



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS – VISEU
Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

Mestrado em Gestão
Especialização em Gestão e Administração de Unidades de Saúde

MODELO DE GESTÃO DE DESEMPENHO

O CASO ACES COVA DA BEIRA

João Henrique Bento

Orientação: Professor Doutor Paulo Almeida Pereira

Viseu, setembro de 2015

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS – VISEU

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

MODELO DE GESTÃO DE DESEMPENHO
O CASO ACES COVA DA BEIRA

Trabalho de projeto aplicado e apresentado ao Centro Regional das Beiras – Pólo de Viseu da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Gestão, na área de especialização em Gestão e Administração de Unidades de Saúde, sob a orientação do **Professor Doutor Paulo Pereira**.

João Henrique Bento

Viseu, setembro de 2015

Agradecimentos

Um mestrado, apesar de individual, é a caminhada onde conhecimentos e ensinamentos se cruzam, sendo neste sentido uma experiência partilhada. Assim, é também neste contexto que desejo expressar o meu mais sincero agradecimento a todos aqueles que com as suas palavras, ensinamentos e estímulos contribuíram para o finalizar desta dissertação.

Ao Professor Doutor Paulo Pereira, enquanto orientador deste estudo, pela partilha de ideias, pelas análises críticas, pelo rigor e pela reiterada transmissão de saber, mas fundamentalmente pela disponibilidade e pelo incentivo.

A todos os meus colegas e professores durante o mestrado.

Desejo expressar o meu reconhecimento e agradecimento, pelo precioso apoio que alguns colegas e amigos me deram para a realização deste trabalho.

Ao Prof. Doutor Paulo Madeira, pela inestimável colaboração e ensinamentos prestados, tornando mais completo e claro o conteúdo deste estudo, sem os quais esta tarefa teria sido bem mais árdua e demorada.

A todos os inesquecíveis amigos e profissionais distintos do ACeS Cova da Beira com quem privei, e que de forma direta, ou indireta, contribuíram para o descobrir do fascínio dos cuidados de saúde primários, particularmente os colegas Professor Doutor António José Santos Silva e Enfermeiro Diretor Carlos Martins, um agradecimento especial, pela disponibilidade e ajuda prestada, sem a qual não seria possível a concretização de um estudo desta natureza.

E por último, mas não menos importante, à Mafalda, minha Mulher, e ao meu filho João Maria, pelo incentivo e entusiasmo que sempre manifestaram, pelo apoio incondicional que sempre me motivou a superar os obstáculos e que conduziu à realização deste trabalho.

Resumo

Os Cuidados de Saúde Primários fazem parte integrante do sistema de saúde, assim como do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Proporciona o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade, permitindo a prestação de cuidados de saúde o mais perto possível dos locais onde a população vive e trabalha. Os cuidados de saúde constituem um aspeto fundamental do desenvolvimento económico e social de qualquer país, pelo que assumem uma atual relevância no nosso domínio sociopolítico. Por isso, partilhamos das preocupações dominantes, que nos dizem que há necessidade de fortalecer os cuidados de saúde primários e de diminuir a procura dos cuidados no hospital, de forma a satisfazer melhor e mais economicamente as necessidades dos cidadãos. Sendo o direito à saúde um direito fundamental de todos os seres humanos, a preocupação dos cuidados de saúde primários deverá privilegiar a promoção e educação para a saúde e a prevenção da doença. Assim, num serviço de saúde que pretende visar os indivíduos, as famílias e a própria comunidade, os cuidados a prestar ultrapassam a atividade desenvolvida dentro do Centro de Saúde.

O projeto aplicado que se apresenta diz respeito a um trabalho de âmbito institucional e tem como objeto de estudo o Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira - ACeS Cova da Beira, que atua na área da prestação de cuidados de saúde primários. Procede-se à caracterização e diagnóstico do serviço e apresenta-se uma solução de gestão do desempenho organizacional, a partir da análise efetuada e assente na revisão da literatura constituída pela metodologia de sistema de gestão de desempenho baseado no *Balanced Scorecard*. Os resultados obtidos evidenciam a utilização do *Balanced Scorecard* como Instrumento de Gestão Estratégica do Desempenho adaptado ao Serviço de Saúde em estudo que, no caso de vir a ser implementado, vem proporcionar uma efetiva gestão do desempenho organizacional, com uma conseqüente utilização eficiente e eficaz dos recursos, de forma equilibrada e alinhada estrategicamente.

Palavras-chave: *Balanced Scorecard*, desempenho organizacional, cuidados de saúde primários

Résumé

Les Soins de Santé Primaires sont une partie intégrante du système de santé, ainsi que du développement social et économique global de la communauté. Ils facilitent le premier niveau de contact de l'individu, de la famille et de la communauté, en permettant la prestation de soins de santé tout proche des endroits où la population vit et travaille.

Les soins de santé sont un élément fondamental du développement économique et social de tous les pays et assument donc un actuel et important intérêt dans notre domaine socio-politique. Ainsi, nous partageons des préoccupations dominantes qui nous transmettent la nécessité de fortifier les soins de santé primaires et de baisser la recherche des soins dans l'hôpital, en satisfaisant meilleur et plus économiquement les besoins des citoyens. En étant le droit à la santé un droit fondamental de tous les êtres humains, la préoccupation des soins de santé primaires devra privilégier la promotion et éducation pour la santé et la prévention de la maladie. Ainsi, dans un service de santé qui aspire à viser les individus, les familles et la propre communauté, les soins à prêter dépassent l'activité développée dans le Centre de Santé.

Le projet appliqué qu'on présente concerne un travail de contexte institutionnel et il a pour objet d'étude le Regroupement des Centres de Santé de Cova da Beira – AceS Cova da Beira qui opère dans la prestation des soins de santé primaires. On se procède à la caractérisation et au diagnostic du Service et on présente une solution de gestion de la performance organisationnelle, basée sur l'analyse effectuée et sur la base de l'examen de la littérature composée d'un système de gestion du rendement fondé sur la méthodologie Balanced Scorecard. Les résultats obtenus montrent l'utilisation de Balanced Scorecard comme un Instrument de Gestion Stratégique de la Performance adapté au Service de Santé à l'étude que, dans le cas de mise en œuvre, proportionnera une effective gestion de la performance organisationnelle, avec une conséquente utilisation efficiente et efficace des ressources, d'une manière stratégiquement équilibrée et alignée.

Mots-clés: *Balanced Scorecard*, performance organisationnelle, les soins de santé primaires

Abstract

Primary Health Care is the central part of the health system as well as the overall social and economic development of the community. It provides the first contact of the individual, family and community, allowing health care come as close as possible to the places where people live and work.

Health care is a fundamental aspect of economic and social development of any country and therefore is of current relevance in our socio-political field. Therefore, we share the main concerns, which tell us that are important to strengthen primary health care and lower the demand for care in the hospital, in order to satisfy better and more economically the requests of inhabitants. And the right to health is a fundamental right of all human beings; the concern of primary health care should focus on the promotion and health education and disease prevention. Thus, in a health service focused on individuals, on families and on the community, the care to be given exceeds the activity carried out within the Health Centre.

Health care is a fundamental aspect of economic and social development of any country and therefore take on current relevance in our socio-political domain. The applied project relates to an institutional work and its object of study was the Cova da Beira Health Centers Grouping (ACES Cova da Beira), which operates in the provision of primary health care.

The study proceeds to the characterization and diagnosis of Cova da Beira Health Centers Grouping service and presents an organizational performance management solution based on the Balanced Scorecard methodology after the correspondent literature review on performance management system.

The results show the use of the Balanced Scorecard as Strategic Management Instrument Performance adapted to the Health Service study that in the case of being implemented, is to provide effective management of organizational performance, with a consequent efficient and effective use of resources in a balanced and strategically aligned manner.

Key-Words: Balanced Scorecard, organizational performance, primary health care

Índice

AGRADECIMENTOS	V
RESUMO	VII
RÉSUMÉ	IX
ABSTRACT	XI
ÍNDICE	XIII
LISTA DE FIGURAS	15
LISTA DE QUADROS	17
LISTA DE ABREVIATURAS	19
CAPÍTULO 1	21
1. INTRODUÇÃO.....	23
1.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	23
1.2. PROPÓSITO E OBJETO DE ESTUDO	24
1.3. METODOLOGIA E PLANO DA INVESTIGAÇÃO.....	25
1.4. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA ESTRUTURA DO TRABALHO	26
CAPÍTULO 2	27
2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E A NOVA GESTÃO PÚBLICA.....	29
2.1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	29
2.2. REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL	30
2.3. A NOVA ARQUITETURA ORGANIZACIONAL - ACeS	34
2.4. NOVA GESTÃO PÚBLICA	37
CAPÍTULO 3	41
3. GESTÃO DO DESEMPENHO	43
3.1. CONTROLO DE GESTÃO DO DESEMPENHO	43
3.2. SISTEMAS DE MEDIÇÃO DE DESEMPENHO.....	46
3.2.1. Finalidade da Medição de Desempenho.....	46
3.2.2. Sistemas de Medição de Desempenho nos Cuidados de Saúde Primários	51
3.2.3. Ferramentas de Gestão do Desempenho	55
3.3. METODOLOGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DE DESEMPENHO BASEADO NO BALANCED SCORECARD.....	61
3.3.1. Fase de Planeamento	61
3.3.2. Fase de Desenvolvimento	63
CAPÍTULO 4	73
4. CARACTERIZAÇÃO DO MEIO ENVOLVENTE DO ACeS COVA DA BEIRA.....	75
4.1. APRESENTAÇÃO DO ACeS COVA DA BEIRA	75
4.2. MEIO ENVOLVENTE DO ACeS COVA DA BEIRA	75
4.2.1. Estrutura Orgânica.....	78
4.2.2. Unidades Funcionais.....	78
4.2.3. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.....	79
4.2.4. Unidades de Cuidados na Comunidade	80
4.2.5. Unidade de Saúde Pública	81
4.2.6. Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.....	82
4.3. INDICADORES DE SAÚDE	82
4.4. INSTRUMENTOS DE GESTÃO	82
CAPÍTULO 5	87
5. PROPOSTA DE MODELO DE GESTÃO DE DESEMPENHO APLICADO AO ACeS COVA DA BEIRA	89
5.1. INTRODUÇÃO.....	89
5.2. MISSÃO VISÃO E VALORES	89

5.3. ANÁLISE ESTRATÉGICA	90
5.4. CONSTRANGIMENTOS E DESAFIOS	91
5.5. FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO	93
5.6. VETORES E LINHAS ESTRATÉGICAS	93
5.7. PERSPETIVAS E OBJETIVOS ESTRATÉGICOS.....	94
5.8. MAPA ESTRATÉGICO	95
5.9. OBJETIVOS, INDICADORES, METAS DO PLANO ESTRATÉGICO	96
CAPÍTULO 6.....	101
6. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
6.1. SUMÁRIO DA INVESTIGAÇÃO REALIZADA.....	103
6.2. DISCUSSÃO	103
6.3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	106
6.4. SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES	107
BIBLIOGRAFIA	109

