



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Value Based Health Care aplicado num CRI

António Jorge Rato Pereira Faria

Mestrado em Gestão

Orientadora:

Professora Doutora Ana Maria Dias Simões da Costa Ferreira

Professora Associada

Iscte- Instituto Universitário de Lisboa

Agosto, 2025



**BUSINESS
SCHOOL**

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

Value Based Health Care aplicado num CRI

António Jorge Rato Pereira Faria

Mestrado em Gestão

Orientadora:

Professora Doutora Ana Maria Dias Simões da Costa Ferreira

Professora Associada

Iscte- Instituto Universitário de Lisboa

Agosto, 2025

Agradecimentos

Sempre ouvimos que o caminho faz-se caminhando. Mas nem sempre se faz sozinho. O meu obrigado aos corpos docente e discente do Iscte - Instituto Universitário de Lisboa, bem como a todos os companheiros das várias jornadas, que comigo partilharam este caminho e contribuíram para que aqui chegasse.

Um agradecimento especial à Élia Marques essencial na fase final deste processo.

Obrigado à minha Família, pelo apoio e cuja paciência testei ao limite.

Resumo

A prestação de cuidados de saúde é tema corrente, por muitas razões, mas as que pretendemos avaliar referem-se ao valor percebido pelos doentes face aos resultados, não obstante os desfechos dos atos, bem como a aparente homogeneização de tratamentos por inexistência ou desaproveitamento de dados do historial clínico do doente.

A dimensão Valor em Saúde, no conceito *Value Based Health Care (VBHC)*, de Porter e Teisberg (2006), permanece quase desconhecida, gerando pouco valor para o doente e desperdícios para as entidades pagadoras, e para o Sistema Nacional de Saúde. A implementação do *Value Based Health Care* tem diversos requisitos ao nível do processo, e exige disponibilidade das equipas no sentido do alinhamento com a estratégia adotada.

Após o enquadramento legislativo temporal e a transição para o Centro de Responsabilidade Integrada, serão tratados temas considerados pertinentes, juntamente com a apresentação de uma proposta de planeamento para o processo de implementação do projeto-piloto VBHC e para a formação de uma equipa responsável pela operacionalização do novo modelo. O objetivo é criar condições adequadas para que tanto o Centro de Responsabilidade Integrada quanto a respetiva equipa possam avançar de modo consistente na adoção e implementação do modelo *Value Based Health Care*.

Desafios identificados durante o processo, associados à impossibilidade de caracterizar o Centro de Responsabilidade Integrada e da sua equipa, levaram à redefinição dos objetivos, redirecionando o projeto para a criação de um modelo conceptual de avaliação organizacional e da equipa, baseado no conceito *as is – to be* e em ferramentas para caracterizar organização e profissionais, com o propósito de, a partir dos resultados da avaliação inicial, definir ações a implementar – tanto coletivas como individuais – assegurando uma transição operacional sem impactos negativos nas atividades diárias, no sentido de assim facilitar a assimilação dos novos conceitos pela liderança e operacionais, promovendo a adaptação às rotinas dentro do modelo VBHC.

Com este trabalho procurou-se consolidar pontos considerados relevantes e estabelecer bases para iniciativas futuras relativas ao modelo VBHC em Centros de Responsabilidade Integrada.

Palavras-Chave: Health Care, CRI, VBHC, TDABC, PROM, PREM, CVF, OCAI, Liderança, Commitment

Classificação JEL - I110 Analysis of Health Care Markets

Abstract

Health care provision is a hot topic for many reasons, but the ones we want to evaluate relate to the value perceived by patients in terms of results, regardless of the outcomes of the procedures, as well as the apparent homogenization of treatments due to the lack or misuse of data from the patient's medical history.

The Value in Health dimension, in Porter and Teisberg's (2006) Value Based Health Care (VBHC) concept, remains almost unknown, generating little value for the patient and waste for the paying entities and the National Health System. The implementation of Value Based Health Care has several process requirements and requires the availability of teams to align with the adopted strategy.

After the temporary legislative framework and the transition to the Integrated Responsibility Center, topics considered relevant will be addressed, along with the presentation of a planning proposal for the implementation process of the VBHC pilot project and for the formation of a team responsible for the operationalization of the new model. The goal is to create the right conditions for both the Integrated Responsibility Center and its team to move forward consistently in adopting and implementing the Value Based Health Care model.

Challenges identified during the process, associated with the impossibility of characterizing the Integrated Responsibility Center and its team, led to the redefinition of objectives, redirecting the project towards the creation of a conceptual model for organizational and team assessment, based on the as-is/to-be concept and tools for characterizing the organization and professionals, with the purpose of, based on the results of the initial assessment, defining actions to be implemented – both collective and individual – ensuring an operational transition without negative impacts on daily activities, in order to facilitate the assimilation of new concepts by leadership and operational staff, promoting adaptation to routines within the VBHC model.

This work sought to consolidate points considered relevant and establish a basis for future initiatives related to the VBHC model in Integrated Responsibility Centers.

Key-words: Health Care, CRI, VBHC, TDABC, PROM, PREM, CVF, OCAI, Leadership, Commitment

JEL Classification System - I110 Analysis of Health Care Markets

ÍNDICE

Resumo	iii
Abstract	v
Introdução	1
1. Revisão da literatura	3
1.1 Sistema de Saúde em Portugal	3
1.2 CRI's - Centros de Responsabilidade Integrados	4
1.3 Valor em Saúde	8
1.4 VBHC - Conceito	9
1.5 CDVC - <i>Care Delivery Value Chain</i>	10
1.6 Método de custeio	12
1.7 Mudança como um todo	15
1.8 Implementação do VBHC	17
2. Metodologia	23
3. Apresentação e análise de informação	25
3.1 Análise PESTEL	25
3.2 Análise VRIO	26
3.3 SWOT e SWOT Estratégica	27
3.4 Missão, Visão	27
3.5 Ambidestria Organizacional	28
3.6 Cultura Organizacional	29
3.7 Desenvolvendo o Processo de Mudança Cultural	29
3.8 Plano de Mudança Cultural para uma Organização de Saúde	30
3.9 Liderança	30
3.10 Motivação	32
3.11 EVLN e Commitment	32
3.12 Custos	33
3.13 Análise de desvios	36
4. Implementação	37
4.1 Mudança	37
4.2 O Processo de Mudança	38
5. Conclusões	48
5.1 Conclusões	48
5.2 Dificuldades	49
5.3 Oportunidade de trabalhos futuros	49
6. Notas finais	51
7. Bibliografia	53
8. Anexos (exemplos de matrizes)	61
8.1 Anexo A - Matriz PESTEL	63
8.2 Anexo B - Análise VRIO	67
8.3 Anexo C - Matriz SWOT	69

8.4	Anexo D - Matriz-Cruzamento SWOT-PESTEL.....	71
8.5	Anexo E - Matriz da Gestão de <i>Stakeholders</i>	73
8.6	Anexo F - Matriz Poder/Nível de Suporte ao Projeto	73
8.7	Anexo G - Matriz de Avaliação de Risco.....	75
8.8	Anexo H - Planeamento Geral.....	77
8.9	Anexo I - Matriz de Responsabilidade	79

Glossário de siglas

ABC	- Activity Based Costing
APAH	- Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares
CDVC	- Care Delivery Value Chain
CRI	- Centro de Responsabilidade Integrado
CROM	- Clinician Reported Outcomes Measurement
EIT Health	- European Institute of Innovation and Techonology
HCP	- Health Cluster Portugal
ICHOM	- International Consortium for Health Outcomes Measurement
IDE	- Índice de Desempenho da Equipa
IPU	- Integrated Practice Unit
KPI	- Key Performance Indicator
NPS	- Net Promoter Score
OCAI	- Organizational Culture Assessement
PESTEL	- Política, Económica, Tecnológica, Ecológica, Legal
PREM	- Patient Reported Experience Measurement
PRO	- Patient Reported Outcomes
PROM	- Patient Reported Outcomes Measurement
PROMIS	- Patient Reported Outcomes Measurement Information System
SNS	- Serviço Nacional de Saúde
SWOT	- Strenghts, Weknesses, Opportunities, Treaths
TDABC	- Time Driven Activity Based Costing
TSDT	- Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
VBHC	- Value Based Health Care
VCF	- Competing Values Framework
VRIO	- Valioso, Raro, Imitável, Organização

Lista de Anexos

- Anexo A - Matriz PESTEL
- Anexo B - Análise VRIO do CRI
- Anexo C - Matriz SWOT
- Anexo D - Matriz SOWT Estratégica (SWOT x PESTEL)
- Anexo E - Matriz da Gestão de *Stakeholders*
- Anexo F – Matriz Poder/Nível de Suporte ao Projeto
- Anexo G - Matriz de avaliação de Risco
- Anexo H - Matriz de Responsabilidade
- Anexo I – Matriz de Planeamento Geral

Sessenta anos atrás, eu sabia tudo. Hoje sei que nada sei. A educação é a descoberta progressiva da
nossa ignorância
Will Durant

Daria tudo que sei pela metade do que ignoro
René Descartes

Introdução

O presente documento tem como finalidade avaliar, de forma qualitativa, se a implementação de um projeto-piloto de *Value Based Health Care* (VBHC) num Centro de Responsabilidade Integrada (CRI), sustentado pelos seus princípios fundamentais, pode ampliar os resultados e gerar valor em saúde.

O modelo de cuidados de saúde baseado em valor, divulgado por Michael Porter e Elizabeth Teisberg (2006), propõe a transição de um sistema orientado pelo volume de cuidados para um modelo focado no valor gerado, que denominaram *Value Based Health Care* (VBHC). Aqui o valor é entendido como o resultado em saúde avaliado na perspetiva do paciente (outcome), medidos ao longo de todo o ciclo de cuidados, em relação ao montante investido para a prestação desses cuidados (custo).

Em Portugal existem alguns exemplos de implementação do VBHC, dispersos, mais ou menos completos, contudo na generalidade, e salvo raras exceções, permanece no desconhecimento de clínicos e enfermeiros.

Existe em funcionamento em Portugal um número apreciável de Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), regulado pelos DL103/2023, de 07 de Novembro e DL118/2023, de 20 de Dezembro, que aprova o regime jurídico dos centros de responsabilidade integrados em hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Neles as Equipas funcionam segundo um modelo operacional baseado em objetivos relacionados com ganhos em saúde. O que se pretende demonstrar com este estudo, é que a implementação de um projeto de VBHC num CRI beneficia das capacidades dessa equipa na interiorização das particularidades e exigências do modelo, potenciando e ampliando os benefícios que se espera o modelo-VBHC aporte.

Para realizar este estudo, será conduzida uma revisão da literatura, que incluirá uma análise das principais normas legislativas responsáveis pela construção do modelo de saúde vigente que o sistema conta com mais de 40 CRI em funcionamento, prevendo-se um aumento expressivo deste número nos próximos anos. Independentemente disso, serão também considerados diferentes elementos de avaliação que proporcionarão uma visão abrangente do contexto, facilitando a preparação de propostas para promover o processo de mudança desejado. A metodologia compreende ainda o enquadramento teórico prévio, com base na legislação da saúde, até ao momento atual, com vários CRI ativos.

Para realizar este trabalho programou-se a recolha de informação com os elementos da equipa de um CRI específico, que seria obtida através de entrevistas individuais, não estruturadas, abrangendo os vários grupos profissionais. No entanto, apesar das autorizações concedidas, as dificuldades surgidas no agendamento dessas entrevistas impediram essa recolha. Assim, inviabilizada a metodologia prevista, optou-se por reorientar o objetivo inicial, propondo uma metodologia

genérica de trabalho com vista ao estabelecimento de um plano de ação para a implementação de um projeto-piloto de VBHC num CRI não especificado.

O documento será finalizado com as conclusões decorrentes da análise, consolidando o conhecimento sobre a viabilidade e potencial do modelo Value Based Health Care em Centros de Responsabilidade Integrada.

1. Revisão da literatura

Ao longo deste capítulo, será realizada uma breve análise dos principais diplomas legislativos que moldaram o modelo de saúde atual em Portugal que nos levaram aos CRI's. Neste contexto, destaca-se que já existem diversos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), prevendo-se um aumento significativo deste número nos próximos anos.

A seguir, cada um dos tópicos centrais será explorado de forma a proporcionar um entendimento abrangente do tema:

- Sistema de Saúde em Portugal - Uma contextualização do sistema de saúde português, destacando as suas principais características e evolução ao longo dos anos que nos trouxe aos CRI's.
- CRI's – Centros de Responsabilidade Integrados - O conceito de CRI, sua função no âmbito do sistema de saúde.
- Valor em Saúde - Será explorada a noção de valor em saúde.
- VBHC – Conceito - O conceito de Value-Based Health Care (VBHC) e sua importância para o setor da saúde.
- CDVC – Care Delivery Value Chain - A Cadeia de Valor na Prestação de Cuidados de Saúde, um pilar do VBHC.
- Métodos de Custeio - Métodos de custeio aplicáveis aos serviços de saúde.
- Mudança como um todo - Análise de vários tópicos sobre as mudanças necessárias.
- Implementação do VBHC - Abordagem dos principais desafios para a implementação do modelo VBHC.

1.1 Sistema de Saúde em Portugal

O sistema de saúde em Portugal começa bem longe no tempo. Construído entre 1492 e 1504 o Hospital Real de Todos-os-Santos, foi criado por iniciativa do Rei D. João II, e resultou da fusão de várias unidades dispersas na Cidade de Lisboa. Avançando no tempo chegamos a 1971, ano em que é publicado o DL 413/71, 27Set, através do qual “...são reorganizados os serviços do Ministério da Saúde e Assistência...”. O art.º 2.º do Diploma, sob o título “Objectivos da política de saúde e assistência social” estabelece o “direito à saúde” especificando que este compreende “o acesso aos serviços, nos termos estabelecidos pela sua orgânica, e não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite dos recursos humanos técnicos e financeiros disponíveis”, explicitando no art.º 3.º quais as atividades de saúde e assistência. Em 1976, fica expresso na Constituição Portuguesa, Capítulo III, art.º 63.º Direitos e deveres sociais, que “Todos têm direito à segurança social”, que “Incumbe ao Estado organizar, coordenar e subsidiar um sistema um sistema de segurança social...”, prevê “...a existência de

instituições privadas de solidariedade social não lucrativas...”, e a proteção aos cidadãos “...na doença, velhice, invalidez, viuvez e orfandade, bem como no desemprego e em todas as outras situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho”. O art.º seguinte estabelece logo que “Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”, e o art.º 2.º estabelece entre outros aspetos que “...incumbe prioritariamente ao Estado” garantir “...o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”, “....uma racional e eficiente cobertura médica e hospitalar de todo o país...”, e “Disciplinar e controlar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde”.

A revisão da Constituição trouxe algumas alterações a estes dois artigos. No art.º 63.º foi incluído um ponto 4. sobre a contribuição do tempo de trabalho para efeitos do cálculo das pensões de velhice e invalidez, e um ponto 5. Relativo ao apoio e fiscalização “... da actividade e funcionamento das particulares de solidariedade social e de outras de reconhecido interesse público sem carácter lucrativo...”. Quanto ao art.º 64, altera a alínea d) do ponto 3., que passou a ter como redação, “Disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, por forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade”, acrescenta uma alínea f) sobre “... políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência” e um ponto 4., novo, “O serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada” que, veremos, virá a ter tradução na Lei de Bases da Saúde.

1.2 CRI's - Centros de Responsabilidade Integrados

Entretanto o DL 129/77 de 2Abr, aprova a Lei Orgânica Hospitalar que se aplica aos hospitais centrais, gerais e especializados e aos hospitais distritais, decreto posteriormente revogado pelo DL 19/88, de 21Jan, que vem aprovar a lei de gestão hospitalar com um âmbito de aplicação aos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. No art.º 7.º - Princípios específicos da gestão hospitalar, o seu ponto 1 preconiza que “A fim de ser conseguida maior eficiência técnica e social, os hospitais devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial, garantindo-se à coletividade o mínimo custo no seu funcionamento, para o que dela utilizarão as regras e os métodos compatíveis com a sua natureza e fins.”. Por sua vez para a prossecução dos princípios definidos no art.º 7.º, o art.º 9.º veio criar os Centros de responsabilidade e de custos, indicando o seu ponto 3. que “A cada centro de responsabilidade será atribuída a necessária autonomia, a fim de se conseguir a adequada desconcentração de poderes e correspondente repartição de responsabilidades”. Para Antunes, M. (Antunes, 2024) “Para além desta, as principais ideias-chave do conceito eram a utilização de técnicas empresariais de gestão, a eficiência a racionalização de meios e melhoria de qualidade, acompanhados de avaliação permanente do binómio recursos-resultados”. Este autor entende ainda que

“Os CR são, pois, estruturas orgânicas de gestão intermédia, dependentes dos conselhos de administração hospitalares, e estabelecem um compromisso de desempenho assistencial com a finalidade de melhorar o acesso, a qualidade de atendimento, que têm um determinado grau de autonomia funcional e económico-financeira...”.

Note-se que este conceito de descentralizar com responsabilização encontra correspondência nas práticas de controlo de gestão. Segundo Rodrigues & Simões (2009) “...permite implementar mecanismos de orientação dos comportamentos dos gestores, cria a informação de avaliação dos seus desempenhos e facilita o processo de prémios e de recompensas”. Ainda de acordo com os mesmos autores,

“O gestor de um centro de resultados tem como objectivo atingir um determinado objectivo financeiro...tendo a seu cargo a gestão de um conjunto de recursos, a responsabilidade pelas produções e um conjunto de objectivos financeiros (resultados) e não financeiros (qualidade, nível de serviço, prazos, produtividade”.

Em 18 de Setembro de 1999 é publicado o DL 374/99, que tem como objeto estabelecer «o regime geral a que deve obedecer a criação de Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), nos hospitais e centros hospitalares do SNS» (art.º 1.º). Uma primeira definição, «os CRI constituem estruturas orgânicas de gestão intermédia...» (art.º 2.º), «têm por objectivo final melhorar a acessibilidade, a qualidade, produtividade, a eficiência e a efetividade da prestação de cuidados de saúde, através de uma melhor gestão de recursos» (art.º 3.º), estabelece no art.º 4.º os «Princípios» que devem orientar a sua atividade, sendo relevante notar que para agilizar o processo de decisão integrava as «funções de administração com as de direcção técnica e de chefia operacional», promovia a «gestão clínica articulada e participada dos recursos existentes, com base em procedimentos clínicos fundamentados na evidência científica», a «Avaliação objectiva e permanente dos meios existentes e da capacidade instalada», a «Avaliação sistemática dos resultados e correcção dos desvios detetados susceptíveis de comprometer o cumprimento dos objectivos definidos», a «Participação dos profissionais na gestão, de forma a melhorar o seu desempenho e a aumentar a sua satisfação profissional» e a «Promoção da actividade assistencial articulada com a formação dos profissionais e com a investigação científica». O Capítulo II estabelece quais são os Órgãos dos CRI, os métodos de nomeação e as respetivas competências; o Capítulo III trata dos Recursos Financeiros, o Capítulo IV os «Procedimentos de criação», no Capítulo V a «Avaliação» de desempenho dos CRI, e o Capítulo VI as «Disposições finais e transitórias». Posteriormente, o DL 18/2017, de 10 de Fevereiro de 2017, vem concentrar «...o regime jurídico das entidades que integram o SNS afetas à rede de prestação de cuidados de saúde e aprovar

as especificidades estatutárias daquelas entidades», dedicando aos Centros de Responsabilidade Integrada os artigos 9 a 12, caracterizando-os enquanto estrutura, a «Organização interna», o «Funcionamento» e o «Financiamento». Mais tarde, o DL 52/2022, de 4 de Agosto de 2022, Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, no seu art.º 90 volta referir os CRI, incentivando os «Órgãos de administração dos estabelecimentos de saúde E.P.E.» à promoção de condições para a evolução da organização para CRI, reforça a caracterização como «...níveis de estrutura intermédia...» e os seus objetivos, e prevê a existência de incentivos aos «profissionais de saúde afetos ao CRI», tratando o art.º 91 da «Constituição e funcionamento...».

