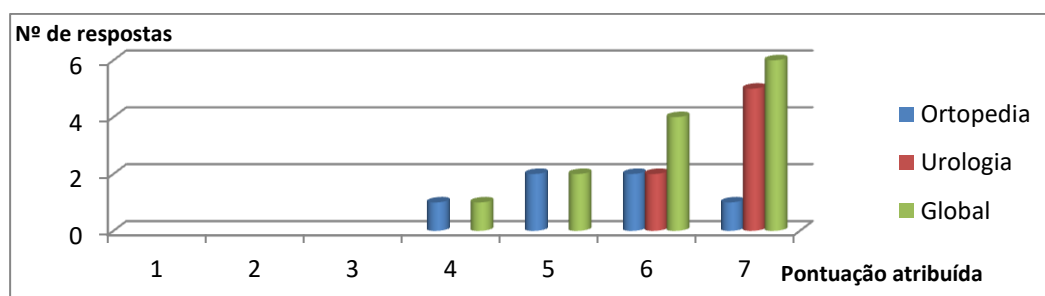
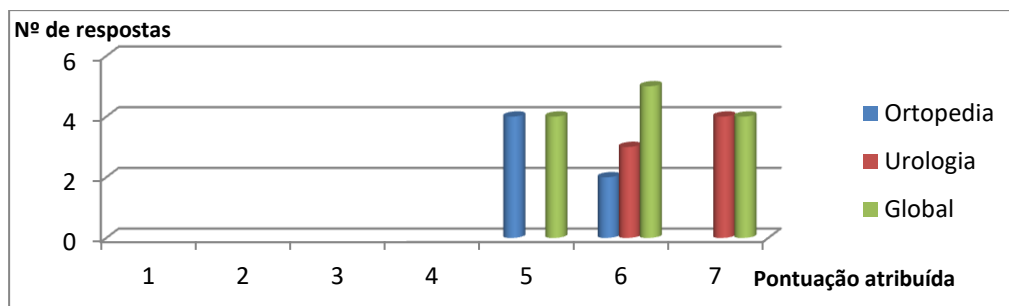


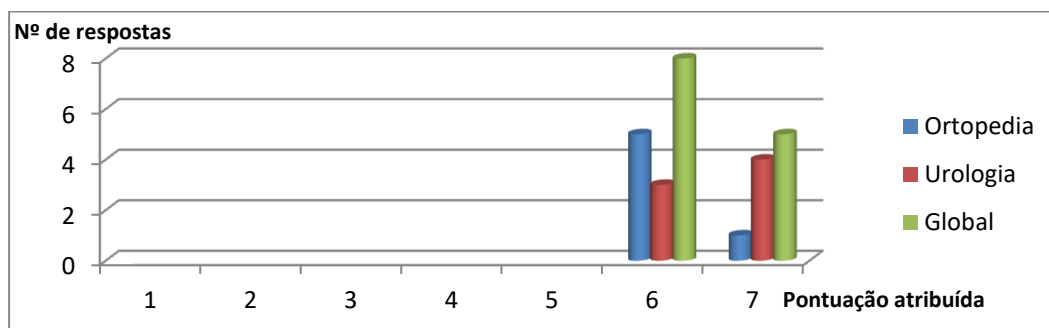
Figura 6: (5.6) Resposta dos profissionais à Questão 5

**Questão 6** - Os objetivos contratualizados com o Serviço são compatíveis com as minhas aspirações de desenvolvimento pessoal e profissional? (As respostas a esta questão obtiveram uma pontuação média de 6 e uma moda de 6)



**Figura 7:** (5.7) Resposta dos profissionais à Questão 6

**Questão 7** - A avaliação de performance dos serviços clínicos deve-se basear na comunicação adequada da visão e estratégia para o HFAR, na responsabilização pelos resultados obtidos, na definição participativa das métricas de avaliação e na liberdade de atuação dos profissionais de saúde. (As respostas a esta questão obtiveram uma pontuação média de 6,4 e uma moda de 6)



**Figura 8:** (5.8) Resposta dos profissionais à Questão 7

Globalmente os profissionais concordam com o modelo de avaliação de performance proposto e com a contratualização efetuada nos seus serviços. Esta concordância com as questões colocadas foi observada em ambos os serviços. Não se observaram, em nenhuma questão, respostas que demonstrem discordância com o modelo de gestão e avaliação de performance desenvolvido. Respostas com a pontuação de 4 (nem concordo nem discordo) foram pontuais, sendo que as médias de pontuação para as respostas às várias questões se situaram entre o 5,7 e o 6,4 e as modas se distribuíram entre o 6 e o 7. A resposta à questão 7 apresenta a média de pontuação mais elevada (6,4), o que poderá corresponder ao entendimento comum de que a avaliação de performance de serviços clínicos deve-se basear na comunicação adequada da visão e estratégia, na responsabilização pelos resultados obtidos, na definição participativa das métricas de avaliação e na liberdade de atuação dos profissionais de saúde. Por outro lado, a resposta à questão 3, que avalia o grau com que os profissionais se reveem nas métricas e KPIs a utilizar na grelha de avaliação de performance do serviço que foi desenvolvida, obteve a média de pontuação mais baixa (5,7). Os profissionais concordam mais fortemente (ainda que de forma não significativa) com o conceito do projeto em si, do que com a sua concretização prática. Este dado deve estimular-nos no sentido de continuar a melhorar o modelo proposto por forma a cumprir com as expectativas dos profissionais.

## 6. Conclusões

Os hospitais enfrentam, cada vez mais, pressões regulatórias e competitivas para que desenvolvam modelos de controlo de gestão (Dent, 1990; Cardinaels, 2013), ao mesmo tempo que se considera que estes modelos devem ser adaptados à realidade específica dos cuidados de saúde (Siccote, 1998; Abernethy, 2006; Aidemark, 2009; Cardinaels, 2013). Há uma evidência robusta de que a qualidade do trabalho de equipa é essencial para a oferta de cuidados de saúde de qualidade (Miller, 2007; Jain, 2008). É especialmente relevante para o desenvolvimento de equipas de elevado desempenho que qualquer modelo de avaliação de performance a implementar deva ser desenvolvido de forma cooperativa e participativa (Grint, 2020; Lapshun, 2021).

Também no contexto das organizações militares, onde o HFAR se insere, se considera que as funções tradicionais e hierarquizadas de comando e controlo não são mais adequadas à complexidade atual das novas missões das FA (Alberts, 2006; Çakıroğlu, 2021). Modelos de liderança partilhada permitirão que estas funções possam ser assumidas por múltiplos indivíduos afetando positivamente as condições de *self-management* (Alberts, 2006; Çakıroğlu, 2021).

No âmbito do presente trabalho, foi desenvolvido um modelo de gestão e avaliação de performance dos serviços clínicos do HFAR-PL, mais adequado a esta nova realidade específica dos cuidados de saúde. Na sua elaboração, procuraram-se acautelar os seguintes objetivos específicos:

*Conceber um modelo de controlo de gestão que permita a contratualização, monitorização e avaliação de performance dos serviços clínicos* - Foi concebido um modelo baseado na contratualização anual de 10 indicadores de performance, um por cada 10% de ponderação para a avaliação global dos serviços. Foram identificados 6 indicadores para a dimensão assistencial, 2 indicadores para a dimensão inovação, 1 indicador para a dimensão organização e 1 indicador para a dimensão formação contínua e desenvolvimento profissional. Os indicadores foram selecionados pela sua capacidade de explicar as várias dimensões da atividade dos serviços clínicos, por serem facilmente mensuráveis, dependentes da atuação dos serviços e não de fatores externos, alinhados com as orientações estratégicas, implementáveis sem a necessidade de recursos onerosos, compreensíveis e tendo em conta a sua relevância. Suficientemente abrangentes para que permitam criar um modelo aplicável a todos os serviços e suficientemente flexíveis para se poder adaptar à especificidade de cada um deles. Foram apenas selecionados indicadores internos, na perspetiva de poderem ser utilizados pelos profissionais para monitorizar o resultado dos seus processos. Concebidos para permitir uma utilização formativa, discutida e interpretada pelos clínicos, no contexto do seu local de trabalho e no âmbito da melhoria contínua da qualidade (Freeman, 2002). Optou-se por limitar, no contexto deste trabalho, a adaptação e contratualização do modelo de avaliação de performance a apenas dois serviços: Serviço de Urologia e Serviço de Ortopedia.

*Alinhar os objetivos contratualizados com os serviços à missão do HFAR e à visão da Direção* - Foi possível definir a missão, a visão e objetivos estratégicos do HFAR, com recurso a um diagnóstico situacional elaborado, através da análise documental e da análise de conteúdos das entrevistas semiestruturadas, utilizando a metodologia de Gioia (2013), ao Diretor do HFAR, Diretor Clínico e Subdiretor do Polo de Lisboa. A seleção dos indicadores a contratualizar resultou de um trabalho colaborativo entre representantes dos Serviços e a Direção do HFAR, com recurso à Técnica de Grupo Nominal (Delbecq, 1971).

*Permitir, através da adequada comunicação, a interiorização por parte dos profissionais de saúde da missão e objetivos estratégicos atribuídos ao Hospital* - O processo de contratualização de objetivos foi precedido de uma sessão de esclarecimento individualizada para cada serviço, aberta a todos os profissionais, onde foi apresentado o projeto de trabalho e os seus objetivos. Foi resumida a informação relativa à missão do HFAR, à visão que a direção tem para o HFAR e apresentados os indicadores selecionados para avaliação dos serviços. Esta informação foi complementada com a distribuição de um documento escrito (Anexo D), que foi posteriormente entregue aos elementos que não puderam estar presentes. Quando questionados diretamente, os profissionais dos serviços submetidos ao processo de contratualização, concordaram que o processo de contratualização de performance permitiu através da adequada comunicação, uma melhor compreensão da missão e dos objetivos estratégicos atribuídos ao Hospital (Figura 2: (5.2)).

*Desenvolver de forma participativa as métricas dos KPIs a utilizar nos critérios de avaliação dos serviços, nas quais, tanto os profissionais de saúde como a direção se revejam* - A adaptação do modelo às especificidades dos dois serviços envolvidos e posterior contratualização de objetivos anuais decorreu em reuniões de trabalho dedicadas envolvendo o Diretor Clínico Adjunto e os Serviços, de acordo com o proposto por Van der Geer (2009). O resultado desse processo de contratualização foi apresentado a cada serviço, numa sessão de trabalho, aberta a todos os profissionais. Os anexos 5 e 6 sumarizam a contratualização dos indicadores de performance para o universo temporal de um ano, com o Serviço de Ortopedia e de Urologia. A avaliação do processo de contratualização com os serviços, foi inferida através de questionários aos profissionais, procurando abordar os seguintes aspetos: satisfação global com o modelo, satisfação com as métricas e KPIs a utilizar nos critérios de avaliação, melhor compreensão da missão e dos objetivos estratégicos atribuídos ao Hospital, concordância entre os objetivos contratualizados e as aspirações profissionais e qual a perceção de cada profissional sobre a capacidade de cada serviço para cumprir com os objetivos traçados. O questionário desenvolvido (Anexo B) fez recurso a perguntas fechadas, de resposta múltipla, utilizando uma escala de Likert bipolar, com sete respostas numéricas possíveis, destinadas a graduar a concordância com cada questão. Pode ser inferido pelos resultados do questionário que, globalmente os profissionais concordam com o modelo de avaliação de



performance proposto e com a contratualização efetuada nos seus serviços. Não se observaram, em nenhuma questão, respostas que demonstrem discordância com o modelo de avaliação de performance desenvolvido.

*Vincular a contratualização de objetivos dos serviços ao empenho da direção, na garantia dos recursos necessários para a sua concretização* - A vinculação do empenho da direção, na garantia dos recursos necessários, está refletida no despacho favorável dado, pelo Diretor do HFAR, à implementação deste modelo de gestão e avaliação de performance (Anexo G). A direção está otimista de que a autonomia administrativa decorrente do novo modelo de gestão a ser implementada no HFAR e, eventualmente no futuro, a autonomia financeira possam contribuir para que a direção consiga reforçar o compromisso de garantir os recursos necessários para os objetivos contratualizados com os serviços. No atual contexto, de autonomia limitada, a razoabilidade dos objetivos a contratualizar foi garantida pelo envolvimento da direção clínica no processo negocial.

### **Contributos e sugestões de pesquisa futura**

O presente trabalho permitiu uma reflexão sobre a visão que se preconiza para o HFAR, para as suas equipas e para os seus profissionais, no contexto da sua missão e de acordo com aquilo que são as Diretivas Estratégicas Setoriais da Saúde Militar. A implementação do modelo de gestão e avaliação de performance em dois serviços permitiu validar que o modelo efetivamente garante uma adequada comunicação bidirecional entre a direção e os profissionais e o alinhamento da atividade, planeada e contratualizada, com a orientação estratégica. O desenvolvimento do modelo foi bem recebido pelos profissionais dos serviços, alvo de contratualização, que entenderam que os indicadores de performance desenvolvidos não foram desenhados para os avaliar de forma sumativa, mas para os confrontar com o grau de execução dos objetivos de performance, com que eles mesmos se comprometeram, enquanto processo de melhoria contínua da qualidade.

O benefício, resultante da implementação deste modelo, só poderá ser efetivamente identificado após a sua aplicação sistemática à generalidade dos serviços clínicos do HFAR-PL.

Identificando-se uma correlação forte entre liderança partilhada e performance, *commitment* e satisfação global (Carson, 2007; Han, 2017), será relevante monitorizar estes parâmetros ao longo do tempo, nos serviços intervencionados. O objetivo último de qualquer modelo de avaliação de performance, em organizações de saúde, será sempre o seu incremento em benefício último do utente. Sugere-se, que o grau de satisfação do utente possa ser monitorizado ao longo do tempo nos serviços intervencionados.



## 7. Referências bibliográficas

- Abernethy, M. A., Chua, W. F., Grafton, J., & Mahama, H. (2006). Accounting and control in health care: behavioural, organisational, sociological and critical perspectives. *Handbooks of management accounting research*, 2, 805-829.
- Acordo coletivo de trabalho n.º 12/2011
- Aghazadeh, S. M. (2002). Implementation of total quality management in the managed care industry. *The TQM Magazine*, 14(2), 79-91.
- Aidemark, L. G., & Funck, E. K. (2009). Measurement and health care management. *Financial Accountability & Management*, 25(2), 253-276.
- Alberts, D. S., & Hayes, R. E. (2006). Understanding command and control.
- Alzoubi, M. M., Hayati, K. S., Rosliza, A. M., Ahmad, A. A., & Al-Hamdan, Z. M. (2019). Total quality management in the health-care context: integrating the literature and directing future research. *Risk management and healthcare policy*, 167-177.
- Audit Commission. (2000). *Aiming to improve: the principles of performance measurement*. London: Audit Commission, 9, 1999-2000.
- Auditoria Interna do HFAR 01/2021- Capacidade Cirúrgica do HFAR
- Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios – Grupo de trabalho para a avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios de 23 de outubro de 2015
- Avolio, B. J., Walumbwa, F. O., & Weber, T. J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual review of psychology*, 60, 421-449.
- Barbaza, E., Klazinga, N. S., & Kringos, D. S. (2021). Exploring the actionability of healthcare performance indicators for quality of care: a qualitative analysis of the literature, expert opinion and user experience. *BMJ quality & safety*, 30(12), 1010-1020.
- Berg M, Goorman E. The contextual nature of medical information. *International Journal of Medical Informatics* 1999;56:51–60.
- Bergman, J. Z., Rentsch, J. R., Small, E. E., Davenport, S. W., & Bergman, S. M. (2012). The shared leadership process in decision-making teams. *The Journal of social psychology*, 152(1), 17-42.
- Behrouzi, F., Shaharoun, A. M., & Ma'aram, A. (2014). Applications of the balanced scorecard for strategic management and performance measurement in the health sector. *Australian Health Review*, 38(2), 208-217.
- Birch, S., & Maynard, A. (1986). Performance indicators and performance assessment in the UK National Health Service: implications for management and planning. *The International journal of health planning and management*, 1(2), 143-156.