Lista de figuras

Figura 3.1. Instrumentos de Controlo de Gestão.....	45
Figura 4.1. Mapa da Região Centro e da Cova da Beira.....	76
Figura 4.2. Evolução da população residente por zona geográfica, de 1981 a 2012.....	77
Figura 4.3. Organograma do ACES Cova da Beira	78
Figura 5.1. Mapa Estratégico – ACeS da Cova da Beira.....	96

Lista de quadros

Quadro 2.1. Equipas/unidades funcionais dos cuidados de saúde primários.....	33
Quadro 2.2. Pilares da reforma dos Cuidados de Saúde Primários	33
Quadro 2.3. Vertentes da reforma dos Cuidados de Saúde Primários	34
Quadro 2.4. Componentes doutriniais da Nova Gestão Pública.....	39
Quadro 3.1. Processo de Controlo de Gestão	44
Quadro 3.2. Diferentes Necessidades de Informação	47
Quadro 3.3. Processo de medição de desempenho.....	49
Quadro 3.4. Critérios de Selecção de Indicadores de Desempenho	54
Quadro 3.5. Responsabilidades dos membros da equipa do projeto Balanced Scorecard	62
Quadro 4.1. Caracterização da distribuição da População nos três Concelhos.....	76
Quadro 4.2. Indicadores Demográficos da Cova da Beira	77
Quadro 4.3. Indicadores e Metas da Contratualização do ACeS Cova da Beira para 2014.....	84
Quadro 5.1. Análise SWOT do ACeS Cova da Beira.....	91
Quadro 5.2. Objetivos, Indicadores e Metas do Plano Estratégico	97

Lista de abreviaturas

ACeS	Agrupamento de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DDO	Doença de Declaração Obrigatória
DGS	Direção Geral de Saúde
ECLCCI	Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados
HTA	Hipertensão Arterial
INE	Instituto Nacional de Estatística
MCDTs	Meios Complementares de Diagnóstico e Tratamento
PD	Plano de Desempenho
PEST	Política, Económica, Social e Tecnológica
PNV	Programa Nacional de Vacinação
PVP	Preço de Venda ao Público
SIARS	Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats</i>
TQM	Total Quality Management
UAG	Unidades de Apoio à Gestão
UBI	Universidade da Beira Interior
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UF	Unidades Funcionais
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
VASPR	Vacina combinada contra o Sarampo, a Parotidite epidémica e a Rubéola
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

Capítulo 1

1. INTRODUÇÃO

Atualmente, uma das preocupações dominantes dos governos e das entidades que operam na área da saúde, continua a ser a reforma dos sistemas de saúde, a qual, assenta, sobretudo, na articulação, concorrência e sustentabilidade para promover eficiência. Pretende-se um maior controlo e otimização dos custos, que assegurem um melhor acesso e equidade, serviços de proximidade e a garantia da preservação dos princípios e valores da qualidade assistencial e do bem estar da comunidade.

1.1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Os cuidados de saúde constituem um aspeto fundamental do desenvolvimento económico e social de qualquer país, pelo que assumem uma atual relevância no nosso domínio sociopolítico. Os governos procuram, cada vez mais, organizar sistemas de saúde que fomentem uma melhor equidade, eficiência, efetividade, qualidade e capacidade de resposta na resolução dos problemas de saúde dos cidadãos. Os Cuidados de Saúde Primários têm sido reconhecidos como determinantes para o alcance destes objetivos e considerados pela própria Organização Mundial de Saúde como essenciais para os sistemas de saúde, uma vez que são as principais entidades responsáveis pela promoção e melhoria do nível de saúde das populações.

Assim, é com naturalidade que a rede de cuidados primários surge no Plano Nacional de Saúde como um dos focos essenciais para a reorientação do sistema de saúde em Portugal devendo os investimentos nesta área, enquanto tal, reforçar e consolidar a atuação assistencial, prioritariamente, por práticas de proximidade às comunidades locais, particularmente ao nível da prevenção da doença e promoção da saúde. Nesta medida, os cuidados de saúde primários contrapõem-se aos cuidados especializados/diferenciados, assegurados designadamente pelos hospitais.

Atualmente, uma das preocupações dominantes dos governos e das entidades que operam na área da saúde, continua a ser a reforma dos sistemas de saúde, a qual assenta, sobretudo, na concorrência para promover eficiência e na procura de protocolos de uma rede de referenciação e de articulação entre os diferentes níveis de cuidados, respetivamente: cuidados de saúde primários, cuidados hospitalares e rede de cuidados continuados integrados.

1.2. PROPÓSITO E OBJETO DE ESTUDO

O projeto aplicado que se apresenta diz respeito a um trabalho de âmbito institucional e tem como objeto de estudo um Agrupamento de Centros de Saúde, o ACeS Cova da Beira, que atua na área da prestação de cuidados de saúde primários. Procede-se à caracterização e diagnóstico do serviço e apresenta-se uma solução, a partir da análise efetuada e assente na revisão da literatura constituída pela metodologia de sistema de gestão de desempenho baseado no *Balanced Scorecard*. A realização deste estudo integra-se no âmbito do Mestrado em Gestão e Administração de Unidades de Saúde – com especialização na área da gestão e administração de unidades de saúde.

A questão fundamental que se coloca é identificar se as ferramentas de medição e avaliação do desempenho organizacional se encontram devidamente alinhadas estrategicamente, fornecendo informação relevante para a gestão na tomada de decisão. Perante esta problematização pretende-se a realização de um Projeto Aplicado no ACeS Cova da Beira com o objetivo geral de definir e apresentar uma ferramenta de gestão que proporcione eficiência e eficácia na utilização dos recursos, de forma equilibrada e alinhada, conducente a uma efetiva gestão do desempenho organizacional, traduzindo-se num sistema de gestão estratégica do desempenho.

O modelo de gestão do desempenho aqui proposto e elaborado de forma sustentada decorre de um processo de investigação científica - Capítulo 3 - baseado numa metodologia de análise e diagnóstico do Agrupamento de Centros de Saúde, ACeS Cova da Beira - Capítulo 4 – aplicado e apresentado no Capítulo 5.

Do objetivo geral acima definido, e de modo a proporcionar uma interpretação mais aprofundada e concreta, foram estabelecidos os objetivos específicos:

- Alinhar estrategicamente a missão e a visão, assim como as diversas dimensões que criam valor ao ACeS da Cova da Beira, como sejam as pessoas, os processos e as infraestruturas;
- Contribuir para uma efetiva medição, avaliação e monitorização da gestão do desempenho do ACeS da Cova da Beira;
- Definir um sistema de gestão estratégica que vise o sucesso a médio e longo prazo do ACeS Cova da Beira.

1.3. METODOLOGIA E PLANO DA INVESTIGAÇÃO

A investigação desenvolvida no âmbito do presente trabalho assume a forma de Projeto Aplicado, caracterizando-se pela utilização de conhecimentos académicos aplicados em contexto profissional. Durante a sua elaboração várias atividades relacionadas possibilitam a interação entre campo teórico e prático, tendo como base a proposição temática escolhida – cuidados de saúde primários no ACeS Cova Beira.

A interação teórico-prático fundamenta-se na Metodologia de Investigação Ação. Esta tem como elemento fulcral a relação entre o investigador e o seu objeto de estudo, tendo em vista a mudança de uma situação que existe para outra que se deseja (Guerra, 2000).

São características principais desta metodologia:

- não é um processo pontual, logo influencia o percurso todo da investigação;
- o ponto de partida não é uma teoria e um quadro de hipóteses mas sim uma situação, um problema, uma prática real e concreta;
- o objetivo não é fundamentalmente o aumento do conhecimento, mas a resolução de problemas, logo interessa mais o processo de mudança social exigido por esta metodologia do que o resultado dela;
- o investigador não é simplesmente um observador, mas sim um apoiante dos sujeitos implicados na ação.

A Investigação Ação tem duas vertentes: a Investigação para a Ação e a Investigação na/pela Ação. A Investigação para a Ação é desencadeada por alguém que tem necessidade de informação ou conhecimento sobre um problema com o propósito de agir sobre ele e de lhe encontrar uma solução (Guerra, 2002). A vertente que mais se adapta a este Projeto Aplicado é a Investigação na/pela Ação, porque é um processo coletivo que, além de envolver os investigadores, envolve a sociedade, ou parte dela, no estudo.

Resumindo, a Metodologia de Investigação Ação permite, em simultâneo, a produção de conhecimentos sobre a realidade, a inovação da singularidade de cada caso, a produção de mudanças sociais e a formação de competências dos intervenientes (Guerra, 2000).

O Projeto Aplicado, desenvolvido no presente estudo, compreende a realização das seguintes etapas de investigação:

1. Análise teórico-contextual dos cuidados de saúde primários em Portugal.
2. Enquadramento teórico da gestão do desempenho em unidades de saúde.
3. Caracterização do meio envolvente do ACeS Cova da Beira.
4. Proposta de modelo de gestão do desempenho no ACeS Cova da Beira.

Foram usados como ferramentas base de desenvolvimento deste relatório de mestrado, o Plano de Desempenho e o Contrato Programa do ACeS Cova da Beira para 2013. Tratam-se de documentos estruturantes e de suporte ao estudo que se apresenta.

1.4. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA ESTRUTURA DO TRABALHO

A estrutura da investigação realizada ao longo do presente trabalho está organizada em seis capítulos.

Num capítulo introdutório é apresentada a temática, definido o enquadramento conceptual, apresentadas as principais questões, desenvolvida a metodologia e abordagem do estudo e esclarecidos os conceitos chave, propósitos e contributos da investigação.

No segundo capítulo são desenvolvidos os fundamentos contextuais e teóricos que enformam e sustentam a abordagem do estudo da gestão do desempenho na área dos cuidados de saúde primários no contexto da *Nova Gestão Pública*.

No terceiro capítulo elabora-se o enquadramento teórico de gestão do desempenho e metodologia de implementação de um sistema de gestão do desempenho baseado no *Balanced Scorecard* aplicado ao setor da saúde.

No capítulo seguinte, o quarto, procede-se à caracterização do meio envolvente do ACeS Cova da Beira.

Com a metodologia apresentada no terceiro capítulo, elabora-se uma proposta de um sistema de gestão do desempenho baseado no *Balanced Scorecard* aplicado ao ACeS Cova da Beira, apresentado no Capítulo 5.

No último capítulo, o sexto, procede-se às principais conclusões do trabalho, analisando a validade dos propósitos iniciais da investigação, assim como se indicam futuras linhas de investigação no âmbito da temática do presente trabalho.