O DL 103/2023, de 7 de Novembro de 2023, que vem aprovar «o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar», no seu Capítulo IV «Regime de dedicação plena na área hospitalar», volta a tratar dos CRI em termos de horário de trabalho e período normal de trabalho, e de suplementos remuneratórios, apresentando no Anexo II, o «Regime jurídico da organização e funcionamento dos centros de responsabilidade integrados», assim como o regime remuneratório e incentivos a atribuir aos profissionais que integram o CRI. Finalmente, o DL 118/2023, de 20 de Dezembro de 2023, vem aprovar o Regime jurídico dos CRI integrados em hospitais do SNS, procedendo ainda à alteração do DL 103/2023 atrás referido. O Capítulo I daquele estabelece no seu art.º 3.º que

«Os CRI são estruturas orgânicas de gestão intermédia, dependentes dos conselhos de administração das entidades do SNS que visam potenciar os resultados de prestação de cuidados de saúde, melhorando a acessibilidade dos utentes e a qualidade dos serviços prestados, aumentando a produtividade, a eficácia e a eficiência dos recursos aplicados e contribuindo para elevar o nível de satisfação dos utentes e dos profissionais do SNS»,

como Missão (art.º 4.º)

«...a prestação de cuidados de saúde...garantindo a centralidade no utente, a acessibilidade, a tempestividade, a continuidade, a qualidade, a segurança, a eficiência e a efetividade da prestação de cuidados de saúde, tendo como objetivo a melhoria dos resultados e dos ganhos em saúde».

Ainda neste capítulo, o art.º 6.º refere-se ao “Plano de Ação e compromisso assistencial...” documento que terá de estar alinhado, e integrará o «...plano de desenvolvimento organizacional (PDO) da respetiva entidade do SNS...», e o art.º 7.º sobre o “Contrato-programa anual” e que representa um instrumento de contratualização interna com o conselho de administração da entidade. O Capítulo VII trata do «Regime remuneratório», e engloba remunerações (art.º 26.º), suplementos e

compensações associadas ao desempenho (art.º 27.º), cuja metodologia de cálculo se encontra no Anexo I, e incentivos institucionais (art.º 28.º). Por fim o Capítulo VIII – «Monitorização», trata da “monitorização, avaliação e acompanhamento regular actividade do CRI”. Como elementos complementares, mas não menos importantes, vão sendo publicados diplomas específicos (Portarias) com a metodologia de avaliação do desempenho das equipas e dos incentivos institucionais. Assim, considera que «os centros de responsabilidade integrados (CRI) constituem-se como alteração de paradigma, ..., potenciando a melhoria do acesso ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), mediante a adoção de lógicas assistenciais colaborativas e participadas, e fomentando o aproveitamento de sinergias e a complementaridade de funções e especialidades», reconhece «...a mais-valia deste modelo de organização enquanto factor fundamental para potenciar os ganhos em saúde ...». Mais, estabelece que serão objeto de portaria específica, nos termos do n.º 3 do art.º 27 do DL 103/2023, de 7 de Novembro de 2023, a especificação do «modo de apuramento do índice de desempenho da equipa (IDE), de que depende a compensação pelo desempenho, designadamente os indicadores a considerar...». Dos diplomas já publicados conclui-se terem sido privilegiadas as dimensões do Acesso, Qualidade, Eficiência e Integração de Cuidados, estabelecendo que os indicadores deverão ter como atributos a Relevância, Robustez técnica e científica, Validade, Fiabilidade, Sensibilidade e Exequibilidade. De notar que associados à Eficiência estão «Gastos operacionais por doente padrão», mas também «Gastos com medicamentos por doente padrão». Quanto aos incentivos institucionais, «... relacionados com a avaliação do impacto do desempenho da equipa...do CRI», considera como dimensões a «satisfação dos utentes, satisfação dos profissionais e melhoria contínua do desempenho».

Verificamos, portanto, ao longo de toda esta viagem legislativa, a forma como é depositada no modelo CRI a capacidade para potenciar a agregação de valor para o paciente e aumentar a eficiência dos recursos utilizados.

Em Portugal, como noutros países, o consumo em saúde tem vindo a aumentar, seja pelo aumento da procura, em consequência da facilidade de acesso, da longevidade, do envelhecimento, do aumento de doenças crónicas, mas também pelo custo dos medicamentos e também pelo excesso de exames de diagnóstico. Neste particular, de acordo com Antunes, M. (2024), isto passa-se “...porque a saúde não é um mercado como os outros. Aqui quem paga não escolhe, e quem escolhe não usa e não paga”. Alguns fatores apontados para apoiar a opinião de a saúde ser um mercado diferente são, segundo Macedo, A. & Reis, A. (2011), a assimetria de informação existente entre o prestador do serviço de saúde e o consumidor, a relação de agência, pois o paciente confia no clínico e “Quem paga não consome, quem consome não escolhe e quem escolhe não consome nem paga”, ou ainda a incerteza relativamente ao desfecho de um determinado tratamento. Este permanente crescendo de despesas em saúde exige, segundo Girão, R. (2023),

“...a ágil implementação de estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. O crescimento da despesa em saúde tem uma dinâmica incremental difícil de contrariar e nem sempre está correlacionado com melhores resultados para os utentes, sendo imprescindível implementar uma efetiva medição de resultados em saúde para decisões de investimento mais otimizadas”.

1.3 Valor em Saúde

Numa análise ao mercado americano da saúde Porter, M. & Teisberg, E., (2006) concluem que *“The combination of high costs, unsatisfactory quality, and limited access to health care has created anxiety and frustration for all participants”*, levando a que todos os intervenientes manifestassem o seu descontentamento com o sistema de saúde, fossem eles pacientes, empregadores, clínicos e outros fornecedores de serviços de saúde, seguradoras, ou laboratórios, por as diversas reformas entretanto ocorridas não terem produzido quaisquer melhorias. Seguindo outra perspetiva, estabelecendo uma relação com o desperdício temos que *«In very large measure, improving care and reducing waste are one and the same thing”*, Berwick, (2011), citado por Moriates, C., Arora, V. & Shah, N. (2015). Na mesma linha de raciocínio e particularizando, para a realidade americana, são reconhecidos como contribuintes para o desperdício em cuidados de saúde *“...(a) unnecessary services (those that add to expenses without improving health), (b) inefficient care due to systems errors and failures of coordination, (c) prices that are excessively high, (d) excessive administrative costs, (e) fraud, (f) missed prevention opportunities”* IOM (2012), citado por Moriates, C., Arora, V. & Shah, N. (2015).

Independentemente das maiores ou menores semelhanças ou diferenças, estes dois problemas são comuns a muitos sistemas de saúde e, numa proposta de resolução mais radical, apontam como caminho para transformar os cuidados de saúde a introdução do conceito de valor para os pacientes, mediante uma mudança de foco, passando da minimização de custos e da batalha sobre quem paga o quê, para o aumento de valor a entregar ao paciente. A ideia é então propor um sistema de cuidados de saúde baseado em valor, balizando desde logo que este tem de ser medido ao longo de todo o ciclo de cuidados para uma determinada situação médica e não para episódios isolados. Mais, segundo Porter, M., and Teinsberg, E., (2006), o objetivo adequado para os cuidados de saúde é o aumento de valor, avaliado pela qualidade dos resultados para os pacientes relativamente ao montante gasto para os obter. Reforçando o conceito, “Os cuidados de saúde baseados em valor revolucionam a forma como se organizam os cuidados de saúde prestados e propõem uma alteração para um sistema de saúde verdadeiramente centrado no utente e nas suas necessidades”, Girão, R. (2023).

Porter, M., Teinsberg, E., (2006), vêm a definir valor em saúde como *“...the health outcome per dollar of cost expended”*, complementando o conceito com *“Value can only be measured over the care cycle,*

not for an individual procedure, service, office, visit or test”, considerando que se trata de resultados em saúde que interessam aos pacientes. Numa concepção mais aberta do conceito de Porter & Teisberg, “...the output of health care per unit of cost...”, Rosenbaum, L. (2013) propõe que “The meaning of “value” in health care may differ widely whether considered from the perspective of the patient, provider or payer”, precisando que para o clínico “...value may mean decreasing overuse and inefficiency, while improving compliance with evidence-based care”, enquanto “...for patients, creating value may signify enriching the patient experience and concentrating on patient-centered outcomes”, citada por Moriates, C., Arora, V. & Shah, Neel (2015).

Considerando o tema do conceito de valor em saúde, e tendo presente a diversidade de conceitos, de uma revisão sistemática de literatura efetuada, resultou como proposta “...uma *framework* para categorização da definição de valor, com três elementos-chave: Componentes, Perspetivas e Âmbito” Landon et al., (2021). Os autores do estudo efetuado “...concluíram que a maioria dos estudos incluíam...informações sobre custos - monetários, de oportunidade (Chambers et al., 2016) ou custos em cascata (Owen et al., 2011) e *outcomes*, expressos em termos de benefícios (Owen et al., 2011), danos (Badgery-Parker et al., 2019), ou experiência do doente (Chambers et al., 2016) – na definição de valor”. O segundo elemento, Perspetivas, relativas aos “...stakeholders envolvidos no processo de prestação de cuidado - doente, profissionais de saúde, a instituição de cuidados, os decisores políticos fornecedores ou até a sociedade em geral – têm uma forte influência na forma como se define valor (Wheeler et al., 2018)”. Quanto ao âmbito, Reis & Delgado, (2024) indicam que “diz respeito ao nível de atuação da intervenção (Kool et al., 2020), seja ele circunscrito a uma tipologia de cuidados, à existência, ou não, de uma análise integrada da prestação de cuidados, a uma especialidade ou a uma condição clínica específica...”.

1.4 VBHC - Conceito

Modelo derivado do conceito de valor em saúde de Porter & Teisberg (2006), tem como objetivo obter melhores resultados clínicos e resultados para o paciente, ao menor custo possível, relacionando os benefícios obtidos com os recursos necessários para os obter. A obtenção do valor é impulsionada por três fatores, experiência, a escala e a aprendizagem, nos quais o prestador de cuidados de saúde deve concentrar as suas ações, através das quais, por efeito combinado, cria um denominado Círculo Virtuoso que se autoalimenta na criação de valor. Ainda segundo os mesmos autores, “...os resultados devem ser medidos em todo o ciclo de prestação de cuidados e cobrir diversas dimensões, tanto clínicas (ex: tempo de internamento, complicações, readmissões, sobrevida, etc.) como de experiência do doente (qualidade de vida, recuperação da funcionalidade, desconforto, incapacidade, etc.)”. Já quanto aos custos, componente que tem recebido menos atenção, “...na estrutura da proposta de valor, deve ser apurado o custo total de todos os recursos usados durante o ciclo completo de

prestações de cuidados, incluindo o tratamento de complicações e comorbilidades associadas” (Lopes, 2024). Assim, para melhorar o valor há que obter melhores resultados mantendo os custos, ou os mesmos resultados, mas diminuindo os custos, ou então aumentando ambos, melhorando os resultados de uma forma mais rápida do que a subida dos custos. Contudo, para suportar uma evolução na obtenção de valor é necessária o acesso a informação, a qual apresenta uma hierarquia, a começar pela informação sobre resultados do paciente (resultados e custos, medidos e avaliados ao longo de todo o ciclo de cuidados), a experiência (avaliada em função do número de pacientes tratados), métodos (os próprios processos utilizados na prestação de cuidados e na forma como os resultados são alcançados) e os atributos do paciente (elementos demográficos, histórico do paciente em termos de situações ou sintomas concomitantes).

1.5 CDVC - *Care Delivery Value Chain*

A transformação para o modelo baseado em valor, carece de três elementos facilitadores: “...*the care delivery value chain...*”, “...*information technology...*” e o terceiro elemento “...*the use of systematic processes for knowledge development to support continuous improvements in care delivery*” Porter, M., Teisberg, E. (2006). Quanto à “*Care Delivery Value Chain*”, à semelhança do modelo da cadeia de valor na indústria, com grupos de atividades primárias e de suporte, aqueles autores desenvolvem para os cuidados de saúde um modelo genérico de cadeia de valor, organizado segundo as condições clínicas ao longo do ciclo completo dos cuidados, começando pelas atividades primárias que incluem as de monitorização e prevenção, diagnóstico, preparação (de intervenções que venham a ocorrer), intervenção (conjunto de atividades ou procedimentos que incidirão sobre uma condição clínica), recuperação/reabilitação e a última a monitorização, admitindo-se que, uma vez chegados a esta fase, possa ser necessário retroceder a alguma das fases anteriores. Como atividades de suporte, que acompanham as primárias ao longo de todo o processo, apresentam-nos o “*accessing*”, representando todos os momentos de contato do paciente com a unidade prestadora de cuidados de saúde, “*measuring*” (medição/avaliação e gestão de registos dos resultados de estes, imagiologia e outros), “*informing*” (aconselhamento e orientação do paciente). Todo este bloco é acompanhado por um conjunto transversal de atividades relacionadas com a aprendizagem sobre os processos, de forma a aperfeiçoar a metodologia e processos de administração de cuidados. Trata-se de um modelo genérico, a ser construído e adaptado a cada condição médica e mesmo ajustado às condições particulares de cada tipo de paciente. No que se refere à “...*information technology...*” é mandatória a utilização de um sistema de informação capacitado para armazenar e tratar a enorme quantidade de dados gerados ao longo de todo o ciclo de cuidados, e de cujos resultados beneficiarão, de forma partilhada, não só os clínicos, que ficam menos expostos ao erro, mas também os pacientes, ao receberem o tratamento mais adequado no momento certo. Relevante também a permanente

atualização e desenvolvimento de conhecimento, com origem na aprendizagem sobre as ações da própria unidade, de ações de benchmarking ou mesmo na aprendizagem com a divulgação de conhecimento por parte de organizações que se encontrem num patamar superior de resultados. De notar que para implementar um processo para trabalhar o conceito VBHC há que ter em conta, além da morosidade do processo, um conjunto de etapas, de que nos dão conta dois modelos, um desenvolvido por Porter & Teinsberg, e outro pelo *EIT Health (European Institute of Innovation and Technology)*, modelos que adiante serão referidos.

Retomando a proposta de Porter e Teisberg, o valor em saúde resulta dos resultados (*outcomes*) obtidos por unidade monetária investida. Anteriormente, os resultados correspondiam a uma avaliação feita pelo clínico no final do episódio de cuidados, a fatores que considerava relevantes e que teriam sido utilizados como elementos de pesquisa relativamente a um novo método ou técnica, sendo o tratamento simplesmente considerado como tendo tido sucesso ou não (Baumhauer & Bozic, 2016). A medição destes resultados é feita com recurso a um conjunto de ferramentas, com as quais se pretende avaliar a qualidade da prestação de cuidados segundo o ponto de vista do paciente, designados de PRO's (*patient-reported outcomes*), e corresponde à informação prestada pelo paciente sobre a sua condição de saúde, na sequência de uma intervenção por um médico, e representa uma ferramenta importante no sentido de transmitir o estado de saúde e qualidade de vida do paciente e, simultaneamente, auxilia o clínico na avaliação do estado de saúde do paciente e providenciar os cuidados adequados (Rothrock et al., 2011). Trata-se de informação com origem direta no paciente sobre o seu estado de saúde (van der Wees et al., 2019). Estes instrumentos de avaliação, podem ser genéricos e multiatributo, aplicáveis a qualquer tipo de doença, sendo que mais recentemente foram desenvolvidos PRO's específicos para doenças concretas, sendo os resultados muito mais bem definidos, e desenvolvidos novos modelos considerados muito mais fiáveis (McKenna et al., 2021). A qualidade dos PRO's é muito relevante pois trata-se de uma ferramenta essencial para obter informação específica sobre os pacientes, de forma direta, matéria relevante para também compreender as suas perspetivas face à situação, e auxiliar na avaliação em ordem a que os médicos possam decidir, em conjugação com os próprios pacientes, quais os tratamentos que melhor se adequam à situação concreta, de forma a obter os melhores resultados (Yorkston & Baylor, 2019).

Em 2012 é fundado o ICHOM (*International Consortium for Health Outcomes Measurement*) a partir de uma rede organizada de profissionais de saúde, pacientes, investigadores, peritos na avaliação de resultados e decisores em políticas de saúde, de grandes regiões a nível mundial, com a finalidade de discutir a constituição e implementação de conjuntos de medidas de resultados para importantes condições médicas, e que representam o que mais importa para o paciente (Kelley, 2015).

Em 2021, num estudo Terwee et al. (2021) concluíram que num total de 39 conjuntos de resultados estavam incluídos 307 PRO's (*patient reported outcomes*), com uma condição clínica com

apenas 1 PRO (Catarata) e outra com 28 (Parkinson), e que estes PRO's correspondem a 22 conceitos únicos em resultado da sua agregação por vários domínios. Face à existência de sobreposições na afetação de PRO's aos conjuntos de resultados, propõe uma abordagem mais universal e estandardizada na seleção de PROs e PROMs, mais sugerindo nesse sentido o recurso aos PRO's já avaliados pelo sistema PROMIS no sentido de gerar mais oportunidades aos cuidados de saúde e facilitar o entendimento na adopção de conjuntos de normas na prática clínica (Terwee et al., 2021). Num outro trabalho, Prodromidis A. et al, (2024) a propósito das características dos PROM's utilizados na avaliação de uma condição médica específica, elaboraram um estudo sobre a utilização de PROM's. Nas suas conclusões, relevando, contudo, as limitações do estudo, consideram que todos os PROM's analisados são aceitáveis, embora alguns apresentem maior robustez, o que os leva a afirmar que nenhum será de aplicação universal, sendo por isso necessário seleccionar o grupo de medidas de resultados que melhor se adequa, tendo presente os parâmetros que o constituem (Prodromidis et al., 2024).

Entretanto, Wees et al (2012), reconhecendo a importância da informação obtida com recurso à utilização de PROs e PROMs, quer em termos da avaliação dos pacientes, quer na melhoria da qualidade quer ainda na transparência com a divulgação dos resultados obtidos, consideram existir algumas dificuldades na seleção e implementação destes instrumentos e, portanto, propõem-se desenvolver uma metodologia para os seleccionar, que desenvolveram, com o envolvimento de utilizadores, no sentido de obterem insights, testagem das fases desenvolvidas e validação final. O processo de desenvolvimento seguiu uma estrutura constituída por cinco componentes (identificação de ferramentas existentes, identificação de requisitos e modelação do processo de seleção das ferramentas, apresentação e discussão do protótipo, desenvolvimento de uma versão sobre a web, com instruções e orientações, finalmente testes e conclusão do modelo). Concluído, o processo resultou numa estrutura constituída por oito passos, dividida em quatro fases: I - (definição dos objetivos de medição com recurso a PRO's, II – seleção dos PRO's e PROM's, III – desenvolvimento e teste sobre os indicadores de qualidade e IV – utilização e avaliação dos PROM's e indicadores. Obtiveram assim um modelo (PROM-cycle) de fácil utilização, para seleção e aplicação de PRO's e PROM'S na sua prática diária (van der Wees et al., 2019).

1.6 Método de custeio

Em termos de controlo de gestão das entidades de saúde, a Portaria 898/2000, de 28 de Setembro de 2000, aprova o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS), aplicável a todos os serviços e organismos do Ministério da Saúde, elenca o conjunto de peças necessárias à prestação de contas e estabelece, no seu ponto 2.8 a obrigatoriedade da aplicação da contabilidade analítica ao

Serviço Nacional de Saúde, mais afirmando que para os Hospitais já estava superiormente aprovado o correspondente Plano desde 1996.

Posteriormente, através do DL 192/2015, de 11 de Setembro de 2015, é aprovado o Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas (SNC-AP), estabelecendo no seu art.º 4.º que será constituído pelos “subsistemas de contabilidade orçamental, de contabilidade financeira e de contabilidade de gestão”, esclarecendo no mesmo artigo que esta última “permite avaliar o resultado das atividades e projetos que contribuem para a realização das políticas públicas e cumprimento dos objectivos em termos de serviços a prestar aos cidadãos”. Este Diploma inclui a Norma de Contabilidade Pública (NCP) 27, cujo objetivo (ponto 1) é “...estabelecer a base para o desenvolvimento de um sistema de contabilidade de gestão nas Administrações Públicas...”, esclarecendo o seu âmbito (ponto 2) que se destina a “...produzir informação relevante e analítica sobre custos e, sempre que se justifique, sobre rendimentos e resultados...” em diversos domínios. O ponto 3 – “Definições”, apresenta um conjunto de definições sobre o “Tipo de custos” (3.1) e “Sistemas de custeio” (3.2). Neste particular define tipos de sistema de custeio, entre eles “custo padrão”, deixando antever a possibilidade da adoção de um regime de preços de transferência entre departamentos/serviços. Mais adiante, o ponto 5 apresenta os critérios a *adotar* para afetação e imputação dos custos indiretos, dando uma ênfase particular ao “Sistema ABC (*Activity-based costing*)”, caracterizando-o, descrevendo o processo para a sua implementação, a sua utilidade, as razões que justificam a sua escolha e ainda como deve decorrer o processo de imputação dos gastos.