- Blalock, A. B. (1999). Evaluation research and the performance management movement: from estrangement to useful integration?. *Evaluation*, 5(2), 117-149.
- Broadbent, J., & Laughlin, R. (2009). Performance management systems: A conceptual model. *Management accounting research*, 20(4), 283-295.
- Burgess, N., & Radnor, Z. (2013). Evaluating Lean in healthcare. *International journal of health care quality assurance*.
- Çakiroğlu, S. S., Caetano, A., & Costa, P. (2021). Shared leadership, self-management and perceived team effectiveness in the military context. *Military Psychology*, 33(5), 308-319.
- Cardinaels, E., & Soderstrom, N. (2013). Managing in a complex world: Accounting and governance choices in hospitals. *European Accounting Review*, 22(4), 647-684.
- Carson, J. B., Tesluk, P. E., & Marrone, J. A. (2007). Shared leadership in teams: An investigation of antecedent conditions and performance. *Academy of management Journal*, 50(5), 1217-1234.
- Carter, N., Day, P., & Klein, R. (2002). How organisations measure success: the use of performance indicators in government. Routledge.
- Cave, M., Kogan, M., & Smith, R. (Eds.). (1990). Output and performance measurement in government: the state of the art.
- Coluccio, M., & Havlick, K. (1998). Shared leadership in a newly merged medical center. *Nursing Administration Quarterly*, 22(2), 36-39.
- Comunicação Interna Nº1/2019, do Diretor do HFAR, de 25 de fevereiro de 2019
- Damberg, C. L., Sorbero, M. E., Lovejoy, S. L., Lauderdale, K., Wertheimer, S., Smith, A., ... & Schnyer, C. (2012). An evaluation of the use of performance measures in health care. *Rand health quarterly*, 1(4).
- Davies, H. T., & Crombie, I. K. (1995). Assessing the quality of care. *BMJ*, 311(7008), 766.
- Davies, H. T., & Lampel, J. (1998). Trust in performance indicators?. *BMJ Quality & Safety*, 7(3), 159-162.
- Day, D. V., Gronn, P., & Salas, E. (2004). Leadership capacity in teams. *The leadership quarterly*, 15(6), 857-880.
- Decreto-Lei n.º 84/2014 de 27 de maio
- Decreto Regulamentar n.º 51/2012 de 10 de dezembro
- Decreto Regulamentar n.º 2/2015, de 20 de fevereiro
- De Cruz, N. (2019). A conceptual overview of attaining, maintaining, and regaining shared leadership in high performing teams. *Journal of Leadership Education*, 18(1), 213-226.
- Delbecq, A. L., & Van de Ven, A. H. (1971). A group process model for problem identification and program planning. *The journal of applied behavioral science*, 7(4), 466-492.

DeRue, D. S., & Ashford, S. J. (2010). Who will lead and who will follow? A social process of leadership identity construction in organizations. *Academy of management review*, 35(4), 627-647.

Despacho n.º 1249/2017, de 23 de janeiro

Despacho n.º 1642/2018, de 29 de janeiro

Despacho n.º 1643/2018, de 29 de janeiro de 2018

D’Innocenzo, L., Mathieu, J. E., & Kukenberger, M. R. (2016). A meta-analysis of different forms of shared leadership–team performance relations. *Journal of Management*, 42(7), 1964-1991.

Diretiva estratégica EMGFA 2021-2023

Diretiva Estratégica Sectorial da Saúde Militar 2022-2027

Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. *QRB-Quality Review Bulletin*, 18(11), 356-360.

Dunham, N. C., Kindig, D. A., & Schulz, R. (1994). The value of the physician executive role to organizational effectiveness and performance. *Health care management review*, 56-63.

Edwards, G. B., Farrough, M., Gardner, M., & Harrison, D. (1994). Unit-based shared governance can work!. *Nursing Management*, 25(4), 74.

Endsley, M. R. (1995). Innovative model for situation awareness in dynamic defense systems. *Human Factors*, 37(1), 32-64.

Ferrè, F., Noto, G., & Vola, F. (2018). O Sistema de Saúde italiano e a crise: uma visão geral das políticas e sua implementação. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, 17(1), 47-58.

Fine, B. A., Golden, B., Hannam, R., & Morra, D. (2009). Leading lean: a Canadian healthcare leader’s guide. *Healthcare Quarterly*, 12(3), 32-41.

Flin, R., & Maran, N. (2004). Identifying and training non-technical skills for teams in acute medicine. *BMJ Quality & Safety*, 13(suppl 1), i80-i84.

Flynn, N. (1986). Performance measurement in public sector services. *Policy & Politics*, 14(3), 389-404.

Forster, D. P., Frost, C. E., & Morris, D. (1990). Modifying clinical practice: two initiatives in the English National Health Service. *Journal of Public Health Policy*, 11(1), 81-105.

Found, P., & Harrison, R. (2012). Understanding the lean voice of the customer. *International Journal of Lean Six Sigma*, 3(3), 251-267.

Freeman, T. (2002). Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Services Management Research*, 15(2), 126-137.

Gilbert, T. F. (2013). *Human competence: Engineering worthy performance*. John Wiley & Sons.

Gilbert, M. B. (2019). Human performance technology: further reflections on human competence. *Journal of Organizational Behavior Management*, 39(1-2), 7-112.

- 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), 15-31.
- Giuffrida, A., Gravelle, H., & Roland, M. (1999). Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. *Bmj*, 319(7202), 94-98.
- Goddard, M., Mannion, R., & Smith, P. C. (1999). Assessing the performance of NHS Hospital Trusts: the role of 'hard' and 'soft' information. *Health policy*, 48(2), 119-134.
- Gray, J. M. (2013). The shift to personalised and population medicine. *The Lancet*, 382(9888), 200-201.
- Gray, M. (2017). Value based healthcare. *BMJ*, 356.
- Grint, K. (2020). Leadership, management and command in the time of the Coronavirus. *Leadership*, 16(3), 314-319.
- Gronn, P. (2002). Distributed leadership as a unit of analysis. *The leadership quarterly*, 13(4), 423-451.
- Han, S. J., Lee, Y., Beyerlein, M., & Kolb, J. (2017). Shared leadership in teams: The role of coordination, goal commitment, and knowledge sharing on perceived team performance. *Team Performance Management: An International Journal*.
- Harlez, Y., & Malagueno, R. (2016). Examining the joint effects of strategic priorities, use of management control systems, and personal background on hospital performance. *Management accounting research*, 30, 2-17.
- Hartmann, F. (2005). The effects of tolerance for ambiguity and uncertainty on the appropriateness of accounting performance measures. *Abacus*, 41(3), 241-264.
- Hietschold, N., Reinhardt, R., & Gurtner, S. (2014). Measuring critical success factors of TQM implementation successfully—a systematic literature review. *International Journal of Production Research*, 52(21), 6254-6272.
- Holden, R. J., Eriksson, A., Andreasson, J., Williamsson, A., & Dellve, L. (2015). Healthcare workers' perceptions of lean: A context-sensitive, mixed methods study in three Swedish hospitals. *Applied ergonomics*, 47, 181-192.
- Holloway, J., Francis, G., & Hinton, M. (1999). A vehicle for change? A case study of performance improvement in the "new" public sector. *International Journal of Public Sector Management*.
- Jackson, S. (2000). A qualitative evaluation of shared leadership barriers, drivers and recommendations. *Journal of management in medicine*.
- Jackson, S. E., Hitt, M. A., & DeNisi, A. S. (2003). Managing human resources for knowledge-based competition: New research directions. *Managing knowledge for sustained competitive advantage: Designing strategies for effective human resource management*, 399-428.

- Jain, A. K., Thompson, J. M., Chaudry, J., McKenzie, S., & Schwartz, R. W. (2008). High-performance teams for current and future physician leaders: an introduction. *Journal of Surgical Education*, 65(2), 145-150.
- Kaluzny, A. D., McLaughlin, C. P., & Simpson, K. (1992). Applying total quality management concepts to public health organizations. *Public Health Reports*, 107(3), 257.
- Kaplan, R.S. and Norton, D.P. (1996), "Using the balanced scorecard as a strategic management system", *Harvard Business Review*, Vol. 85 Nos 7-8, pp. 37-60.
- Kaplan, G. S., Patterson, S. H., Ching, J. M., & Blackmore, C. C. (2014). Why Lean doesn't work for everyone. *BMJ quality & safety*, 23(12), 970-973.
- Katzenbach, J. R. (1998). The irony of senior leadership teams. *The Journal for Quality and Participation*, 21(3), 8.
- Kirkman, B. L., & Rosen, B. (1999). Beyond self-management: Antecedents and consequences of team empowerment. *Academy of Management journal*, 42(1), 58-74.
- Kluger, A. N., & DeNisi, A. (1996). The effects of feedback interventions on performance: a historical review, a meta-analysis, and a preliminary feedback intervention theory. *Psychological bulletin*, 119(2), 254.
- Kozlowski, S. W., & Ilgen, D. R. (2006). Enhancing the effectiveness of work groups and teams. *Psychological science in the public interest*, 7(3), 77-124.
- Lapshun, A. L., & Fusch, G. E. (2021). Trust and Safety as Fundamental Conditions for a High-Performance Team. *Performance improvement*, 60(3), 15-19.
- Leggat, S. G., Narine, L., Lemieux-Charles, L., Barnsley, J., Baker, G. R., Sicotte, C., ... & Bilodeau, H. (1998). A review of organizational performance assessment in health care. *Health services management research*, 11(1), 3-18.
- Leggat, S. G., Bartram, T., & Stanton, P. (2011). High performance work systems: the gap between policy and practice in health care reform. *Journal of Health Organization and Management*.
- Lei Orgânica n.º1-A/2009 de 7 de julho
- Lemieux-Charles, L., McGuire, W., Champagne, F., Barnsley, J., Cole, D., & Sicotte, C. (2003). The use of multilevel performance indicators in managing performance in health care organizations. *Management Decision*, 41(8), 760-770.
- Liden, R. C., Wayne, S. J., & Sparrowe, R. T. (2000). An examination of the mediating role of psychological empowerment on the relations between the job, interpersonal relationships, and work outcomes. *Journal of applied psychology*, 85(3), 407.
- Katzenbach, J. R., & Smith, D. K. (2015). *The wisdom of teams: Creating the high-performance organization*. Harvard Business Review Press.

- Majmudar, A., Jain, A. K., Chaudry, J., & Schwartz, R. W. (2010). High-performance teams and the physician leader: an overview. *Journal of Surgical Education*, 67(4), 205-209.
- Marks, M. A., Mathieu, J. E., & Zaccaro, S. J. (2001). A temporally based framework and taxonomy of team processes. *Academy of management review*, 26(3), 356-376.
- Martocchio, J. J., & Dulebohn, J. (1994). Performance feedback effects in training: The role of perceived controllability. *Personnel Psychology*, 47(2), 357-373.
- Mc Kenzie, F. C., & Shilling, M. D. (1998). Avoiding performance measurement traps: ensuring effective incentive design and implementation. *Compensation & Benefits Review*, 30(4), 57-65.
- McColl, A., Roderick, P., Gabbay, J., Smith, H., & Moore, M. (1998). Performance indicators for primary care groups: an evidence based approach. *Bmj*, 317(7169), 1354-1360.
- McGlynn, E. A. (2003). An evidence-based national quality measurement and reporting system. *Medical care*, 41(1), 1-8.
- McKee, M., & Hunter, D. (1995). Mortality league tables: do they inform or mislead?. *BMJ Quality & Safety*, 4(1), 5-12.
- McKee, M., Rafferty, A. M., & Aiken, L. (1997). Measuring hospital performance: are we asking the right questions?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90(4), 187-191.
- Merkens, B. J., & Spencer, J. S. (1998). A successful and necessary evolution to shared leadership: a hospital's story. *Leadership in Health Services*.
- Mery, G., Majumder, S., Brown, A., & Dobrow, M. J. (2017). What do we mean when we talk about the Triple Aim? A systematic review of evolving definitions and adaptations of the framework at the health system level. *Health Policy*, 121(6), 629-636.
- Mielonen, J. (2011). Making sense of shared leadership. A case study of leadership processes and practices without formal leadership structure in the team context.
- Miller, K., Walmsley, J., & Williams, S. (2007). Shared leadership: an idea whose time has come in healthcare?. *International Journal of Leadership in Public Services*.
- Millenson, M. L. (2018). *Demanding medical excellence: Doctors and accountability in the information age*. University of Chicago Press.
- Mintzberg, H. (1979). *The structure of organizations: A synthesis of the research*. Prentice-Hall.
- Neely, A., Gregory, M., & Platts, K. (1995). Performance measurement system design: a literature review and research agenda. *International journal of operations & production management*.
- Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 27(7), 941-966.



- Nuti, S., Bini, B., Ruggieri, T. G., Piaggese, A., & Ricci, L. (2016). Bridging the gap between theory and practice in integrated care: the case of the diabetic foot pathway in Tuscany. *International Journal of Integrated Care*, 16(2).
- Nuti, S., Noto, G., Vola, F., & Vainieri, M. (2018). Let's play the patients music: A new generation of performance measurement systems in healthcare. *Management Decision*, 56(10), 2252-2272.
- Nutley, S., & Smith, P. C. (1998). League tables for performance improvement in health care. *Journal of health services research & policy*, 3(1), 50-57.
- Orientações Gerais para a Avaliação da Carreira Especial Médica, do Conselho Coordenador da Avaliação do HFAR, de 26 de Janeiro de 2021
- O'Toole, J., Galbraith, J., & Lawler III, E. E. (2002). When two (or more) heads are better than one: The promise and pitfalls of shared leadership. *California management review*, 44(4), 65-83.
- Panch, T., Pearson-Stuttard, J., Greaves, F., & Atun, R. (2019). Artificial intelligence: opportunities and risks for public health. *The Lancet Digital Health*, 1(1), e13-e14.
- Pearce, C. L., Manz, C. C., & Sims Jr, H. P. (2009). Where do we go from here?: Is shared leadership the key to team success?. *Organizational dynamics*.
- Planeamento de Atividades do Serviço de Ortopedia do HFAR-PL 2022
- Planeamento de Atividades do Serviço de Ortopedia do HFAR-PL 2023
- Planeamento de Atividades do Serviço de Urologia do HFAR-PL 2022
- Planeamento de Atividades do Serviço de Urologia do HFAR-PL 2023
- Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). The challenge of complexity in health care. *Bmj*, 323(7313), 625-628.
- Portaria n.º45/2008 de 15 de janeiro
- Portaria n.º 209/2011 de 25 de Maio
- Portaria n.º 301/2016 de 30 de novembro
- Portaria n.º 330/2017 de 31 de outubro
- Portaria n.º 163/2018, de 7 de junho
- Portaria n.º286/2018 de 24 de outubro
- Portelli, R., Williams, J., & Collopy, B. (1997). Using clinical indicators to change clinical practice. *Journal of Quality in Clinical Practice*, 17(4), 195-202.
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care. *N Engl J Med*, 363(26), 2477-2481.
- Porter-O'Grady, T., Hawkins, M. A., & Parker, M. L. (1997). Whole-systems shared governance: Architecture for integration. *Royal Society of Chemistry*.
- Pritchard, R. D. (1990). *Measuring and improving organizational productivity: A practical guide*. New York: Praeger

- Pritchard, R. D., Harrell, M. M., DiazGranados, D., & Guzman, M. J. (2008). The productivity measurement and enhancement system: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 540–567.
- Ramagem, C., Urrutia, S., Griffith, T., Cruz, M., Fabrega, R., Holder, R., & Montenegro, H. (2011). Combating health care fragmentation through integrated health services delivery networks. *International Journal of Integrated Care*, 11(Suppl).
- Regulamento Interno do Serviço de Ortopedia do HFAR-PL
- Regulamento Interno do Serviço de Urologia do HFAR-PL
- Relatório de Atividades do Serviço de Ortopedia do HFAR-PL 2021
- Relatório de Atividades do Serviço de Ortopedia do HFAR-PL 2022
- Relatório de Atividades do Serviço de Urologia do HFAR-PL 2021
- Relatório de Atividades do Serviço de Urologia do HFAR-PL 2022
- Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios de 23 de outubro de 2015
- Rotter, T., Plishka, C., Lawal, A., Harrison, L., Sari, N., Goodridge, D., ... & Kinsman, L. (2019). What is lean management in health care? Development of an operational definition for a Cochrane systematic review. *Evaluation & the health professions*, 42(3), 366-390.
- Salas, E., Shuffler, M. L., Thayer, A. L., Bedwell, W. L., & Lazzara, E. H. (2015). Understanding and improving teamwork in organizations: A scientifically based practical guide. *Human resource management*, 54(4), 599-622.
- Schwartz, R. W., & Pogge, C. (2000). Physician leadership: essential skills in a changing environment. *The American journal of surgery*, 180(3), 187-192.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Barnsley, J., Béland, F., Leggat, S. G., ... & Baker, G. R. (1998). A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health services management research*, 11(1), 24-41.
- Smith, P. C., Mossialos, E., & Papanicolas, I. (2008). Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects: background document 2.
- Solberg, L. I., Mosser, G., & McDonald, S. (1997). The three faces of performance measurement: improvement, accountability, and research. *The Joint Commission journal on quality improvement*, 23(3), 135-147.
- Spooner, S. H., Keenan, R., & Card, M. (1997). Determining if shared leadership is being practiced: Evaluation methodology. *Nursing Administration Quarterly*, 22(1), 47-56.
- Srima, S., Wannapiroon, P., & Nilsook, P. (2015). Design of total quality management information system (TQMIS) for model school on best practice. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 174, 2160-2165.