Capítulo 2

2. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS E A NOVA GESTÃO PÚBLICA

2.1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são um elemento-chave de um sistema de saúde. Estão na linha da frente, constituindo-se como os cuidados de primeiro contacto por estarem acessíveis, quando necessários, e acompanharem global e longitudinalmente todo o processo saúde-doença de uma vida e não apenas os episódios de doença (Biscaia *et al.*, 2008).

Os mesmos autores esclarecem que os CSP veiculam a promoção da autorresponsabilização e autonomia dos cidadãos nas suas decisões e ações, coordenando, sempre que necessário, as suas interações com outras estruturas ou profissionais no domínio da Saúde.

Sakellarides (2002) menciona que os CSP acontecem todos os dias quando as pessoas comuns aprendem ou fazem alguma coisa de útil à sua saúde e à dos que lhe estão próximos.

Os CSP promovem os cuidados essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, num primeiro contacto com os serviços de saúde. Abordam os problemas para os quais a sociedade pode providenciar serviços preventivos, curativos e de reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar.

Tendo em conta estes pressupostos, tratam-se de cuidados que instituem e racionalizam, para cada indivíduo no seio dos seus grupos sociais de maior referência, a mobilização e a distribuição de recursos, especializados e outros, visando a promoção, manutenção e melhoria da sua saúde e bem-estar das comunidades. Ou seja, os CSP afiguram-se como os serviços que os cidadãos contactam, em primeiro lugar, na sua relação com o sistema de saúde. Este é um local onde 90% dos problemas de saúde devem ser abordados (Biscaia *et al.*, 2008).

Subjacente aos CSP está a igualdade na utilização dos cuidados de saúde e a colaboração intersectorial que devem estar implícitas em todo o Sistema de Saúde. Esta filosofia está bem patente na intenção da Organização Mundial da Saúde (OMS) quando, em 1977, decidiu que o maior objetivo social de cada governo deveria ser que todos os cidadãos do mundo pudessem alcançar, no ano 2000, um nível de saúde que lhes permitisse ter uma vida produtiva social e economicamente acessível. Ficou conhecido como “Saúde para todos no ano 2000” e teve um impacto enorme na reflexão sobre os CSP.

A Declaração de Alma-Ata da OMS apresentou as estratégias da “Saúde para todos no ano 2000”. Entre estas, definiu a Saúde como um objetivo social que deveria ser alcançado como parte do desenvolvimento num espírito de justiça social. Portanto, os CSP envolvem, adicionalmente ao Sector da Saúde, todos os aspetos com ele relacionados e importantes para

o desenvolvimento tanto a nível das comunidades, como nacional. Propõe aos profissionais da saúde que trabalhem em equipas multidisciplinares, cujos membros sejam adequadamente treinados para cumprirem, não apenas as suas funções na área da saúde mas, também, no trabalho para o desenvolvimento das comunidades.

Podem evidenciar-se como elementos fundamentais dos CSP, a acessibilidade, a globalidade, a coordenação, a responsabilização das entidades prestadoras de cuidados, a participação comunitária, o enfoque na comunidade, a aplicação de métodos epidemiológicos aos cuidados clínicos dos doentes e a autorresponsabilização dos cidadãos.

2.2. REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL

A Lei de Bases da Saúde Portuguesa (Lei nº 48/90, de 24 de agosto), na Base XIII referente aos Níveis de Cuidados de Saúde, reconhece que os CSP são a base de todo o sistema de Saúde e devem situar-se junto às comunidades. Esta assunção resulta de uma prioridade política de Saúde Nacional na área da Promoção da Saúde e a Prevenção da Doença.

Em Portugal, a necessidade de efetuar reformas na área da saúde surge em consequência da tentativa de atribuir uma maior ponderação à prevenção da doença e à promoção da saúde. Algumas reformas, anteriormente empreendidas, concorreram para este grande passo na saúde no país. Destaca-se, entre outras, a denominada reforma de Ricardo Jorge (promulgada em 1899, regulamentada em 1901 e com início de funcionamento em 1903), que, como refere Ferreira (1990), constituiu o primórdio de uma reforma sanitária, assumindo-se, deste modo, a importância da proteção e melhoria da saúde das comunidades. Surge, então, o supracitado Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de setembro, que se deveu à existência de serviços de saúde muito fragmentados e organizados de forma vertical, não só pela sua desarticulação como, também, por dependerem de diferentes organizações nacionais e Ministérios. Este Decreto tinha como princípios: reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado a responsabilidade de a assegurar, tendo como limites os que, em cada instante, lhe são impostos pelos recursos financeiros, humanos e técnicos das comunidades beneficiárias; política unitária de saúde, da responsabilidade do Ministério da Saúde; integração de todas as atividades de saúde e assistência, a nível local e regional, de modo a poder tirar-se o melhor rendimento dos recursos humanos e financeiros; planeamento central e descentralização na execução, de modo a permitir a escolha de prioridades que mais impacto podiam ter na saúde das populações e a dinamização local dos serviços (Ferreira, 2000).

Os Centros de Saúde (CS) constituem as infraestruturas essenciais dos CSP tendo, também, sofrido algumas alterações ao longo da sua história em Portugal. Podem identificar-se três linhagens de Centros de Saúde que se distinguem, não apenas pelas suas características, como também, pelo seu enquadramento histórico-político (Branco & Ramos, 2001): os Centros de Saúde de primeira geração (Decreto-Lei nº 413/71), segunda geração (Decreto-Lei nº 97/83, de 22 de abril) e terceira geração (Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de maio).

Os CS de Primeira Geração foram, para a sua época e contexto, um sucesso notável (Branco & Ramos, 2001). A sua conceção teve como preocupação, para além da integração dos serviços até então dispersos, agregá-los de acordo com a sua perspetiva, de prevenção e de saúde pública, orientando-os e inserindo-os nas comunidades locais.

Contudo, permaneceu a distinção entre dois tipos de práticas que, sendo contrárias, se complementavam para dar resposta às necessidades e expectativas das populações: uma prática de Saúde Comunitária com objetivos de promoção de saúde e atuação programada por valências ou programas verticais, normalizados centralmente e com preocupações explícitas de qualidade nos processos; uma prática de cuidados imediatos, traduzida em elevado número de consultas, visitas domiciliárias e tratamentos de enfermagem, sem planeamento por objetivos de saúde e sem preocupações explícitas de natureza qualitativa (Branco & Ramos, 2001).

Esta distinção revela-se na dissociação entre os denominados Postos de Saúde com uma atuação nas áreas de saúde materno-infantil, pré-escolar e escolar; profilaxia das doenças evitáveis; saneamento do ambiente, Educação para a Saúde e cuidados médicos de base entre outros, e as Caixas de Previdência, com a competência dos cuidados curativos entregues aos postos clínicos dos Serviços Médico-sociais.

Entretanto, e face às influências resultantes do processo de democratização social e política do país em 1974, surgem as condições políticas e sociais que permitiram, em 1979, a adoção de um efetivo Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, geral e tendencialmente gratuito. Este, por sua vez, resultou de algumas diretrizes enunciadas na Constituição da República de 1976 que, acrescenta ao facto de todos os indivíduos terem direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. A primeira é assegurada pelo SNS, através da prestação de cuidados gerais a toda a população, competindo ao Governo a definição e a coordenação global da política de saúde.

No entanto, as alterações socioculturais e demográficas e a demonstrada insatisfação e desmotivação dos profissionais, levaram a que de novo se repensasse o modelo dos cuidados, até então vigente, e conseqüente orgânica e funcionamento dos CS, baseada numa

cultura de resultados em saúde, transversal a um pensamento estratégico nesta área, ou seja, uma orientação organizada da ação na saúde como meio de antecipar, obter e avaliar resultados.

Resultante de todos estes fatores, nascem então os Centros de Saúde de Terceira Geração, homologados pelo Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de maio, que surgem como “pessoas coletivas de direito público, integradas no SNS e dotadas de autonomia técnica, administrativa e financeira, e património próprio, sob superintendência e tutela do Ministério da Saúde”.

De aludir que, mormente por questões de ordem política, a operacionalização destas propostas não foi implementada. Porém, em 2002, com base neste Decreto, a Direção Geral da Saúde lança um documento intitulado Centros de Saúde de Terceira Geração: Manual para a Mudança. Neste, entre outros aspetos abordados, destaca-se, por ter maior relevância para o presente estudo, a estrutura organizacional e modelo de funcionamento proposto para os Centros de Saúde e a implementação de mecanismos de participação da comunidade.

Assume-se, neste manual, que cada Centro de Saúde, ou associação de Centros de Saúde, deverá dispor, obrigatoriamente de 4 a 10 Unidades de Saúde Familiar (USF), uma Unidade Operativa de Saúde Pública (UOSP) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), sendo que outras unidades funcionais, de diagnóstico e tratamento, e especialidades de internamento ou de urgência, poderão ser incluídas, decorrente das necessidades identificadas e perfil da população abrangida.

Posteriormente, com outro Governo e basicamente com os mesmos objetivos, é aprovado outro diploma, o Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de abril, que cria a rede de CSP e explicita a possibilidade de gestão privada de alguns serviços.

Decorrente deste último tópico nasce, a 12 de outubro, pela Resolução do Conselho de Ministros nº 157/2005, de 22 de setembro, a Unidade de Missão para os CSP com a incumbência de criar os instrumentos legais e operacionais que permitam a recentragem do sistema de saúde português nos CSP e, ao mesmo tempo, acompanhar o desenvolvimento desta nova metodologia de organização dos cuidados.

A 16 de fevereiro, pelo Despacho Normativo nº 9/2006, foi fixado o Regulamento para Lançamento e Implementação das USF. Retoma-se, então, a nível organizacional e funcional a dinâmica proposta por este Decreto, a qual consiste em unidades operativas baseadas em equipas multiprofissionais que, embora tecnicamente autónomas e com incumbências específicas, se complementam para o cumprimento da missão global do

Centro de Saúde, reconhecendo-se as USF como a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo.

Os elementos fulcrais da reconfiguração dos centros de saúde são as unidades funcionais e o trabalho em equipa orientado para atingir objetivos concretos. O lançamento das unidades funcionais teve início em 2006, antes do Agrupamento dos Centros de Saúde em ACeS, com a entrada em funcionamento das primeiras USF. As unidades funcionais são equipas multiprofissionais com características e missões específicas conforme os Quadros 2.1., 2.2. e 2.3.

Quadro 2.1. Equipas/unidades funcionais dos cuidados de saúde primários

Equipas multiprofissionais de tipo estrutural permanente, com missões específicas:

1. Cuidados à pessoa e à família – Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP);
2. Cuidados seletivos a grupos com necessidades especiais e intervenções na comunidade – Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC);
3. Diagnóstico e vigilância do estado de saúde da população (função de observatório local de saúde); proteção e promoção da saúde da população, de grupos, e intervenção comunitária – Unidades de Saúde Pública (USP).
4. Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP)
5. Equipa multiprofissional flexível e aberta que agrega competências complementares de apoio às restantes equipas/unidades funcionais. Proporciona apoio assistencial, consultadoria e promove ou participa em projetos de saúde próprios ou comuns a várias unidades e ao ACeS.