A literatura sobre a avaliação de custos no modelo VBHC conclui que maioritariamente são utilizados os métodos ABC e TDABC (Time Driven Activity Costing), sendo este último uma evolução do primeiro, ambos desenvolvidos por Porter. Numa revisão de literatura datada de 2021, os seus autores referem serem estes dois modelos os mais utilizados na área da saúde, e dão nota que a diferença fundamental entre eles “...é o número de drivers utilizado”. Os dois sistemas têm coexistido se bem que haja argumentos a demonstrar preferências por um ou outro. A pesquisa realizada conclui que o TDABC, sendo uma evolução do ABC, resolveu algumas das críticas feitas a este, e o facto de ter cada vez mais implementação não só proporciona mais casos de estudo como gera oportunidades para aperfeiçoamento do modelo, consequência da notoriedade que tem vindo a ganhar muito por via das publicações onde têm surgido artigos sobre ele. Ainda no mesmo estudo, não obstante referir algumas limitações na pesquisa realizada, conclui que este método apresenta maior aceitação e tem mais sucesso que o método original, devido a uma maior aplicabilidade e simplificação no processo de implementação (Niñerola et al., 2021).

Em 2011, Kaplan e Porter (2011), num artigo publicado na Harvard Business Review, “*How to Solve The Cost Crisis In Health Care*”, tecem algumas considerações prévias sobre o apuramento dos custos de tratamento de um paciente numa situação clínica específica, considerando

a diversidade dos recursos envolvidos, pessoal, equipamentos, espaços, medicamentos, cada qual com os seus custos e capacidades específicos, considerando o ciclo de cuidados ao longo de uma condição clínica, isto é, desde o primeiro contacto com o sistema até que o seu restabelecimento esteja completo. Aborda ainda o facto de, para ilustrar algumas dificuldades no apuramento dos custos, a ausência de um modelo de orientação, no sentido de que perante uma mesma situação clínica, e numa mesma organização, o processo clínico poder seguir procedimentos diferentes. Nada, contudo, que um sistema de apuramento de custos não consiga fazer, ao registar, ao longo do percurso do doente no sistema todos custos inerentes aos recursos utilizados. Ora, para permitir esta capacidade de custear, é necessário que o SI tenha a capacidade de monitorizar a sequência dos processos clínico e administrativo, das atividades que os constituem e os recursos que estas consomem. Neste artigo Kaplan e Porter apresentam uma proposta para a avaliação dos custos dos processos a implementação do método *Time Driven Activity Based Costing* (TDABC), uma versão melhorada do *Activity Based Costing* (ABC) que, segundo os autores, exige a estimativa de dois parâmetros em cada fase do processo: o custo dos recursos utilizados no processo e a quantidade de tempo que o paciente consome de cada um. A típica dificuldade inicial na implementação do sistema de custeio resulta da falta de mapeamento e documentação dos processos de tratamento, que uma vez realizados simplificarão a implementação do TDABC. Descrevem ainda os sete passos que conduzem à implementação do método de custeio, (seleção da condição médica, definir a cadeia de valor da prestação de cuidados, mapeamento de todas as tarefas de cada atividade da prestação de cuidados, realizar a estimativa de tempo para cada tarefa, medição dos custos de cada tarefa (diretos e indiretos), medição da capacidade de cada recurso e calcular a taxa de custo de capacidade e, finalmente, calcular o custo total da prestação de cuidados, ilustrando todo o processo com recurso a um pequeno exemplo. Também Lopes, H., (2024), apresenta o método, dando nota, tal como referido no documento anterior, que a aplicação da metodologia, com particular ênfase no mapeamento das tarefas de cada atividade, pode contribuir para a redução de custos, pela otimização de tarefas. Seguindo a mesma metodologia, porém num âmbito ligeiramente diferente, Matos (2020), sugere que a seleção da patologia objeto do estudo para implementar o VBHC seja feita com recurso à de maior prevalência em termos de GDH, concluindo que o processo deve ser repetido as vezes necessárias, tendo, contudo, presente o princípio de Pareto, selecionando as que cumulativamente “...representem pelo menos 80% dos custos da instituição.” Toda a informação gerada, sejam dados demográficos dos pacientes, relatórios e suportes dos MCDT, simples notas não estruturadas, resultados de PROM’s, Patient Reported Outcomes Measures, PREM’s, Patient Reported Experience Measures e CROM’s, Clinician Outcome Measures, ou o conjunto de dados necessários ao cálculo dos custos da prestação de cuidados, é necessário que o sistema de informação possua capacidade para tratar a enorme quantidade de dados, estruturados ou não, gerados na atividade corrente de prestação de serviços de

saúde. Da contratualização interna, realizada entre o CRI e a Administração da ULS de que dependa, resultam um conjunto de objetivos que, no sentido de validar as razões que levaram à constituição do CRI (que não IPU), têm de ser avaliados periodicamente, de tal forma que no curto prazo permitam a implementação de medidas corretivas caso se verifiquem desvios negativos, e/ou médio prazo, revisitados e cumpridos os objetivos iniciais, possam ser revistos e reformulados face à nova realidade e objetivos inerentes. O *Balanced Scorecard* (BSC), ferramenta criada por Kaplan & Norton, avalia os resultados segundo quatro perspetivas – financeira, clientes/pacientes, organização interna e I&D, através de um conjunto de indicadores previamente definidos, para cada uma das perspetivas, designados de KPI (*Key Performance Indicators*), sendo que os seus valores deverão estar alinhados com os da ULS, considerando que aqueles contribuem para os objetivos superiormente traçados e contratualizados com a entidade governativa que do sector. Ao recentrarmos os objetivos de um CRI para considerar a implementação do modelo VBHC, dois cenários podem ser considerados:

- a) estão reunidas à partida todas as condições para que a metodologia VBHC seja integralmente implementada, ou
- b) a fase de apuramento de custos das intervenções será remetida para um momento posterior, restando apenas a componente de cálculo dos *outcomes*.

Contudo, mesmo que seja decidida a implementação faseada, ainda assim se justifica uma avaliação através de indicadores adequados. Quanto à ferramenta BSC, Ribeiro (2022), propõe a aplicação de uma versão aperfeiçoada do BSC tradicional ao qual adiciona uma quinta dimensão, relacionada com a criação de uma ligação aos Cuidados Primários, tendo como objetivo a detecção de situações clínicas de forma precoce, aliviando o sistema hospitalar de casos futuros mais complicados, versão que a autora denominou de 5BSC.

Aspeto também relevante na avaliação periódica dos resultados é a análise de desvios, a qual conduzirá às causas que contribuíram positiva ou negativamente para os resultados e ajudam a explicar as divergências, conduzindo à definição de medidas de mitigação e recuperação no caso de desvios negativos ou de reavaliação de objetivos, dando lugar ao ajuste dos *KPI's*.

1.7 Mudança como um todo

Pese embora o caminho já feito na transição do modelo operacional vigente anteriormente para o do atual CRI, com objetivos qualitativos e quantitativos definidos no Contrato-Programa estabelecido com a Gestão, nova mudança é exigida para uma outra realidade que é integrar o VBHC, através de um projeto-piloto, como modo normal de funcionamento. Assim outros aspetos têm de ser considerados, a saber:

- liderança

A implementação do modelo VBHC configura um processo de mudança organizacional e, para que ela não fracasse, o processo carece de uma liderança transformacional, com ênfase em inovação e flexibilidade e foco inspirador e motivador da equipa para as mudanças profundas nas práticas de trabalho que haverá que implementar;

- mudança

O processo de mudança deverá envolver toda a equipa na sua realização, tendo a liderança que se adaptar função das circunstâncias. Revisitadas a Missão do Departamento e uma Visão de futuro em resultado do projetos, o processo de mudança, que necessita gerar motivação em todos os colaboradores, poderá seguir o Processo de oito etapas, desenvolvido por Kotter (2017): “Estabelecer um Senso de Urgência”, explicando por que mudar e inspirar as pessoas para o propósito a alcançar, “Criar a coligação Liderante”, através de elementos do departamento, voluntários e comprometidos com o projeto, orientando, coordenando e comunicando internamente as fases do processo, “Desenvolver uma visão e uma estratégia”, transmitindo uma imagem do futuro, “Comunicar a visão da mudança”, tentando abranger todos os colaboradores, motivando-os para o processo de transformação, “Capacitar os profissionais para uma ação alargada”, eliminando barreiras estruturais, habilitando para o envolvimento no processo, alinhando os SI para responderem às necessidades, “Gerar vitórias de curto prazo”, celebrando com todos, com isso mantendo o envolvimento dos profissionais, “Consolidar os ganhos e produzir mais mudança”, persistindo até que a visão se concretize, “Ancorar as novas abordagens na cultura” da organização.

- cultura organizacional

Ao referir-se a cultura da organização duas ações devem ser desencadeadas pois são relevantes em todo este processo. Numa primeira etapa a avaliação da cultura vigente, bem como do tipo de liderança, e numa segunda fase decidir que evolução se pretende em termos culturais e qual o perfil mais adequado de liderança. Essa avaliação, com auxílio do departamento RH, poderá ser feita segundo o Modelo dos Valores Contrastantes, que define quatro tipos de cultura - Clã, Hierárquica, Adhocrática e de Mercado, como também caracteriza o tipo de Liderança (Cameron & Quinn, 2006).

- motivação

É um fator relevante na implementação de projeto exigentes como a implementação de um processo deste tipo. Segundo Mota (2014), sabendo que “...não há soluções mágicas nem de efeito imediato...a motivação requer uma abordagem consistente, na ação e no tempo, e que terá sempre de ter como ponto de partida o indivíduo e a sua automotivação”. A motivação parte desde logo da própria pessoa, pois a partir de um ponto do processo se aquela não quiser envolver-se no novo projeto, ou tarefa, independentemente de todo o contexto motivacional envolvente, não haverá sequer participação, o que contribui em nada para o aspeto motivacional individual, podendo mesmo ser contraproducente no seio de uma equipa.

Herzeberg, em finais dos anos 50, desenvolveu a teoria dos dois fatores (*The motivation to Work*), dinâmicos e em constante interação: os intrínsecos, que proporcionam satisfação e são fatores de motivação quando presentes, pese embora a sua ausência só por si não gere grande insatisfação, e fatores higiénicos (extrínsecos), cuja ausência provoca insatisfação, contudo a sua presença, só por si, também não contribui para a motivação. Nessa Teoria, Herzeberg considera como fatores motivacionais as “conquistas” (objetivos alcançados), o “reconhecimento” (financeiro, prémio simbólico, elogio), o “trabalho” (o sentido atribuído, compreensão dos objetivos), “responsabilidade” (responsabilização e capacitação para decidir), “progresso” (da posição no trabalho/função que desempenha), “crescimento” (conhecimento profissional, novas competências). Quanto a fatores higiénicos, Herzberg relaciona-os com o contexto em que as tarefas são realizadas, como sejam os relacionamentos interpessoais, o salário (remunerações e prémios/aumentos) Nickerson (2023). Por sua vez, Röhrich (2014), vem justificar através de um pequeno exemplo a utilização da Teoria das Expetativas de Vroom, que considera que a motivação, para qualquer pessoa, resulta de três fatores indissociáveis, a saber: a expetativa (perspetiva que a pessoa “...tem sobre o seu desempenho”), a instrumentalização (a expetativa que a pessoa tem sobre a possibilidade de receber uma recompensa, em função de conseguir determinado objetivo) e a valência (o valor que a recompensa tem para a pessoa).

1.8 Implementação do VBHC

Porter & Teisberg (2006) descrevem oito passos imperativos, organizacionais e estratégicos, em contexto hospitalar, necessários para que os prestadores de cuidados de saúde se organizem num sistema baseado em valor.

No primeiro passo sugerem que os prestadores se organizem segundo condições clínicas, entendendo-se estas como conjuntos de problemas de saúde inter-relacionados, que requerem um tratamento abrangente e coordenado, ao longo de todo o ciclo de cuidados, maximizando a eficácia e a eficiência; o segundo requisito sugere que os prestadores de cuidados selecionem quais as condições clínicas em que se propõem atingir a excelência em termos de valor para o paciente, face às características específicas que se deparem e as competências dos profissionais, ao longo de todo o ciclo de cuidados. Propõem, em terceiro lugar, que as várias etapas do cuidado de saúde para uma determinada condição clínica específica sejam prestadas por equipas integradas que cubram todas essas etapas. Um quarto requisito refere-se à necessidade de o prestador de cuidados desenvolver uma estratégia distintiva nos cuidados de saúde, acentuando que isso atenda ao tipo de serviços disponibilizados (severidade ou complexidade dos casos, especialização em condições específicas, segundas opiniões...) ou ao tipo de pacientes atendidos (idade, género, doentes com múltiplas

condições...). Em mais um requisito, referem ser essencial que os prestadores meçam de forma sistemática os resultados clínicos (*outcomes*) e os custos para tratar cada condição médica, em cada paciente, o que permitirá avaliar o valor entregue (resultados em saúde por euro gasto), com vista a uma melhoria contínua no desempenho. O sexto refere-se à necessidade de o prestador de cuidados migrar para um sistema de pagamento baseado em valor, com o objetivo de que a compensação financeira esteja alinhada com os resultados clínicos alcançados e não com a quantidade de serviços prestados, o que por sua vez se torna um incentivo à eficiência de processos e à melhoria da qualidade dos cuidados.

No sétimo requisito, numa perspetiva de mercado, sugerem uma aposta na comunicação no sentido de chegar aos seus clientes, e potenciais clientes, através da divulgação de dados sobre resultados clínicos e praticas de tratamento, das capacidades da equipa, ou seja “...*their experience, expertise, methods and results*”. Por fim referem a expansão geográfica como forma de crescimento enfatizando que os prestadores de saúde devem expandir a sua capacidade de tratar determinadas condições médicas com alta qualidade para outras áreas geográficas. Ao fazer isso, eles aumentam a escala da sua ação e a acessibilidade, permitindo que mais pacientes recebam cuidados especializados. Lopes (2024) aborda aqueles requisitos, fazendo uma arrumação em seis elementos interligados: Organização em IPU (*Integrated Practice Units*), “Medição de resultados e custos”, “Financiamento em pacote”, “Sistema de prestação em diversos locais”, “Expansão geográfica” e “Desenvolvimento de uma plataforma tecnológica de informação”. Na mesma publicação dá ainda destaque ao modelo desenvolvido pelo *European Institute of Innovation and Technology* (Katz & Martens, 2020), modelo que considera nove elementos, também interdependentes. O documento em questão começa por considerar no primeiro ponto, “Condition”, que as iniciativas VBHC podem ser implementadas quer ao nível de pacientes individuais ou a uma população, incidindo sobre doenças agudas ou crónicas; o segundo elemento, “*Internal forces*”, refere a necessidade de mobilizar as forças internas no sentido superar as resistências à mudança que um novo modelo fará despertar, e por isso, Katz & Martens, (2020) reforçam, ao afirmar que “*Implementation requires clinician and administrative leaders working in tandem, combining medical and managerial competencies, accepting together the risks inherent to change*”. O ponto seguinte, “*Scorecard*”, tem como objetivo medir o valor dos cuidados para uma condição específica, incorporando um conjunto mínimo de indicadores de processos, resultados e custos, para o que é essencial efectuar o mapeamento de todo o processo de cuidados. Para apuramento do Valor referem a utilização de PROM’s e CROM’s para avaliação dos resultados e dos custos. O quarto elemento, “*Data platform*”, corresponde a interfaces de partilha de dados entre os diversos *stakeholders*, contrariamente ao sistema vigente em que a informação se encontra dispersa, em silos proprietários, pretendendo-se antes a partilha entre *stakeholders*, de forma a melhorar os resultados em saúde. “*Benchmark*”, o elemento seguinte, tem como objetivo a comparação dos

desempenhos dos prestadores de cuidados, individuais ou em equipa, com os melhores desempenhos, que assim servem de referência, contribuindo não só para a evolução das equipas e a melhoria dos processos e consequentemente dos resultados, como expressa o documento do EIT *Health* “*Implementing open, value-driven benchmarks requires shared metrics, nominative comparisons, comprehensible outcome data and, ultimately, an independent body to coordinate operations in a neutral manner*”. Depois o elemento “*Investments*” vem dar nota da necessidade de dotar os recursos humanos de competências de gestão da mudança, bem como investir na implementação de uma infraestrutura de TI integrada que permita a captura, partilha e análise de informação de saúde. O sétimo elemento refere-se a “*Incentives*”. No âmbito do VBHC, os incentivos têm um papel muito importante orientando as partes interessadas para perseguirem valor em cuidados de saúde, bem como aquisições, também segundo o princípio da criação de valor, e ainda conduz induz incentivos ao nível psicológico, ao incentivar *benchmarks* transparentes entre *peers*, que impactam a reputação do fornecedor e o reconhecimento da equipa. O penúltimo elemento refere-se à “*Learning community*” através da transparência e divulgação dos resultados obtidos, do benefício recolhido da troca de experiências entre *peers*, que por sua vez impulsiona a melhoria quer a nível individual que de equipa, como se depreende de “*This peer-to-peer comparison creates a form of “coopetition” – a mix between competition and cooperation – where team members attempt to outperform individually, but at the same time, understand that they learn faster collectively*” (Katz & Martens, 2020). Por fim, as “*External collaborations*”, fazendo notar que a implementação do VBHC conduz ao desenvolvimento de novos relacionamentos entre os diversos *stakeholders*, sejam eles prestadores, fornecedores ou pagadores, levando à constituição de alianças e parcerias, alimentando os resultados baseados em valor.

Contudo, mesmo partindo dos conceitos originais de Porter e Teisberg, ou outros desenvolvimentos teóricos, a implementação do modelo VBHC acaba seguindo cada realidade, ajustando-se às circunstâncias específicas da organização, afastando-se do processo de desenvolvimento recomendado.

Nilsson et al., (2017), efetuaram um estudo sobre a implantação do *Value Based Health Care* num Hospital Universitário na Suécia, dando conta da forma como decorreu o processo. Foi constituído um projeto piloto, com quatro equipas de diferentes departamentos clínicos e com profissionais de diversas qualificações, que foram acompanhadas ao longo de dois anos, no sentido de avaliar todo o percurso e conhecer a metodologia de implementação e as dificuldades, como foram superadas e em que ponto do projeto se encontrava o processo no final do estudo, tendo para o efeito sido realizados três momentos de entrevistas aos participantes. Durante os primeiros três meses do projeto as equipas foram apoiadas por uma equipa de externa, facto que auxiliou na direção inicial do processo, suporte e manutenção do foco das equipas na seleção e definição das medidas de resultados. Desse estudo ressaltam alguns aspetos: a) o intenso trabalho na sequência da identificação de medidas de resultados

baseados nas perspectivas do paciente e dos profissionais; b) a incapacidade de determinar a medição de custos; c) consideradas como críticas a liderança do processo a par da coordenação e cooperação com outros departamentos; d) a relevância da voz aos clientes como fator motivador; e) a falta de autonomia na decisão do líder do projeto, bem como dúvidas quanto à consistência das ações empreendidas; f) a perda do foco nas ações, na sequência do fim da colaboração da equipa externa; g) as dificuldades de cooperação entre departamentos; h) o futuro do projeto (ao fim de um ano alguns dos participantes incorporaram perfeitamente o VBHC, tal como começou a ser implementado, outros continuavam com avaliações sobre resultados, enquanto os restantes já haviam desistido).