- Stoto, M. A. (2014). Population health measurement: applying performance measurement concepts in population health settings. *eGEMs*, 2(4).
- Talbot, C. (2000). Performing 'performance'—a comedy in five acts. *Public Money and Management*, 20(4), 63-68.
- Tan, H. T., & Lipe, M. G. (1997). Outcome effects: The impact of decision process and outcome controllability. *Journal of Behavioral Decision Making*, 10(4), 315-325.
- Ulrich, B., & Kear, T. (2014). Patient safety and patient safety culture: Foundations of excellent health care delivery. *Nephrology Nursing Journal*, 41(5), 447-456.
- Vainieri, M., Noto, G., Ferre, F., & Rosella, L. C. (2020). A performance management system in healthcare for all seasons?. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5590.
- Van der Geer-Rutten-Rijswijk, E. (2008). Let's reflect on processes: task uncertainty as a moderator for feedback effectiveness.
- Van der Geer, E., van Tuijl, H. F., & Rutte, C. G. (2009). Performance management in healthcare: performance indicator development, task uncertainty, and types of performance indicators. *Social science & medicine*, 69(10), 1523-1530.
- Yin, R. K. (2015). *Qualitative research from start to finish*. Guilford publications.
- Yukl, G. (1999). An evaluation of conceptual weaknesses in transformational and charismatic leadership theories. *The leadership quarterly*, 10(2), 285-305.
- Zelman, W. N., Pink, G. H., & Matthias, C. B. (2003). Use of the balanced scorecard in health care. *Journal of health care finance*, 29(4), 1-16.



## **8. Anexos**



### **Guião de entrevista para Projeto de Mestrado de Gestão de Empresas**

Entrevista semiestruturada a realizar ao Diretor do HFAR, Diretor Clínico do HFAR e Subdiretor para o Pólo de Lisboa do HFAR.

Questões a colocar às entidades:

1. Considerando a missão do HFAR, num contexto de solicitações crescentes, de colaboração, por parte de outras entidades públicas e do próprio SNS, que visão tem para aquilo que deve ser o foco da atuação do Hospital?
2. Como prioriza as diversas componentes: inspetiva, operacional, assistencial e de colaboração com outras entidades?
3. De que modo deve a Diretiva Estratégica Sectorial da Saúde Militar 2022-2027 influenciar a atividade a desenvolver pelo Hospital? Como complementa ou como diverge a presente diretiva daquilo que é a missão tradicional do HFAR?
4. Que informação retira dos atuais planos e relatórios de atividades dos serviços clínicos, para apoio à tomada de decisão?
5. Que relevância atribui à implementação de um processo de partilha de informação e colaboração com os serviços clínicos que vise um modelo mental partilhado e uma visão comum, assegurando o alinhamento entre os objetivos estratégicos do HFAR e os objetivos vertidos no planeamento da atividade dos serviços?
6. Como encara a possibilidade de se promover, dentro da estrutura clínica do HFAR, um modelo de gestão apoiado em liderança partilhada, sendo as organizações militares tradicionalmente estruturas rígidas fortemente hierarquizadas? Quais serão as principais dificuldades, que antevê, na sua implementação?
7. Como encara a possibilidade de os indicadores e as métricas que constituem a avaliação de performance dos serviços clínicos serem contratualizados de forma colaborativa entre a direção clínica e os próprios serviços, desde que alinhados com a visão superior?
8. Como poderá a direção do HFAR comprometer-se com a obtenção dos recursos necessários para a execução dos objetivos de performance que venham a ser contratualizados entre os serviços e a direção clínica?
9. Como poderá o mérito do desempenho ser reconhecido?
10. Que dimensões da atividade dos serviços devem ser explicadas pelos objetivos de performance a contratualizar?

11. Após a implementação de um modelo de avaliação de performance de serviços clínicos do Polo de Lisboa do Hospital das Forças Armadas, como consideraria adequado avaliar a efetividade do programa em si?



## Avaliação do processo de contratualização de performance pelos serviços

### Questionário aos profissionais dos serviços

#### Identificação:

1. Serviço de Ortopedia \_\_; Serviço de Urologia\_\_
2. Médico\_\_; Enfermeiro\_\_; Assistente Administrativo\_\_; Assistente Operacional\_\_

#### Instruções de preenchimento:

O presente questionário faz apenas recurso a perguntas fechadas, de resposta múltipla, utilizando uma escala de Likert, procurando avaliar o grau de concordância dos profissionais do serviço relativamente a *outcomes* desejados, decorrentes do processo que conduziu à contratualização de objetivos, no âmbito do modelo de avaliação de performance desenvolvido.

Deve, em cada questão, indicar o seu grau de concordância com as seguintes frases, marcando X na resposta pretendida. Cada resposta está pontuada de 1 a 7 sendo que 1 significa “discordo fortemente” e 7 “concordo fortemente”.

1. O processo de contratualização de performance permitiu através da adequada comunicação, uma melhor compreensão da missão e dos objetivos estratégicos atribuídos ao Hospital?

<b>Discordo fortemente</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>	<b>7.</b>	<b>Concordo fortemente</b>

2. Os objetivos contratualizados com o Serviço encontram-se alinhados com a missão atribuída ao HFAR e a visão da direção?

<b>Discordo fortemente</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>	<b>7.</b>	<b>Concordo fortemente</b>

3. O desenvolvimento participativo das métricas e KPIs a utilizar, permitiu criar uma grelha de avaliação de performance do Serviço, na qual se revê?

<b>Discordo fortemente</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>	<b>7.</b>	<b>Concordo fortemente</b>

4. A contratualização de objetivos dos serviços poderá influenciar o empenho da direção, na garantia dos recursos necessários para a sua concretização?

<b>Discordo fortemente</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>	<b>7.</b>	<b>Concordo fortemente</b>

5. O Serviço tem capacidade para cumprir os objetivos contratualizados?

<b>Discordo fortemente</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>	<b>7.</b>	<b>Concordo fortemente</b>

6. Os objetivos contratualizados com o Serviço são compatíveis com as minhas aspirações de desenvolvimento pessoal e profissional?

<b>Discordo fortemente</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>	<b>7.</b>	<b>Concordo fortemente</b>

7. A avaliação de performance de serviços clínicos deve-se basear na comunicação adequada da visão e estratégia para o HFAR, na responsabilização pelos resultados obtidos, na definição participativa das métricas de avaliação e na liberdade de atuação dos profissionais de saúde?

<b>Discordo fortemente</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>	<b>7.</b>	<b>Concordo fortemente</b>

### Tabela de análise de conteúdo das entrevistas à direção do HFAR

A análise de conteúdo das entrevistas foi efetuada utilizando a metodologia de Gioia.

Procedeu-se à transcrição integral das entrevistas, identificando e recolhendo do texto as citações relevantes, identificando sempre o seu autor. As citações que transmitiam um mesmo conceito foram agrupadas em conceitos de primeira ordem, registando não só o entrevistado que as procurou transmitir, mas também o número de vezes que o fez durante a entrevista. O Diretor do HFAR está referenciado como (DH), o Subdiretor do HFAR-PL como (SD) e o Diretor Clínico do HFAR como (DC). Os conceitos de primeira ordem foram agrupados sequencialmente em temas de segunda ordem e posteriormente em quatro dimensões: estratégia, diagnóstico, implementação e avaliação do processo.

CONCEITOS DE 1ª ORDEM	TEMAS DE 2ª ORDEM	DIMENSÕES AGREGADAS
<p>A missão primária do HFAR, de tratar os militares e família militar, deve ser prioritária (SD, DC, DH).</p> <p>Deve ser garantida precedência no atendimento aos militares no ativo e DFAs (DC).</p> <p>O HFAR tem sido cada vez mais envolvido em solicitações de colaboração com outras entidades (DH3x). Esta colaboração é muito importante e reforça a nossa imagem junto do SNS e prestadores privados, mas deve ser assegurada pela capacidade sobrança (DH3x). Esta deve ser identificada e colocada à disposição de outros utentes e entidades (SD2x, DC2x, DH3x).</p> <p>A missão do HFAR é primariamente assistencial (SD3x, DC2x, DH4x). Prioriza-se a atividade assistencial, operacional e inspetiva, por essa ordem (DH).</p>	<p>Priorização da missão</p>	<p>Estratégia</p>
<p>O Hospital apresenta componentes de atividade que o tornam particular: a atividade operacional e inspetiva (SD, DC, DH2x). Estas devem ser asseguradas (SD, DC2x, DH).</p> <p>A atividade inspetiva será a atividade de menor relevância na atividade do Hospital, porque se entende que muita dela pode ser feita pelos Ramos (DH). É mais uma forma de nos aproximarmos dos Ramos, na medida em que damos o nosso contributo (DH).</p> <p>A atividade inspetiva reforça a imagem externa junto das entidades externas com quem temos protocolos (DH).</p> <p>O Hospital deve-se envolver no apoio à atividade operacional em apoio aos Ramos (DH2x). Esta lógica de integração e colaboração reforça a imagem interna do Hospital no contexto das Forças Armadas (DH2x).</p> <p>A visibilidade da participação nas FNDs (Forças Nacionais Destacadas) pode promover e reforçar não só a nossa imagem no seio das Forças Armadas como a nossa imagem externa (DH).</p> <p>Aquilo que é mais relevante num hospital é a competência técnica dos seus profissionais e a qualidade dos atos clínicos que pratica (DH).</p> <p>Apenas uma atividade assistencial robusta permitirá que os nossos profissionais estejam tecnicamente aptos (DH).</p> <p>Um Hospital que prioriza a atividade assistencial, é também um hospital mais atrativo para recrutar e reter recursos qualificados (DH).</p>	<p>Particularidades da missão</p>	

O HFAR apresenta limitações financeiras e de recursos humanos ao cumprimento da sua missão, que saem muitas vezes da sua esfera de competências (DH2x). Nomeadamente, a falta de pessoal civil que liberte os militares para apoio à atividade operacional (DH).	Limitações à missão	Orientações estratégicas
A Diretiva Sectorial de Saúde reforça as orientações estratégicas que o HFAR já vinha a desenvolver (SD5x) (DH2x).		
Um novo modelo de gestão no HFAR poderá ajudar a resolver problemas de coordenação mas não vai resolver os seus problemas de financiamento (SD).		
O foco dos próximos cinco anos deveria estar na concentração de esforços para adaptação do HFAR e do Sistema de Saúde Militar ao novo modelo de gestão e à nova autonomia administrativa (DC).		
O novo modelo de gestão do HFAR pretende aproximar o modelo de gestão do HFAR, daquilo que são os modelos de gestão nos hospitais civis, designadamente do SNS. Afastando-se de um modelo centralizado num diretor, evoluindo para um conselho de administração e exigindo que estes elementos tenham formação efetiva em administração hospitalar e gestão em saúde (DH).		
A saúde militar ainda não está centralizada na DIRSAM, pelo que ainda não tem a autoridade para gerir os recursos de saúde (DC). Uma gestão global dos recursos de saúde pode minimizar pontos de fricção entre unidades de saúde (DH).		
O objetivo estratégico de estimular a carreira na saúde militar deve ser acarinhado, porque se zelarmos pelo desenvolvimento dos profissionais estamos a contribuir para o seu bem-estar, para a sua retenção e para que a instituição seja uma instituição com profissionais competentes e reputados (DH).		
O objetivo estratégico de potenciar a inovação é muito relevante não só na saúde militar como em qualquer instituição, na atualidade (DH).		
A diretiva estratégica tenta abordar todas as atividades do Hospital, sem as priorizar, fazendo referência a um período temporal de apenas cinco anos (DC). Mais importante do que definir o modelo de gestão do HFAR é pensar no seu modelo de financiamento (SD).		
Os planos de atividades e relatórios de atividades são ferramentas importantes, porque permitem identificar como os chefes de serviço pensam (SD,DC, DH). Deveriam espelhar claramente a atividade dos serviços (DH).	Comunicação e partilha de informação	Diagnóstico
Existe um fosso de comunicação entre a direção e os profissionais. Fazem o seu planeamento porque são profissionais de saúde e sabem o que é importante fazer, mas não necessariamente de acordo com a visão da direção (DH3x).		
O atual modelo não contribui para que a direção tenha elementos de apoio à decisão para o adequado planeamento da atividade do Hospital (DH)		
O planeamento da atividade de um serviço deveria estar de acordo com as indicações superiores, na prática isso não acontece. O que os serviços se propõem a fazer parte de baixo para cima não havendo uma verdadeira negociação (SD, DC, DH2x).		
Muita da informação vertida nos planos e relatórios de atividades não é utilizada por falta de uniformização e falta de confiança nos dados (DC, DH), sendo que, a necessidade de exatidão dos dados é relativa (DH).		
Um processo formal, que garanta um modelo mental partilhado e uma visão comum, traria um ganho para os serviços e o Hospital (SD, DC, DH).	Modelo mental partilhado	Liderança partilhada
O planeamento da atividade dos serviços é fundamentalmente gerida pelos próprios profissionais (SD).		
Apesar de se tratar de uma unidade militar, o HFAR, como hospital, necessita dessa liderança partilhada. Tem de confiar nas várias chefias intermédias e nos seus profissionais, cada um com as suas diferentes competências técnicas que têm de ser valorizadas (DC, DH).		
De modo informal já ocorrem fenómenos de liderança partilhada (SD2x).		
Existem níveis intermédios de chefia onde esse tipo de liderança pode ser introduzido, com as dores de crescimento que vão acontecer seguramente (DH).		