Fonte: adaptado de Ministério da Saúde (2012)

Quadro 2.2. Pilares da reforma dos Cuidados de Saúde Primários

- Rede descentralizada de equipas multiprofissionais de tipo estrutural permanente, com missões específicas, embora interligadas e complementares entre si.
- Partilha de recursos, saberes e competências “transversais” às missões das diferentes unidades funcionais.
- Desenvolvimento de uma gestão de proximidade, quer organizacional quer de coordenação de equipas.
- Desenvolvimento de uma governação clínica e de saúde centrada nas pessoas, orientada para resultados (ganhos em saúde) e baseada em processos assistenciais e de saúde bem definidos e avaliáveis (destaque para o papel dos conselhos clínicos dos ACES e dos conselhos técnicos das unidades).
- Participação e corresponsabilização dos cidadãos e da comunidade (destaque para o papel dos gabinetes do utente e dos conselhos da comunidade).

Fonte: adaptado de Ministério da Saúde (2012).

Quadro 2.3. Vertentes da reforma dos Cuidados de Saúde Primários

1. Rede descentralizada de equipas	Equipas multiprofissionais de tipo estrutural permanente, com missões específicas: <ul style="list-style-type: none"> • cuidados à pessoa e à família – Unidades de Saúde Familiar (USF) e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); • cuidados a grupos com necessidades especiais e intervenções na comunidade – Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC); • intervenções no meio físico e social e ações com alcance populacional – Unidades de Saúde Pública (USP).
2. Concentração de recursos e partilha de serviços	Equipa multiprofissional que assegura e rentabiliza serviços específicos, assistenciais e de consultadoria às unidades funcionais e aos projetos de saúde comuns a várias unidades e ao ACeS - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).
3. Descentralização da gestão para o nível local	Criação dos agrupamentos de centros de saúde com diretores executivos e conselhos executivos e desenvolvimento de competências locais para a gestão de recursos - Unidades de Apoio à Gestão (UAG) – obtendo economias de escala com a agregação de centros de saúde.
4. Governação clínica e de saúde	Desenvolvimento de um sistema de pilotagem técnico-científica envolvendo todos os profissionais, sob orientação do conselho clínico de cada ACeS e dos conselhos técnicos das suas unidades.
5. Participação da comunidade	Ênfase e reforço da participação da comunidade através de órgãos como os Gabinetes do Utente e os Conselhos da Comunidade.

Fonte: adaptado de Ministério da Saúde (2012)

Estas equipas/unidades funcionais devem guiar-se por objetivos contratualizados ao nível dos processos, de resultados e de eficiência e ter o seu desempenho monitorizado e avaliado.

Toda esta reforma nos CSP, como experiência piloto de uma organização com qualidade, tem-se confirmado inovadora na sua conceção e implementação, tendo como meta e prioridade estratégica a qualidade. Para tal, foi criado um instrumento MoniQuor, que tem como objetivo avaliar a satisfação do utente dos CSP, apostando numa forte evolução positiva de uma reforma que necessita de se reconstituir, permanentemente, para a adaptação a um contexto em constante mudança e cada vez mais rigoroso.

2.3. A NOVA ARQUITETURA ORGANIZACIONAL - ACES

A reforma dos CSP foi um dos objetivos fundamentais do Governo português na área da saúde. O enquadramento legal dos ACeS no SNS foi estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Assim, pelas Portarias n.º 272 e n.º 276/2009, de 18 de março, foram criados os ACeS. Por sua vez, o documento produzido pela Missão para os CSP, em agosto de 2008, postula que a “implementação dos ACeS integra-se no quadro global da

transformação organizacional da administração pública, da administração da saúde e dos serviços prestadores de CSP” (Vital & Teixeira, 2012).

O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro cria os agrupamentos de centros de saúde do SNS, designados por ACeS e estabelece o seu regime de organização e funcionamento. No seu artigo 2º é referenciado que “os ACeS são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde”; e que “o centro de saúde componente dos ACeS é um conjunto de unidades funcionais de prestação de CSP, individualizado por localização e denominação determinadas”. Os ACeS têm por incumbência garantir a prestação de C à população de determinada área geográfica e, para cumprir a sua missão, os ACeS desenvolvem atividades de promoção da saúde e de prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados. Desenvolvem, igualmente, atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases (artigo 3º). Ainda de acordo com o mesmo disposto legal, nomeadamente no seu artigo 5º, os centros de saúde componentes de ACeS intervêm nos âmbitos:

- a) Comunitário e de base populacional;
- b) Personalizado, com base na livre escolha do médico de família pelos utentes;
- c) Do exercício de funções de autoridade de saúde. Para fins de cuidados personalizados, são utentes de um centro de saúde todos os cidadãos que nele queiram inscrever-se, com prioridade, havendo falta de recursos, para os residentes na respetiva área geográfica.

Os centros de saúde devem assegurar aos utentes a máxima acessibilidade possível, sobretudo através do princípio de atendimento no próprio dia e marcação de consultas para hora determinada (artigo 6º).

Os ACeS podem compreender as seguintes unidades funcionais (artigo 7º):

- a) Unidade de Saúde familiar (USF);
- b) Unidade de Cuidados de Saúde personalizados (UCSP);
- c) Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC);
- d) Unidade de Saúde Pública (USP);
- e) Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP);
- f) Outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva Administração Regional de Saúde, I.P., e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários.

Em cada centro de saúde componente de um ACeS funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta. Cada ACeS tem somente uma USP e uma URAP.

A visão estratégica, na base desta reforma, sustentava que este tipo de organização permitiria uma maior proximidade ou interligação à atividade assistencial que faltava às extintas Sub-Regiões de Saúde. Simultaneamente, o nível de dimensionamento parecia comportar um potencial de obtenção de economia de escala e um ganho de produtividade (Vital & Teixeira, 2012).

Em 2010, foram implementados instrumentos previsionais junto dos recém-criados ACeS: Plano de Desempenho (PD) e Contrato-Programa (CP). Estes instrumentos indicam a necessidade de promover a autonomização e responsabilização dos prestadores para melhor responder às necessidades em saúde das populações. Ocorreu, igualmente, a contratualização interna com as USF, sendo também adaptada para as UCSP.

Em conformidade com o Ministério da Saúde (2012), de entre os critérios para o agrupamento e eventual reagrupamento dos Centros de Saúde, destacam-se:

Critérios de natureza estrutural e contextual

Critérios *major*

- Distribuição e dispersão geográfica da população;
- Organização dos municípios e de outros parceiros sociais indispensáveis à intervenção intersectorial local em saúde;
- Interligações preferenciais com as unidades hospitalares e aspetos emergentes da reforma hospitalar e da Rede Nacional de Emergência e Urgência;
- Rede de transportes e fluxos preferenciais da mobilidade da população;
- Atualização dos dados referentes à população (Censos de 2011) e NUTS III.

Critérios de natureza funcional

Critério *major*

- Capacidade de acompanhamento e interação próxima e regular com as diversas unidades funcionais - para apoio, supervisão, contratualização, acompanhamento, auditorias e avaliação.

Critérios de resultados (ganhos previsíveis)

Critérios *major*

- Melhoria da acessibilidade (estimativa quantificada de ganhos);
- Melhoria da efetividade (estimativa quantificada de ganhos em saúde);
- Melhorias de custo-efetividade dos cuidados de saúde (estimativa quantificada);

- Melhoria da qualidade dos cuidados (descrição narrativa);
- Redução de desperdício (estimativa percentual em relação ao total dos custos);
- Melhoria da eficiência global (estimativa quantificada de ganhos).

Numa perspetiva de trabalho em equipa multidisciplinar deve potenciar as competências de cada grupo profissional e contribuir, em complementaridade, para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável, promotora de um resposta integrada, de maior diferenciação às necessidades em cuidados de saúde (...) assegurar os recursos técnicos e matérias (Grupo Consultivo Reforma dos Cuidados Primários, 2009).

2.4. NOVA GESTÃO PÚBLICA

A Nova Gestão Pública¹ é um termo formalmente conceituado e introduzido por Hood (1991), que denota amplamente as políticas governamentais, desde os anos 80, que tiveram como objetivo modernizar e tornar mais eficiente o setor público. A hipótese básica sustenta que a gestão do setor público, orientado para o mercado, levará a uma maior eficiência de custos para os governos. Neste contexto, entende-se 'Nova Gestão Pública em Ação' como um novo conceito que envolve a introdução de serviços públicos dos "Três M's": **Mercado**, **Management** e **Medição**.

Por outro lado, acredita-se que a gestão é uma função organizacional separada e distinta, e que desempenha um papel fundamental no planeamento, implementação e na avaliação e medição dos melhores resultados de produtividade. O sucesso dos negócios irá depender, cada vez mais, da qualidade e profissionalismo dos gestores. Assim sendo, a crença fundamental que está em jogo é a de que deve ser concedida a liberdade necessária aos gestores para gerirem (Hood, 1991).

A Nova Gestão Pública contribuiu para a modernização dos serviços públicos prestadores de cuidados e dos papéis desempenhados pelos gestores da área da saúde com enfoque acrescido nos resultados em vez de nos meios, através do incentivo a formas de atuação mais “empresariais” (Simões, 2010).

Este modelo baseia-se na ideia de que é possível melhorar o desempenho do sector público aliando os princípios de um sistema de mercado a instrumentos tradicionalmente associados à gestão privada, mais orientada para os resultados e focada no desempenho e na eficácia, recorrendo a alguns princípios nucleares:

¹ Tradução do termo original *New Public Management*.

- Capacidades de gestão;
- Metas de desempenho quantificadas;
- Descentralização;
- Separação entre a política e a utilização das práticas do sector privado;
- Utilização da subcontratação da prestação de serviços públicos.

A Nova Gestão Pública implica maior responsabilização para os gestores públicos, tendencialmente com formação nas áreas de gestão, e um reforço da noção de prestação de contas. Implica, igualmente, a implementação de padrões de avaliação centrados nos resultados e sistemas de incentivos com base na produtividade, para além da imposição do controlo de gastos e a introdução do planeamento e gestão estratégicos. Conceitos usualmente conotados com a gestão no sector privado como excelência, qualidade total, melhoria contínua, incentivos e medição de desempenho começaram a ganhar o seu espaço na gestão de organizações públicas.

A Nova Gestão Pública teve origem em quatro grandes tendências administrativas (Hood, 1991):

- Abrandamento e reversão do crescimento do sector administrativo, devido ao crescimento da despesa pública e do número de colaboradores;
- Mudança de rumo para a privatização e quase-privatização de serviços;
- Desenvolvimento da automação, em particular das tecnologias de informação, na produção e distribuição dos serviços públicos;
- Crescimento de uma agenda internacional, focada nas questões gerais da administração pública, da conceção de políticas, dos estilos de gestão e cooperação entre governos, relegando a “velha” tradição da especificidade da Administração Pública nacional.