Varela-Rodríguez et al. (2022) num outro estudo, partilham a aprendizagem recolhida num projeto de implementação de VBHC que acompanharam ao longo de quatro anos, focando grandes grupos de tópicos que consideraram mandatórios para o sucesso do projeto. Uma nota ressalta de imediato para dar conta das dificuldades e exigências a que a implementação do modelo obriga, quando referem *“To date, there are few successful, published implementations of value-based health care”*, o que parece indiciar, tal como no estudo mencionado antes, situações que podem perturbar o processo, relacionadas com mudança de cultura organizacional, liderança, resistência à mudança, motivação, falta de recursos (humanos, financeiros, sistemas e tecnologias de informação). Consideram que a implementação de qualquer projeto VBHC deve conter cinco itens principais: uma adequada qualidade dos dados, o desenvolvimento de ferramentas para registo e visualização dos dados, ser minimizado o esforço dos profissionais de saúde no registo dos dados, promoção da centralização das políticas de governação, coordenação e transparência do projeto, imperativo o envolvimento e acompanhamento da Gestão. Propõe ainda um conjunto de recomendações para a implementação de processos VBHC por cada *“Medical Condition”*, resumidamente: testar a viabilidade e complexidade do processo de entrada/registo de dados, o desenvolvimento das ferramentas de avaliação PROM’s e PREM’s, definição inequívoca da liderança e coordenação do projeto. Após elencar um conjunto de indicadores selecionados, que à época ainda se encontravam em avaliação e teste, nos domínios da qualidade do processo de implementação, qualidade do processo de gravação de dados, qualidade dos dados e acompanhamento do paciente, feedback na utilização de PROM’s e melhoria de processos, e envolvimento da gestão, apresenta o que designa por *“The 10 Lessons Learned”*, destacando: a) que a implementação do modelo VBHC não está isenta de custos, b) que o tempo consumido para decidir sobre a condição médica a considerar, é consequência do processo relacionado com os dados e adaptação das ferramentas de registo de dados para medidas de resultados, c) que a *“medical condition”* é a estrutura base para a prestação de cuidados e a medição de resultados, sendo fundamentais as competências e conhecimentos em gestão e análise de processos; d) que as avaliações realizadas pelo clínicos (CROM’s), devem ser normalizadas e de acordo com os standards internacionais, e estar sempre disponíveis; e) que a perspectiva do paciente é o ponto

nuclear do modelo VBHC, sendo primordial o sistema de informação, f) que a melhoria contínua do processo de atendimento, a par da identificação de áreas críticas de melhoria e desenvolver uma ferramenta de avaliação da experiência relatada pelos profissionais; g) que deve haver foco sobre os planos de cuidados ao doente, bem como desenvolver ferramentas de análise de dados em tempo real, para fundamentar análises informadas; h) que deve haver partilha das melhores práticas do modelo no seio de uma comunidade hospitalar a constituir com outras unidades; h) que a recomendação de que as informações, se clínicas devem ser introduzidas pelo médico responsável pela geração dos dados, se dos pacientes pelos próprios ou família quando estes forem a sua origem, evitando enviesamentos de interpretação e i) que a necessidade de acompanhamento especializado do processo, especialmente durante os primeiros 6 a 12 meses, com competências específicas em ciclo de vida de dados, qualidade e segurança, análise de processos e comunicação interpessoal. Por fim, um breve apanhado de temas chave, com ênfase na seleção de dados, no registo sistemático da informação, utilizando por princípio a fonte primária (médico, doente), ter presente que a implementação do VBHC não é “gratuita” e que devem ser considerados os custos essenciais de implementação (24).

Concluída esta fase de contexto geral, com a evolução do SNS até ao modelo atual com a disseminação dos CRI's, a caracterização do modelo VBHC e apresentação de estudos e outras publicações sobre o estado da arte do modelo, iremos avaliar de que forma este modelo pode, se for o caso, através da implementação de um projeto piloto relativo a uma situação clínica (medical condition) específica, impactar positivamente os resultados produzidos pelo CRI, acrescentando valor para os pacientes e para o Sistema como um todo.

2. Metodologia

O estudo que nos propomos realizar compõe-se de duas partes, constituindo a primeira parte um enquadramento teórico de contexto do SNS (Público), dos CRIS, através do percurso legislativo desde a sua criação à atualidade, de práticas de gestão na área da saúde e por fim uma breve caracterização do modelo VBHC, enquadramento realizado no Capítulo 1.

A segunda parte tem como objetivo obter conhecimento sobre o CRI objeto do estudo. Para isso pretendemos conhecer o seu histórico, a descrição e análise do meio ambiente, o seu enquadramento na ULS, quais as atividades desenvolvidas, a sua estrutura organizacional, a descrição dos principais processos de operações, quais as práticas de controlo de gestão e de monitorização e controlo, e uma avaliação da atividade. Esta informação pretende-se que seja obtida através de entrevistas, semi-estruturadas, sendo utilizada uma bateria de perguntas, que servirão de guião às conversas, pretendendo-se ainda algum espaço para outras perguntas relacionadas e comentários pelos profissionais a entrevistar. As entrevistas serão realizadas a profissionais de cinco grupos profissionais, Médicos (Md), Enfermeiros (Enf), Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT), Assistentes Operacionais (AO) e Secretárias da Unidade (Sec), e ainda ao Diretor e ao Enfermeiro-Chefe, e com dois objetivos principais em mente: (1) avaliar como decorreu a sua transição do modelo operacional corrente para a realidade do CRI e (2), e a sua perspetiva quanto à eventualidade de vir a ser implementado um projeto-piloto do modelo VBHC como metodologia de trabalho, sobre uma condição clínica específica. Para tal constituímos questionários para servir de guião nas entrevistas, admitindo-se a necessidade de durante a interação haver lugar a alguns esclarecimentos não só sobre a terminologia utilizada em geral como do modelo VBHC em particular.

Na primeira parte desses questionários pretende-se saber dos elementos diversos grupos se já trabalhavam no Serviço antes de criação do CRI, por que razão agora o integram e quais os fatores de motivação para o integrar, se ocorreu algum acompanhamento específico durante a fase de mudança, se têm conhecimento de elementos da estratégia do CRI como a Missão, Visão, objetivos contratualizados com a Gestão, sobre a avaliação desses objetivos, se alguma vez participaram no mapeamento de processos operacionais, se têm conhecimento do instrumento de avaliação da performance do CRI, se conhecem os indicadores utilizados, e da utilidade desse procedimento em termos da atividade global e individual. As questões a submeter ao grupo AO limitar-se-ão praticamente ao processo de mudança.

Na segunda parte o objetivo será indagar, de forma mais ou menos profunda conforme os grupos profissionais, sobre o conhecimento que detêm sobre o modelo VBHC, dos seus conceitos principais, as correspondentes ferramentas de avaliação de resultados e custos. Depois, sobre a sua motivação para abraçar nova mudança, quais as condições e recursos entendidos como necessários,

características do sistema de informação, que benefícios para os pacientes, para o CRI e para os profissionais, entre outros temas.

Feita a interpretação das respostas, ficar-se-á com uma imagem dos profissionais que constituem o CRI, em termos da sua apetência para a mudança, da disponibilidade para abraçar projetos inovadores, o conhecimento dos modelos abordados (VBHC e TDABC) e do entendimento dos benefícios que o projeto pode induzir nas diversas vertentes.

Conforme indicado, a metodologia de base previa a realização de entrevistas com os profissionais, servindo os questionários com guião das conversas, as quais, para se tornarem mais produtivas, proporcionariam a oportunidade de, resumidamente, esclarecer aspetos relativos a mapeamento de processos, ao modelo *Balanced Scorecard* e a avaliação da performance, e sobre o modelo *Value Based Health Care* e seus instrumentos de avaliação de resultados e custos. Contudo, o processo não veio a decorrer dessa forma pois foi considerado pela Gestão do CRI objeto de análise, que o tempo necessário para entrevistar cada profissional seria demasiado intrusivo na atividade dos profissionais, pelo que ficou inviabilizado este modelo. Assim, para ultrapassar este impasse, uma solução possível passaria por cada profissional responder por escrito e de forma anónima, ao questionário de suporte às entrevistas previstas com os elementos de cada grupo profissional. Contudo, essa não seria nunca a solução adequada, uma vez que a recolha de elementos deveria ser realizada através de entrevistas semi-estruturadas e não de respostas a inquéritos, além de que se perderia um dos objetivos, a interação pretendida com os entrevistados e a espontaneidade das respostas, bem como a possibilidade de trocar impressões e esclarecimentos sobre o VBHC no âmbito de um projeto de inovação.

Uma vez que a metodologia alternativa se afastava radicalmente da pretendida, entrevistas semi-estruturadas, cujos guiões, já referidos, não revestiam as características adequadas de questionários, optou-se por reorientar o objetivo inicial no sentido de propor uma metodologia de trabalho como vista à implementação do modelo VBHC tomando como ponto de partida um CRI não especificado.

3. Apresentação e análise de informação

Então, face à alteração de rumo deste trabalho, optamos por um objetivo mais concetual que consiste em fazer uma breve abordagem de alguns temas que consideramos mais relevantes num processo de mudança a que um CRI deverá ser submetido, considerando a opção da sua gestão em enveredar pela implementação de um projeto-piloto de *Value Based Health Care* (VBHC), mantendo, todavia, a sua razão de ser original.

A base do desenvolvimento deste projeto-piloto implicará a seleção de uma patologia das tratadas no CRI, que Porter e Teisberg designam de *medical condition* (Porter & Teisberg, 2006), para que passe a ser tratada segundo metodologias inovadoras. Numa analogia às estratégias de mercado de Porter, poderíamos pensar no projeto-piloto como um produto específico, diferente, dedicado a um nicho de mercado (clientes afetados pela patologia selecionada).

Contudo, para decidir sobre a oportunidade de avançar com esse projeto-piloto no CRI, é fundamental utilizar previamente um conjunto de instrumentos para avaliar se os seus profissionais reúnem as condições adequadas a um processo de mudança, e definir os passos necessários para desencadear esse processo. Vamos assim fazer uma breve abordagem a cada um deles para posteriormente apresentar uma sugestão para o processo de mudança.

Começaremos pela avaliação do contexto externo à organização, interno, análise estratégica resultante, caracterização de recursos e processo de mudança. Assim, os temas a abordar genericamente serão as Análises PESTEL, VRIO e SWOT, a SWOT Estratégica, redefinição da Missão e da Visão, Ambidestria e Cultura Organizacionais, Liderança, Motivação e finalmente o processo de Mudança.

3.1 Análise PESTEL

A análise *PESTEL* é uma ferramenta de estratégia, largamente utilizada, com a qual se pretende compreender os fatores externos que poderão vir a impactar positiva ou negativamente o projeto, segundo as dimensões Política, Económica, Social, Tecnológica, Ecológica e Legal.

No caso do sector da saúde, mudanças regulatórias (política), a necessidade de controlar custos (económica) ou tecnológicas (digitalização de processos e adoção de sistemas de custeio) podem ter impacto na forma como os serviços possam vir a ser prestados.

Sobre este tema, Siddiqui (2021) começa por transmitir que “...*Whatever your size of business PESTLE can identify threats and highlight opportunities...*”, esclarecendo ainda que “*A PEST analysis is a framework for health care organizations to analyze events and trends in four areas that commonly affect their business operations and performance, specifically: Political factors, Economic factors, Sociocultural*”, e afirmando em complemento que

“The pest analysis of health care industry provides better information about present and future change in political, economic, social, and technological factors that affect the industry. The health care industry depends on evaluating existing and impending legislation, changes in market and economy, societal changes over time and technological advancement factors, Technological factors.” (Siddiqui, 2021).

3.2 Análise VRIO

A análise VRIO - Valor (V), Raridade (R), Imitabilidade (I) e Organização (O) - é um modelo de avaliação dos recursos de uma organização e da sua capacidade para gerar vantagens competitivas sustentáveis, considerando que elas podem ser obtidas pelas diferenças internas (recursos) entre organizações que estão num mesmo segmento de negócio. Este modelo foi apresentado por Barney (1991), num artigo publicado no *Journal of Management*, sob o título *“Firm Resources and Sustained Competitive Advantage”*, onde conclui que para uma organização deter vantagens competitivas sustentáveis necessita possuir quatro atributos: “a) it must be valuable, in the sense that it exploit opportunities, and/or neutralizes threats in a firm’s environment, b) it must be rare among a firm’s current and potential competition, c) it must be imperfectly imitable, and d) there cannot be strategically equivalent but neither rare or imperfectly imitable”. Conclui que *“These attributes of firm resources can be thought of as empirical indicators of how heterogeneous and immobile a firm’s resources are and thus how useful these resources are for generating sustained competitive advantages.”*

Relativamente aos recursos, classificados em Tangíveis, que integram Físicos (tecnologias, máquinas, ferramentas, equipamentos, instalações) e Humanos (colaboradores), e Intangíveis, em que se consideram os Organizacionais (estrutura organizacional, planeamento, governance, processos).

Construindo uma matriz VRIO, nela incluindo os diversos tipos de recursos da organização, e avaliados segundo os quatro critérios, Valor (V), Raridade (R), Imitabilidade (I) e Organização (O), podem obter-se outras tantas conclusões: Desvantagem Competitiva (N, N, N, N), Competitividade equiparada (S, N, N, N), Vantagem Competitiva Temporária (S, S, N, N), Vantagem Competitiva não Utilizada (S, S, S, N), Vantagem Competitiva Sustentável (S, S, S, S). Periodicamente a Organização deverá fazer uma reavaliação desses recursos e reformular a sua estratégia, pois só conseguirá manter Vantagem Competitiva Sustentável enquanto a concorrência não tiver condição para copiar ou imitar essa estratégia.

3.3 SWOT e SWOT Estratégica

A análise SWOT, acrónimo de *Strengths, Weaknesses, Opportunities, e Threats* é um instrumento utilizado para avaliar as condições internas e externas de uma organização. Segundo Dyson (2004) a *“SWOT analysis aims to identify the strengths and weaknesses of an organisation and the opportunities and threats in the environment”*. Chopra et al. (2024) reforçando a ideia, referem que, *“A framework known as SWOT (Strength, Weakness, Opportunity, and Threat) analysis aids in determining the internal and external elements that have an impact on a certain industry or field”*.

Temos então que a matriz SWOT é uma ferramenta utilizada em planeamento estratégico, com a finalidade de identificar e registar, a partir de uma avaliação interna da organização, os Pontos Fortes (*Strengths*), as aptidões mais fortes que lhe proporcionam vantagem relativamente aos concorrentes, Pontos Fracos (*Weaknesses*), características que podem afetar negativamente a sua atividade, e com base na avaliação externa, contexto em que a organização se movimenta, as Oportunidades (*Opportunities*), forças que uma vez aproveitadas influenciam positivamente a organização e Ameaças (*Threats*), também forças externas mas de efeito contrário à anterior, e que podem causar problemas ou ...desafios. Dyson (2004) confirma-o no estudo já referido, quando afirma que *“Having identified these factors strategies are developed which may build on the strengths, eliminate the weaknesses, exploit the opportunities, or counter the threats. The strengths and weaknesses are identified by an internal appraisal of the organisation and the opportunities and threats by an external appraisal.”* Esta afirmação conduz a uma extensão da análise SWOT com a construção da designada SWOT Estratégica. Esta nova ferramenta, apresentada por Weihrich (1982), desenvolve o processo de formulação estratégica que conduz a *“four conceptually distinct alternative strategies, tactics and actions”*, que designou por *“WT Strategy (mini-mini), WO Strategy (mini-maxi), ST Strategy (maxi-mini) e SO Strategy (maxi-maxi)”*, sugerindo ações para cada uma das estratégias.

Assim, abreviadamente teremos, do cruzamento de Fraquezas e Ameaças (WT) estratégias que minimizem os pontos fracos (internos) a fim de mitigar as ameaças (externas), estratégia defensiva; para Fraquezas e Oportunidades, pretende-se minimizar as fraquezas (internas) para aproveitar as oportunidades (externas), estratégia de reforço ; de Forças e Ameaças utilizar-se-ão as forças (internas) para mitigar as ameaças (externas), estratégia confrontativa; e de Forças e Oportunidades, com recurso às forças (internas) para aproveitar as oportunidades (externas), estratégia ofensiva.

3.4 Missão, Visão

Missão, visão e valores representam os pilares estratégicos de qualquer organização. A Missão define a razão de ser da organização, o propósito fundamental que orienta todas as suas atividades, e tem a função de comunicar ao mercado o que a organização faz, para quem o faz e o valor que entrega. Se formulada de forma clara e inspiradora, definindo o propósito organizacional, será determinante,

porque irá funcionar não só como um guia interno no alinhamento dos esforços de todos os colaboradores e na orientação da gestão na tomada de decisões, mas também para o exterior, ao dar informação aos *stakeholders* sobre o papel da organização na sociedade.

No estudo *“Vision, mission, values: Guideposts to sustainability”* Mirvis et al., (2010), são apresentados os conceitos de Visão como *“the ‘What’: the picture of the future we seek to create”*, de Missão como *“the ‘Why:’ the organization’s answer to why we exist (purpose)”* e dos Valores como *“the ‘How:’ how we act to achieve our vision”*.

Num estudo sobre estas matérias efectuado na área da saúde, Rego et al. (2015), em *“The mission, vision and values in hospital management”*, pretendaram identificar os *“...contents exposed in the vision, mission and values of the hospitals in the north of Portugal”*, vêm ao encontro dos conceitos referidos quando concluem que *“The mission of a hospital represents its reason to exist, the definition of its role in the community and the inherent responsibilities, i.e., it establishes the service it provides to society”*, complementando com *“The mission statement should result from joint synergies between people, particularly in the levels of strategic, intermediate and operational management, so that their meaning is consistent and clear to everyone”*. Agregando conceitos, concluem que *“The vision associated with the mission, principles or values translates the strategy followed by the hospital as an institution. It promotes good practice via an ethical culture of quality of service, humanization and respect for the dignity of each person.”*

3.5 Ambidestria Organizacional

A ambidestria organizacional consiste na capacidade de uma organização, em cumprimento da estratégia definida, lidar simultaneamente com o presente e o futuro, encontrando o equilíbrio entre a eficiência das operações do seu dia-a-dia e a inovação, portanto preocupando-se com o futuro, para procurar explorar a mudança oriunda de oportunidades do ambiente externo, sem descuidar o presente. Isso mesmo dizem Raisch, Birkinshaw, Probst & Tushman in *Organizational Ambidexterity: Balancing Exploitation and Exploration for Sustained Performance*, quando concluem que *“...recent research describes ambidextrous organizations that are capable of simultaneously exploiting existing competencies and exploring new opportunities.”* (Raisch et al., 2009).

A base da ambidestria organizacional está na cultura da organização o que leva à necessidade da existência de um ambiente que valorize tanto a eficiência quanto a inovação. Birkinshaw & Gibson, (2004), num estudo denominado *“Building an Ambidextrous Organisation”* publicado na *MIT Sloan Management Review*, publicado em 2004 e atualizado em 30 de julho de 2024, exploraram durante três anos, em dez empresas multinacionais, o conceito de ambidestria contextual, *“...e os resultados permitiram identificar quatro comportamentos ambidestros em indivíduos: Indivíduos ambidestros tomam a iniciativa e estão alertas para oportunidades além dos limites dos seus próprios empregos”*

.... “Indivíduos ambidestros são cooperativos e buscam oportunidades para combinar os seus esforços uns com outros”, ... “Indivíduos ambidestros atuam como conectores, sempre procurando construir vínculos internos...” ... e “Indivíduos ambidestros são multitarefa e sentem-se confortáveis fazendo mais de uma coisa”. No primeiro dos dois documentos, referem um trabalho de Sumantra Ghoshal e Chris Bartlett, em que estes definem contexto como “... o conjunto frequentemente invisível de estímulos e pressões que motivam as pessoas a agir de uma determinada maneira”. A partir da combinação de quatro conjuntos de atributos e combinando-os criam duas dimensões, gestão de desempenho e apoio social, que transportados para um sistema de eixos permitem classificar quatro tipos de contexto: club de campo, alta performance, baixa performance e *burnout*. Depois de algumas considerações sobre cada um dos tipos são feitas recomendações no sentido de apontar o caminho com vista à constituição de uma organização ambidestra.

3.6 Cultura Organizacional

A cultura organizacional é o conjunto de hábitos e valores, crenças, comportamentos e normas partilhados pelos colaboradores numa organização e que influenciam a forma como trabalham e interagem, e conseguem influenciar a forma como os membros de uma organização percebem e respondem às mudanças.