Um processo formal, que promova a liderança partilhada, permitirá uma discussão e negociação da planificação da atividade dos serviços clínicos (SD, DH).		
Um modelo de avaliação da performance em que reconhecemos aquilo que os serviços fazem de acordo com uma métrica bem desenvolvida é uma excelente ferramenta para apoiar a decisão da gestão de topo (DH).	<b>Contratualização colaborativa</b>	<b>Implementação</b>
Tem de haver um envolvimento das pessoas, que têm de compreender que aquilo que está a ser feito não é para as controlar num sentido negativo, mas para que se possam sentir reconhecidas pelo trabalho que desenvolveram, da forma mais adequada ao esforço coletivo, cumprindo os objetivos que contribuíram para estabelecer (DH3x).		
A comunicação e partilha bidirecional da informação são muito importantes, porque permitem o alinhamento dos planos e relatórios de atividade (DC, DH).		
A partilha de informação entre direção e profissionais é da responsabilidade da direção clínica (DC, DH).		
Profissionais de cada uma das áreas de atividade, naturalmente têm um conhecimento de proximidade que permitirá ter uma visão mais adequada da área que é da sua competência, contribuindo com a sua própria visão, com os seus próprios indicadores e os seus próprios critérios para monitorizar a atividade do seu serviço e serem corresponsabilizados (DH).		
A contratualização colaborativa, assente na partilha de informação, é um trabalho essencial que a direção clínica tem de desenvolver (DC).		
Os objetivos que vão ser desenhados e os indicadores que vão servir para monitorizar aquilo que é a atividade dos serviços têm de ser realistas (DH3x).		
A identificação do que o hospital necessita para cumprir com aquilo que se propõe fazer, permite que melhor se possa adaptar na forma como funciona, trazendo um benefício (SD). A contratualização colaborativa ajudará a um melhor planeamento das necessidades (SD). A garantia da obtenção dos recursos necessários está dependente de fatores externos e da validação pela tutela (SD2x)		
Foi assumida concordância com o modelo do Conselho Coordenador de Avaliação do HFAR, para efeitos da avaliação de performance dos serviços (SD, DC, DH).	<b>Dimensões da atividade dos serviços</b>	
Valoriza-se a dimensão assistencial (SD3x, DC, DH).		
Valoriza-se a dimensão assistencial e científica acima das outras (DH).		
A dimensão científica deveria ficar junta à dimensão formativa, com mais peso relativo (DC).		
Entende-se a atitude profissional e cooperação institucional como a perspetiva da inovação (DC).		
Se bem que globalmente as percentagens relativas estão adequadas, considera-se que a inovação é relevante num hospital e deveria ter mais peso, 15% a 20% (DC).		
Considera-se que todas as dimensões descritas são relevantes (DH).		
Valoriza-se que o Hospital e os serviços sejam capazes de organizar as suas ações de formação, as suas jornadas em detrimento de apenas ir a locais externos frequentá-las (DH).		
O mérito de desempenho deve abranger diferentes dimensões (DH).	<b>Monitorização da performance</b>	
Cientes de que há realidades distintas em cada serviço, devemos diferenciar as métricas que vamos utilizar e aquilo que podemos quantificar e mensurar em cada local (DH3x).		
Devem ser realizadas reuniões de avaliação e acompanhamento de performance com uma periodicidade mais frequente do que anual, validando o cumprimento dos objetivos ao longo tempo, ao mesmo tempo que permite de forma mais direta ajustar a atividade a realizar ao que foi pensado e planeado (SD4x, DC).		
Deveria haver mesmo uma entidade responsável pela validação dos dados e pelo acompanhamento dos mesmos (DC).		

O mérito da performance dos serviços deve ser vertido na avaliação de desempenho dos profissionais, através de louvores públicos e medalhas (SD, DC).	Reconhecimento do mérito	
O HFAR não tem a necessária autonomia financeira para poder atribuir prémios de produtividade (DC, DH).		
A dificuldade que o HFAR tem no reconhecimento do mérito poderá diminuir a sua capacidade de retenção de talento (DC, DH).		
O recurso a dias de mérito terá implicações na produtividade (DC, DH).		
O mérito poderá ser reconhecido aos profissionais pela possibilidade de lhes facilitar o acesso a mais formações, de lhes oferecer a frequência de cursos que possam representar uma mais-valia para eles individualmente e para o hospital em geral (DH2x).		
A autonomia administrativa decorrente do novo modelo de gestão e, eventualmente no futuro, a autonomia financeira, poderão contribuir para que a direção consiga assumir o compromisso de garantir os recursos necessários para os objetivos contratualizados com os serviços (DC, DH).		
A adequada performance dos serviços pode e deve ser reconhecida através da atribuição de verbas que permitam a aquisição de equipamentos ou contratualização de colaboradores (SD, DC).		
O HFAR deve garantir a formação dos seus profissionais (DC).		
O alargamento do quadro civil dos serviços poderá garantir a estabilidade dos recursos humanos necessários (DC).		
A avaliação dada a cada serviço deve ter em conta os recursos de que dispunham (DH).	Melhoria da avaliação de performance dos serviços	Avaliação do processo
Deve ser avaliada a evolução temporal da performance dos serviços (SD, DC).		
Deve ser avaliado se a atividade que os serviços estão a desenvolver está alinhada com a estratégia (DC).		
O objetivo de implementação de um modelo de gestão deve ser o de melhorar a performance (DC).	Objetivos de performance	
Deve ser identificada a produção assistencial (DC).		
Deve ser garantida a atividade inspetiva e operacional (DC).		
Deve ser promovida a colaboração com outras entidades, após identificação de capacidade sobrança (DC).		
Considera-se que a avaliação da produtividade de serviços cirúrgicos possa ser mais objetiva (DC).		
Deve ser avaliada a satisfação dos profissionais e utentes dos serviços (SD).	Objetivos de qualidade	
Ao estarmos a avaliar a performance dos serviços tendo por base este contrato entre a direção e os próprios serviços, é expectável que consigamos motivar as pessoas (DH4x).		
O modelo de gestão deve ser alvo de melhoria contínua (DC).		

## **Instruções para reunião de contratualização de indicadores, para avaliação de performance dos serviços clínicos do HFAR-PL**

### **1. Introdução**

Os hospitais enfrentam, cada vez mais, pressões regulatórias e competitivas para que desenvolvam sistemas de controlo de gestão, ao mesmo tempo que se considera que estes devem ser adaptados à realidade específica dos cuidados de saúde.

Podemos considerar os hospitais como um tipo específico de burocracias profissionais, onde o envolvimento dos profissionais de saúde nos processos de gestão é desejado.

Considera-se que as principais unidades funcionais dos hospitais são as suas equipas de profissionais. São estes profissionais qualificados que terão a capacidade de criar vantagem competitiva e encontrar o caminho para a melhoria da performance das instituições.

Organizações de saúde que confiam nas capacidades de decisão das suas equipas e dos seus profissionais, ao mesmo tempo que proporcionam um ambiente de segurança e estimulam que estes possam ter uma voz ativa, potenciam o desenvolvimento de equipas de elevada performance através de mecanismos de liderança partilhada.

Por se encontrar num ponto charneira, caberá à direção clínica desenvolver um modelo de gestão e avaliação de serviços que permita alinhar os objetivos estratégicos e a intenção da administração com os objetivos de performance contratualizados com as equipas. Neste contexto, falta ao HFAR um mecanismo que possa alinhar aquilo que são os objetivos estratégicos do Hospital e a visão da direção à forma como são avaliados e como são definidos os critérios de avaliação dos profissionais.

Um modelo de gestão e avaliação de performance dos serviços clínicos permitirá à direção clínica contratualizar objetivos com as suas equipas naturais, os seus serviços clínicos. Pretende-se desenvolver um modelo de gestão e avaliação de performance dos serviços clínicos do HFAR-PL, alinhado com os objetivos estratégicos do Hospital, participativo (com envolvimento da administração e dos profissionais de saúde), que permita liberdade de ação e responsabilização pelos resultados. Os objetivos a contratualizar devem ter *Key Performance Indicators* (KPIs) bem definidos e mensuráveis que devem espelhar a visão do Hospital, ao mesmo tempo que devem ser discutidos, compreendidos e aceites pelos serviços.

O modelo deve garantir uma linha orientadora comum, mas ser suficientemente flexível para acautelar as especificidades de cada serviço.

Trata-se de um projeto de alteração de processos de avaliação de performance, criando um modelo de avaliação intermédia, que deverá permitir atingir os seguintes objetivos específicos:

1. Conceber um modelo de controlo de gestão que permita a contratualização, monitorização e avaliação dos serviços clínicos;
2. Alinhar os objetivos contratualizados com os serviços à missão atribuída ao HFAR e à visão da Direção;
3. Permitir, através da adequada comunicação, a interiorização por parte dos profissionais de saúde da missão e objetivos estratégicos atribuídos ao Hospital;
4. Desenvolver, de forma participativa, as métricas e KPIs a utilizar nos critérios de avaliação dos serviços, nas quais tanto os profissionais de saúde como a direção se revejam;
5. Vincular a contratualização de objetivos dos serviços ao empenho da direção na garantia dos recursos necessários para a sua concretização.

A contratualização de objetivos de performance, decorrente da adaptação do modelo desenvolvido em dois serviços clínicos “piloto”, irá permitir avaliar a exequibilidade do processo, ao mesmo tempo poderá fornecer pistas para a sua melhoria antes da sua implementação generalizada.

## **2. Missão e estratégia do HFAR**

Deve ser considerada a missão do HFAR: “prestar cuidados de saúde diferenciados aos militares das Forças Armadas, bem como à família militar e aos deficientes militares (DFAs), podendo, na sequência de acordos que venha a celebrar, prestar cuidados de saúde a outros utentes”.

Deve ser considerada a Diretiva Sectorial da Saúde Militar (2022-2027), o seu mote “unidos pela saúde militar”, as suas orientações estratégicas (reforçar a credibilidade da saúde militar, melhorar a capacidade de resiliência e aproveitar as oportunidades externas) e os Objetivos Estratégicos enumerados:

- OES1 – CAPACITAR o sistema de saúde militar;
- OES3 – POTENCIAR a inovação na saúde militar;
- OES4 – ADOTAR um novo modelo de gestão do HFAR;
- OES5 – CENTRALIZAR o modelo de gestão centralizada na DIRSAM;
- OES6 – OTIMIZAR o apoio da saúde militar à sociedade civil;
- OES7 – ESTIMULAR o desenvolvimento da carreira na saúde militar;
- OES9 – FOMENTAR a sensibilização para a saúde militar.



### **3. Interpretação de contexto da direção do HFAR**

Pretendeu-se obter a visão e interpretação de contexto dos elementos da direção do Hospital, através da condução de entrevistas semiestruturadas ao Diretor do HFAR, Diretor Clínico do HFAR e Subdiretor do Polo de Lisboa. As citações que transmitiam um mesmo conceito foram agrupadas em conceitos de primeira ordem, registando não só o entrevistado que as procurou transmitir, mas também o número de vezes que o fez durante a entrevista. O Diretor do HFAR está referenciado como (DH), o Subdiretor do HFAR-PL como (SD) e o Diretor Clínico do HFAR como (DC). Os conceitos de primeira ordem foram agrupados sequencialmente em temas de segunda ordem e posteriormente em quatro dimensões: estratégia, diagnóstico, implementação e avaliação do processo. Resume-se de seguida a informação recolhida, mais relevante neste contexto.

#### **3.1. Estratégia**

##### **Priorização da missão pela direção do HFAR:**

A missão do HFAR deve ser primariamente assistencial (SD3x, DC2x, DH4x). Focada na prestação de cuidados de saúde aos militares e à família militar (SD, DC, DH).

Deve ser garantida precedência no atendimento aos militares no ativo e DFAs (DC).

A colaboração disponibilizada a outros utentes e entidades é encorajada e reforça a imagem do Hospital junto do SNS e prestadores privados (DH3x) mas deve ser assegurada pela capacidade sobrança. (SD2x, DC2x, DH3x).

Prioriza-se a atividade assistencial, operacional e inspetiva, por essa ordem (DH).

Aquilo que é mais relevante num Hospital é a competência técnica dos seus profissionais e a qualidade dos atos clínicos que pratica. Apenas uma atividade assistencial robusta permitirá que os nossos profissionais estejam tecnicamente aptos (DH).

##### **Particularidades da missão:**

O HFAR, como hospital militar, apresenta áreas de atividade que o distinguem: operacional e inspetiva (SD,DC, DH2x). Apesar de se considerar que estas atividade poderiam ser realizadas por outros órgãos da saúde militar o atual modelo considera que estas devem ser asseguradas pelo HFAR (SD, DC2x, DH).

O Hospital deve-se envolver na atividade operacional em apoio aos Ramos (DH2x). Esta lógica de integração e colaboração reforça a imagem interna do hospital no contexto das Forças Armadas (DH2x). A visibilidade da participação nas FNDs (Forças Nacionais Destacadas) pode promover e reforçar não só a sua imagem no seio das Forças Armadas como a sua imagem externa (DH).

A atividade inspetiva será a atividade de menor relevância na atividade do Hospital porque se entende que pode ser feita pelos Ramos, mas é mais uma oportunidade de colaboração e aproximação aos Ramos (DH).

**Limitações à missão:**

O HFAR apresenta limitações financeiras e de recursos humanos ao cumprimento da sua missão, que saem muitas vezes da sua esfera de competências (DH2x). Nomeadamente, a falta de pessoal civil que liberte os militares para apoio à atividade operacional (DH).

**Orientações estratégicas:**

A Diretiva Estratégica tenta abordar todas as atividades do Hospital, sem as priorizar, fazendo referência a um período temporal de apenas cinco anos (DC). Formaliza e reforça as linhas de ações que o HFAR tem vindo a desenvolver (SD5x, DH2x).

O novo modelo de gestão proposto para a saúde militar poderá ajudar a resolver problemas de coordenação entre as diversas componentes, mas não vai resolver os seus problemas de financiamento (SD).

O foco dos próximos cinco anos deveria estar na concentração de esforços para adaptação do HFAR e do Sistema de Saúde Militar ao novo modelo de gestão (DC). O novo modelo de gestão do HFAR pretende aproximar o modelo de gestão do HFAR daquilo que são os modelos de gestão nos hospitais civis, designadamente do SNS. Afastando-se de um modelo centralizado num diretor, evoluindo para um conselho de administração e exigindo que estes elementos tenham formação efetiva em administração hospitalar e gestão em saúde (DH).

A saúde militar ainda não está centralizada na DIRSAM, pelo que ainda não tem a autoridade para gerir os recursos de saúde (DC). Uma gestão global dos recursos de saúde pode minimizar pontos de fricção entre unidades de saúde (DH).

O objetivo estratégico de estimular a carreira na saúde militar deve ser acarinhado porque se zelarmos pelo desenvolvimento dos profissionais estamos a contribuir para o seu bem-estar, para a sua retenção e para que a instituição seja uma instituição com profissionais competentes e reputados (DH).

O Objetivo Estratégico de potenciar a inovação, é muito relevante não só na saúde militar como em qualquer instituição na atualidade (DH).

**3.2. Implementação****Contratualização colaborativa:**

A contratualização colaborativa, assente na partilha bidirecional de informação, é um trabalho essencial que a direção clínica tem de desenvolver (DC, DH).

Tem de haver um envolvimento das pessoas, que têm de compreender que aquilo que está a ser feito não é para as controlar de forma punitiva, mas para que se possam sentir reconhecidas pelo trabalho que desenvolveram, da forma mais adequada ao esforço coletivo, cumprindo os objetivos que contribuíram para estabelecer (DH3x).

A contratualização colaborativa garante a validação pela gestão de topo, da relevância da atividade planeada e contratualizada pelos serviços, permitindo que o Hospital se adapte e se empenhe na obtenção dos recursos necessários, através de um melhor planeamento das necessidades (SD, DH).

A garantia da obtenção dos recursos necessários está também dependente de fatores externos (SD2x, DH), pelo que os objetivos que vão ser desenhados e os indicadores que vão servir para monitorizar aquilo que é a atividade dos serviços têm de ser realistas (DH3x).

A autonomia administrativa decorrente do novo modelo de gestão e, eventualmente no futuro, a autonomia financeira, poderão contribuir para que a direção consiga assumir o compromisso de garantir os recursos necessários para os objetivos contratualizados com os serviços (DC, DH).