As componentes doutrinárias da *Nova Gestão Pública* estão resumidas no Quadro 2.4.

Quadro 2.4. Componentes doutriniais da *Nova Gestão Pública*

DOCTRINA	SIGNIFICADO	JUSTIFICAÇÃO TÍPICA
Profissionalização da gestão das organizações públicas.	Gestores bem visíveis no topo das organizações, com liberdade de gerir e poder discricionário	A responsabilidade requer concentração de autoridade e não difusão do poder
Standards explícitos e a medida de performance.	Objetivos bem definidos e mensuráveis como indicadores de sucesso.	Responsabilidade significa objetivos claramente definidos; eficiência necessita de atenção aos objetivos
Ênfase no controlo de outputs.	Alocação de recursos e recompensas com ligação à performance.	Necessidade de insistir nos resultados e não nos processos
Viragem no sentido de desagregação das unidades do sector público.	Divisão do sector público em unidades corporizadas, organizadas por produtos, com orçamentos próprios e com negociação com cada uma delas	Tornar unidades capazes de serem geridas; separar provisão de produção, usando contratos e franchises dentro e fora do sector público.
Insuflar competição no sector público.	Mudança no sentido de contratos a prazo.	A competição é a chave para baixar custos e melhorar standards.
Insistência em estilos de gestão e práticas de gestão privada.	Mudança dum estilo de serviço público militar para um mais flexível, quanto aos salários e duração dos contratos.	Necessidade de introduzir instrumentos de gestão empresarial no sector público.
Insistência na parcimónia e disciplina no uso de recursos	Cortar custos, aumentar a disciplina de trabalho	Necessidade de verificar a procura de recursos do sector público e fazer mais com menos.

Fonte: adaptado de (Rocha, 2010) citado por Martins (2013).

A partir destas componentes doutriniais construíram-se os conceitos-chaves da reforma do sector público português (Silvestre, 2010):

- Serviço ao cliente;
- Liderança e empreendedorismo;
- Competição;
- Contratualização;
- Governação através da criação de redes e parcerias entre as organizações públicas e organizações privadas e do sector terciário;
- *Value-for-money* assente na maximização da economia, eficiência e eficácia;
- Reengenharia governamental separando a política da gestão, possibilitando aos gestores maior autonomia na prossecução do interesse público;
- Ênfase nos resultados em detrimento dos recursos;
- Medição da qualidade na prestação dos serviços públicos;
- Responsabilização perante os políticos e/ou o eleitorado;
- Remuneração através da adoção de sistemas de desempenho que se baseiem em resultados.

Capítulo 3

3. GESTÃO DO DESEMPENHO

3.1. CONTROLO DE GESTÃO DO DESEMPENHO

Como anteriormente explanado, a *Nova Gestão Pública* veio aclarar a necessidade de utilização de instrumentos de gestão de organizações privadas onde o estabelecimento de metas, a medição e o controlo do desempenho são cruciais na otimização da utilização de crescentes necessidades de recursos do sector público. Estão construídas as condições ambientais ao desenho e implementação de sistemas de medição do desempenho.

No âmbito do processo da empresarialização do sector da saúde, a qualidade na avaliação e medição do desempenho tem sido uma questão de elevada importância para os organismos, quer públicos quer privados, tanto a nível institucional, como a nível nacional.

A medição e avaliação de desempenho consiste na criação de processos que permitam decisões baseadas em factos, considerando o desempenho como a realização de uma determinada tarefa medida contra padrões pré-estabelecidos e conhecidos de precisão, integridade, custo e tempo de execução.

No contexto do sector da saúde, o desempenho pode ser definido como o que é feito e como ele é feito para fornecer cuidados de saúde (Adair *et al.*, 2006a, 2006b).

Nos serviços públicos, a avaliação de desempenho visa disponibilizar informações importantes relativas ao desempenho da organização e aos programas e políticas públicas que permitam melhorar a gestão e a tomada de decisões (Pinto, 2007). Para tal os gestores públicos necessitam de incorporar instrumentos de gestão que permitam controlar o desempenho.

O conceito de gestão do desempenho pode ser definido como o processo utilizado para gerir a execução da estratégia, englobando um conjunto de processos, metodologias e soluções. Integra o sistema de medição que é utilizado para avaliar, monitorizar e rever a performance (Pinto, 2007). O processo de gestão do desempenho compreende quatro subprocessos subsequentes:

1. Medição do Desempenho;
2. Reporte do Desempenho;
3. Controlo de Gestão do Desempenho;
4. Melhoria do Desempenho.

Um sistema de gestão de desempenho é apoiado em quatro pilares fundamentais: pessoas, processos, infraestruturas e competências (Pinto, 2007). A base do sistema é constituída pelas pessoas, com as suas competências e conhecimentos, que devidamente alinhadas com o conjunto de processos e infraestruturas completam o sistema de gestão.

O âmbito do controlo de gestão do desempenho compreende conseguir realizar a estratégia das entidades pelo desenvolvimento de um conjunto de instrumentos práticos de gestão que motivem os responsáveis descentralizados a atingirem os objetivos estratégicos das organizações, privilegiando a ação e a tomada de decisão, em tempo útil, e favorecendo a delegação de autoridade e responsabilização (Jordan *et al.*, 2007).

O controlo de gestão é o processo pelo qual os gestores orientam o presente no sentido da estratégia, concebendo um conjunto de instrumentos orientados para o futuro (Quadro 3.1.).

Quadro 3.1. Processo de Controlo de Gestão

Passos Iniciais	1. Fixação de objetivos quantificados para um determinado período 2. Fracionar os objetivos, estabelecendo previsões em valores mensais ou trimestrais 3. Elaboração de planos de ação alocando recursos materiais, humanos e financeiros
Passos Intermediários	4. Acompanhamento dos resultados – analisar resultados parciais e comparar com as previsões 5. Tomada de ações de ajustamento
Passos Finais	6. Avaliação do desempenho do período 7. Utilizar um sistema de sanção-recompensa para valorizar o desempenho

Fonte: Jordan *et al.* (2007)

Na implementação de um adequado processo de controlo de gestão são utilizados instrumentos práticos de gestão previsionais (plano operacional e orçamento) e de acompanhamento de resultados do desempenho (*Balanced Scorecard* e Controlo Orçamental) (Figura 3.1.).

O processo de controlo de gestão é desenvolvido na sequência de uma prévia análise estratégica, compreendendo o diagnóstico do meio envolvente, utilizando ferramentas de gestão tais como a análise PEST e SWOT, e a partir do qual se desenvolve o plano estratégico.

Na fase intermédia de acompanhamento dos resultados e fase final de avaliação do desempenho orçamental dois instrumentos são aplicados: o *Balanced Scorecard* e o controlo orçamental.

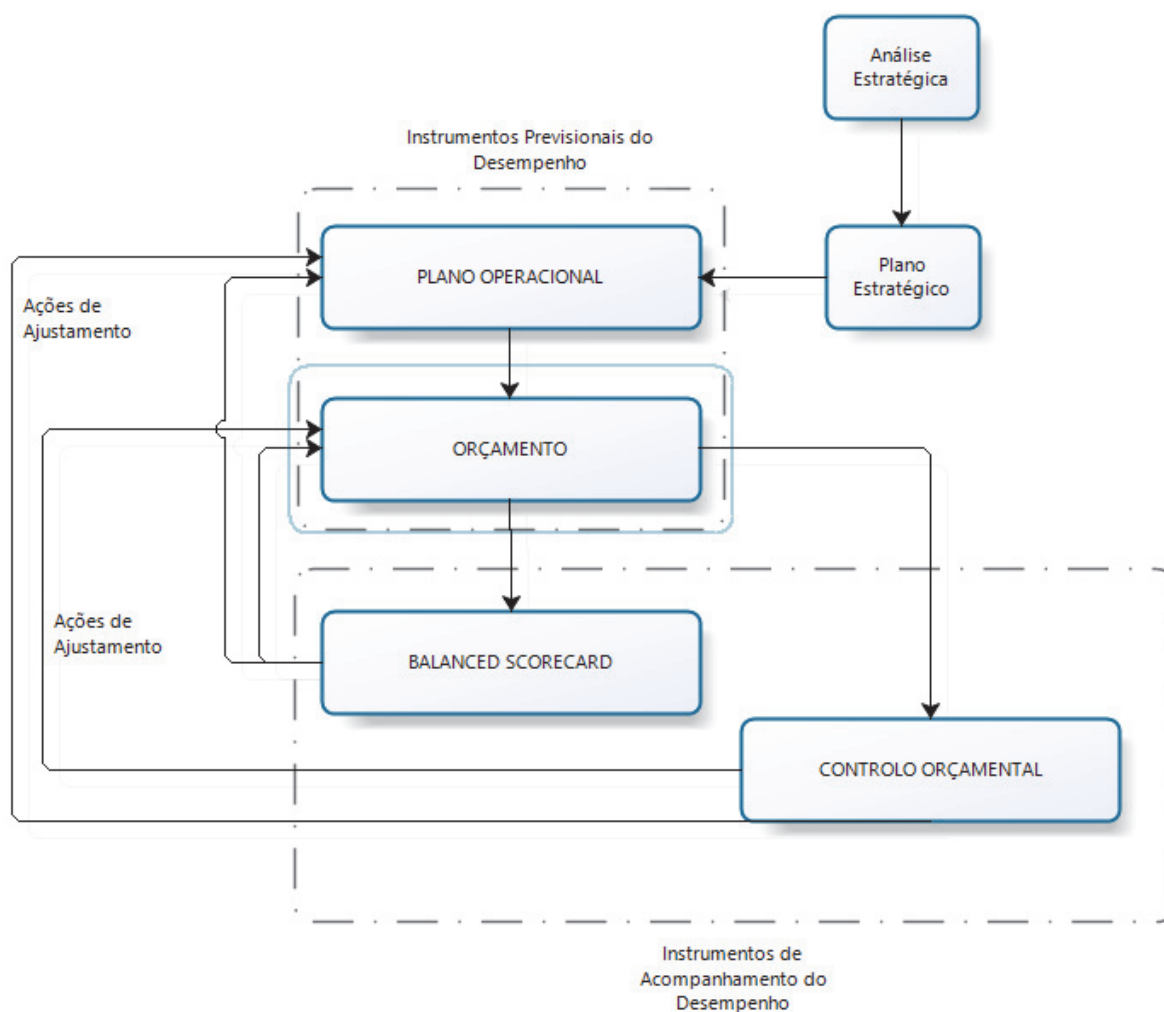


Figura 3.1. Instrumentos de Controlo de Gestão
 Fonte: Adaptado de Jordan et al. (2007)

Pode verificar-se que um adequado sistema de medição do desempenho está incorporado dentro do processo de controlo de gestão e pode suportar as seguintes funções (Pinto, 2007):

- Monitorização e reporte;
- Planeamento estratégico;
- Orçamentação e gestão financeira;
- Gestão e avaliação de programas;
- Gestão do desempenho;
- Melhoria da qualidade;
- Gestão de contratos de *outsourcing*;
- Benchmarking externo
- Transparência
- *Accountability* e comunicação com os cidadãos

Assim, a avaliação do desempenho pode ser útil no sector da saúde para identificar os problemas e quantificar os objetivos possíveis num espaço temporal definido, verificar a correspondência entre resultados obtidos e propostos, individualizar os sectores que necessitam de ações corretivas e medir o impacto das ações já realizadas.