O modelo *Competing Values Framework* (Cameron & Quinn, n.d.), adequado para a analisar e compreender a cultura organizacional, parte da identificação de dois eixos principais, o eixo do foco interno-externo e o eixo de foco da estabilidade-flexibilidade, formando assim quatro quadrantes que representam os diferentes tipos de cultura organizacional:

- Cultura de Clã: foco interno e flexibilidade, caracterizada por um ambiente familiar e colaborativo, focada no trabalho em equipa, na participação e desenvolvimento de pessoas, valorizando a lealdade e o compromisso de todos os colaboradores.
- Cultura Adhocrática: foco externo e flexibilidade, virada à inovação e dinamismo, valoriza a criatividade e a capacidade de adaptação rápida às mudanças do mercado e a busca por oportunidades;
- Cultura de Mercado: foco externo e estabilidade, é orientada a resultados, à competitividade e ao alcance de metas, valoriza a produtividade, o desempenho e a conquista de objetivos;
- Cultura Hierárquica: foco interno e estabilidade, com suporte em estruturas, regras e procedimentos, valoriza a eficiência, os procedimentos e a estabilidade.

3.7 Desenvolvendo o Processo de Mudança Cultural

Face à perspectiva de implementação do projeto-piloto, e essa realidade poder vir a exigir ajustes da cultura organizacional, é de todo avisado fazer uma avaliação das condições atuais e, se o resultado

não for o adequado, desencadear algumas ações de forma a alinhar a cultura existente com os objetivos e mudar para ...a cultura desejada. Essa transformação cultural pode ser impulsionada pela necessidade de alinhar a cultura existente com os objetivos estratégicos da empresa, para se adaptar a novas condições de mercado, corrigir falhas percebidas ou simplesmente promover uma atmosfera mais positiva e eficaz.

O OCAI, *Organizational Culture Assessment Instrument*, (THE, 2024), é uma ferramenta de avaliação desenvolvida por Kim S. Cameron e Robert E. Quinn, que permite diagnosticar a cultura corporativa de uma instituição, auxiliando na compreensão das principais características presentes na empresa, bem como identificar valores compartilhados pelos membros da organização. Para desenvolver um processo de mudança cultural, o próprio OCAI no seu site oficial, sugere um processo de 9 passos retirados de “*Diagnosing and Changing Organizational Culture*” de Cameron e Quinn (2011), com o objetivo de

“...to foster involvement and minimize resistance to the culture change by those affected, clarify for all concerned what the new culture emphases will be, ... generate specific action steps that can be initiated to create momentum toward culture change, identify measures and metrics to ensure accountability, and develop the leadership competencies to ensure organizational effectiveness after the change”.

3.8 Plano de Mudança Cultural para uma Organização de Saúde

No caso, uma organização da área da saúde que pretende implementar um projeto-piloto para utilizar um modelo de prestação de cuidados com uma nova tecnologia, é essencial desenvolver um plano de mudança cultural que alinhe a cultura atual com a cultura desejada, envolvendo a liderança na comunicação da visão e da nova cultura, adaptar a estrutura organizacional ao modelo de ambidestria adotado, avaliar sistema de incentivos alinhado com a cultura desejada e prever avaliação periódica da evolução do processo de mudança cultural, introduzindo eventuais ajustes.

3.9 Liderança

Um tema que justifica análise mais detalhada é a Liderança, face ao papel que se espera seja exercido na fase crítica de mudança, mas também no suporte e acompanhamento do desenvolvimento e posterior consolidação. Existem muitas teorias sobre Liderança, mas para o caso específico destacamos os modelos Situacional de Hersey-Blanchard, LMX e Abordagens Transformacional de Transacional (Carismática).

O modelo de Hersey-Blanchard pretende criar condições no sentido de o líder poder adotar um comportamento adaptado às necessidades da equipa e maturidade dos seus colaboradores, entendendo Bilhim (2024) esta como a “...capacidade e a disposição das pessoas assumirem a responsabilidade de dirigir o seu próprio comportamento” considerando a Mudança e as situações que irão ocorrer dentro da organização em todo o processo, atuando o líder com a função de facilitar o processo de desenvolvimento da equipa. Os seus autores consideram que “...*não existe um único e melhor modo de influenciar as pessoas*”, e por isso “*O estilo de liderança, que se deve adotar com os indivíduos ou grupos, depende do nível de maturidade das pessoas que o líder deseja influenciar*” (Bilhim, 2024), resultando daí 4 estilos de liderança, “arrumados” segundo dois eixos ortogonais, cotando em abcissa o comportamento de tarefa, relacionado com a “...*clarificação do trabalho dos colaboradores, preocupação com planos e prazos e exigência do cumprimento de normas...*” (Rego & Cunha, 2007), e em ordenada o comportamento de relacionamento, como sejam “...*atuação amistosa, apoio sócio-afetivo, preocupação com o bem-estar dos colaboradores...*” (Rego & e Cunha, 2007), a saber, Diretivo (Tarefa alta e relacionamento baixo), Persuasivo (tarefa alta e relacionamento alto), Participativo (relacionamento alto e tarefa baixa) e Delegativo (relacionamento baixo e tarefa baixa), correspondentes à quatro estratégias adequadas a outros tantos graus de maturidade de colaboradores, M1 a M4, estes apurados a partir de instrumentos de apoio, como sejam os questionários “Avaliação do Nível de Maturidade de Trabalho e Avaliação do Nível de Maturidade Psicológica...” (Gonçalves & Mota, 2011).

Realce para a Teoria LMX – Teoria Troca Líder-Membro, segundo a qual o “...líder estabelece, sempre, uma relação mais próxima com um pequeno grupo dos seus subordinados”, grupo que “...*recebe mais atenção do líder, é provável que receba mais privilégios, e é conhecido como o in group*”, havendo a notar que “...*os subordinados que pertencem ao in group mostram maiores taxas de realização, menos saídas e maior satisfação com o seu superior*” (Bilhim, 2024), matérias relevantes em termos de turnover.

Por sua vez, estudos desenvolvidos sobre a Teoria da Liderança Carismática, identificaram dois tipos de liderança: Transacional e Transformacional (Bilhim, 2024). O Líder Transacional aproveita interesses e necessidades dos colaboradores para, mediante a oferta de recompensas conseguir atingir os objetivos pretendidos. O Líder Transformacional, por sua vez apela à motivação e valores dos colaboradores para atingir esses mesmos objetivos.

Considerando o episódio da mudança que se pretende implementar, entendemos que durante esse processo os Modelos de Liderança Situacional e o Transformacional são os que devem ser assumidos e exercidos, conforme as circunstâncias o aconselhem.

Elemento complementar em termos da avaliação do Leader, a utilização da ferramenta OCAI, na vertente *Organizational Leadership*, a qual permite avaliar como os colaboradores percebem o líder, no presente, mas também como o prefeririam no futuro.

3.10 Motivação

Facto muito importante na implementação de projetos exigentes quanto ao envolvimento das pessoas temos o aspeto motivacional e o processo de mudança (*as is -> to be*).

Aspeto básico em todo este projeto será a motivação que irá mobilizar todos os intervenientes no processo. Neste particular entende-se adequado explorar os fundamentos da Teoria de Herzberg, melhorando os fatores higiénicos, procurando eliminar os fatores responsáveis pela insatisfação dos trabalhadores, dando ênfase aos fatores motivacionais, criando condições para a realização pessoal, evolução e reconhecimento, tendo presente que os primeiros são altamente motivadores e os segundos impactam a área da insatisfação.

No contexto que decorre, é muitas vezes referida a desmotivação dos colaboradores, questão que, dada a sua relevância na implementação do processo não pode ser desvalorizada e, como tal, necessita ser atendida. Se bem que “...*não há soluções mágicas nem de efeito imediato...a motivação requer uma abordagem consistente, na ação e no tempo, e que terá sempre de ter como ponto de partida o indivíduo e a sua automotivação*” (Rörich,, 2014). Desde logo a motivação parte da própria pessoa pois, a partir de algum momento no processo se ela não quiser envolver-se, independentemente de todo o contexto motivacional que seja criado não haverá simplesmente participação, podendo *adotar* um comportamento *neglect*, o que aliado a um comportamento de commitment de continuidade, acaba sendo contraproducente no seio da Equipa.

3.11 EVLN e Commitment

No seu trabalho “*Exit, Voice, Loyalty and Neglect, as Responses to Job Dissatisfaction: A Multidimensional Scaling Study*”, sobre a relação entre satisfação/insatisfação no trabalho e o comportamento dos trabalhadores, (Farrell, 1983), citando outros autores, escreveu sobre a satisfação no trabalho e comportamentos como turnover, baixo commitment, absentismo, pedidos de transferência, entre outros. Destaca os avanços que Albert Hirschman deu ao tema, quando este reconheceu e caracterizou as várias opções de resposta à insatisfação, tendo-as identificado como Exit, Voice e Loyalty. Esta terminologia veio posteriormente a ser complementada com o termo *Neglect* (Rusbult & Zembrodt, 1983) completando assim o modelo. O termo *Exit* resulta do abandono voluntário da organização pelo colaborador, enquanto *Voice* corresponde a uma tentativa deste para alterar a situação de insatisfação, em alternativa ao mero abandono. A alternativa *Loyalty* corresponde a uma reação nem de saída nem de protesto, mas apenas da manutenção na organização, na expectativa

de que a situação há de mudar para melhor e se resolva, enquanto *Neglect* corresponde a um comportamento desatento e desinteressado ao que se passa, com ausência de envolvimento positivo, podendo integrar “...lentidão, absentismo, erros, abandono temporário, falta de atenção...” (Bilhim, 2024)

Por sua vez Farrell (1983) ao “arrumar” estes comportamentos segundo um sistema de dois eixos ortogonais, construindo o Modelo com o seu nome, também designado EVLN, apresenta a seguinte caracterização: Respostas (ativas, passivas) x Comportamentos (construtivo, destrutivo), da seguinte forma: *Exit* – destrutivo x ativo, *Voice* – construtivo x ativo, *Loyalty* – construtivo x passivo e *Neglect* – destrutivo x passivo.

Estes aspetos da satisfação ou insatisfação dos colaboradores nas organizações devem ser objeto de avaliação para que se percebam as causas e possibilitar o estudo e desenvolvimento de ações que permitam ultrapassar os aspetos negativos de forma a formar uma Equipa que, de forma positiva, interessada e comprometida, esteja alinhada com os objetivos estratégicos e processo de mudança estabelecidos.

Para além das conclusões obtidas com o modelo EVLN, interessa ir mais além e averiguar o tipo de relação que os colaboradores estabelecem com a organização, sabendo-se que este vínculo psicológico também tem impacto no comportamento e na eventual decisão de abandono da organização. Assim, é também relevante a avaliação do compromisso organizacional (Commitment), segundo as suas três dimensões – afetiva (o quanto o colaborador quer permanecer na organização), normativa (o quanto o colaborador sente que tem de permanecer na organização) e continuidade (o quanto o colaborador precisa permanecer na organização).

O quanto o colaborador aprecia o seu trabalho, o apoio recebido da gestão e a forma como ele é feito, a ausência de precariedade são alguns dos fatores que influenciam o compromisso organizacional.

Por sua vez os colaboradores sentem a importância do seu desempenho para os objetivos da organização, e isso por sua vez gera motivação e consequentemente mais compromisso, impacto na produtividade, na redução do absentismo, mais espírito de equipa, e por tudo isso também podem ser considerados promotores da organização (avaliável através do índice NPS).

3.12 Custos

Como referido anteriormente o DL192/2015, de 11 de setembro de 2015, que inclui a NCP27, vem estabelecer que as Unidades de saúde deverão utilizar como método de custeio o ABC (*Activity Based Costing*). O modelo VBHC preconiza para determinação dos custos do processo a utilização do método TDABC (*Time Driven Activity Based Costing*).

Robert Kaplan & Steven Anderson propuseram uma evolução do método ABC para uma versão mais direcionada pelo tempo, que teve um desenvolvimento inicial em 1997 (Steve Anderson) e implementação bem-sucedida, quando afirmam que *“En 2006, le modèle avait été implanté avec succès dans plus de deux cents entreprises, avec de nombreuses applications dans des entreprises moyennes, mais aussi de la liste Fortune 1000.”* (Kaplan & Anderson, 2008)

Nessa obra os autores indicam três razões que explicaram a resistência havida à implementação do ABC e conduziram a esta evolução:

“...les systèmes ABC étaient coûteux à mettre en place, d’un fonctionnement complexe et difficile à modifier”, “Était également contestée la justesse des allocations de coûts faites sur la base d’estimations subjectives des employés quant au pourcentage du temps qu’ils consacraient aux diverses activités”

e *“...l’erreur de mesure résultant d’éventuels trous de mémoire sur l’utilisation de leur temps, les employéspouvaient fausser ou déformer leurs réponses”* pois *“...lorsque les employés estiment le temps qu’ils ont consacré à la liste d’activités qui leur est soumise, ils indiquent invariablement des pourcentages qui représentent un total de 100%”*. (Kaplan & Anderson, 2008). Os mesmos autores, citados por Ferreira et al. (2014), afirmam *“...many companies abandoned ABC because it did not capture the complexity of their operations, took too long to implement, and was too expensive to build and maintain”*. Contudo, Kaplan & Anderson (2008) afirmam que *“Pour certaines ressources, toutefois,...la capacité se mesure dans d’autres unités”*, sejam quilos, metros cúbicos, documentos trabalhados, ou atividades específicas. Segundo Cruz et al. (2023). Ainda segundo os mesmos autores

“o fator chave da metodologia TDABC é a estimação do tempo indispensável à realização de cada tarefa ou actividade, sendo que para fazer a alocação do custo dos recursos aos objetos de custeio, é apenas necessário calcular, em primeiro lugar o custo desses recursos e, em segundo lugar, estimar o tempo necessário requerido para executar uma unidade de transação de cada actividade”.

Os dados relativos às estimativas de tempo podem ser obtidos por pesquisa documental, observação direta das operações ou por entrevistas aos operadores.

A implementação do modelo TDABC, segundo Kaplan & Anderson (2008), deve desenrolar-se numa sequência de quatro passos que designaram por *“Préparation”, “Analyse”, “Modèle pilote”* e *“Déploiement”*. Por sua vez o processo de implementação operacional, segundo Cruz et al. (2023) citando Ready et al. (2012) e Everaert et al (2008), é constituído por seis etapas,

“1. Identificação dos processos da empresa...”, “2. Estimativa dos tempos...e definição das equações de tempo...”, 3. Identificação de recursos...e cálculo do respetivo custo”, “4. Cálculo da capacidade prática...”, “5. Apuramento do custo por unidade de tempo...”, “6. Atribuição dos gastos aos objectos de custeio”.

Para o cálculo da capacidade prática, Kaplan & Anderson (2008) explicam que

“Il suffit de calculer combien de jours par mois, en moyenne, les employés et les machines travaillent et combien d’heures ou de minutes ils sont disponibles pour exécuter effectivement le travail, déduction faite des pauses normales, du temps de formation, des réunions, de l’entretien et d’autres causes d’indisponibilité ou d’immobilisation”.

Em alternativa pode adotar-se no cálculo da capacidade prática uma percentagem de 80% - 85% e, complementarmente, caso se verifiquem condições para tal, a confirmação do valor de ociosidade do sistema com recurso à teoria das filas (determinação da probabilidade de existirem zero pessoas na fila).

Relevante também o sistema de agendamento, para inscrição dos pacientes e agendamento das consultas na gestão de tempos, como refere Bailey (1954) na sua publicação *“Queueing For Medical Care”*, *“...We must now turn to the problem of trying to reduce, so far as possible, the time outpatients have to wait in the outpatient department itself, without at the same time inflicting undue periods of waiting on the consultant”*. Também Brahim e Worthington publicaram sobre esta matéria, com o desenvolvimento de modelos *“...for multiserver queues with time-dependent arrival rate a discrete service time distribution”, acrescentando que “In these models, arrival can be according to quite wide-ranging arrival patterns, including Poisson arrival processes and scheduled arrivals”* (Brahimi & Worthington, 1991). O problema resulta da necessidade de controlar os tempos de espera dos pacientes, estabelecer um tempo de espera aceitável, independentemente dos estabelecidos pelas normas vigentes, bem como minimizar os tempos de ociosidade.

Tendo presente o facto de os recursos serem finitos e a necessidade de prestar serviço com qualidade (mais tarde a ser avaliado pelos PREM’s), segundo B. Chase & J. Aquilano, (1997), há que *“...pesar o custo acrescentado para oferecer serviço mais rápido... contra o custo da espera”* (ou seja, contabilizar o custo da disponibilidade do serviço (considerando os objetivos traçados) vs o custo para o paciente (tempo de espera, ausência de produção, deslocações...). Assim, o objetivo da análise das filas de espera será tentar conseguir algum equilíbrio entre *“...graus aceitáveis (mínimos) de capacidade de serviços e em custos do tempo de espera dos clientes”*.

Da revisão de literatura efetuada por C. & Appa Iyer (2013) realçamos os temas sobre *“Patient Scheduling”*, sobre agendamentos, e *“Appointment Systems”* tratando temas do âmbito de *“...control patient’s waiting times...in which the estimated patient flow corresponds to the available resources.”* Sobre este tema ressaltamos num trabalho de Bailey (1954),

“...a) appointment interval e b) consultant arrival time, as two variables that determine the efficiency of an appointment system. In order to find a balance between patient waiting time and consultant idle times, the first step is to determine the relative values of patient time and consultant time”.

Em *“Queueing Models for Outpatient Appointment Systems – a Case Study”*, Brahim & Worthington (1991), relativamente a modelos que desenvolveram, explicam

“Thus the out-patient clinic problem was formulated as a time-dependent queueing system, with the arrival process given by the appointment system, one server which was the doctor, and the service time distribution to be fitted to sample data on consultation times”.

Hillier & Lieberman, (2001) *transmitem idêntica preocupação quando elaboram sobre as filas de espera afirmando que*

“Proporcionar demasiada capacidad de servicio para operar el sistema implica costos excesivos; pero al no contar con suficiente capacidad de servicio la espera es excesiva con todas sus desafortunadas consecuencias. Los modelos permiten encontrar un balance adecuado entre el costo de servicio y la cantidad de espera.”

B. Chase & J. Aquilano, (1997), assim, podemos concluir que *“O objetivo final da análise das filas de espera é conseguir graus aceitáveis (mínimos) de capacidade de serviços e em custos do tempo de espera dos clientes.”* tendo como pano de fundo que *“Long waiting times in health centers can lead to increase the severity of disease and cause socio-economic costs”* (Bahadori et al., 2014).

3.13 Análise de desvios

Em termos do controle orçamental, e uma vez estabelecida a fórmula de cálculo dos custos segundo o modelo TDABC, tendo em atenção os pressupostos operacionais estabelecidos (cadeia de valor, proveitos e custos), será possível, de acordo com a periodicidade considerada útil, realizar uma análise de desvios, através da qual poderá ser determinada a variação do valor real face à estimativa inicial, explicando-o através dos diversos desvios parciais. Essa análise permitirá perceber as causas dos desvios, rever o processo de estimação, por via de informação mais precisa sobre cada uma das tarefas

envolvidas no modelo, e decidir quanto e eventuais ações corretivas. Vantagem adicional, voltar a envolver os colaboradores que contribuíram para a versão inicial da aplicação do TDABC, através da criação do pathway, CDVC e fórmula de cálculo dos custos, no sentido de rever todo o processo, sendo que este exercício além de revelar transparência de processos vem contribuir para reforçar a motivação, a coesão da equipa e o comprometimento com a organização.

4. Implementação

4.1 Mudança

A implementação do projeto envolve um conjunto de passos, encadeados, com vista a obter resultados organizacionais de sucesso, garantindo uma transição suave para alcançar os objetivos traçados.

O modelo de Kotter, publicado originalmente em 1995 (Kotter, 2007b), descreve o que designou por oito etapas para liderar mudanças, *“Eight Steps to Transforming your Organization”*, constituindo um guia prático para evitar resistências e promover aceitação. Nele, é alertado para que *“The most general lesson to be learned from the more successful cases is that the change process goes through a series of phases that, in total, usually require a considerable length of time”*, bem como para o facto de que *“Skipping steps creates only the illusion of speed and never produces a satisfying result. A second very general lesson is that critical mistakes in any of the phases can have a devastating impact, slowing momentum and negating hard-won gains”*. (Change through Persuasion, n.d.)