#### **Dimensões da atividade do Serviço:**

As dimensões identificadas no modelo do Conselho Coordenador de Avaliação do HFAR são consensuais entre os entrevistados e consideradas adequadas para efeitos da avaliação de performance dos serviços (SD, DC, DH). Considera-se que todas as dimensões descritas são relevantes (DH), sendo que a dimensão assistencial deverá ter um peso relativo preponderante na avaliação (SD3x, DC, DH). Apesar de se considerar que globalmente a designação e âmbito das dimensões estão adequadas, sugere-se que a atividade científica seja incluída na dimensão formativa e que a dimensão da atitude profissional e cooperação institucional seja renomeada como inovação (DC). Considerando a relevância que a dimensão da inovação deveria ter no HFAR, esta deverá ter uma maior ponderação, 15% a 20% (DC). Valoriza-se que o Hospital e os serviços sejam capazes de organizar as suas ações de formação e as suas jornadas em detrimento de apenas ir a locais externos frequentá-las (DH).

#### **Monitorização da performance de avaliação:**

O mérito de desempenho deve abranger diferentes dimensões (DH).

Cientes de que há realidades distintas em cada serviço, devemos diferenciar as métricas que vamos utilizar e aquilo que podemos quantificar e mensurar em cada local (DH3x).

Deve ser efetuado um acompanhamento mais frequente do que anual dos indicadores de performance contratualizados de forma a atempadamente poder tomar medidas corretivas face a desvios ao planeado (SD4x, DC).

#### **Reconhecimento do mérito:**

O mérito da performance dos serviços deve ser valorizado na avaliação de desempenho dos profissionais, através de louvores públicos e medalhas (SD, DC).

Apesar de se considerar uma ferramenta fundamental de reconhecimento do mérito, o HFAR não tem a necessária autonomia financeira para poder atribuir prémios de produtividade o que poderá diminuir a sua capacidade de retenção de talento (DC, DH).

A adequada performance dos serviços pode e deve ser reconhecida através da alocação de recursos que permitam quer a aquisição de equipamentos e tecnologias, quer o investimento na formação dos profissionais (SD, DC, DH).

Deve ser garantida a adequação e estabilidade dos recursos humanos, de modo a garantir a performance contratualizada. Considerando a elevada rotatividade dos clínicos militares, a que a sua carreira obriga, deve ser ponderado o alargamento do quadro civil dos serviços (DC).

#### 4. Categorização de indicadores de acordo com a orientação estratégica

Associou-se cada objetivo estratégico a uma dimensão de avaliação de performance, tendo a preocupação de que todas as perspetivas da atividade da organização (cliente, financeira, processos e aprendizagem e desenvolvimento) fossem explicadas pelos indicadores a desenvolver. A associação de dimensões de performance, perspetivas e objetivos estratégicos permite clarificar o âmbito da atividade dos serviços, que cada indicador desenvolvido pretende explicar (Tabela 1).

**Tabela 1:** Categorização de indicadores de acordo com a orientação estratégica

Dimensões dos objetivos de performance	Perspetivas	Objetivos estratégicos
<b>Assistencial</b>	Cliente	OES1 – CAPACITAR o sistema de saúde militar
<b>Inovação</b>	Aprendizagem e desenvolvimento	OES3 – POTENCIAR a inovação na saúde militar
<b>Organização</b>	Processos internos / Financeira	OES4 – ADOTAR um novo modelo de gestão do HFAR OES6 – OTIMIZAR o apoio da saúde militar à sociedade civil
<b>Atividade Científica, formação contínua e desenvolvimento profissional</b>	Aprendizagem e desenvolvimento	OES7 – ESTIMULAR o desenvolvimento da carreira na saúde militar OES9 – FOMENTAR a sensibilização para a saúde militar

#### 5. Princípios orientadores da contratualização com os serviços do Departamento Cirúrgico do HFAR-PL

O HFAR-PL cumpre a missão atribuída ao HFAR.

De uma forma simplista, considera-se prioritário o atendimento aos militares no ativo, colaboração com outros órgãos das Forças Armadas e colaboração com organizações externas (ex: NATO e ONU).

O atendimento à família militar, colaboração com outros subsistemas, outras entidades de saúde e o próprio SNS são enquadradas no contexto de capacidade sobrança. A capacidade sobrança permite rentabilizar o HFAR garantindo economia de escala e volume de utentes para garantir a manutenção da proficiência técnica dos profissionais de saúde. É também missão do HFAR garantir a proficiência técnica dos militares que são simultaneamente profissionais de saúde.

O planeamento de atividades baseado na atividade dos anos anteriores poderá ser uma ferramenta adequada de gestão, no sentido de prever consumos e receitas para o ano subsequente, no entanto, é uma ferramenta inútil para a contratualização com os serviços individualmente.

Os serviços só poderão comprometer-se com metas (contratualizar metas) de acordo com o número de profissionais disponíveis, as instalações e equipamentos disponíveis.

A complexidade deste exercício é agravada pelo facto da atividade hospitalar ser multidisciplinar e interdependente. A título de exemplo, podemos referir que a Cirurgia Geral só poderá realizar mastectomias se a Cirurgia Plástica puder realizar reconstruções. A Ortopedia só pode operar se o Bloco Operatório lhe disponibilizar salas e as salas só produzem se houver anestesistas disponíveis para anestesiá-las. Tudo isto é agravado pelo facto de um serviço poder ter uma capacidade instalada que não é rentabilizada pela falta de procura de utentes ou ter uma lista de espera descontrolada, não pela falta de produtividade mas pela procura desproporcional à oferta.

O presente documento pretende identificar uma forma de definir o que é expectável que cada serviço consiga produzir de acordo com os recursos que dispõe (capacidade instalada). Só esta definição permitirá à gestão avaliar desempenhos de produtividade e avaliar capacidade sobrança.

Este é o início de um processo, com ponto de partida no zero (inexistência atual de contratualização), passível de ajustes e cuja implementação poderá ser gradual. Será provavelmente mais fácil fazer inicialmente uma contratualização baseada em números absolutos e gradualmente uma avaliação mais cuidada de parâmetros de qualidade.

As fórmulas de cálculo devem ser elaboradas de forma a que os objetivos contratualizados, com cada serviço, sejam exequíveis e acessíveis. Pretende-se que os vários serviços possam ser comparados pela percentagem em que excederam os objetivos e não pelo facto de terem ou não atingido os objetivos.

É intenção do documento ter um efeito positivo na visão que tanto a gestão como os próprios serviços têm da sua performance e não o contrário.

## **6. Indicadores a contratualizar**

Os indicadores a contratualizar foram selecionados, em reuniões de trabalho com a presença do Diretor do HFAR, Diretor Clínico do HFAR, Subdiretor do HFAR-PL, Diretor Clínico Adjunto do HFAR-PL, Enfermeiro Coordenador do HFAR-PL e os quatro Chefes dos Departamentos Clínicos do HFAR-PL.

Os participantes concordaram que a não seleção de um determinado indicador não implica a desresponsabilização dos serviços pelo cumprimento da sua missão e das normas em vigor. A não seleção de um indicador apenas indica que não foi considerado prioritário, no atual contexto do HFAR e para efeitos deste modelo.

Salienta-se que foram apenas selecionados indicadores internos na perspetiva de poderem ser utilizados pelos profissionais dos serviços para monitorizar o resultado dos seus processos tal como nos sugere Freeman; concebidos para permitir uma utilização formativa, discutida e interpretada pelos clínicos, no contexto do seu local de trabalho e no âmbito da melhoria contínua da qualidade. Tratam-se, também, de indicadores de processo e não de resultados, de acordo com o conceito de Van der Geer. São essencialmente indicadores de resolução de problemas que se relacionam com a estratégia que os profissionais necessitam de utilizar para obter um resultado, indicadores relacionados com o procedimento que se relacionam com o algoritmo utilizado em cada tarefa e indicadores de resultados interinos que se relacionam com os resultados que os profissionais devem obter em cada etapa de uma tarefa.

Descrevem-se os indicadores selecionados para cada dimensão, ordenados pela sua pontuação.

#### **Dimensão assistencial – Perspetiva cliente (Ponderação 60%)**

- 1. Número total de cirurgias e/ou de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs), com métricas de contratualização em volume anual, definição de capacidade instalada e capacidade sobran­te.** Este indicador recebeu uma pontuação de 44 pontos. Enquadra-se no OES1 - Capacitar o sistema de saúde militar e na LA1.01 – Desenvolver novas áreas da medicina e melhorar as já existentes. Reflete o pressuposto de que os serviços que têm mais atividade cirúrgica realizarão menos MCDTs e os que não desenvolvem atividade cirúrgica realizam mais MCDTs, sendo atribuída a mesma ponderação ao conjunto destas atividades. Pretende identificar a capacidade instalada para realização de cirurgias e/ou de MCDTs, as cirurgias e/ou de MCDTs realizados e a capacidade sobran­te. A quantificação da capacidade sobran­te é relevante para qualquer projeto de colaboração com a sociedade civil, ao estabelecer os limites em que esta possa ser disponibilizada, sem por em causa a missão do hospital de tratar os militares e a família militar.
- 2. Número total de consultas, com métricas de contratualização em volume anual, definição de capacidade instalada e capacidade sobran­te.** Este indicador recebeu uma pontuação de 43 pontos. Enquadra-se no OES1 - Capacitar o sistema de saúde militar e na LA1.01 – Desenvolver novas áreas da medicina e melhorar as já existentes. Pretende identificar a capacidade instalada para realização de primeiras consultas e consultas subseqüentes, as consultas realizadas e a capacidade sobran­te.
- 3. Caracterização do apoio e definição dos períodos em que este é garantido ao Serviço de Urgência e ao internamento.** Este indicador recebeu uma pontuação de 36 pontos. Enquadra-se no OES1 - Capacitar o sistema de saúde militar e na LA1.01 – Desenvolver novas áreas da medicina e melhorar as já existentes. Tem a intenção de promover a organização

interna, dos serviços, de forma a garantir que estes possam prestar apoio de consultadoria a clínicos de outros serviços, durante um horário alargado, garantindo a segurança dos utentes do HFAR, no Serviço de Urgência e serviços de internamento.

- 4. Tempo e capacidade de resposta de atos clínicos a solicitações do âmbito operacional e ou solicitações decorrentes de referência de militares no ativo e DFAs.** Este indicador recebeu uma pontuação de 28 pontos. Enquadra-se no OES1 - Capacitar o sistema de saúde militar e na LA1.01 – Desenvolver novas áreas da medicina e melhorar as já existentes. Tem a intenção de promover a organização interna, dos Serviços, de forma a garantir a intenção, da direção, de priorizar os militares no ativo e DFAs de entre os utentes do HFAR, assim como garantir a execução dos pedidos do âmbito operacional, contribuindo desta forma para a missão das FA, promovendo a aptidão física e psíquica e recuperação para o serviço, no caso dos militares no ativo, e promovendo a recuperação e reabilitação daqueles que já serviram o país, nomeadamente os DFAs.
- 5. Tempos de elaboração de relatórios clínicos em resposta a solicitações de unidades militares, judiciais e particulares.** Este indicador recebeu uma pontuação de 22 pontos. Enquadra-se no OES1 - Capacitar o sistema de saúde militar e na LA1.01 – Desenvolver novas áreas da medicina e melhorar as já existentes. Resulta da consciência coletiva de que a elaboração destas tipologias de relatórios clínicos constituem uma imposição legal, muitas vezes desvalorizada na atividade diária relacionada com os cuidados de saúde prestados diretamente aos utentes, condicionando incumprimentos na sua elaboração e nos prazos de entrega dos mesmos. Pretende-se promover a organização interna, dos serviços, de modo a que esta atividade possa ser garantida, através da sua adequada monitorização.
- 6. Proposta de modernização de tecnologia e equipamento, plano de implementação e informação relativa a rentabilização do investimento.** Este indicador recebeu uma pontuação de 14 pontos. Enquadra-se no OES1 - Capacitar o sistema de saúde militar e na LA1.02 – Modernizar tecnologias e equipamentos dando prioridade às energias renováveis. Pretende valorizar uma atividade, relevante para tomada de decisão da direção, que já era solicitada aos serviços, no momento da elaboração do Plano Anual de Investimento do HFAR, cumprindo o objetivo de que os indicadores não saiam fora da esfera daquilo que já é atividade regular do serviço, ao mesmo tempo que permite identificar investimento que possa trazer uma mais-valia assistencial, ao corresponder à ambição dos profissionais, pode também ser utilizado como reconhecimento do mérito de performance.

### **Dimensão inovação – Perspetiva aprendizagem e desenvolvimento (Ponderação 20%)**

- 7. Desenvolvimento de estratégias que visem melhorar a experiência do utente.** Este indicador recebeu uma pontuação de 11 pontos. Enquadra-se no OES3 – Potenciar a inovação na saúde militar e na LA3.01 – Criar uma incubadora de ideias da saúde militar. Pretende ser um indicador aberto e motivador, potenciando o objetivo de criar uma incubadora de ideias para a saúde militar, dando liberdade aos serviços de desenvolver projetos, no seu âmbito de atuação, limitados apenas pela sua razoabilidade.
- 8. Elaboração e implementação de programas de qualidade e segurança (cirurgia segura, reuniões de morbi-mortalidade, vigilância de quedas, monitorização de infeção do local cirúrgico...).** Este indicador recebeu uma pontuação de 11 pontos. Enquadra-se no OES3 – Potenciar a inovação na saúde militar e na LA3.03 – Adotar uma cultura pessoal e organizacional de inovação. Este indicador, tratando-se de um indicador fechado, complementa o anterior. Enquanto um indicador aberto dá liberdade aos serviços para identificarem um projeto de inovação de sua escolha; este orienta os serviços, de acordo com a intenção da direção de promover uma cultura organizacional de segurança e qualidade, de que devem ser desenvolvidos, também, projetos no âmbito específico da qualidade e segurança clínica.

### **Dimensão organização – Perspetiva processos internos / financeira (Ponderação 10%)**

- 9. Planear e implementar um sistema de priorização clínica, avaliação inicial e subsequente dos utentes.** Este indicador recebeu uma pontuação de 7 pontos. Enquadra-se no OES4 – ADOTAR um novo modelo de gestão do HFAR e na LA4.02 – Alargar e modernizar as linhas assistenciais e potenciar o acesso aos cuidados de saúde. Este indicador resulta da consciência coletiva de que o HFAR, tal como todos os hospitais públicos, apresenta dificuldades de acessibilidade decorrentes de tempos de espera elevados para consultas, MCDTs e procedimentos cirúrgicos. Este atraso no acesso a cuidados de saúde não deve nunca comprometer situações prioritárias, pelo que se pretende promover a organização interna, dos serviços, de modo a que a priorização clínica possa ser garantida.

### **Dimensão atividade científica, formação contínua e desenvolvimento profissional – Perspetiva aprendizagem e desenvolvimento (Ponderação 10%)**

- 10. Elaborar um plano de desenvolvimento profissional individualizado para cada elemento, dentro do serviço, alinhado com os sistemas de avaliação (SIADAP, SAMMFA) e plano de formação.** Este indicador recebeu uma pontuação de 5 pontos. Enquadra-se no OES7 – Estimular o desenvolvimento da carreira na saúde militar e na LA7.01 – Tornar aliciante a



carreira na saúde militar. Pretende contribuir para que os serviços se possam constituir como verdadeiras equipas de elevada performance, aproveitando as competências, capacidades e motivações de cada um dos elementos traduzindo, num plano de desenvolvimento individual, o contributo que cada profissional possa trazer para a persecução dos objetivos do serviço. Ao mesmo tempo que permite identificar investimento em formação que possa trazer uma mais-valia assistencial, ao corresponder à ambição dos profissionais, pode também ser utilizado como reconhecimento do mérito de desempenho.