3.2. SISTEMAS DE MEDIÇÃO DE DESEMPENHO

A informação desempenha um papel fundamental na capacidade de um sistema de saúde para garantir a melhoria da saúde para sua população. São muitos e variados usos destacando-se:

- Monitorizar a saúde pública;
- Definir e desenvolver adequados caminhos de tratamento para os utentes;
- Apoiar a melhoria da prestação clínica de cuidados de saúde;
- Monitorizar a segurança do sistema de saúde;
- Assegurar o controlo de gestão;
- Promover a responsabilidade e sustentabilidade do sistema de saúde aos cidadãos.

No entanto, subjacente a todos esses esforços, está o papel que a informação desempenha na melhoria da tomada de decisões por várias partes interessadas (pacientes, médicos, gestores, governos, cidadãos) procurando dirigir um sistema de saúde para a obtenção de melhores e eficientes resultados.

3.2.1. Finalidade da Medição de Desempenho

Os sistemas de saúde são entidades complexas com diversas partes interessadas, como sejam, utentes e doentes, vários tipos de prestadores de cuidados de saúde, contribuintes, seguradoras, reguladores, governo e cidadania. Estes *stakeholders* estão ligados por uma série de relações de prestação de contas. A prestação de contas tem dois elementos principais: a prestação de contas (fornecimento de informações) e a consequente avaliação (sanções ou recompensas para o responsável) (*European Observatory on Health Systems*, 2009) (Quadro 3.2.).

Seja qual for o projeto do sistema de saúde, o papel fundamental da medição de desempenho é ajudar a obter uma mais eficiente e transparente prestação de contas, permitindo que as partes interessadas possam tomar decisões fundamentadas e justas.

Quadro 3.2. Diferentes Necessidades de Informação

Parte Interessada	Necessidade	Requisitos de Informação
Governo	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização da saúde da população • Definição da política de saúde, metas e prioridades • Garantia de que os procedimentos funcionam corretamente • Garantia de que finanças públicas são usadas como pretendido • Monitorização da regulamentação com eficácia e eficiência 	<ul style="list-style-type: none"> • Informações sobre o desempenho a nível nacional e internacional • Informações sobre o acesso e equidade aos cuidados de saúde • Informações sobre a utilização dos serviços e os tempos de espera • Dados de saúde da população
Reguladores	<ul style="list-style-type: none"> • Proteger os pacientes em termos de segurança e bem-estar • Garantir a mais ampla defesa do consumidor • Garantir que o mercado funciona de forma eficiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Informação oportuna, confiável e contínua sobre o desempenho do sistema de saúde • Informações sobre a eficiência dos fluxos financeiros
Contribuintes	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir que o dinheiro está a ser gasto de forma eficaz e em linha com as expectativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas de desempenho agregadas e comparativas • Informações sobre a produtividade e relação custo-eficácia • Informações sobre o acesso e a equidade dos cuidados
Entidades Compradoras	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar que os fornecedores contratados entregam de forma apropriada e eficaz os serviços de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Informações sobre as necessidades de saúde • Informações sobre as experiências do paciente e satisfação do paciente • Informações sobre o desempenho do fornecedor • Informações sobre a relação custo/eficácia dos tratamentos
Fornecedores	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar e melhorar os serviços existentes • Avaliar as necessidades locais 	<ul style="list-style-type: none"> • Dados de desempenho clínico agregado • Informações sobre as experiências e satisfação do doente • Informações sobre o acesso e a equidade dos cuidados de saúde • Informações sobre a utilização de serviços e tempos de espera
Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar assistência de alta qualidade ao utente • Para manter e melhorar os conhecimentos e competências 	<ul style="list-style-type: none"> • Informações sobre o desempenho clínico individual • <i>State-of-the-art</i> do conhecimento médico • <i>Benchmarking</i> da informação sobre o desempenho
Pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidade de fazer uma escolha de fornecedor, quando necessário • Informações sobre tratamentos alternativos 	<ul style="list-style-type: none"> • Informações sobre os serviços de saúde disponíveis • Informações sobre as opções de tratamento • Informações sobre os resultados de saúde
Cidadãos	<ul style="list-style-type: none"> • Garantia de que os serviços adequados estarão disponíveis quando necessário • Obter contas do governo e outras autoridades eleitas 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendências gerais, e comparações de desempenho do sistema, a nível nacional e local em vários domínios de atuação: acesso, eficácia, segurança e capacidade de resposta

Fonte: Adaptado de European Observatory on Health Systems (2009)

Definição de Medição de Desempenho

A medição do desempenho descreve-se como "a utilização de indicadores de resultados e indicadores de processo para compreender o desempenho organizacional e realizar mudanças que permitam melhorar os cuidados de saúde" (Adair *et al.*, 2006a).

A medição do desempenho procura monitorizar, avaliar e comunicar de forma a que vários aspetos do sistema de saúde possam cumprir aos objectivos-chave (*European Observatory on Health Systems*, 2009):

- Nível de saúde conferida aos cidadãos pelo sistema de saúde
- Capacidade de resposta às necessidades e preferências individuais dos utentes
- Proteção financeira oferecida pelo sistema de saúde
- Produtividade da utilização dos recursos de saúde.

O nível de saúde corresponde tanto aos resultados de saúde garantidos após o tratamento, como ao estado mais amplo de saúde da população. A capacidade de resposta capta as dimensões do comportamento do sistema de saúde não diretamente relacionados com os resultados de saúde, tais como a dignidade, comunicação, autonomia, atendimento, acesso ao mesmo, qualidade dos serviços básicos e escolha do fornecedor. A produtividade refere-se à medida em que os recursos do sistema de saúde são utilizados de forma eficiente na busca de seus objetivos.

O objetivo fundamental dos sistemas de saúde é melhorar a saúde dos pacientes e do público em geral.

A produtividade é, talvez, a área de medição de maior desafio. A necessidade de desenvolver medidas de produtividade e de confiança é óbvia, dado o problema de política de garantia de que os financiadores do sistema de saúde (contribuintes, segurados, empregadores e utentes) obtenham um adequado retorno do investimento feito. A medição da produtividade é um requisito fundamental para garantir a responsabilização dos fornecedores dos serviços de saúde aos seus contribuintes e para assegurar que os recursos do sistema de saúde são gastos com sabedoria (*European Observatory on Health Systems*, 2009).

Processo de Medição do Desempenho

O Processo de medição de desempenho envolve, normalmente, quatro etapas conforme apresentado no Quadro 3.3.

Quadro 3.3. Processo de medição de desempenho

1. Conceção e Estratégia	Alinhar o rumo estratégico organizacional e determinar o âmbito apropriado para o sistema.
2. Seleção dos indicadores de desempenho de processo e de resultado	Definir uma estrutura de indicadores. Uma estrutura ideal descreve domínios (agrupamentos de indicadores) e dimensões (por exemplo, os níveis da organização). A estrutura de indicadores mais popular no mundo dos negócios é o <i>Balanced Scorecard</i> , que também tem sido aplicada na área da saúde. Nos últimos anos, medidas como indicadores e instrumentos abrangentes tornaram-se tão numerosas que seria quase impossível catalogá-las completamente.
3. Recolha e Análise de dados	Muitos defendem a integração da recolha de dados na rotina da prática clínica, que pode ser utilizada para a prestação de cuidados, bem como envolvida para uso de gestão.
4. Elaboração e utilização de relatórios	Apresentação eficaz para diversos públicos, com ênfase em comunicações baseadas em evidências.

Fonte: Adair *et al.*, 2006a

Medição do Desempenho nos Diversos Domínios da Saúde

Os problemas de saúde e cuidados de saúde são extremamente heterogêneos e a medição de desempenho em domínios específicos de saúde dá, muitas vezes, origem a considerações especiais. Por isso, é importante adaptar os princípios gerais de medição de bom desempenho para áreas ou tipos de cuidados de saúde de doenças específicas. Os cuidados primários são um elemento importante da maioria dos sistemas de cuidados de saúde e, geralmente, representam, de longe, o maior número de contactos com os utentes.

A Política de Saúde e de Medição de Desempenho

Em muitos aspetos, as informações do desempenho são o que os economistas chamam de um bem público – é improvável que se desenvolva de forma otimizada dentro de um sistema de saúde sem a orientação e o incentivo dos governos. A medição de desempenho é, portanto, uma questão chave de administração que requer atenção política consciente numa série de domínios importantes.

A medição de desempenho tem o objetivo central de promover um melhor desempenho dos profissionais da saúde, oferecendo informações oportunas que são relevantes para a sua prática clínica específica.

Qualquer medição de desempenho só tem poder se oferecer alguns incentivos implícitos. Além disso, não há dúvida de que os médicos e outros atores do sistema de saúde respondem a incentivos financeiros. Isso levanta a questão de saber se a medição do desempenho pode ser aproveitada para oferecer incentivos explícitos para melhoria de desempenho, com base no desempenho relatado. O projeto de tais sistemas de incentivos intencionais deverá ter em

conta determinadas questões, incluindo quais os aspetos do desempenho alvo, como: medir a realização, como estabelecer metas, decidir se os incentivos se devem oferecer a nível individual ou de grupo, qual a força da ligação entre a realização e recompensa e quanto dinheiro para anexar ao incentivo. Além disso, é necessário um acompanhamento constante para garantir que não existem respostas involuntárias a estímulos, que o sistema de incentivos não compromete a confiabilidade dos dados de desempenho em que se baseia, e que aspetos sem recompensa de desempenho não sejam comprometidos. O pagamento por desempenho também pode desafiar as tradições da prática clínica profissional (ou seja, os princípios da autonomia de decisão) e a necessidade de fazer o melhor para os pacientes, mesmo na ausência de incentivos diretos.

A medição do desempenho pode apresentar efeitos inesperados ou adversos (Adair *et al.*, 2006b):

1. A atenção pode ser focada estritamente na melhoria da própria medida, ao invés do processo subjacente.
2. Os indicadores podem ser selecionados para desviar a atenção de problemas mais importantes, ou os indicadores podem ser focados no curto prazo, em detrimento de questões de longo prazo.
3. A medição pode incentivar uma atitude de busca de soluções simplistas para problemas complexos.
4. Gestores podem usar a medição para servir os seus próprios interesses e não as necessidades ou prioridades de toda a organização.
5. Os indicadores podem ser distorcidos.
6. O desempenho médio pode ser considerado suficiente, incentivando a complacência.
7. Os indicadores podem ser usados para colocar a culpa em vez de encontrar soluções.
8. Os bons resultados são divulgados enquanto os resultados fracos são suprimidos.
9. Expectativas ou padrões de desempenho podem dominar as prioridades locais.
10. Metas de desempenho irrealistas podem baixar a moral e gerar desmotivação.