Contudo, dado o caso concreto que estamos a trabalhar tratar-se de um tema na área da saúde, propomos seguir o modelo *“Change Management in Action”* do HLSP Institute (Gittins & Standish, 2010). Este documento representa como que um guia, estruturado, que orienta uma organização na implementação da mudança, com destaque para o setor da saúde, onde a gestão de mudança é muito exigente e desafiadora devido à complexidade e aos intervenientes e interessados no processo.

Este modelo, segundo Martins & Carvalho (2012) também referido como um “roadmap”, foi desenvolvido com base na experiência do HLSP no apoio a indivíduos e organizações em vários países, incluindo Nigéria e Rússia, e é dividido em cinco secções que abordam diferentes aspetos da gestão de mudanças:

- *The Why* (Porquê?): este é o ponto de partida para o esclarecimento sobre a razão da mudança, estabelecendo o senso de urgência e ligando as pessoas a um propósito maior. Neste ponto o foco é responder à pergunta: *“Por que a mudança é necessária agora?”*
- *The What* (O quê?): nesta fase pretende-se definir o que será mudado. Isso inclui os objetivos específicos, os resultados esperados, os benefícios para a organização e para os *stakeholders*, pretendendo-se alinhar as partes interessadas em torno de metas concretas, identificando as áreas específicas que precisam de mudanças.

- *The Who* (Quem?): esta é a fase em que se identificam pessoas ou grupos responsáveis pela implementação, quem será impactado pela mudança e o papel de cada um no processo.
- *The How* (Como mudar?): aqui é o ponto de detalhar métodos, ferramentas e estratégias para implementar a mudança, incluindo o planejamento, os recursos necessários e as abordagens para superar barreiras e resistências.
- *The What If* (E se?): finalmente prepara-se a organização para cenários de risco e incerteza, procurando antecipar possíveis desafios e criar planos de contingência para lidar com eles.

Este modelo é especialmente útil para gestores e clínicos que desejam melhorar seus serviços de saúde localmente, oferecendo uma abordagem estruturada e prática para a gestão de mudanças.

4.2 O Processo de Mudança

Sugerimos agora a proposta de desenvolvimento de mudança segundo o modelo "Change Management in Action" do HLSP Institute (Gittins & Standish, 2010).

4.2.1 "The Why" - 1.ª Fase

Este é o primeiro passo do modelo e pretende expor as razões externas e internas que sustentam a iniciativa, a necessidade de mudança, utilizando para isso algumas ferramentas analíticas.

Começamos pela análise PESTEL, a fim de compreender os fatores externos que afetam ou podem afetar o CRI.

4.2.1.1 ANÁLISE PESTEL

A partir da avaliação realizada ao contexto efetuou-se a Matriz, que se encontra nos Anexos (Anexo A), sobre a qual se fazem algumas observações:

- **Política:** Um CRI possui uma relativa autonomia, o que lhe permite uma gestão focada em resultados e na eficiência. Essa autonomia, no entanto, encontra-se regida por políticas de incentivo à produtividade e controle de custos, pelo que o CRI terá de adaptar-se às mudanças nas políticas públicas sempre que ocorrem;
- **Económica:** A sustentabilidade financeira do CRI depende da sua performance, nos termos contratualizados, o que cria incentivos à eficiência e inovação. Nessa dependência de recursos significa que o CRI está sujeito a limitações orçamentais e pressões de contenção de custos, afetando a sua capacidade de ampliação da atividade ou mesmo investir em novas tecnologias.
- **Social:** A procura por serviços especializados, tal como os disponibilizados pelo CRI, configura um desafio no sentido de proporcionar uma adequada gestão, alta qualidade no atendimento e personalização dos serviços de saúde que disponibiliza.

- **Tecnológica:** A integração de sistemas de TI e equipamentos médicos avançados é uma prioridade, tanto pela necessidade de eficiência administrativa quanto pelo alinhamento com as orientações relativamente à transformação digital, adaptação tecnológica essencial, pese embora as restrições de financiamento para aquisição e manutenção.
- **Ecológica (ambiental):** As diretrizes de sustentabilidade levam o CRI a implementar práticas de gestão ambiental, no que refere à gestão de resíduos hospitalares e ao consumo energético, práticas alinhadas com as metas ambientais nacionais.
- **Legal:** O CRI precisa garantir que os seus serviços atendem padrões de qualidade e segurança, assegurando credibilidade e conformidade regulatória, a que acresce a necessidade de cumprir rigorosamente o RGPD no que se refere à proteção dos dados dos doentes.

4.2.1.2 Análise VRIO do CRI

Num segundo momento passa-se à avaliação dos recursos do CRI, no sentido de encontrar vantagens competitivas de longo prazo, recorrendo à análise VRIO, cuja matriz se encontra nos anexos (Anexo B).

Da análise a ser realizada poder-se-ão obter conclusões do tipo:

- **Vantagens Competitivas de Longo Prazo** - a experiência das equipas médicas e de enfermagem no CRI representa uma vantagem duradoura, pois são recursos difíceis de imitar e valiosos para a qualidade do atendimento, e uma vez alinhadas com o objetivo de implementar o VBHC poderão fortalecer a posição do CRI.
- **Vantagens Competitivas Temporárias** – uma equipa experiente em exames complementares de diagnóstico e terapêutica confere uma vantagem temporária ao CRI, pois, embora seja rara e valiosa, replicá-la não será assim tão difícil, pelo que a retenção de talentos e a atualização de conhecimento serão importantes para manter essa vantagem.
- **Áreas de Melhoria** - atividades de investigação e cultura focada no paciente são recursos com potencial competitivo, a implementar. A eventual falta de preparação organizacional para aproveitar esses recursos poderá impedir o CRI de maximizar o seu impacto. Uma cultura voltada para o paciente é essencial para o sucesso da iniciativa VBHC e deve ser promovida com ações de comunicação e formação específicas. Já as atividades de investigação devem ser fortalecidas com recursos adequados e pessoal dedicado.
- **Conclusão** - uma análise VRIO deverá revelar em que áreas o CRI apresenta vantagens e em quais necessitará reforçar a sua preparação organizacional para maximizar recursos que se tornem valiosos e raros, especialmente tendo como objetivo a implementação de VBHC

4.2.1.3 SWOT

A análise SWOT destaca os pontos críticos para a estratégia do CRI em implementar um projeto de VBHC (Anexo C). As forças, como a experiência da equipa e a cultura colaborativa, sustentam a capacidade do CRI em oferecer cuidados de qualidade, mas o sucesso do projeto-piloto dependerá de superar as suas fraquezas, especialmente em formação e adaptação de infraestrutura.

Oportunidades de apoio governamental e a digitalização podem ser fatores decisivos no alcance do sucesso do VBHC e na mitigação das ameaças de restrição orçamentária e resistência cultural. Essa análise poderá apontar para a necessidade de ações estratégicas voltadas para o fortalecimento das capacidades de inovação e a adoção de tecnologias de suporte ao modelo VBHC.

4.2.1.4 Matriz cruzamento SWOT x PESTEL

Esta matriz de ações, apresentará as estratégias de curto e longo prazo que combinam as forças do CRI com as oportunidades e abordam fraquezas e ameaças à implementação do VBHC e TDABC (Anexo D). As propostas de ação devem aproveitar um contexto governamental favorável e o apoio à digitalização, integrando o modelo VBHC com abordagens como capacitação contínua, investimento em infraestrutura, parcerias e promoção de resultados para diferenciar o CRI num ambiente competitivo e garantir o sucesso do projeto-piloto.

4.2.1.5 Missão

Apresenta-se uma sugestão para frase de missão "Prestar cuidados de saúde integrados, centrados no valor para o paciente, promovendo a excelência clínica, eficiência operacional e inovação, contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde e para o bem-estar da comunidade."

Tomando como real esta proposta para frase de missão do CRI, dela poderíamos retirar três elementos fundamentais:

- a centralidade no paciente, inspirada nos princípios do VBHC ao enfatizar a entrega de cuidados que geram valor para o paciente, alinhamento com a missão de qualquer hospital do SNS, prioridade ao acesso universal e à qualidade dos cuidados de saúde;
- a eficiência operacional, ao reforçar a necessidade de gerir recursos de forma sustentável, garantindo que os custos estão alinhados com os resultados obtidos, o que representa uma prioridade para o SNS;
- a inovação, pois ao destacar o compromisso com modelos inovadores, o CRI posiciona-se como motor de transformação dentro do hospital em que se integra, e do sistema de saúde, alinhando-se com ambição do SNS de modernização e resposta aos desafios financeiros.

4.2.1.6 Visão

Tal como para a Missão sugere-se também uma frase, que se pretende inspiradora: "Ser referência nacional em cuidados baseados em valor, liderando a implementação de modelos *VBHC* e *TDABC* na (sua) especialidade, promovendo resultados de saúde superiores e contribuindo para a modernização e transformação do SNS".

Com esta proposta, o CRI poderá aspirar a:

- ser uma referência nacional, estabelecendo um modelo que pode ser replicado noutras unidades do SNS, contribuindo pelo exemplo e experiência para a implementação de boas práticas;
- obter resultados de saúde superiores, tangíveis e mensuráveis, como sejam a satisfação dos pacientes, e redução de tempo de espera e a eficiência nos processos;
- Transformar o modelo de gestão, reformulando o modelo de custeio com a implementação do *TDABC*, com o objetivo de garantir transparência e contribuir para a sustentabilidade do SNS.

4.2.2 "The What" - 2.ª Fase

Esta dimensão no contexto do CRI exige a realização de uma avaliação com algum detalhe, considerando algumas dimensões como sejam: a Ambidestria Organizacional, a Cultura Organizacional, a Liderança, o *Commitment* e a Motivação. Esta análise parte do cenário atual ("*As is*"), vislumbrando o cenário desejado ("*To be*") e delineando as ações necessárias para alcançar este estado.

4.2.2.1 Ambidestria

No que se refere à Ambidestria Organizacional, admite-se genericamente que o CRI esteja focado na exploração de práticas correntes, consolidadas, voltadas principalmente à gestão clínica diária, com nula integração de abordagens inovadoras como o *VBHC* (*Value-Based Health Care*) ou o *TDABC* (*Time-Driven Activity-Based Costing*), o que limita a sua capacidade de adaptação e de resposta às exigências de um ambiente que se pretende de transformação. Assim, para o futuro, o objetivo poderá ser a construção de um modelo de ambidestria, em que seja viável o CRI conseguir explorar novas práticas (*exploration*) e simultaneamente operar com excelência nos processos atuais (*exploitation*).

A partir do diagnóstico da ambidestria organizacional, haverá que tomar uma decisão e decidir por uma de três vias: desenvolvê-la e aplica-la, seja recorrendo à denominada Ambidestria Estrutural, afinal a constituição de duas equipas a funcionar em simultâneo, uma dedicada às atividades operacionais e outra às atividades relacionadas com a inovação, seja com a Ambidestria Cíclica, com os profissionais a atuar em momentos diferentes nas duas frentes, ou com recurso à Ambidestria Simultânea em que na realidade não há divisão de foco da equipa nas atividades (*exploitation* e *exploration*).

4.2.2.2 Cultura Organizacional

Em relação à Cultura Organizacional, o CRI apresenta decerto foco nos resultados clínicos imediatos, em detrimento da entrega de valor ao paciente ou de avaliação de custos. Uma estrutura hierárquica rígida e baixa colaboração interdisciplinar dificulta a transformação cultural necessária. Contudo, no futuro, a cultura organizacional do CRI deve ser centrada no paciente e no valor entregue, promovendo transparência, colaboração e melhoria contínua. Para isso, é essencial realizar um levantamento da cultura existente, com recurso ao modelo *Competing Values Framework* (Cameron & Quinn, 2011), seguido de *workshops* de alinhamento cultural e revisão das práticas organizacionais. A aplicação da ferramenta *OCAI* (*Organizational Culture Assessment Instrument*) ajudará a identificar áreas de intervenção, garantindo que os valores institucionais sejam alinhados com os objetivos estratégicos.

4.2.2.3 Liderança

Quanto à Liderança, caracterizar-se-á por uma abordagem predominantemente transacional, priorizando o cumprimento de metas clínicas e a manutenção de padrões, sem grande ênfase na mobilização das equipas para a inovação. Num cenário com vista à implementação do projeto-piloto de VBHC, a liderança deverá passar por ações formativas com o objetivo de desenvolver características transformacionais, apoiante activa do projeto e capaz de mobilizar todos os profissionais da equipa no apoio ao projeto e à promoção da inovação.

4.2.2.4 Commitment

No que se refere a *Commitment*, presumivelmente o comprometimento atual estará limitado à execução funcional, sem grande envolvimento emocional com mudanças estratégicas, consequentemente a novas práticas. J. P. Meyer e N. J. Allen apresentam em 1991 o modelo “*Three-Component Model of Organizational Commitment*”, (Meyer & Allen, 1991) e mais tarde, apresentam o estudo “*Commitment to Organizations and Occupations: Extension and Test of a Three-Component Conceptualization*” (Meyer et al., 1993) onde são destacados três tópicos distintos na caracterização de *commitment*: “...*commitment as an affective attachment to the organization, commitment as a perceived cost associated with leaving the organization, and commitment as an obligation to remain in the organization*” e “*They referred to these three forms of commitment as affective, continuance and normative commitment, respectively*”, concluindo ainda que “...*Employees with a strong affective commitment remain with the organization because they want to, those with a strong continuance commitment remain because they need to, and those with a strong normative commitment remain because they feel ought to do so*”. Concluem por fim que “...*not all forms of commitment are alike and that organizations concerned with keeping employee by strengthening their commitment should*

carefully consider the nature of the commitment they instill". Assim, a fim de encontrar o melhor compromisso e envolvimento, deverão ser desencadeadas ações que incentivem ao envolvimento dos profissionais nas várias etapas do projeto e ao reconhecimento do esforço da equipa, tais como a prática permanente de feedbacks, o estabelecimento de metas individuais e organizacionais, avaliação do clima organizacional, comunicação clara e objetiva, trabalhar a cultura organizacional e promoção do equilíbrio pessoal e profissional.

4.2.2.5 Motivação

Por fim, no aspeto da Motivação. É expectável o peso da motivação extrínseca, função da necessidade de alcançar metas institucionais e financeiras, com baixo reconhecimento individual e poucas oportunidades de desenvolvimento. A transformação desse cenário passa pela promoção da motivação intrínseca, alinhando os objetivos individuais aos organizacionais, através de programas de desenvolvimento pessoal, formação e incentivo a práticas inovadoras e promoção de feedback contínuo.

4.2.3 The Who – 3.ª Fase

A dimensão "*The Who*" desempenha um papel central no sucesso do projeto, pois é nesta fase que é feito o mapeamento das partes interessadas (*stakeholders*) e das suas dinâmicas no contexto organizacional, identificando pessoas ou grupos responsáveis pela implementação, quem será impactado pela mudança e o papel de cada um no processo. No caso do projeto-piloto de VBHC no CRI, compreender quem são os *stakeholders*, o seu nível de poder e interesse, e a sua posição em relação ao projeto é essencial para planear quais as ações mais eficazes, tendo presente que uma correta gestão dessas relações no âmbito do projeto é determinante para ultrapassar resistências e maximizar o impacto positivo do projeto.

4.2.3.1 Matriz de Stakeholders

A Matriz de *Stakeholders* (Anexo E) proporciona uma visão global sobre as partes interessadas envolvidas no projeto-piloto de VBHC, identificando os indivíduos, grupos e departamentos que podem impactar ou ser impactados pela iniciativa, desde diretores e profissionais de saúde até à própria comunidade local. Feita essa identificação, é possível segmentar os *stakeholders* em categorias claras, o que simplifica o planeamento de ações com vista ao envolvimento positivo daqueles, etapa crucial para garantir que nenhum grupo relevante seja negligenciado, especialmente num projeto inovador como é este projeto-piloto de VBHC, que tem fortes dependências de mudanças comportamentais, culturais e organizacionais, constatando-se desde logo que o projeto-piloto envolve um conjunto diverso de *stakeholders*, com diferentes níveis de influência e interesses. Como por exemplo o CA, o

Diretor Clínico e os pacientes envolvidos, poderão conferir suporte ao modelo VBHC, outros, como o diretor financeiro e parte dos profissionais de saúde, poderão necessitar ser trabalhados para que as resistências sejam transformadas em apoio ativo, permitindo ainda prever desafios e alinhar expectativas.

4.2.3.2 Matriz Poder/Nível de suporte

A Matriz de *Stakeholders* complementa a matriz Poder/Suporte (Anexo F), apresentando uma análise da posição atual de cada *stakeholder (as is)*, os motivos para tal posicionamento e as estratégias necessárias para movê-los em direção à posição desejada (*to be*). Esse nível de detalhe é essencial para compreender as dinâmicas subjacentes e identificar abordagens específicas para cada grupo, que passarão por sessões informativas para a consciencialização do projeto até formação e treino especializados para capacitação técnica.

Esta Matriz Poder/Nível de suporte (Anexo F) confirma que os grupos de maior influência não são homogêneos quanto ao seu suporte ao projeto. Apesar de alguns *stakeholders* com alto poder já serem favoráveis, outros, com influência significativa, podem apresentar resistência ao projeto devido, por exemplo, a preocupações com os custos. Por outro lado, *stakeholders* com baixo poder apresentam pouco impacto no curto prazo, mas podem ser envolvidos e dar uma contribuição de suporte no longo prazo. Esta análise tem como função orientar a gestão na atribuição de recursos e esforços, de forma a contribuir para a maximização do impacto da iniciativa.

Face à abrangência considerada, fica demonstrada nesta tabela a complexidade da gestão de *stakeholders* num projeto-piloto como o VBHC. Cada grupo apresenta preocupações e prioridades distintas que requerem abordagens específicas, as quais poderão ir da demonstração do impacto financeiro, para o diretor financeiro, até ao suporte técnico, para os profissionais de saúde. Considerar um plano de ação detalhado para cada parte interessada reforça o alinhamento estratégico desta fase "*The Who*" com as demais dimensões do projeto, garantindo coerência e clareza no processo de implementação. Com as ações delineadas, o projeto pode ultrapassar as resistências iniciais e criar um ambiente mais recetivo e colaborativo, alinhando os *stakeholders* com a visão e os objetivos do modelo VBH, preparando o terreno para mudanças sustentáveis e transformando potenciais barreiras em alavancas para o sucesso do projeto e da organização.

4.2.4 The How - 4.ª fase

No contexto da implementação do projeto-piloto de VBHC no CRI, a dimensão "*The How*" é essencial para traduzir a visão estratégica em ações concretas para operacionalizar os objetivos traçados nas dimensões anteriores, determinando como as mudanças serão efetivamente conduzidas. Deve optar-se por uma abordagem estruturada, compreendendo um Mapa de Planeamento e uma Matriz de

Responsabilidades (MR), elementos que permitem que todas as partes envolvidas saibam o que deve ser feito, quem deve fazer o quê, como o progresso será monitorado e ajustado ao longo do tempo.

4.2.4.1 Mapa de Planeamento

O Mapa de Planeamento (Anexo H) é uma ferramenta indispensável para garantir a execução coordenada e eficiente da implementação do projeto, proporcionando uma visão geral das etapas principais para a implementação do projeto-piloto, que, como mero exemplo, estruturamos em seis fases principais: definição inicial, capacitação e desenvolvimento da equipa, mapeamento e testes-piloto, implementação do projeto-piloto, monitorização e ajustes e conclusão. Cada fase conterá atividades específicas e interdependentes, que devem alinhar os recursos disponíveis com os objetivos estratégicos do projeto.

4.2.4.2 Matriz de Responsabilidades

A Matriz de Responsabilidades (Anexo I) é desenvolvida com o objetivo de atribuir, de forma clara, os papéis e responsabilidades das diferentes partes envolvidas no projeto, atribuindo-se a cada uma a respetiva função nas diversas tarefas que integram a implementação do projeto: quem é Responsável por executar (R), quem é Aprovador (A), quem deve ser Consultado (C) e quem deve ser Informado (I). A utilização desta matriz permite evitar ambiguidades e sobreposição de funções, promove uma colaboração eficiente e reduz conflitos, garantindo que todos os envolvidos entendem claramente as suas funções no projeto e a interdependência com os demais, aumenta a coesão da equipe e a sua capacidade de responder a desafios.