## **Contratualização de indicadores para avaliação de performance do Serviço de Ortopedia do HFAR-PL**

### **Indicadores a contratualizar divididos pelas dimensões de atividade que pretendem explicar**

#### **Dimensão assistencial – Perspetiva cliente (Ponderação 60%)**

##### **1. Número total de cirurgias e/ou de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs), com métricas de contratualização em volume anual, definição de capacidade instalada e capacidade sobrança.**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

A sua avaliação resulta da razão entre a atividade realizada e a capacidade instalada e é expressa em percentagem, podendo a atividade realizada ser superior ou inferior ao contratualizado.

A capacidade instalada será contratualizada por um período anual, da seguinte forma:

Número de cirurgias: 5 (número de tempos operatórios semanais) x 2 (número médio de cirurgias por sala) x 48 (número de semanas úteis de trabalho para tarefas que podem ser realizadas por vários elementos do serviço) - número de quebras de tempos operatórios não atribuíveis aos serviços x 2 (número médio de cirurgias por sala).

Considera-se que os MDTs realizados pelo Serviço são complementares à atividade realizada em consulta, não havendo agendamento próprio para os mesmos. A definição de capacidade sobrança destes MCDTs está intrinsecamente ligada à das consultas, não existindo uma mais-valia significativa para a sua contratualização.

A contabilização da atividade realizada decorre da atividade efetivamente registada em processo de gestão hospitalar.

Para interpretar corretamente os resultados será necessário, identificar a capacidade instalada de cirurgias. Este valor representa a atividade com que o Serviço se compromete, com os equipamentos e o quadro de pessoal existente. A diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada dá, à gestão, a informação de qual o desvio, positivo ou negativo, face à capacidade instalada. Por outro lado, será também necessário identificar o tempo de espera para cirurgias. Considera-se adequado se o tempo de espera para cirurgias for inferior a 180 dias, para situações não prioritárias. Se a diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada demonstrar um desvio negativo, mas o tempo de espera não for superior a 180 dias, para situações não prioritárias, esta diferença não deverá ser imputada ao Serviço, mas sim à falta de procura. O

desvio será considerado nulo. Neste contexto a diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada designa-se capacidade sobrança. A gestão poderá utilizar esta capacidade para a oferecer a outras instituições mediante protocolos.

Se a diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada demonstrar um desvio positivo mas o tempo de espera não for superior a 180 dias, para situações não prioritárias, admite-se que o Serviço tem a sua lista de espera controlada, face à procura, apenas porque tem um desempenho superior ao que lhe era exigido.

Se a diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada demonstrar um desvio positivo mas o tempo de espera for superior a 180 dias, para situações não prioritárias, admite-se que o Serviço não tem a sua lista de espera controlada, face à procura, apesar de ter um desempenho superior ao que lhe era exigido.

### **Número de cirurgias contratualizado para o ano de 2023: 480 cirurgias (100%)**

## **2. Número total de consultas, com métricas de contratualização em volume anual, definição de capacidade instalada e capacidade sobrança.**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

A sua avaliação resulta da razão entre a atividade realizada e a capacidade instalada e é expressa em percentagem de desempenho superior ou inferior ao contratualizado.

A capacidade instalada será contratualizada por um período anual, da seguinte forma:

Total de consultas (primeiras consultas + consultas subsequentes): número de consultas semanais previstas x 44 (consideram-se 44 semanas úteis num ano, para uma atividade individual).

O Serviço de Ortopedia tem quatro médicos que realizam três períodos de consulta semanal e dois que realizam dois períodos de consulta semanal (o Chefe de Serviço e médico com empenhamento na Junta Médica da Força Aérea), totalizando 16 períodos de consulta semanal. Metade destas consultas devem ser realizadas no período da manhã e a outra metade no período da tarde de modo a poder distribuir esta atividade ao longo da semana útil. Cada período de consulta de manhã prevê duas primeiras consultas e 13 consultas subsequentes, cada período da tarde prevê duas primeiras consultas e 8 consultas subsequentes. Neste contexto, o número total de consultas semanais previstas é de 200 (32 primeiras consultas e 168 subsequentes).

A contabilização da atividade realizada decorre da atividade efetivamente registada em processo de gestão hospitalar.

Para interpretar corretamente os resultados será necessário por um lado identificar a capacidade instalada de total de consultas, subsequentes e primeiras consultas. Este valor representa a atividade com que o Serviço se compromete, com os equipamentos e o quadro de

peçoal existente. A diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada dá à gestão a informação de qual o desvio, positivo ou negativo, face à capacidade instalada. Por outro lado, será também necessário identificar o tempo de espera para primeiras consultas. Considera-se adequado, se o tempo de espera para primeiras consultas for inferior a 21 dias. Se a diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada demonstrar um desvio negativo mas o tempo de espera para primeiras consultas não for superior a 21 dias esta diferença não deverá ser imputada ao Serviço, mas sim à falta de procura. O desvio será considerado nulo. Neste contexto a diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada designa-se capacidade sobranter. A gestão poderá utilizar esta capacidade para a oferecer a outras instituições mediante protocolos.

Se a diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada demonstrar um desvio positivo mas o tempo de espera para primeiras consultas não for superior a 21 dias admite-se que o Serviço tem a sua lista de espera controlada, face à procura, apenas porque tem um desempenho superior ao que lhe era exigido.

Se a diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada demonstrar um desvio positivo mas o tempo de espera para primeiras consultas for superior a 21 dias admite-se que o Serviço não tem a sua lista de espera controlada, face à procura, apesar de ter um desempenho superior ao que lhe era exigido.

**Número total de consultas contratualizado para o ano de 2023: 9200 (100%)**

**Primeiras consultas: 1472**

**Consultas subsequentes: 7728**

### **3.Caracterização do apoio e definição dos períodos em que este é garantido ao Serviço de Urgência e ao internamento.**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

Este indicador será contratualizado através de vários “entregáveis” (demonstração formal de execução de tarefas), cada um com um peso ponderal atribuído, expresso em percentagem (%) e data de conclusão. A soma das ponderações dos vários “entregáveis” deve perfazer 100%. A avaliação do Serviço, relativa a este indicador, resulta do somatório de ponderações para as quais a demonstração formal foi entregue.

#### **Ações contratualizadas:**

**- Elaboração, até 30SET23, de processo interno do Serviço que formalize o apoio ao Serviço de Urgência e ao internamento, mediante escala de prevenção de um elemento, diária, no período entre as 8 e as 24 horas. Este documento deverá abordar os mecanismos e os contactos que**

permitam que uma solicitação de observação corresponda efetivamente a uma avaliação pelo médico de prevenção. (25%)

- Divulgação do processo interno aos elementos do Serviço, validada pela sua assinatura, até 30SET23. (25%)

- Divulgação do processo interno ao Serviço de Urgência e serviços de internamento, validada pela assinatura dos respetivos Chefes de Serviço, até 30SET23. (25%)

- Validação pelos clientes internos, Serviço de Urgência e serviços de internamento, que o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe, mediante a assinatura dos respetivos Chefes de Serviço, em 30JUN24. (25%)

#### **4.Tempo e capacidade de resposta de atos clínicos a solicitações do âmbito operacional e ou solicitações decorrentes de referenciação de militares no ativo e DFAs.**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

Este indicador será contratualizado através de vários “entregáveis” (demonstração formal de execução de tarefas), cada um com um peso ponderal atribuído, expresso em percentagem (%) e data de conclusão. A soma das ponderações dos vários “entregáveis” deve perfazer 100%. A avaliação do Serviço, relativa a este indicador, resulta do somatório de ponderações para as quais a demonstração formal foi entregue.

##### **Ações contratualizadas:**

- Elaboração, até 30SET23, de processo interno do Serviço que formalize a caracterização do tempo e capacidade de resposta de atos clínicos a solicitações do âmbito operacional e ou solicitações decorrentes de referenciação de militares no ativo e DFAs, garantindo a sua efetiva priorização. (25%)

- Divulgação do processo interno aos elementos do Serviço, validada pela sua assinatura, até 30SET23. (25%)

- Divulgação do processo interno ao Serviço de Gestão de Utentes, validada pela assinatura do respetivo Chefe de Serviço, até 30SET23. (25%)

- Validação pelo cliente interno, Serviço de Gestão de Utentes, que o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe, mediante a assinatura do respetivo Chefe de Serviço, em 30JUN24. (25%)

#### **5.Tempos de elaboração de relatórios clínicos em resposta a solicitações de unidades militares, judiciais e particulares.**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

A avaliação deste indicador será efetuada trimestralmente nas Reuniões de Produção do HFAR-PL e a sua avaliação anual resultará da média das várias avaliações intercalares.

O tempo de elaboração de relatório será calculado a partir do momento em que o pedido dá entrada no Serviço de Ortopedia, nos casos em que a elaboração de relatórios careça do agendamento de consulta de avaliação prévia, este tempo será calculado a partir da efetivação da consulta.

A avaliação será efetuada de forma proscritiva.

**Parâmetros proscritivos contratualizados, para avaliação trimestral:**

- A existência de relatórios pendentes há mais de 6 meses atribuirá uma ponderação de 0%
- A inexistência de relatórios pendentes há mais de 6 meses atribuirá uma ponderação de 25%
- A inexistência de relatórios pendentes há mais de 3 meses atribuirá uma ponderação de 50%.
- A inexistência de relatórios pendentes há mais de um mês atribuirá uma ponderação de 75%.
- A inexistência de relatórios pendentes há mais de 15 dias atribuirá uma ponderação de 100%.

**6.Proposta de modernização de tecnologia e equipamento, plano de implementação e informação relativa a rentabilização do investimento.**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

Este indicador será contratualizado através de vários “entregáveis” (demonstração formal de execução de tarefas), cada um com um peso ponderal atribuído, expresso em percentagem (%) e data de conclusão. A soma das ponderações dos vários “entregáveis” deve perfazer 100%. A avaliação do Serviço, relativa a este indicador, resulta do somatório de ponderações para as quais a demonstração formal foi entregue.

**Ações contratualizadas:**

- Elaboração, até 30SET23, de proposta de modernização de tecnologia e equipamento, plano de implementação e informação relativa a rentabilização do investimento. (60%)

- Entrega atempada de proposta de modernização de tecnologia e equipamento, plano de implementação e informação relativa a rentabilização do investimento, no momento da elaboração do Plano de Investimentos do HFAR. Validado pelo cliente interno, Departamento Logístico do HFAR, que o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe, mediante a assinatura do respetivo Chefe de Departamento, até 30SET23. (20%)

- Entrega atempada de proposta de modernização de tecnologia e equipamento, plano de implementação e informação relativa a rentabilização do investimento, no âmbito da elaboração do Planeamento de Atividade do Serviço. Validado pelo cliente interno, Departamento Clínico do

**HFAR-PL, que o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe, mediante a assinatura do respetivo Chefe de Departamento, até 31DEZ23. (20%)**

### **Dimensão inovação – Perspetiva aprendizagem e desenvolvimento (Ponderação 20%)**

#### **1.Desenvolvimento de estratégias que visem melhorar a experiência do utente.**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

Este indicador será contratualizado através de vários “entregáveis” (demonstração formal de execução de tarefas), cada um com um peso ponderal atribuído, expresso em percentagem (%) e data de conclusão. A soma das ponderações dos vários “entregáveis” deve perfazer 100%. A avaliação do Serviço, relativa a este indicador, resulta do somatório de ponderações para as quais a demonstração formal foi entregue.

#### **Ações contratualizadas:**

- **Elaboração de plano de departamentação da atividade clínica do Serviço, com definição de áreas a contratualizar, definição de profissionais a envolver em cada área e objetivos de cada área departamentada, até 30JUN24. (25%)**

- **Disponibilização de consultas médicas de sub especialidade, até 30JUN24. (25%)**

- **Elaboração de plano de gestão das salas operatórias, atribuídas ao Serviço de Ortopedia, de acordo com áreas clínicas departamentadas, até 30JUN24. (25%)**

- **Divulgação das valências técnicas existentes no Serviço, através do MyHFAR e do portal interno do Hospital, até 30JUN24. (25%)**

#### **2.Elaboração e implementação de programas de qualidade e segurança (Cirurgia Segura, reuniões de morbi-mortalidade, vigilância de quedas, monitorização de infeção do local cirúrgico...).**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

O Serviço manifesta a intenção de melhorar os seus consentimentos informados cirúrgicos e adequá-los aos normativos em vigor da DGS em benefício dos seus utentes.

Este indicador será contratualizado através de vários “entregáveis” (demonstração formal de execução de tarefas), cada um com um peso ponderal atribuído, expresso em percentagem (%) e data de conclusão. A soma das ponderações dos vários “entregáveis” deve perfazer 100%. A avaliação do Serviço, relativa a este indicador, resulta do somatório de ponderações para as quais a demonstração formal foi entregue.



**Ações contratualizadas:**

- Elaboração de consentimentos informados cirúrgicos tipificados para os procedimentos cirúrgicos mais frequentes da sua atividade: artroscopia do ombro, prótese do joelho, prótese da anca e ligamentoplastia do joelho, até 31JUL23. (50%)
- Verificação por amostragem, de aderência ao protocolo, pelos médicos do Serviço, superior a 90%, em 30JUN24. (50%)

**Dimensão organização – Perspetiva processos internos / financeira (Ponderação 10%)**

**1. Planear e implementar um sistema de priorização clínica e avaliação inicial e subsequente dos utentes.**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

Este indicador será contratualizado através de vários “entregáveis” (demonstração formal de execução de tarefas), cada um com um peso ponderal atribuído, expresso em percentagem (%) e data de conclusão. A soma das ponderações dos vários “entregáveis” deve perfazer 100%. A avaliação do Serviço, relativa a este indicador, resulta do somatório de ponderações para as quais a demonstração formal foi entregue.

**Ações contratualizadas**

- Elaboração, até 30JUN24, de processo interno do Serviço que formalize o planeamento e implementação de um sistema de priorização clínica e avaliação inicial e subsequente dos utentes, que englobe doentes referenciados através do Serviço de Urgência ou de outros serviços clínicos. (25%)
- Divulgação do processo interno aos elementos do Serviço, validada pela sua assinatura, até 30JUN24. (25%)
- Divulgação do processo interno ao Serviço de Gestão de Utes, validada pela assinatura do respetivo Chefe de Serviço, até 30JUN24. (25%)
- Validação pela direção clínica, que o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe, mediante a assinatura do Diretor Clínico Adjunto até 30JUN24. (25%)

**Dimensão atividade científica, formação contínua e desenvolvimento profissional – Perspetiva aprendizagem e desenvolvimento (Ponderação 10%)**

**1. Elaborar um plano de desenvolvimento profissional individualizado para cada elemento, dentro do Serviço, alinhado com os sistemas de avaliação (SIADAP, SAMMFA) e plano de formação.**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

Refere-se que o Serviço de Ortopedia não tem nenhum profissional civil passível de avaliação em SIADAP, pelo que não será avaliado o processo “SIADAP”, neste contexto.

Este indicador será contratualizado através de vários “entregáveis” (demonstração formal de execução de tarefas), cada um com um peso ponderal atribuído, expresso em percentagem (%) e data de conclusão. A soma das ponderações dos vários “entregáveis” deve perfazer 100%. A avaliação do Serviço, relativa a este indicador, resulta do somatório de ponderações para as quais a demonstração formal foi entregue.

#### **Ações contratualizadas:**

- **Elaboração de processo interno do Serviço que formalize um plano de desenvolvimento profissional individualizado para cada elemento, dentro do Serviço, alinhado com os sistemas de avaliação e plano de formação, até 31DEZ23. (50%)**

- **Discussão do processo interno com os elementos do Serviço, validada pela sua assinatura, até 31DEZ23. (50%)**

#### **Avaliação final e global do Serviço**

A avaliação final e global do Serviço resulta da percentagem de cumprimento dos objetivos de performance contratualizados para o intervalo temporal de um ano.

O seu valor é expresso em percentagem e será igual à média da percentagem de cumprimento dos objetivos de performance relativos a cada um dos 10 indicadores selecionados.