Para evitar a utilização enviesada de um sistema de medição de desempenho, o estudo de Adair *et al.* (2006b) propõe um conjunto muito detalhado de recomendações para o realinhamento de incentivos, com o objetivo de encorajar o uso positivo de informações resultantes da medição de desempenho:

1. Liderança e compromisso dos administradores/decisores é essencial.
2. Abordagem sistémica, incluindo a consideração de questões organizacionais, contextuais.
3. Enfoque no desenvolvimento pessoal positivo, incluindo a educação, apoio à mudança e realinhamento de incentivos.

4. Manter uma orientação focada na solução positiva, construtiva, não numa abordagem negativa.
5. Considerar medidas de desempenho como bandeiras para a identificação de áreas de melhoria, em vez de medidas absolutas de desempenho.
6. Comprometer-se a uma medição do desempenho como um esforço de longo prazo.
7. Garantir que a experiência e adequados recursos técnicos e de gestão estejam disponíveis.
8. Esforço contínuo numa comunicação aberta, com ênfase na interpretação dos resultados, evitando explicações simplistas.
9. Incentivar a apropriação do sistema de medição do desempenho por meio de colaboração e abordagens participativas.
10. Considerar as perspectivas de todos os interessados.
11. Plano de gestão de desempenho, e não apenas a medição, ou seja, garantir que os mecanismos estão no lugar para usar os resultados.

3.2.2. Sistemas de Medição de Desempenho nos Cuidados de Saúde Primários

Tem sido demonstrado que os países com base num sistema de Cuidados de Saúde Primários (CSP) têm sistemas de saúde mais eficientes e melhores resultados de saúde do que aqueles com um foco em serviços hospitalares centralizados (Macinko *et al.*, 2007).

Países com um elevado atendimento médico em CSP têm populações mais saudáveis menos desigualdades sociais na saúde para suas populações. Portanto, a atenção aos CSP conduz a uma melhoraria da equidade. Segundo Loeb (2004) os cuidados primários apresentam os seguintes benefícios:

1. Os países com uma política de CSP fortes:
 - Têm menores custos globais.
 - Geralmente têm populações mais saudáveis.
2. Dentro dos países:
 - Áreas com maior disponibilidade de médicos de CSP – Medicina Geral e Familiar - têm populações mais saudáveis.
 - Maior disponibilidade de médicos de atenção primária reduz os efeitos adversos da desigualdade social.

Importância da Medição de Desempenho

A aceitação pelos profissionais de saúde da necessidade de medir o desempenho nos cuidados primários é relativamente recente. Até 1980, havia uma noção generalizada na maioria dos países europeus e nos Estados Unidos de que havia pouca variação na prática médica e que um médico era muito parecido com o outro (*European Observatory on Health Systems*, 2009).

A ascensão internacional da medicina baseada em evidências e uma crescente percepção de variações, na prática, significa que a medição de desempenho tornou-se uma prioridade mais alta para ambos os profissionais de cuidados primários e decisores políticos, durante a década de 1990 (*European Observatory on Health Systems*, 2009).

Estrutura Concetual para a Avaliação da Qualidade

É útil ter uma compreensão global do significado de qualidade antes de decidir como medi-la. De facto é importante que, num quadro de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, se clarifique a diferença entre cuidados para utentes individuais e cuidados para as populações:

1. A qualidade dos cuidados para os utentes é determinada por:
 - Acessibilidade
 - A efetividade da assistência
 - Cuidados clínicos
 - Cuidado interpessoal (experiência do utente)
 - Organização dos serviços/desenvolvimento organizacional
2. A qualidade do atendimento para a população é adicionalmente determinada por:
 - Equidade
 - Eficiência

As práticas de saúde desenvolvem-se em diversos níveis de complexidade, que vão desde o cuidado individual, que envolve a relação profissional/utente, até aos sistemas de saúde, onde o enfoque é colocado na acessibilidade, na cobertura e na equidade

O atendimento clínico pode ser subdividido em cuidados preventivos (manter-se saudável), cuidar de doença aguda (melhorar), gerir doenças crónicas (viver com a doença ou deficiência) e os cuidados terminais e paliativos (lidar com o fim da vida).

Os bons cuidados de saúde normalmente não podem ser realizados sem uma boa organização dos serviços e a atenção ao ambiente em que esse atendimento é prestado. Medir a competência organizacional é, portanto, uma parte importante da avaliação global da qualidade.

Há dois domínios adicionais de qualidade de atendimento para populações de utentes - equidade e eficiência. A eficiência é um importante marcador da qualidade de assistência para as populações, como assistência ineficiente (por exemplo, prescrever medicamentos caros, mas ineficientes) que pode ter custos de oportunidade para os cuidados que podem ser prestados a outros pacientes. Da mesma forma, a equidade é um elemento-chave de qualidade,

especialmente onde os recursos são distribuídos de forma desigual entre os grupos populacionais.

Visão Geral das Estratégias de Melhoria da Qualidade

De acordo com o *European Observatory on Health Systems* (2009) os métodos de melhoria da qualidade CSP devem partilhar três elementos-chave:

1. Especificação de um desempenho desejado na forma de diretrizes clínicas, programas de cuidados, critérios de revisão ou políticas clínicas.
2. Formas de mudar a prática clínica -Várias abordagens têm sido usadas com diversos graus de sucesso, incluindo palestras, educação em pequenos grupos, visitas individuais de sensibilização educacional, auditoria e *feedback*, sistemas de lembrete, apoio informático à decisão, divulgação pública de informações e incentivos financeiros.
3. Medição. O desempenho deve ser medido para determinar se, e em que medida, a melhoria ocorreu, para que novas estratégias de melhoria da qualidade possam ser alcançadas de forma adequada.

A investigação empírica mostra que as estratégias de melhoria da qualidade dos CSP podem fazer a diferença, mas que nenhum método *per si* é eficaz (*European Observatory on Health Systems*, 2009).

Seleção e Desenvolvimento de Indicadores de Desempenho

Um sistema de medição do desempenho dos CSP deverá ter como objetivo avaliar o grau em que se fornece, de forma segura, um atendimento eficaz, atempado e centrado no utente. Ele também pode avaliar se a prestação de cuidados de elevada qualidade é eficiente e equitativa. Deverá, ainda, fornecer informações acessíveis sobre a qualidade de uma variedade de públicos, incluindo os consumidores, compradores e fornecedores para facilitar a tomada de decisão individual e coletiva (McGlynn, 2003).

Os indicadores de desempenho podem ser desenvolvidos, assim que os objetivos estejam definidos e as áreas priorizadas. Três questões preliminares devem ser consideradas no desenvolvimento de indicadores:

1. Que aspetos dos cuidados pretendem ser avaliados? Estrutura (por exemplo, pessoal, equipamentos, sistemas de consultas); processo (por exemplo, a prescrição, as investigações, as interações entre profissionais e pacientes); ou resultados (por exemplo, mortalidade, morbidade ou a satisfação do paciente)?
2. Que perspetiva está a ser priorizada? Diferentes partes interessadas irão ter diferentes perspetivas sobre a qualidade dos cuidados. Os utentes podem enfatizar as competências de comunicação ao passo que a visão dos gestores é mais propensa a ser influenciada por dados sobre eficiência.

3. Que tipo de informação de apoio ou evidência é necessária? O tipo de indicador e o método de combinação de provas e opinião de especialistas, quando se considera a medição de desempenho, são um pouco diferentes nos CSP em relação a outras áreas do sistema de saúde.

Muitos autores salientam que, segundo a teoria de medição, os indicadores são apenas um reflexo da realidade. Além disso, a escolha do que medir entre as muitas opções é um processo impreciso, refletindo um sistema de valores e objetivos sociais, porque eles exigem um julgamento sobre o que constitui qualidade. No seu estudo Adair *et. al.* (2006a) apresenta um conjunto de critérios para seleção de indicadores de desempenho conforme descrito no Quadro 3.4.

Quadro 3.4. Critérios de Seleção de Indicadores de Desempenho

Critério	Descrição
Baseado na evidência	Existem definições operacionais válidas e confiáveis para o indicador que têm sido demonstradas por meio de pesquisa rigorosa.
Estratégico	O indicador direciona a atenção para a mudança final desejada.
Importância	O indicador aborda um importante ou um sério problema de saúde ou serviços de saúde (geralmente definido como problema de saúde ou custo de saúde) de tal forma que haverá impacto suficiente resultante das iniciativas de melhoria de serviços.
Atribuível	São conhecidas as relações causais entre o indicador e a melhoria do serviço e resultados de saúde.
Promotor de ação	O indicador está relacionado com uma área de serviço que pode beneficiar com a melhoria.
Viável	A recolha de dados, elaboração de relatórios e acompanhamento são rentáveis (potenciais benefícios superam os custos) e há capacidade técnica razoável para a recolha e análise.
Relevante e significativo	O indicador é relevante para a maioria das partes interessadas, incluindo decisores políticos, gestores, médicos e público.
Compreensível	A medida é compreensível para um público não-técnico (muitas vezes apenas um problema de comunicação).
Equilibrado	O conjunto de indicadores é equilibrado em todos os tipos de tratamentos, ambientes de tratamento, principais problemas de saúde, grupos de idade, populações especiais e níveis do sistema de saúde. O conjunto é equilibrado entre indicadores de curto e longo prazo.
Adaptável	O indicador é sensível a alterações ao longo do tempo.
Robusto	Os potenciais efeitos adversos do indicador podem ser mitigados e a vulnerabilidade à manipulação é mínima.
Não ambíguo	O indicador é claro em termos de qual a direção desejável para a mudança do serviço.

Fonte: Adair *et. al.* (2006a)

Um indicador de resultado não é simplesmente um indicador de saúde, bem-estar ou qualquer outro estado; pelo contrário, é uma mudança no estado de confiança atribuível aos cuidados que antecedem a intervenção. Um indicador de processo é uma medida com foco num processo que leva a um determinado resultado, o que significa que existe uma base científica para acreditar que o processo, quando bem executado, vai aumentar a probabilidade de alcançar um resultado desejado (Adair, *et al.*, 2006b).

3.2.3. Ferramentas de Gestão do Desempenho

Entre os sistemas de gestão do desempenho mais utilizados na gestão da saúde estão o *Six Sigma*®, o *Total Quality Management* (TQM), o *EFQM Excellence Model* e o *Balanced Scorecard* (BSC).