Concluindo, é nesta fase, "*The How*", que é fornecida a base operacional para transformar em realidade a visão sobre o projeto-piloto de VBHC, através do cronograma detalhado, complementado pela Matriz de Responsabilidades, garantindo condições para a implementação do modelo VBHC no CRI seja bem-sucedida.

4.2.5 The What if - 5.ª Fase

A dimensão "*The If*" no modelo "*The Five Wonders of Change*" deve focar-se na análise de riscos e incertezas que podem impactar de forma positiva (oportunidades) ou negativa (ameaças) o sucesso de um projeto. Como qualquer processo de mudança está sujeito a variáveis imprevisíveis que podem influenciar as etapas planeadas, a execução e os resultados, uma avaliação dos riscos (Anexo G) de forma proativa permite à organização planejar respostas efetivas e aumentar a resiliência do projeto.

No caso da implementação do projeto-piloto de VBHC no CRI, a análise de riscos e impactos irá identificar potenciais ameaças ou oportunidades em diferentes áreas, como na gestão, na tecnologia, com as pessoas, nos processos e contexto externo, que levem ao desenvolvimento de planos de ação

eficazes, que minimizem as incertezas e maximizem as oportunidades, para permitir ao projeto-piloto atingir os seus objetivos de maneira eficaz e sustentável.

Relativamente a riscos, alguns exemplos:

- Planeamento e Preparação - Atrasos na aprovação de recursos financeiros

A fase inicial do projeto deverá enfrentar um risco elevado devido à dependência de decisões institucionais para a libertação de recursos, as quais apresentam um impacto classificado como máximo, sendo que atrasos nesse ponto podem comprometer todas as etapas subsequentes, particularmente o desenvolvimento de SI com vista à utilização do *TDABC*. A solução preventiva proposta – envolver a administração com argumentos sólidos e planos detalhados – reforça a importância de realizar um planeamento robusto e a importância do alinhamento estratégico entre gestores e o projeto.

- Formação em *VBHC* e *TDABC* - Resistência à participação nas formações

Se ocorrer resistência de alguns dos profissionais de saúde à formação isso representará uma ameaça moderada, com seu impacto significativo e a falta de envolvimento irá afetar diretamente a adoção do modelo. A mitigação através de sessões divulgação introdutórias que evidenciem os benefícios práticos dessa formação será uma estratégia adequada.

- Avaliação Inicial - Baixa adesão aos questionários iniciais

Os questionários iniciais de avaliação, quer da organização quer dos profissionais, são fundamentais para identificar gaps e alinhar e ajustar a formação, evitando o risco de adesão reduzida, causado pela sobrecarga de temas ou falta de clareza. Exige-se a mitigação através de soluções preventivas, como questionários acessíveis e uma comunicação clara, fortalecendo adicionalmente o envolvimento e promovendo a adesão dos profissionais à coleta de dados, mediante ações de acompanhamento e esclarecimento.

- Revisão de Processos - Resistência de líderes de áreas

A resistência a mudanças nos processos operacionais representa um risco crítico. Com impacto alto (4), a falta de alinhamento pode atrasar a transição para o modelo *VBHC*, pelo que a estratégia de incluir as lideranças no planeamento das mudanças será vital, garantindo que o projeto-piloto seja visto como uma oportunidade de melhoria para as respetivas áreas;

- Execução do Projeto-Piloto - Falhas de comunicação entre serviços

A comunicação insuficiente entre os diferentes serviços intervenientes poderá causar sérios danos à continuidade da prestação de cuidados, pelo que uma proposta de formalizar protocolos e realizar alinhamentos periódicos seria importante para estabelecer bases sólidas para a execução eficaz do projeto;

- Envolvimento Organizacional - Falta de comprometimento com a mudança cultural

A mudança da cultura organizacional é central para o sucesso do projeto VBHC. Este risco identificado está entre os mais críticos, e sua mitigação exige a realização de um plano de comunicação robusto, a criação de campanhas de sensibilização e o acompanhamento individualizado dos profissionais, são medidas importantes para envolver os colaboradores;

- Satisfação do Paciente - Insatisfação com o modelo assistencial

Embora o risco de insatisfação dos pacientes tenha impacto moderado, é crucial para a aceitação do modelo *VBHC*, pelo que campanhas de informação e de feedback contínuo serão essenciais para alinhar expectativas e garantir o apoio dos pacientes ao projeto.

- Avaliação Final do Projeto - Indicadores de qualidade não atingidos

Problemas na coleta ou análise de dados podem prejudicar a avaliação final e pôr em causa a continuidade do projeto. A solução proposta, passando pelo reforço da equipa de análise e avaliações intermédias, pretende estar atenta aos detalhes críticos para o sucesso do piloto-piloto;

- Sustentabilidade - Incapacidade de manter o modelo após o piloto

A sustentabilidade do projeto é um dos maiores riscos, com impacto máximo, pelo que garantir um plano de financiamento adaptável e o alinhamento estratégico com o hospital, é essencial para assegurar que os benefícios sejam alcançados e mantidos a longo prazo.

O uso da matriz permite identificar que riscos requerem atenção prioritária e exigem o desenvolvimento de ações preventivas específicas. No contexto do projeto-piloto *VBHC* no CRI, isso significa transformar potenciais desafios em oportunidades para melhorar a execução e o impacto do projeto. A identificação de riscos de alto impacto e alta probabilidade, juntamente com estratégias de mitigação bem definidas, fortalece a resiliência da equipa e das operações.

5. Conclusões

5.1 Conclusões

De uma forma geral, este processo de mudança procura demonstrar que uma abordagem bem estruturada para a inovação organizacional, baseada num planeamento rigoroso, favorece o alinhamento entre *stakeholders* e torna as decisões mais ágeis e transparentes. Espera-se assim um projeto-piloto VBHC bem-sucedido, com um contributo significativo para a eficiência do CRI, mas, e sobretudo, melhores resultados e experiências dos pacientes (valor).

É importante reconhecer que a transformação organizacional é contínua. Cada etapa que se ultrapassa traz aprendizagem e oportunidades de melhoria. Porter e Teisberg (2006) reforçam exatamente este círculo virtuoso ao afirmarem que:

“...deeper penetration in a medical condition leads to accumulating experience, rising efficiency, better information, more fully dedicated teams, ..., rising capacity for subspecialization within the practice unit, efficiencies in investing in practice development and marketing, faster innovation, and better results. Better results lead to an improving reputation, which attracts more patients and feeds the circle further.”

Durante o processo, será fundamental tratar estrategicamente desafios como a eventual resistência cultural. O alinhamento de *stakeholders* também exigirá atenção especial. Outro ponto crítico será a integração tecnológica, que deverá ser cuidadosamente planeada e acompanhada. É essencial que o planeamento, a execução e a avaliação sejam detalhados de acordo com as necessidades do projeto. O mapeamento de riscos e das medidas de resposta, e a gestão da mudança reforçarão a robustez da iniciativa. O sucesso a longo prazo dependerá da institucionalização das mudanças, do envolvimento contínuo de todos os *stakeholders*, da garantia de financiamento adequado e dos ajustes ao modelo face às especificidades do contexto e das condições clínicas locais.

Ao reunir estas condições, o projeto-piloto poderá transformar o CRI e a sua equipa num caso de sucesso em VBHC. Com o tempo, espera-se que a experiência acumulada permita replicar o modelo noutros serviços, fomentar a investigação, promover ações de benchmarking e formação, contribuindo para a sustentabilidade do modelo.

Embora remetendo para a proposta de planeamento (Anexo H), algumas Recomendações e Próximos passos

- Iniciar o projeto-piloto com uma fase de sensibilização dos profissionais, para garantir envolvimento e compreensão dos objetivos;

- Análise de diversos parâmetros organizacionais e decisão quanto aos resultados pretendidos;
- Realizar workshops de capacitação em VBHC e TDABC, proporcionando formação prática e teórica à equipa envolvida;
- Definir indicadores claros para monitorização contínua dos resultados e tomada de decisão baseada em evidências;
- Estabelecer um sistema regular de avaliação e feedback, envolvendo todas as partes interessadas;
- Preparar documentação e disseminar boas práticas para facilitar a futura replicação do modelo.

Em conclusão, este documento demonstra que a implementação do modelo VBHC num CRI é viável, desde que sejam seguidos passos práticos, coerentes e estruturados. Se as recomendações aqui apresentadas forem consideradas, o modelo poderá trazer benefícios sustentáveis tanto para os pacientes quanto para o sistema de saúde.

5.2 Dificuldades

O projeto foi inicialmente apresentado a um Centro de Responsabilidade Integrada (CRI) específico, com a exposição clara dos seus objetivos - avaliação prévia para a implementação de um projeto-piloto em Value Based Health Care (VBHC). A metodologia adotada previa a realização de entrevistas não estruturadas com os profissionais de saúde dos diferentes grupos que o integram, visando também clarificar o propósito do modelo, identificar suas exigências e potenciais benefícios, além de recolher dados qualitativos sobre as suas perspetivas futuras desses profissionais em relação ao projeto. Apesar de terem sido obtidas as autorizações necessárias, não foi possível concretizar as entrevistas devido a dificuldades no agendamento, o que impossibilitou a recolha de dados fundamentais para avaliar a validade e os benefícios da criação de projetos VBHC a partir de um CRI, e levou a reorientar o processo de análise.

5.3 Oportunidade de trabalhos futuros

Não foi possível validar o princípio orientador deste estudo, ou seja, determinar a viabilidade e concluir pelas vantagens de implementar um projeto VBHC num Centro de Responsabilidade Integrada. Ainda assim, mantemos a convicção de que a fundamentação subjacente permanece válida. Por esse motivo, consideramos essencial aprofundar o tema, retomar a investigação e recolher informações abrangentes sobre os diferentes tópicos mencionados ao longo deste relatório, tanto para caracterização da equipa envolvida como para validação e otimização dos procedimentos e do planeamento.

Numa etapa posterior, para fundamentar as opções tomadas ou sugerir ajustes que se verifiquem como necessários, é recomendável acompanhar a implementação do projeto, bem como realizar avaliações regulares que validem a eficácia e relevância das decisões, envolvendo todas as partes interessadas. A monitorização contínua dos resultados permitirá assegurar que o projeto permanece alinhado com os objetivos definidos, promovendo o desenvolvimento sustentável do modelo VBHC no contexto dos CRI.

6. Notas finais

Algumas notas finais complementares, para reflexão:

- Tratamento do tema do valor em saúde, na atual terminologia (VBHC) ou outra que venha a ter, noções de contabilidade de gestão e do modelo de custeio TDABC, filas de espera e análise de desvios, nas faculdades de medicina e de enfermagem, ou em formações pós-graduadas da área da saúde, para que os novos profissionais de saúde não sejam confrontados com o tema nos seus internatos/estágios (ou nem sequer o sejam), e também eles possam contribuir com novas abordagens para a evolução dos cuidados de saúde. Em *“Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework”* (Teisberg et al., 2020) fazem exatamente essa recomendação ao afirmarem

“Moving to a system of value-based health care requires that physicians and physicians-in-training learn to think differently about their role within the larger care team, about what constitutes an effective care solution, and about the importance of measuring the health outcomes that matter most to patients. That learning should begin during medical school”.

Contudo, até que tal possa ser uma realidade no nosso contexto, pensamos ser este o momento para explorar a oportunidade de integração do tema na formação pós-graduada em áreas da saúde;

- Robustecer a utilização do Registo de Saúde Eletrónico (Registo de Saúde Eletrónico – SPMS, n.d.) no âmbito da fase de “Monitoring/Preventing”, na linha da CDVC, ao nível do *Diagnosing/Preventing*, com a inclusão de dados recolhidos no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) (INCM - DR 110/2006, 2006) e (INCM - Ministério da Saúde, 2006), dos Cuidados de Saúde Primários e dos obtidos nos rastreios periódicos de Higiene e Segurança no Trabalho, no caso das empresas;
- Analisar e potenciar o conhecimento derivado de outros projetos, como o Projeto Pharol (Martins, 2024) ou o Projeto 3F – Financiamento, Fórmula para o Futuro, da APAH (APAH, 2023);(Garcia & Garcia, 2023);
- Reunir, atualizar e divulgar conhecimento e procedimentos, das experiências realizadas quer em Portugal quer no estrangeiro, através do HCP (Health Cluster Portugal, 2025).

7. Bibliografia

- Antunes, M. J. (2024). Os Centros de Responsabilidade Integrada - CRI. In *Uma Nova Gestão em Serviços de Saúde* (pp. 129–148). Edições Sílabo.
- APAH. (2023, May 10). *Projeto 3F debate novo modelo de organização do SNS - apah*. Apah. <https://apah.pt/2023/05/10/projeto-3f-debate-novo-modelo-de-organizacao-do-sns/>
- B. Chase, R., & J. Aquilano, N. (1997). *Gestão da Produção e das Operações - Perspectiva do Ciclo de Vida* (Monitor, Ed.; pp. 128, 130) [Review of *Gestão da Produção e das Operações - Perspectiva do Ciclo de Vida*]. SIG - Sociedade Industrial Gráfica, Ld.^a.
- Bahadori, M. K., Mohammadnejhad, S. M., Ravangard, R., & Teymourzadeh, E. (2014). Using Queuing Theory and Simulation Model to Optimize Hospital Pharmacy Performance. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(3). <https://doi.org/10.5812/ircmj.16807>
- Bailey, N. T. J. (1954). Queueing for Medical Care. *Applied Statistics*, 3(3), 137. <https://doi.org/10.2307/2985372>
- Barney, J. (1991). Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99–120. https://www.academia.edu/15606278/Firm_Resources_and_Sustained_Competitive_Advantage
- Baumhauer, J. F., & Bozic, K. J. (2016). Value-based Healthcare: Patient-reported Outcomes in Clinical Decision Making. *Clinical Orthopaedics and Related Research*®, 474(6), 1375–1378. <https://doi.org/10.1007/s11999-016-4813-4>
- Bilhim, J. (2024). Teoria Organizacional - Estruturas e Pessoas (SINTDEI, Ed.; pp. 320–340) [Review of *Teoria Organizacional - Estruturas e Pessoas*]
- Birkinshaw, J., & Gibson, C. B. (2004, June 3). *Building an Ambidextrous Organisation*. Papers.ssrn.com. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1306922
- Brahimi, M., & Worthington, D. J. (1991). Queueing Models for Out-Patient Appointment Systems — a Case Study. *Journal of the Operational Research Society*, 42(9), 733–746. <https://doi.org/10.1057/jors.1991.144>
- C, L., & Appa Iyer, S. (2013). Application of queueing theory in health care: A literature review. *Operations Research for Health Care*, 2(1-2), 25–39. <https://doi.org/10.1016/j.orhc.2013.03.002>
- Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2006). Diagnosing and changing organizational culture: based on the competing values framework, rev. ed. Jossey-Bass.
- Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2011). Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework (3rd ed.). Jossey-Bass.

- Cameron, K., & Quinn, R. (n.d.). *The Competing Values Culture Assessment A Tool from the Competing Values Product Line*. Kim S. Cameron and University of Michigan Regents.
- Chopra, A., Shastry, S., Mohan, G., Deepika, C., & Rajendran, V. (2024). A Comprehensive SWOT and TOWS Analysis of Transfusion Medicine; Indian Perspective. *Transfusion and Apheresis Science*, 64(1), 104061. <https://doi.org/10.1016/j.transci.2024.104061>
- Cruz, I., Coimbra, C., Abrantes, L., Alves, M. do C., & Quesado, P. (2023). Contabilidade de Gestão Avançada - Gestão Estratégica de Custos e e Avaliação de Desempenho (Almedina, Ed.) [Review of Contabilidade de Gestão Avançada - Gestão Estratégica de Custos e e Avaliação de Desempenho].
- Dyson, R. G. (2004). Strategic development and SWOT analysis at the University of Warwick. *European Journal of Operational Research*, 152(3), 631–640. [https://doi.org/10.1016/s0377-2217\(03\)00062-6](https://doi.org/10.1016/s0377-2217(03)00062-6)
- Farrell, D. (1983). Exit, Voice, Loyalty, and Neglect as Responses to Job Dissatisfaction: A Multidimensional Scaling Study. *Academy of Management Journal*, 26(4), 596–607. <https://doi.org/10.2307/255909>
- Ferreira, D., Caldeira, C., Asseiceiro, J., Vieira, J., & Vicente, C. (2014). *Contabilidade de Gestão - Estratégia de Custos e Resultados* (Rei dos Livros, Ed.) [Review of *Contabilidade de Gestão - Estratégia de Custos e Resultados*].
- Garcia, M. J., & Garcia, M. J. (2023, July 6). “É preciso um financiamento com base no valor em saúde.” Saúde Online. <https://saudeonline.pt/e-necessario-criar-um-modelo-de-financiamento-com-base-no-valor-em-saude/>
- Girão, R. (2023). Unlocking the potential of value-based healthcare. In Girão, R., Fernandes, A., Belo, A., Bento, A., Caldas, A., Freitas, A., Massena, A., Povo, A., Cavaco, A., Peralta-Santos, A., Campos, A., Pazes, C., Justo, C., Almeida, C., Branco, D., Costa, E., Ribeiro, H., Lavrador, M., Mascarenhas, R., ... Ramos, V. (2023). *77 Vozes pela Nossa Saúde – Um debate plural por um direito fundamental*. Associação Indeg Projectos ISCTE e Oficina do Livro.
- Gittins, N., & Standish, S. (2010). Change Management in Action Planning and implementing change in healthcare: a practical guide for managers and clinicians W h y W h a t W h o H o w W h a t I f. <https://ihub.scot/media/1641/change-management-in-action.pdf>
- Gonçalves, H. S., & Mota, C. M. de M. (2011). Liderança situacional em gestão de projetos: uma revisão da literatura. *Production*, 21(3), 404–416. <https://doi.org/10.1590/s0103-65132011005000046>
- Health Cluster Portugal. (2025). <https://www.healthclusterportugal.pt/pt/>
- Hillier, F. S., & Lieberman, G. J. (2001). *Introduction to Operations Research*. McGraw-Hill Companies.