Os indicadores não foram desenhados para poder estabelecer comparações entre serviços, mas para os confrontar com o grau de execução dos objetivos de performance com que eles mesmos se comprometeram. A garantia da razoabilidade e da equidade do grau de exigência que é colocada a cada serviço é assegurada pela ação da direção clínica no processo de contratualização.

Independentemente dos prazos de avaliação intercalar contratualizados para cada indicador, deverá ser efetuada uma avaliação formal aos seis meses que permita identificar o progresso da atividade dos serviços e corrigir eventuais desvios ao contratualizado.

**Tabela de contratualização de indicadores de performance do Serviço de Ortopedia do HFAR-PL.**

INDICADORES E PONDERAÇÕES	MÉTRICAS, AÇÕES CONTRATUALIZADAS E SUA PONDERAÇÃO PARCELAR	PRAZOS
<b>Dimensão assistencial – Perspetiva cliente (Ponderação 60%)</b>		
1. Número total de cirurgias e/ou de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs), com métricas de contratualização em volume anual, definição de capacidade instalada e capacidade sobrança. (10%)	Número de cirurgias contratualizadas, para o ano de 2023: 480 cirurgias (100%)	31DEZ23

2. Número total de consultas, com métricas de contratualização em volume anual, definição de capacidade instalada e capacidade sobrança. (10%)	Número total de consultas contratualizado para o ano de 2023: 9200 (100%) Primeiras consultas: 1472 Consultas subsequentes: 7728	31DEZ23
3. Caracterização do apoio e definição dos períodos em que este é garantido ao Serviço de Urgência e ao internamento. (10%)	Elaboração de processo interno. (25%)	30SET23
	Divulgação do processo interno aos elementos do Serviço. (25%)	30SET23
	Divulgação do processo interno ao Serviço de Urgência e serviços de internamento. (25%)	30SET23
	Validação pelos clientes internos, Serviço de Urgência e serviços de internamento, que o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe. (25%)	30JUN24
4. Tempo e capacidade de resposta de atos clínicos a solicitações do âmbito operacional e ou solicitações decorrentes de referência de militares no ativo e DFAs. (10%)	Elaboração de processo interno. (25%)	30SET23
	Divulgação do processo interno aos elementos do Serviço. (25%)	30SET23
	Divulgação do processo interno ao Serviço de Gestão de Utentes. (25%)	30SET23
	Validação pelo cliente interno, Serviço de Gestão de utentes, que o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe. (25%)	30JUN24
5. Tempos de elaboração de relatórios clínicos em resposta a solicitações de unidades militares, judiciais e particulares. (10%)	A existência de relatórios pendentes há mais de 6 meses atribuirá uma ponderação de 0%.	(trimestral)
	A inexistência de relatórios pendentes há mais de 6 meses atribuirá uma ponderação de 25%.	
	A inexistência de relatórios pendentes há mais de 3 meses atribuirá uma ponderação de 50%.	
	A inexistência de relatórios pendentes há mais de um mês atribuirá uma ponderação de 75%.	
	A inexistência de relatórios pendentes há mais de 15 dias atribuirá uma ponderação de 100%.	
6. Proposta de modernização de tecnologia e equipamento, plano de implementação e informação relativa a rentabilização do investimento. (10%)	Elaboração de proposta de modernização de tecnologia e equipamento. (60%)	30SET23
	Entrega atempada de proposta de modernização de tecnologia e equipamento. Validado pelo cliente interno, Departamento Logístico do HFAR, que o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe. (20%)	30SET23
	Entrega atempada de proposta de modernização de tecnologia e equipamento, no âmbito da elaboração do Planeamento de Atividade do Serviço. Validado pelo cliente interno, Departamento Clínico do HFAR-PL, que o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe. (20%)	31DEZ23
<b>Dimensão inovação – Perspetiva aprendizagem e desenvolvimento (Ponderação 20%)</b>		
1. Desenvolvimento de estratégias que visem melhorar a experiência do utente. (10%)	Elaboração de plano de departamentação da atividade clínica do Serviço. (25%)	30JUN24
	Disponibilização de consultas médicas de sub especialidade. (25%)	30JUN24
	Elaboração de plano de gestão das salas operatórias, atribuídas ao Serviço de Ortopedia, de acordo com áreas clínicas departamentadas. (25%)	30JUN24
	Divulgação das valências técnicas existentes no Serviço. (25%)	30JUN24
2. Elaboração e implementação de programas de qualidade e segurança. (10%)	Elaboração de consentimentos informados cirúrgicos tipificados para os procedimentos cirúrgicos mais frequentes. (50%)	31JUL23
	Verificação por amostragem, de aderência ao protocolo, pelos médicos do Serviço, superior a 90%. (50%)	30JUN24

<b>Dimensão organização – Perspetiva processos internos / financeira (Ponderação 10%)</b>		
1. Planear e implementar um sistema de priorização clínica e avaliação inicial e subsequente dos utentes. (10%)	Elaboração de processo interno. (25%)	30JUN24
	Divulgação do processo interno aos elementos do Serviço. (25%)	30JUN24
	Divulgação do processo interno ao Serviço de Gestão de Utes. (25%)	30JUN24
	Validação pela direção clínica, que o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe. (25%)	30JUN24
<b>Dimensão atividade científica, formação contínua e desenvolvimento profissional – Perspetiva aprendizagem e desenvolvimento (Ponderação 10%)</b>		
1. Elaborar um plano de desenvolvimento profissional individualizado para cada elemento do Serviço. (10%)	Elaboração de processo interno do Serviço. (50%)	31DEZ23
	Discussão do processo interno com os elementos do Serviço. (50%)	31DEZ23

## **Contratualização de indicadores para avaliação de performance do Serviço de Urologia do HFAR-PL**

### **Indicadores a contratar divididos pelas dimensões de atividade que pretendem explicar**

#### **Dimensão assistencial – Perspetiva cliente (Ponderação 60%)**

##### **1. Número total de cirurgias e/ou de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs), com métricas de contratualização em volume anual, definição de capacidade instalada e capacidade sobrança.**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

A sua avaliação resulta da razão entre a atividade realizada e a capacidade instalada e é expressa em percentagem, podendo a atividade realizada ser superior ou inferior ao contratualizado.

Foi considerado relevante no Serviço de Urologia tanto a contratualização de cirurgias em Bloco Operatório Central como os MCDTs. No entanto, foi considerado que as cirurgias deveriam contribuir com 70% de ponderação parcial para este indicador e que os MCTs avaliados contribuiriam com 30%.

Devem ser contratualizadas as urofluxometrias simples ou com avaliação de RPMI, as injeções subcutâneas ou intramusculares e as uretrocistoscopias, por representarem o maior volume da atividade realizada em consulta, por terem agendamento próprio e por condicionarem a capacidade de diagnóstico de neoplasias da bexiga e o diagnóstico de grau de obstrução urinária e por permitirem o tratamento de doentes com neoplasia da próstata.

O tratamento de doentes com patologia urológica no Serviço está dependente da capacidade de resposta destes exames. É ambição do Serviço ser autónomo na realização destes MCDTs, sendo que a atividade programada para médicos e enfermeiros deve contemplar a realização diária destes exames, num quantitativo que pelo menos acomode as necessidades do Serviço.

Considera-se que os restantes MDTs realizados pelo Serviço são complementares à atividade realizada em consulta, não havendo agendamento próprio para os mesmos. A definição de capacidade sobrança destes MCDTs está intrinsecamente ligada à das consultas, não existindo uma mais-valia significativa para a sua contratualização.

A capacidade instalada será contratualizada por um período anual, da seguinte forma:

Número de urofluxometrias simples + urofluxometrias com avaliação de RPMI: 15 (número de procedimentos semanais) x 48 (número de semanas úteis de trabalho para tarefas que podem ser realizadas por vários elementos do serviço).

Número de injeções: 4 (número de procedimentos semanais) x 48 (número de semanas úteis de trabalho para tarefas que podem ser realizadas por vários elementos do serviço).

Número de uretrocistoscopias: 5 (número de procedimentos semanais) x 48 (número de semanas úteis de trabalho para tarefas que podem ser realizadas por vários elementos do serviço).

Número de cirurgias: 2 (número de tempos operatórios semanais) x 2,5 (número médio de cirurgias por sala) x 48 (número de semanas úteis de trabalho para tarefas que podem ser realizadas por vários elementos do serviço) – número de quebras de tempos operatórios não atribuíveis aos serviços x 2,5 (número médio de cirurgias por sala).

A contabilização da atividade realizada decorre da atividade efetivamente registada em processo de gestão hospitalar.

Para interpretar corretamente os resultados dos números de cirurgias será necessário identificar a capacidade instalada. Este valor representa a atividade com que o Serviço se compromete, com os equipamentos e o quadro de pessoal existente. A diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada dá à gestão a informação de qual o desvio, positivo ou negativo, face à capacidade instalada. Por outro lado, será também necessário identificar o tempo de espera para cirurgias. Considera-se adequado, se o tempo de espera para cirurgias for inferior a 180 dias, para situações não prioritárias. Se a diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada demonstrar um desvio negativo mas o tempo de espera não for superior a 180 dias, para situações não prioritárias, esta diferença não deverá ser imputada ao Serviço, mas sim à falta de procura. O desvio será considerado nulo. Neste contexto, a diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada designa-se capacidade sobrança. A gestão poderá utilizar esta capacidade para a oferecer a outras instituições mediante protocolos.

Se a diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada demonstrar um desvio positivo mas o tempo de espera não for superior a superior a 180 dias, para situações não prioritárias, admite-se que o Serviço tem a sua lista de espera controlada, face à procura, apenas porque tem um desempenho superior ao que lhe era exigido.

Se a diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada demonstrar um desvio positivo mas o tempo de espera for superior a 180 dias, para situações não prioritárias, admite-se que o Serviço não tem a sua lista de espera controlada, face à procura, apesar de ter um desempenho superior ao que lhe era exigido.

**Número de cirurgias contratualizado para o ano de 2023: 240 cirurgias (70%)**

**Número de MCDTs contratualizado para o ano de 2023:**

**720 urofluxometrias (10%)**

**192 injeções (10%)**

## **240 uretrocistoscopias (10%)**

### **2. Número total de consultas, com métricas de contratualização em volume anual, definição de capacidade instalada e capacidade sobrança.**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

A sua avaliação resulta da razão entre a atividade realizada e a capacidade instalada e é expressa em percentagem de desempenho superior ou inferior ao contratualizado.

A capacidade instalada será contratualizada por um período anual, da seguinte forma:

Total de consultas (primeiras consultas + consultas subsequentes): número de consultas semanais previstas x 44 (consideram-se 44 semanas úteis num ano, para uma atividade individual).

O serviço de Urologia conta atualmente com apenas um médico do quadro, três médicos prestadores de serviços, com disponibilidades horárias variáveis, e será reforçado a partir de julho com um médico militar. Neste contexto o Serviço irá garantir dez postos de consulta semanal. Sete postos de consulta serão garantidos durante as manhãs e três postos durante o período da tarde. Cada período de consulta de manhã prevê duas primeiras consultas e 10 consultas subsequentes, cada período da tarde prevê duas primeiras consultas e 8 consultas subsequentes. Neste contexto, o número total de consultas semanais previstas é de 114 (20 primeiras consultas e 94 subsequentes).

Serão consideradas na fórmula de cálculo as ausências prolongadas de dois médicos, com as durações de seis e quatro meses, durante o ano em avaliação. Cada um destes médicos é responsável por dois postos de consulta de manhã e um posto de consulta à tarde.

A contabilização da atividade realizada decorre da atividade efetivamente registada em processo de gestão hospitalar. Reconhece-se que o número de primeiras consultas está subvalorizado, nos registos clínicos. Esta situação prende-se com o facto de sempre que um doente precisa de ser observado com prioridade em consulta de urologia e já não existem vagas desta tipologia, estas são erradamente registadas como consultas subsequentes. No entanto, deve continuar a ser considerado para efeitos de definição de capacidade sobrança as métricas atrás descritas.

Para interpretar corretamente os resultados será necessário por um lado identificar a capacidade instalada de total de consultas, subsequentes e primeiras consultas. Este valor representa a atividade com que o Serviço se compromete, com os equipamentos e o quadro de pessoal existente. A diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada dá à gestão a informação de qual o desvio, positivo ou negativo, face à capacidade instalada. Por outro lado, será também necessário identificar o tempo de espera para primeiras consultas. Considera-se adequado, se o tempo de espera para primeiras consultas for inferior a 21 dias. Se a diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada demonstrar um desvio negativo mas o tempo de espera para primeiras consultas não for superior a 21 dias esta diferença não deverá ser imputada ao Serviço,

mas sim à falta de procura. O desvio será considerado nulo. Neste contexto a diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada designa-se capacidade sobrança. A gestão poderá utilizar esta capacidade para a oferecer a outras instituições mediante protocolos.

Se a diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada demonstrar um desvio positivo mas o tempo de espera para primeiras consultas não for superior a 21 dias admite-se que o Serviço tem a sua lista de espera controlada, face à procura, apenas porque tem um desempenho superior ao que lhe era exigido.

Se a diferença entre a atividade realizada e a capacidade instalada demonstrar um desvio positivo mas o tempo de espera para primeiras consultas for superior a 21 dias admite-se que o Serviço não tem a sua lista de espera controlada, face à procura, apesar de ter um desempenho superior ao que lhe era exigido.

**Número total de consultas contratualizado para o ano de 2023: 3769 (100%)**

**Primeiras consultas: 660**

**Consultas subsequentes: 3109**

### **3.Caracterização do apoio e definição dos períodos em que este é garantido ao Serviço de Urgência e ao internamento.**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

Este indicador será contratualizado através de vários “entregáveis” (demonstração formal de execução de tarefas), cada um com um peso ponderal atribuído, expresso em percentagem (%) e data de conclusão. A soma das ponderações dos vários “entregáveis” deve perfazer 100%. A avaliação do Serviço, relativa a este indicador, resulta do somatório de ponderações para as quais a demonstração formal foi entregue.

#### **Ações contratualizadas:**

- Elaboração, até 30SET23, de processo interno do Serviço que formalize o apoio ao Serviço de Urgência e ao internamento, mediante escala de prevenção de um elemento, nos dias úteis, no período entre as 8h30 e as 16h30 horas e garantindo uma equipa cirúrgica de dois elementos, de prevenção, nas 48h de pós-operatório dos doentes intervencionados pelo Serviço. Este documento deverá abordar os mecanismos e os contactos que permitam que uma solicitação de observação corresponda efetivamente a uma avaliação pelo médico de prevenção. (25%)

- Divulgação do processo interno aos elementos do Serviço, validada pela sua assinatura, até 30SET23. (25%)



- Divulgação do processo interno ao Serviço de Urgência e serviços de internamento, validada pela assinatura dos respetivos Chefes de Serviço, até 30SET23. (25%)

- Validação pelos clientes internos, Serviço de Urgência e serviços de internamento, que o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe, mediante a assinatura dos respetivos Chefes de Serviço, em 31DEZ23. (25%)

#### **4.Tempo e capacidade de resposta de atos clínicos a solicitações do âmbito operacional e ou solicitações decorrentes de referenciação de militares no ativo e DFAs.**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

Este indicador será contratualizado através de vários “entregáveis” (demonstração formal de execução de tarefas), cada um com um peso ponderal atribuído, expresso em percentagem (%) e data de conclusão. A soma das ponderações dos vários “entregáveis” deve perfazer 100%. A avaliação do Serviço, relativa a este indicador, resulta do somatório de ponderações para as quais a demonstração formal foi entregue.