- INCM - Decreto de Aprovação da Constituição. (1976, April 10). Aprova a Constituição da República Portuguesa. Diariodarepublica.pt; Presidência da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-aprovacao-constituicao/86-1976-502635>
- INCM - DG 228/1971. (1971, September 27). *DL 413/71 - Promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência - Revoga determinadas disposições legislativas*. Diariodarepublica.pt; Ministério da Saúde e Assistência. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/413-632738>.
- INCM - DL 103/2023. (2023, November 7). *DL 103/2023 - Aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar*. Diariodarepublica.pt; Saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/103-2023-223906279>
- INCM - DL 118/2023. (2023, December 20). *DL 118/2023 - Aprova o regime jurídico dos centros de responsabilidade integrados em hospitais do Serviço Nacional de Saúde*. Diariodarepublica.pt; Saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2023-808125339>
- INCM - DL 18/2017. (2017, February 10). *DL 18/2017 - Regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo*. <https://diariodarepublica.pt/Dr/Detalhe/Decreto-Lei/18-2017-106434234>; Saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/18-2017-106434234>
- INCM - DL 374/99. (1999, September 19). *DL 374/99 - Cria os centros de responsabilidade integrados nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde*. Diariodarepublica.pt; Ministério da Saúde.
- INCM - DL 52/2022. (2022, August 4). *DL 52/2022 - Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde*. Diariodarepublica.pt; Presidência do Conselho de Ministros. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>
- INCM - DR 110/2006. (2006, June 7). *Despacho n.º 12045/2006 (2.ª série), de 7 de junho - Aprova o Programa Nacional de Saúde Escolar e o Programa Nacional de Saúde dos Jovens*. Diariodarepublica.pt; Ministério da Saúde - Alto Comissariado da Saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/110-2006-696971>
- INCM - DR 129/77. (1977, April 2). *DL 129/77 - Aprova a Lei Orgânica Hospitalar*. Diariodarepublica.pt; Ministério dos Assuntos Sociais. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/78-1977-80040>
- INCM - DR 17/1988. (1988, January 21). *DL 19/88 - Aprova a lei de gestão hospitalar*. Diariodarepublica.pt; Ministério da Saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/17-1988-93544>

- INCM - DR 178/2015. (2015, September 11). *DL 192/2015 - Aprova o Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas*. Diariodarepublica.pt; Ministério das Finanças. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/192-2015-70262478>
- INCM - DR 225/2000. (2000, September 28). *Portaria 898/2000*. Diariodarepublica.pt; Ministérios da Finanças e da Saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/898-2000-554394>
- INCM - Lei Constitucional n.º 1/2005. (2005, August 12). *Lei Constitucional n.º 1/2005*. Diariodarepublica.pt; Assembleia da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei-constitucional/1-2005-243729>
- INCM - Ministério da Saúde. (2006). *PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR*. Direcção Geral da Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/10/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdedeEscolar.pdf>
- International Consortium for Health Outcomes Measurement. (n.d.). *Home*. ICHOM. <https://www.ichom.org/>
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011, September). *How to solve the cost crisis in health care*. KFF - the Independent Source for Health Policy Research, Polling, and News. https://www.kff.org/wp-content/uploads/sites/2/2014/06/kaplan_porter_2011-9_how-to-solve-the-cost-crisis-in-health-care_hbr.pdf
- Kaplan, R., & Anderson, S. (2008). *TDABC - La méthode ABC pilotée par le temps* (Eyrolles, Ed.) [Review of *TDABC - La méthode ABC pilotée par le temps*].
- Katz, G., & Martens, H. (2020). IMPLEMENTING VALUE-BASED HEALTH CARE IN EUROPE HANDBOOK FOR PIONEERS Academic Director Special Contributions. In *European Institute of Innovation & Technology*. https://eithealth.eu/wp-content/uploads/2020/05/Implementing-Value-Based-Healthcare-In-Europe_web-4.pdf
- Kelley, T. A. (2015). International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). *Trials*, 16(S3). <https://doi.org/10.1186/1745-6215-16-s3-o4>
- Kotter, J. (2007b), January). *Leading Change: Why Transformation Efforts Fail*. Harvard Business Review. <https://hbr.org/2007/01/leading-change-why-transformation-efforts-fail>
- Kotter, J. P. (2017). *Leading Change*. lua de papel.
- Landon et al., 2021, citado por Lopes, H., 2024, p.248).
- Lopes, H. (2024). Valor em Saúde: uma nova era na avaliação de desempenho. In Reis, R., Delgado, M. (2024). *Uma Nova Gestão em Serviços de Saúde* (pp. 247–278). Edições Sílabo.
- Macedo, A., & Reis, A. (2011). *A Saúde não tem preço, mas tem custos* (p. 25). Edições Sílabo.
- Martins, I. (2024, April 19). *Projeto Farol no IPO do Porto é premiado*. Tecnohospital.pt; Revista TecnoHospital. <https://www.tecnohospital.pt/noticias/projeto-farol-ipo-porto-premiado/>

- Martins, A. R., & Carvalho, J. C. de. (2012). *Gestão da Mudança na Saúde - Fundamentos e Roadmap* [Review of *Gestão da Mudança na Saúde - Fundamentos e Roadmap*]. Edições Sílabo.
- Matos, L. (2020). Impactos sobre as Tecnologias de Informação e comunicação em Value-Based Healthcare. In Gonçalves, F., Sousa, J., Joaquim, I., Baptista, F., Marques, H., Borges, A., Leal, J., Redondo, P. Guimarães, S., Santos, C., Melo, M., Garcia, M., Matos, L., Oliveira, P., Soares, L., Guerreiro, D., Correia, H., Valadas, F., Gonçalves, F., ...Costa, F. (2020). *A Gestão de Saúde Baseada no Valor: Casos e Experiência Portuguesa*. Grupo Almedina.
- McKenna, S. P., Heaney, A., & Langley, P. C. (2021). Fundamental Outcome Measurement: Selecting Patient Reported Outcome Instruments and Interpreting the Data they Produce. *INNOVATIONS in Pharmacy*, 12(2), 17. <https://doi.org/10.24926/iip.v12i2.3911>
- Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component Conceptualization of Organizational Commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), 61–89. [https://doi.org/10.1016/1053-4822\(91\)90011-Z](https://doi.org/10.1016/1053-4822(91)90011-Z)
- Meyer, J. P., Allen, N., & Smith, C. A. (1993, August). *Commitment to Organizations and Occupations: Extension and Test of a Three-Component Conceptualization*. ResearchGate; American Psychological Association. https://www.researchgate.net/publication/211391140_Commitment_to_Organizations_and_Occupations_Extension_and_Test_of_a_Three-Component_Conceptualization
- Mirvis, P., Googins, B., & Kinnicutt, S. (2010). Vision, mission, values. *Organizational Dynamics*, 39(4), 316–324. Researchgate. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2010.07.006>
- Moriates, C., Arora, V., & Shah, N. (2015). *Understanding value-based healthcare*. McGraw-Hill Education
- Mota, A. G. (2014). Prefácio. In O. Röhrich, *Os 11 Elementos da Motivação*. Lidel - Edições Técnicas, Ld.^a.
- Nickerson, C. (2023, September 28). *Herzberg's Two-Factor Theory of Motivation-Hygiene*. Simply Psychology. <https://www.simplypsychology.org/herzbergs-two-factor-theory.html>
- Nilsson, K., Bååthe, F., Andersson, A. E., Wikström, E., & Sandoff, M. (2017). Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish University Hospital – a longitudinal interview study. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2104-8>
- Niñerola, A., Lara, A.-B. H., & Rebull, M.-V. S. (2021). Is Time-Driven Activity-Based Costing Coming out on Top? A Comparison with Activity-Based Costing in the Health Field. *Healthcare*, 9(9). <https://doi.org/10.3390/healthcare9091113>

- (PDF) Change through persuasion. (n.d.). ResearchGate.
https://www.researchgate.net/publication/8008183_Change_through_persuasion
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press.
- Prodromidis A D, Thivaio G C, Mourikis A, et al. (July 15, 2024) Patient-Reported Outcome Measures Used on Patients With Anterior Cruciate Ligament Injury. *Cureus* 16(7): e64546. doi:10.7759/cureus.64546
- Raisch, S., Birkinshaw, J., Probst, G., & Tushman, M. L. (2009). Organizational Ambidexterity: Balancing Exploitation and Exploration for Sustained Performance. *Organization Science*, 20(4), 685–695. <https://doi.org/10.1287/orsc.1090.0428>
- Registo de Saúde Eletrónico – SPMS. (n.d.). www.spms.min-saude.pt. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/registo-de-saude-eletronico/>
- Rego, A., & e Cunha, M. P. (2007). *A Essência da Liderança: Mudança x Resultados x Integridade* (Editora RH, Ld.^a, Ed.; 3.^a ed.) [Review of *A Essência da Liderança: Mudança x Resultados x Integridade*].
- Rego, A., Araújo, B., & Serrão, D. (2015). The mission, vision and values in hospital management. *Journal of Hospital Administration*, 5(1). <https://doi.org/10.5430/jha.v5n1p62>
- Reis, R. L. dos, & Delgado, M. (2024). *Uma nova gestão em serviços de saúde* (p. 248). Edições Sílabo.
- Ribeiro, R. S. (2022). *Gestão Hospitalar Baseada em Valor no Serviço Nacional de Saúde* (pp. 202–206). Petrony Editora.
- Rodrigues, J. A., & Simões, A. M. (2009). *Descentralizar e Responsabilizar por Resultados - A Organização em Centros de Responsabilidade* (Vol. 3, p. 13). Áreas Editora, SA.
- Röhrich, O. (2014). *Os 11 Elementos da Motivação* (2.^a ed., pp. 56–57). Lidel - Edições Técnicas, Ld.^a.- Prefácio
- Rothrock, N. E., Kaiser, K. A., & Cella, D. (2011). Developing a Valid Patient-Reported Outcome Measure. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 90(5), 737–742. <https://doi.org/10.1038/clpt.2011.195>
- Rusbult, C. E., & Zembrodt, I. M. (1983). Responses to dissatisfaction in romantic involvements: A multidimensional scaling analysis. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19(3), 274–293. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(83\)90042-2](https://doi.org/10.1016/0022-1031(83)90042-2)
- Siddiqui, A. A. (2021). The Use of Pestel Analysis Tool of Quality Management in the Health Care Business and its Advantages. *American Journal of Biomedical Science & Research*, 14(6), 507–512. <https://doi.org/10.34297/ajbsr.2021.14.002046>
- Teisberg, E., Wallace, S., & O’Hara, S. (2020). Defining and implementing value-based health care. *Academic Medicine*, 95(5), 682–685. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003122>

- Terwee, C. B., Zuidegeest, M., Vonkeman, H. E., Cella, D., Haverman, L., & Roorda, L. D. (2021). Common patient-reported outcomes across ICHOM Standard Sets: the potential contribution of PROMIS®. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12911-021-01624-5>
- THE. (2024). *THE OFFICIAL OCAI WEBSITE*. THE OFFICIAL OCAI WEBSITE. <https://www.ocai-official.com/cdn.multiscreensite.com/6e5efd05/files/uploaded/Leading%20Change.pdf>
- Tierney, N. W. (2017). *Value Management in Healthcare: How to Establish a Value Management Office to Support Value-Based Outcomes in Healthcare*. Taylor and Francis.
- van der Wees, P. J., Verkerk, E. W., Verbiest, M. E. A., Zuidegeest, M., Bakker, C., Braspenning, J., de Boer, D., Terwee, C. B., Vajda, I., Beurskens, A., & van Dulmen, S. A. (2019). Development of a framework with tools to support the selection and implementation of patient-reported outcome measures. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s41687-019-0171-9>
- Varela-Rodríguez, C., García-Casanovas, A., Baselga-Penalva, B., & Ruiz-López, P. M. (2022). Value-Based Health Care Project Implementation in a Hierarchical Tertiary Hospital: Lessons Learned. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.755166>
- Wehrich, H. (1982). The TOWS matrix - a tool for situational analysis. *Long Range Planning*, 15(2), 54–66. ScienceDirect. [https://doi.org/10.1016/0024-6301\(82\)90120-0](https://doi.org/10.1016/0024-6301(82)90120-0)
- Yorkston, K., & Baylor, C. (2019). Patient-Reported Outcomes Measures: An Introduction for Clinicians. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 4(1), 8–15. https://doi.org/10.1044/2018_pers-st-2018-0001

8. Anexos (exemplos de matrizes)

8.1 Anexo A - Matriz PESTEL

Dimensão	Fator	Descrição	Suporte	Fonte
Política	Autonomia na gestão de recursos	O CRI opera com autonomia para gerir recursos humanos e financeiros, embora dentro das diretrizes do SNS, o que exige alinhamento contínuo com políticas públicas.	Documentação sobre CRIs e autonomia na saúde pública em Portugal.	Ministério da Saúde de Portugal e ACSS (https://www.acss.min-saude.pt)
	Políticas de incentivo à eficiência	Políticas do SNS incentivam CRIs a adotar práticas de eficiência e controle de qualidade com base em indicadores de desempenho, alinhados ao <i>Value-Based Health Care</i> .	Relatórios e orientações do SNS para a melhoria de eficiência e incentivos em CRIs.	Documentos do Ministério da Saúde e relatórios do SNS (https://www.sns.gov.pt)
Económica	Sustentação financeira dos CRIs	A alocação de orçamento é condicionada ao desempenho do CRI, baseado em indicadores de resultados e eficiência. Isso implica um orçamento variável.	Relatórios de execução orçamental do SNS e ACSS.	Relatório de Contas do SNS e ACSS
	Dependência de financiamento estatal	Como parte do SNS, o CRI depende de orçamento público, estando sujeito a limitações e cortes que afetam sua capacidade de manter e expandir os serviços.	Estudos sobre financiamento de unidades de saúde públicas e políticas orçamentárias do SNS.	Documentação da ACSS e Relatório de Finanças Públicas
Social	Aumento da procura por especialidade	A procura por especialidades como a otorrinolaringologia aumenta com o envelhecimento da população, exigindo que o CRI expanda e	Dados demográficos e relatórios de atendimento hospitalar.	INE (Instituto Nacional de Estatística) e Ministério da Saúde (https://www.ine.pt)

Dimensão	Fator	Descrição	Suporte	Fonte
		adapte sua capacidade.		
	Exigência de qualidade e personalização	Pacientes esperam tratamentos personalizados e de alta qualidade, incentivando o CRI a adotar abordagens como Value-Based Health Care.	Relatórios sobre satisfação de utentes e estudos sobre padrões de qualidade no SNS.	Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e Barómetro da Saúde (https://www.ers.pt)
Tecnológica	Integração de tecnologias de TI	A digitalização dos processos clínicos e administrativos no CRI é crucial para a eficiência e o alinhamento com o SNS, que promove o uso de formulários eletrónicos.	Planos de digitalização do SNS e relatórios sobre uso de TI em saúde pública.	Ministério da Saúde e ACSS (https://www.acss.min-saude.pt)
	Equipamentos médicos de última geração	O CRI precisa de tecnologia avançada para diagnóstico e tratamento, o que exige atualizações constantes e investimentos.	Relatórios sobre estado de equipamentos médicos no SNS e suas necessidades de modernização.	Relatórios de Investimentos do SNS
Ecológica	Conformidade ambiental e eficiência	O CRI segue diretrizes de sustentabilidade que incluem práticas de gestão de resíduos e consumo eficiente de energia, parte do compromisso ecológico do SNS.	Regulamentações ambientais aplicáveis ao setor de saúde em Portugal.	Plano Nacional de Sustentabilidade para a Saúde e diretrizes do Ministério do Ambiente
	Gestão de resíduos hospitalares	O CRI precisa garantir uma gestão rigorosa de resíduos, cumprindo normas para proteção ambiental e segurança.	Diretrizes nacionais sobre descarte de resíduos em estabelecimentos de saúde.	Direção-Geral da Saúde e legislação sobre resíduos hospitalares (https://www.dgs.pt)
Legal	Cumprimento de padrões de qualidade	O CRI deve aderir a normas de qualidade e segurança, que impactam diretamente nos	Leis e regulamentos sobre qualidade e segurança em saúde pública.	Legislação Nacional de Qualidade e Segurança (Decreto-Lei n.º 127/2014)

Dimensão	Fator	Descrição	Suporte	Fonte
	Conformidade com a GDPR	serviços prestados e na credibilidade perante o SNS e pacientes. O CRI precisa assegurar proteção dos dados dos pacientes, conforme a GDPR, especialmente com a digitalização dos processos de atendimento e registos.	Regras de privacidade de dados e cumprimento da GDPR no contexto da saúde pública.	GDPR e Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) (https://www.cnpd.pt)

8.2 Anexo B - Análise VRIO (exemplo)

N.º	Categoria	Recursos (exemplo)	Valioso?	Raro?	Difícil de Imitar?	Organização preparada?	Vantagem Competitiva	Comentário
1	Financeiro	Orçamento anual alocado						
2	Financeiro	Financiamento dedicado a I&D						
3	Físico	Espaços de atendimento especializado						
4	Físico	Marcação informatizada de exames						
5	Individual	Equipa para exames complementares de diagnóstico e terapêutica experiente						
6	Individual	Equipa médica experiente						
7	Individual	Equipa de enfermagem experiente						
8	Individual	Ações de formação para as equipas						
9	Organizacional	Filosofia de trabalho em equipa						
10	Organizacional	Cultura organizacional focada no paciente						
11	Organizacional	Atividades de investigação						
12	Organizacional	Análise periódica de indicadores de performance						

8.3 Anexo C - Matriz SWOT

Dimensão	Fator (exemplo)	Descrição
Forças (S)	Experiência das equipas médica e de enfermagem	
	Cultura de trabalho colaborativo	
	Capacidade de inovação e adaptação	
Fraquezas (W)	Dependência de financiamento público	
	Falta de experiência em VBHC e TDABC	
	Limitações na infraestrutura e tecnologia	
Oportunidades (O)	Apoio governamental a modelos de eficiência	
	Procura crescente por especialidades	
	Incentivo à transformação digital	
Ameaças (T)	Restrição de orçamento público	
	Competição com outros centros e hospitais	
	Risco de resistência cultural	

8.4 Anexo D - Matriz-Cruzamento SWOT-PESTEL

Cruzamento	Propostas de Ação	Justificação/ Comentário
Pontos Fortes x Oportunidades		
Pontos Fortes x Ameaças		
Pontos Fracos x Oportunidades		
Pontos Fracos x Ameaças		

8.5 Anexo E - Matriz da Gestão de Stakeholders

Parte Interessada	Posição Atual	Motivos para a Posição Atual	Posição Desejada	Estratégia para Obter Suporte ou Reduzir Oposição	Plano de Ação

8.6 Anexo F - Matriz Poder/Nível de Suporte ao Projeto

		Nível de Suporte		
		Oposição	Indiferença	Suporte
Poder	Alto			
	Médio			
	Baixo			

8.7 Anexo G - Matriz de Avaliação de Risco

Risco (exemplo)	Desc. do Risco	Causa Provável	Probabilidade	Impacto	Descrição do Impacto	Risco	Ação	Descrição da Ação	Responsável pela Ação
<i>Planeamento e Preparação</i>									
<i>Formação VBHC e TDABC</i>									
<i>Avaliação Inicial</i>									
<i>Revisão de Processos</i>									
<i>Execução do Projeto-Piloto</i>									
<i>Envolvimento Organizacional</i>									
<i>Satisfação do Paciente</i>									
<i>Avaliação Final do Projeto</i>									
<i>Sustentabilidade</i>									

8.8 Anexo H - Planeamento Geral

Capítulo/Tarefa (exemplo)	Duração Estimada
1. Definição Inicial	
1.1 Constituição da equipa gestora do projeto	
1.2 Obtenção de autorizações e financiamento	
1.3 Campanha de comunicação interna e externa	
2. Capacitação e Desenvolvimento da Equipa	
2.1 Avaliação inicial da equipa (ambidestria, liderança, cultura, commitment, motivação)	
2.2 Avaliação inicial - análise de questionários e identificação de gaps formativos	
2.3 Ações formativas: ambidestria, liderança, cultura organizacional, etc.	
2.4 Formação técnica: VBHC, PROMs, PREMs, TDABC	
2.5 Desenvolvimento de SI e plataforma tecnológica	
3. Mapeamento e Testes-Piloto	
3.1 Seleção da situação clínica para o piloto VBHC	
3.2 Mapeamento de processos e construção da CDVC (<i>Care Deliver Value Chain</i>)	
3.3 Seleção de instrumentos de avaliação	
3.4 Cálculo dos elementos para determinação de custos	
3.5 Testes-piloto dos modelos	
4. Implementação do Projeto-Piloto	
4.1 Operacionalização dos modelos VBHC e TDABC	
4.2 Ajustes iterativos baseados nos testes	
5. Monitorização e Ajustes	
5.1 Coleta e análise de dados	
5.2 Avaliação e ajustes no modelo	
6. Conclusão	
6.1 Relatório final de avaliação	
6.2 Lições aprendidas	

8.9 Anexo I - Matriz de Responsabilidade

Capítulo/Atividade (exemplo)	Responsável (R)	Aprovador (A)	Consultado (C)	Informado (I)
1. Definição Inicial				
1.1 Constituição da equipa gestora do projeto				
1.2 Obtenção de autorizações e financiamento				
1.3 Campanha de comunicação interna e externa				
1.4 Avaliação inicial da equipa				
2. Capacitação e Desenvolvimento				
2.1 Avaliação inicial				
2.2 Ações formativas				
2.3 Formação técnica				
2.4 Desenvolvimento de SI				
3. Mapeamento e Testes-Piloto				
3.1 Seleção da situação clínica				
3.2 Mapeamento de processos				
3.3 Seleção de instrumentos				
3.4 Cálculo de custos				
3.5 Testes-piloto				
4. Implementação do Projeto-Piloto				
4.1 Operacionalização do modelo				
4.2 Ajustes iterativos				
5. Monitorização e Ajustes				
5.1 Coleta e análise de dados				
5.2 Avaliação e ajustes no modelo				
6. Conclusão				
6.1 Relatório final				
6.2 Lições aprendidas				