##### **Ações contratualizadas:**

- Elaboração, até 30SET23, de processo interno do Serviço que formalize a caracterização do tempo e capacidade de resposta de atos clínicos a solicitações do âmbito operacional e ou solicitações decorrentes de referenciação de militares no ativo e DFAs, garantindo a sua efetiva priorização. (25%)

- Divulgação do processo interno aos elementos do Serviço, validada pela sua assinatura, até 30SET23. (25%)

- Divulgação do processo interno ao Serviço de Gestão de Utentes, validada pela assinatura do respetivo Chefe de Serviço, até 30SET23. (25%)

- Validação pelo cliente interno, Serviço de Gestão de utentes, que o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe, mediante a assinatura do respetivo Chefe de Serviço, em 31DEZ23. (25%)

#### **5.Tempos de elaboração de relatórios clínicos em resposta a solicitações de unidades militares, judiciais e particulares.**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

A avaliação deste indicador será efetuada trimestralmente nas Reuniões de Produção do HFAR-PL e a sua avaliação anual resultará da média das várias avaliações intercalares.

O tempo de elaboração de relatório será calculado a partir do momento em que o pedido dá entrada no Serviço de Urologia; nos casos em que a elaboração de relatórios careça do agendamento de consulta de avaliação prévia, este tempo será calculado a partir da efetivação da consulta.

A avaliação será efetuada de forma proscritiva.

**Parâmetros proscritivos contratualizados, para avaliação trimestral:**

- A existência de relatórios pendentes há mais de 6 meses atribuirá uma ponderação de 0%
- A inexistência de relatórios pendentes há mais de 6 meses atribuirá uma ponderação de 25%
- A inexistência de relatórios pendentes há mais de 3 meses atribuirá uma ponderação de 50%.
- A inexistência de relatórios pendentes há mais de um mês atribuirá uma ponderação de 75%.
- A inexistência de relatórios pendentes há mais de 15 dias atribuirá uma ponderação de 100%.

**6.Proposta de modernização de tecnologia e equipamento, plano de implementação e informação relativa a rentabilização do investimento.**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

Este indicador será contratualizado através de vários “entregáveis” (demonstração formal de execução de tarefas), cada um com um peso ponderal atribuído, expresso em percentagem (%) e data de conclusão. A soma das ponderações dos vários “entregáveis” deve perfazer 100%. A avaliação do Serviço, relativa a este indicador, resulta do somatório de ponderações para as quais a demonstração formal foi entregue.

**Ações contratualizadas:**

- Elaboração, até 30SET23, de proposta de modernização de tecnologia e equipamento, plano de implementação e informação relativa a rentabilização do investimento. (60%)
- Entrega atempada de proposta de modernização de tecnologia e equipamento, plano de implementação e informação relativa a rentabilização do investimento, no momento da elaboração do plano de Investimentos do HFAR; validado pelo cliente interno, Departamento Logístico do HFAR, em como o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe, mediante a assinatura do respetivo Chefe de Departamento, até 30SET23. (20%)
- Entrega atempada de proposta de modernização de tecnologia e equipamento, plano de implementação e informação relativa a rentabilização do investimento, no âmbito da elaboração do Planeamento de Atividade do Serviço (31DEZ23); validado pelo cliente interno, Departamento Clínico do HFAR-PL, em como o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe, mediante a assinatura do respetivo Chefe de Departamento, até 31DEZ23. (20%)

## **Dimensão inovação – Perspetiva aprendizagem e desenvolvimento (Ponderação 20%)**

### **1.Desenvolvimento de estratégias que visem melhorar a experiência do utente.**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

O Serviço manifesta a intenção de melhorar os seus consentimentos informados cirúrgicos e adequa-los aos normativos em vigor da DGS em benefício dos seus utentes.

Este indicador será contratualizado através de vários “entregáveis” (demonstração formal de execução de tarefas), cada um com um peso ponderal atribuído, expresso em percentagem (%) e data de conclusão. A soma das ponderações dos vários “entregáveis” deve perfazer 100%. A avaliação do Serviço, relativa a este indicador, resulta do somatório de ponderações para as quais a demonstração formal foi entregue.

#### **Ações contratualizadas:**

- **Utilização sistemática dos consentimentos informados tipificados para os procedimentos cirúrgicos urológicos, disponíveis no portal da Associação Portuguesa de Urologia, até 30JUN23. (50%)**

- **Verificação por amostragem, de aderência ao protocolo, pelos médicos do Serviço, superior a 90%, em 31DEZ23. (50%)**

### **2.Elaboração e implementação de programas de qualidade e segurança (Cirurgia Segura, reuniões de morbi-mortalidade, vigilância de quedas, monitorização de infeção do local cirúrgico...).**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

O Serviço identifica a necessidade de promover reuniões regulares com o objetivo de monitorizar a sua morbi-mortalidade, promover a discussão científica e ter um momento próprio para abordar assuntos gerais do Serviço. Considera, também, relevante a existência de reuniões conjuntas, entre os Serviços de Urologia do Polo de Lisboa e do Porto, como forma de partilhar experiencias, facilitar a referenciação de doentes entre os dois Polos e fomentar parcerias.

Este indicador será contratualizado através de vários “entregáveis” (demonstração formal de execução de tarefas), cada um com um peso ponderal atribuído, expresso em percentagem (%) e data de conclusão. A soma das ponderações dos vários “entregáveis” deve perfazer 100%. A avaliação do Serviço, relativa a este indicador, resulta do somatório de ponderações para as quais a demonstração formal foi entregue.

**Ações contratualizadas:**

- **Elaboração de projeto de reuniões regulares de serviço, fazendo referência ao seu âmbito e frequência, até 30SET23. (25%)**
- **Elaboração de projeto de reuniões regulares entre os Serviços de Urologia do Polo de Lisboa e do Porto, fazendo referência ao seu âmbito e frequência, até 30SET23. (25%)**
- **Divulgação do projeto de reuniões regulares de serviço, aos elementos do Serviço, validada pela sua assinatura, até 31DEZ23. (25%)**
- **Divulgação do projeto de reuniões regulares entre os Serviços de Urologia do Polo de Lisboa e do Porto, aos elementos do Serviço, validada pela sua assinatura, até 31DEZ23. (25%)**

**Dimensão organização – Perspetiva processos internos / financeira (Ponderação 10%)**

**1. Planear e implementar um sistema de priorização clínica e avaliação inicial e subsequente dos utentes.**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

Este indicador será contratualizado através de vários “entregáveis” (demonstração formal de execução de tarefas), cada um com um peso ponderal atribuído, expresso em percentagem (%) e data de conclusão. A soma das ponderações dos vários “entregáveis” deve perfazer 100%. A avaliação do Serviço, relativa a este indicador, resulta do somatório de ponderações para as quais a demonstração formal foi entregue.

**Ações contratualizadas**

- **Elaboração, até 31DEZ23, de processo interno do Serviço que formalize o planeamento e implementação de um sistema de priorização clínica e avaliação inicial e subsequente dos utentes, que englobe doentes referenciados através do Serviço de Urgência ou de outros serviços clínicos. (25%)**
- **Divulgação do processo interno aos elementos do Serviço, validada pela sua assinatura, até 31DEZ23. (25%)**
- **Divulgação do processo interno ao Serviço de Gestão de Utes, validada pela assinatura do respetivo Chefe de Serviço, até 31DEZ23. (25%)**
- **Validação pela Direção Clínica, em como o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe, mediante a assinatura do Diretor Clínico Adjunto até 31DEZ23. (25%)**

**Dimensão atividade científica, formação contínua e desenvolvimento profissional – Perspetiva aprendizagem e desenvolvimento (Ponderação 10%)**

**1.Elaborar um plano de desenvolvimento profissional individualizado para cada elemento, dentro do Serviço, alinhado com os sistemas de avaliação (SIADAP, SAMMFA) e plano de formação.**

Este indicador tem uma ponderação de 10% para a avaliação global do Serviço.

Refere-se que o Serviço de Urologia não tem nenhum profissional civil passível de avaliação em SIADAP, pelo que não será avaliado o processo “SIADAP”, neste contexto.

Este indicador será contratualizado através de vários “entregáveis” (demonstração formal de execução de tarefas), cada um com um peso ponderal atribuído, expresso em percentagem (%) e data de conclusão. A soma das ponderações dos vários “entregáveis” deve perfazer 100%. A avaliação do Serviço, relativa a este indicador, resulta do somatório de ponderações para as quais a demonstração formal foi entregue.

**Ações contratualizadas:**

- **Elaboração de processo interno do Serviço que formalize um plano de desenvolvimento profissional individualizado para cada elemento, dentro do Serviço, alinhado com os sistemas de avaliação e plano de formação, até 31DEZ23. (50%)**

- **Discussão do processo interno com os elementos do Serviço, validado pela sua assinatura, até 31DEZ23. (50%)**

**Avaliação final e global do Serviço**

A avaliação final e global do Serviço resulta da percentagem de cumprimento dos objetivos de performance contratualizados para o intervalo temporal de um ano.

O seu valor é expresso em percentagem e será igual à média da percentagem de cumprimento dos objetivos de performance relativos a cada um dos 10 indicadores selecionados.

Os indicadores não foram desenhados para poder estabelecer comparações entre serviços, mas para os confrontar com o grau de execução dos objetivos de performance, com que eles mesmos se comprometeram. A garantia da razoabilidade e da equidade do grau de exigência que é colocada a cada serviço é assegurada pela ação da direção clínica no processo de contratualização.

Independentemente dos prazos de avaliação intercalar contratualizados para cada indicador, deverá ser efetuada uma avaliação formal aos seis meses, que permita identificar o progresso da atividade dos serviços e corrigir eventuais desvios ao contratualizado.

**Tabela de contratualização de indicadores de performance do Serviço de Urologia do HFAR-PL.**

INDICADORES E PONDERAÇÕES	MÉTRICAS, AÇÕES CONTRATUALIZADAS E SUA PONDERAÇÃO PARCELAR	PRAZOS
<b>Dimensão assistencial – Perspetiva cliente (Ponderação 60%)</b>		
1. Número total de cirurgias e/ou de exames complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDTs), com métricas de contratualização em volume anual, definição de capacidade instalada e capacidade sobrança. (10%)	Número de cirurgias contratualizado para o ano de 2023: 240 cirurgias (70%) Número MCDTs contratualizado para o ano de 2023: 720 urofluxometrias (10%) 192 injeções (10%) 240 uretroscopias (10%)	31DEZ23
2. Número total de consultas, com métricas de contratualização em volume anual, definição de capacidade instalada e capacidade sobrança. (10%)	Número total de consultas contratualizado para o ano de 2023: 3769 (100%) Primeiras consultas: 660 Consultas subsequentes: 3109	31DEZ23
3. Caracterização do apoio e definição dos períodos em que este é garantido ao Serviço de Urgência e ao internamento. (10%)	Elaboração de processo interno. (25%)	30SET23
	Divulgação do processo interno aos elementos do Serviço. (25%)	30SET23
	Divulgação do processo interno ao Serviço de Urgência e serviços de internamento. (25%)	30SET23
	Validação pelos clientes internos, Serviço de Urgência e serviços de internamento, que o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe. (25%)	31DEZ23
4. Tempo e capacidade de resposta de atos clínicos a solicitações do âmbito operacional e ou solicitações decorrentes de referência de militares no ativo e DFAs. (10%)	Elaboração de processo interno. (25%)	30SET23
	Divulgação do processo interno aos elementos do Serviço. (25%)	30SET23
	Divulgação do processo interno ao Serviço de Gestão de Utentes. (25%)	30SET23
	Validação pelo cliente interno, Serviço de Gestão de utentes, que o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe. (25%)	31DEZ23
5. Tempos de elaboração de relatórios clínicos em resposta a solicitações de unidades militares, judiciais e particulares. (10%)	A existência de relatórios pendentes há mais de 6 meses atribuirá uma ponderação de 0%	(trimestral)
	A inexistência de relatórios pendentes há mais de 6 meses atribuirá uma ponderação de 25%.	
	A inexistência de relatórios pendentes há mais de 3 meses atribuirá uma ponderação de 50%.	
	A inexistência de relatórios pendentes há mais de um mês atribuirá uma ponderação de 75%.	
	A inexistência de relatórios pendentes há mais de 15 dias atribuirá uma ponderação de 100%.	
6. Proposta de modernização de tecnologia e equipamento, plano de implementação e informação relativa a rentabilização do investimento. (10%)	Elaboração de proposta de modernização de tecnologia e equipamento. (60%)	30SET23
	Entrega atempada de proposta de modernização de tecnologia e equipamento; validada pelo cliente interno, Departamento Logístico do HFAR, em como o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe. (20%)	30SET23
	Entrega atempada de proposta de modernização de tecnologia e equipamento, no âmbito da elaboração do Planeamento de Atividade do Serviço; validada pelo cliente interno, Departamento Clínico do HFAR-PL, em como o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe. (20%)	31DEZ23
<b>Dimensão inovação – Perspetiva aprendizagem e desenvolvimento (Ponderação 20%)</b>		
1. Desenvolvimento de estratégias que visem melhorar a experiência do utente. (10%)	Utilização sistemática dos consentimentos informados tipificados para os procedimentos cirúrgicos urológicos, disponíveis no portal da Associação Portuguesa de Urologia. (50%)	30JUN23
	Verificação por amostragem, de adesão ao protocolo, pelos médicos do Serviço, superior a 90%. (50%)	31DEZ23

2.Elaboração e implementação de programas de qualidade e segurança. (10%)	Elaboração de projeto de reuniões regulares de serviço, fazendo referência ao seu âmbito e frequência. (25%)	30SET23
	Elaboração de projeto de reuniões regulares entre os Serviços de Urologia do Polo de Lisboa e do Porto, fazendo referência ao seu âmbito e frequência. (25%)	30SET23
	Divulgação do projeto de reuniões regulares de serviço, aos elementos do Serviço. (25%)	31DEZ23
	Divulgação do projeto de reuniões regulares entre os Serviços de Urologia do Polo de Lisboa e do Porto, aos elementos do Serviço. (25%)	31DEZ23
<b>Dimensão organização – Perspetiva processos internos / financeira (Ponderação 10%)</b>		
1.Planear e implementar um sistema de priorização clínica e avaliação inicial e subsequente dos utentes. (10%)	Elaboração de processo interno. (25%)	31DEZ23
	Divulgação do processo interno aos elementos do Serviço. (25%)	31DEZ23
	Divulgação do processo interno ao Serviço de Gestão de Utes. (25%)	31DEZ23
	Validação pela direção clínica, em como o processo desenvolvido cumpre na prática os objetivos a que se propõe. (25%)	31DEZ23
<b>Dimensão atividade científica, formação contínua e desenvolvimento profissional – Perspetiva aprendizagem e desenvolvimento (Ponderação 10%)</b>		
1.Elaborar um plano de desenvolvimento profissional individualizado para cada elemento do Serviço. (10%)	Elaboração de processo interno do Serviço. (50%)	31DEZ23
	Discussão do processo interno com os elementos do Serviço. (50%)	31DEZ23







MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL  
ESTADO-MAIOR-GENERAL DAS FORÇAS ARMADAS  
HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS

Polo de Lisboa

Direção do Polo de Lisboa

Assunto: Desenvolvimento de um modelo de avaliação de performance de serviços Clínicos do Pólo de Lisboa do Hospital das forças Armadas

Data: 13/02/2023

PARECER DO DIRETOR CLÍNICO DO HFAR

*Tratando-se de um estudo no contexto de  
Tese de Mestrado, e de assunto pertinente  
e com potencial de produção de informações  
relevantes, concorda-se com a presente  
proposta.*

Diretor Clínico do HFAR

22/FEV/2023

PARECER DO SUBDIRETOR DO HFAR/PL

*Concordo com a proposta  
apresentada*

Subdiretor do HFAR-PL

13/02/23

DESPACHO DO EXMO DIRETOR DO HFAR

*Concordo com a proposta apresentada e  
com os pareceres do Subdiretor do HFAR-PL  
e do Diretor Clínico do HFAR.*

*Autorizo  
~~Assinatura~~ a aplicação do modelo de  
avaliação de performance de serviços  
Clínicos do HFAR-PL.*

Diretor do HFAR

02/03/2023