3.2.3.1. Six Sigma

O *Six Sigma*® é uma ferramenta voltada para a melhoria de processos, serviços e produtos, através de uma abordagem sistemática que utiliza técnicas estatísticas. O *sigma* (σ) é o símbolo matemático que representa o desvio padrão, usado para medir o desempenho e a variação de um processo. O *six sigma* ($6\text{-}\sigma$) corresponde a uma percentagem de produtos livres de defeito de aproximadamente 99.99966%, o que corresponde a 3,4 defeitos por milhão de oportunidades. Esta ferramenta pretende reduzir as falhas que afetam os processos que são críticos para a satisfação dos clientes, reduzindo os custos. O seu principal objetivo é a aproximação da ausência de defeitos nos processos chave, através da redução da variabilidade dos processos.

Os benefícios descritos com a implementação bem-sucedida da metodologia na área da saúde incluem melhoria na satisfação dos doentes, melhoria na qualidade e na capacidade dos processos, aumento da produtividade e redução de custos e do desperdício (Koning *et al.*, 2006).

3.2.3.2. Total Quality Management

Como sistema de gestão do desempenho organizacional o *Total Quality Management* (TQM) é um sistema estruturado concebido para modificar a cultura da organização através da satisfação das necessidades dos clientes internos, externos e fornecedores e da integração da melhoria contínua em ambiente empresarial, através de roturas no desenvolvimento, incentivos à melhoria e criação de ciclos de manutenção. Baseia-se nos seguintes princípios: a qualidade pode e deve ser gerida, o problema está nos processos e não nas pessoas, todos os profissionais são responsáveis pela qualidade e os problemas devem ser prevenidos e não resolvidos (Schwartz, 2005).

O TQM foca-se principalmente nos sistemas e processos da organização e no *empowerment* e envolvimento do *staff*, dando menor relevância aos aspetos financeiros. As suas principais vantagens são a motivação dos profissionais devido à responsabilização e envolvimento em decisões, a diminuição de custos e a melhoria do desempenho e da reputação da organização, com conseqüente aumento da satisfação dos utentes. Deve-se conquanto referir que, na maior

parte das instituições de saúde, o *staff* não tem recursos nem tempo para reunir informação dos restantes membros antes das tomadas de decisões, o que contradiz um dos pilares do TQM, sendo esta ferramenta desaconselhada por alguns autores em organizações burocráticas e de grandes dimensões (Schwartz, 2005).

3.2.3.3. EFQM Excellence Model

A EFQM (*European Foundation for Quality Management*) é uma ferramenta de avaliação e estruturação da gestão da qualidade da organização, centrada no desenvolvimento organizacional e na melhoria contínua, cujo propósito é fornecer uma perspetiva sistemática para compreensão da gestão do desempenho. A essência desta abordagem assenta na noção de que o desempenho tem de ir ao encontro das expectativas, necessidades e exigências dos *stakeholders*. O EFQM *Excellence Model* é utilizado em organizações ligadas à saúde em alguns países europeus, como o Reino Unido, Alemanha, Noruega, Finlândia, Holanda e França.

3.2.3.4. Balanced Scorecard (BSC)

O *Balanced Scorecard* auxilia as organizações a superar duas questões fundamentais: a efetiva avaliação do desempenho organizacional e implementação da estratégia (Kaplan & Norton, 1992), assumindo-se com um sistema de gestão do desempenho alinhado com a implementação estratégica.

A Origem do *Balanced Scorecard*

O BSC foi desenvolvido por Robert Kaplan, professor da Universidade de Harvard, e David Norton, um consultor também de Boston. Em 1990, Kaplan e Norton lideraram um estudo junto de uma dúzia de empresas, visando explorar novos métodos de medição de desempenho. Robert Kaplan e David Norton em 1992, após um projeto de investigação em 12 grandes empresas, desenharam o *Balanced Scorecard*, um conjunto de medidas que complementava as tradicionais medidas financeiras, mais direcionadas para eventos passados, com medidas operacionais para criação de valor futuro, nomeadamente nas áreas de satisfação do cliente, processos internos, aprendizagem e crescimento, tudo de forma integrada (Kaplan e Norton, 1992). Permite-se, assim, às organizações que, para além de procurar atingir bons resultados financeiros, monitorizem progressos na aquisição de bens intangíveis necessários para o crescimento, fazendo-se a ponte entre a estratégia a longo prazo e as ações a curto prazo (Kaplan e Norton, 1996). Os objetivos e medidas que constituem as quatro perspetivas do

BSC – financeira, clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento – derivam da estratégia e visão da organização.

No início da concepção da ferramenta o interesse do BSC centrava-se essencialmente na adição dos valores intangíveis à medição, possibilitando uma visão a longo prazo (Kaplan & Norton, 1992). Numa fase posterior o BSC era já visto como um sistema de gestão direcionado para a melhoria e planeamento (Kaplan & Norton, 1993), passando então de um sistema de medição para um sistema de gestão estratégica com a visão e a estratégia a serem colocadas no centro do *Scorecard* (Kaplan & Norton, 1996).

Com a descrição das relações causa-efeito entre os objetivos de cada perspetiva surgiu um novo instrumento, hoje com uma importância crucial a nível da implementação do BSC – o Mapa Estratégico. Os mapas estratégicos, que segundo os próprios autores têm pelo menos a mesma importância que o BSC, conseguem comunicar tanto a estratégia da organização como os processos e sistemas que ajudarão a implementá-la, através de uma representação visual dos objetivos críticos e das relações cruciais entre eles. Numa perspetiva mais ampla, os mapas estratégicos mostram como a organização converterá os recursos e iniciativas em resultados tangíveis (Kaplan & Norton, 2000). Deste modo, o BSC evoluiu para um sistema de comunicação da estratégia e de tradução da estratégia em termos operacionais (Pinto, 2007) por etapas:

1. Sistema de medição do desempenho
2. Sistema de gestão estratégica – Evolução 1
3. Sistema de comunicação da estratégia – Evolução 2
4. Sistema de gestão da mudança

O que é o *Balanced Scorecard*

Pode-se descrever o BSC como um conjunto cuidadosamente selecionado de medidas derivadas da estratégia de uma organização (Kaplan & Norton, 1992). As medidas selecionadas para o *Scorecard* representam uma ferramenta que os líderes usam para comunicar aos colaboradores e intervenientes externos os resultados e vetores de desempenho pela qual a organização irá realizar a sua missão e objetivos estratégicos. O BSC pode ser utilizado como sistema de medição do desempenho, sistema de gestão estratégica e como ferramenta de comunicação (Niven, 2002).

A perspetiva financeira mostra se a estratégia, a sua implementação e execução estão a contribuir para a melhoria efetiva do desempenho. Os objetivos financeiros referem-se tipicamente à rentabilidade, aumento de vendas ou geração de fluxo de caixa.

No caso dos serviços públicos, esta perspetiva funciona mais como facilitador ou como constrangimento na execução da estratégia da organização, ou seja, traduz-se no objetivo de respeito pelo orçamento concedido à instituição e utilização dos recursos disponíveis eficiente e eficazmente (Maia, 2011).

A perspetiva dos clientes e *stakeholders* identifica os segmentos de mercado em que se está a competir e qual o desempenho da organização nesses segmentos. Normalmente, os objetivos centram-se na satisfação, retenção e rentabilidade dos clientes, assim como na aquisição de novos clientes e quota de mercado nos segmentos alvo. Esta perspetiva facilita uma estratégia de gestão do cliente, identificando o impacto criado pela proposta de valor (resultado físico, emocional ou simbólico obtido por um cliente após a compra de um determinado serviço a um determinado preço).

Nos serviços públicos, esta perspetiva ocupa um papel principal, logo após a missão, e emergindo dela. Neste contexto, o conceito de *stakeholders* no lugar de clientes é essencial para demonstrar a diversidade de entidades que influenciam as decisões de uma organização pública e que podem não estar diretamente relacionadas com a aquisição de serviços produzidos pela mesma (Maia, 2011).

A perspetiva dos processos internos identifica quais são aqueles em que a organização deve ser excelente, quais os processos já existentes, que podem ser objeto de ações de melhoria ou a criação de novos processos. As medidas atentam aos processos internos que tenham mais impacto na satisfação dos clientes e no alcance dos objetivos financeiros da organização. Desta forma, e nos serviços públicos, os indicadores desta perspetiva relacionam-se, direta e principalmente, com as opções tomadas na perspetiva dos clientes e *stakeholders*, tendo também ligação com a diminuição dos custos e manutenção da qualidade (perspetiva financeira) (Maia, 2011).

A perspetiva de aprendizagem e crescimento identifica as infraestruturas que devem ser construídas para gerar crescimento, valor e melhoria a longo prazo. Este crescimento provém de três fontes principais: capital humano, capital informação (sistemas de informação) e capital organizacional (procedimentos organizacionais). Os seus objetivos são, portanto, melhorar os conhecimentos e qualificações dos profissionais da organização, melhorar a tecnologia de informação e sistemas, e alinhar os processos e rotinas organizacionais. Normalmente os indicadores referem-se a satisfação, retenção e formação do *staff*, novas competências ou desempenho dos sistemas de informação.

O conjunto de relações causa-efeito entre perspetivas, metas, objetivos e indicadores é um dos princípios essenciais no funcionamento do BSC e que o diferencia de outros sistemas de medição de desempenho (Pinto, 2007).

O seu mérito reside na adequada combinação/integração destes métodos e processos, construindo uma proposta conceitual consistente e inovadora pela combinação destes elementos.

Aplicação do BSC no Sector da Saúde

Considerando todos os sistemas de gestão do desempenho, o BSC é provavelmente o mais utilizado na área da saúde. É dotado de potencialidades que são únicas e que podem ser de extrema utilidade para a gestão dos serviços públicos na saúde.

Geralmente, as perspetivas sugeridas por Kaplan e Norton são consideradas adequadas para a aplicação do BSC na administração pública e na saúde, ainda que por vezes com algumas modificações quanto à sua designação e à sua relevância.

Desde a primeira aplicação do BSC na área da saúde inúmeras diferentes organizações relacionadas com a saúde têm implementado, entre hospitais e sistemas hospitalares, departamentos ligados ao ensino universitário, centros psiquiátricos, companhias de seguros, farmacêuticas, organizações de cuidados de saúde a nível nacional e dos governos locais (Zelman *et al.*, 2003).

Zelman *et al.* (2003) mostram que o *Balanced Scorecard* foi introduzido em todas as áreas relacionadas com a saúde, incluindo hospitais, centros de saúde, hospitais universitários, departamentos, centros de saúde mental, cuidados farmacêuticos e companhias de seguros de saúde.

O desenho e desenvolvimento de sistemas de gestão de desempenho baseados na metodologia do BSC no sector da saúde apresentam os seguintes benefícios (Zelman *et al.*, 2003):

- Vincular a avaliação de desempenho à estratégia;
- Alinhar os profissionais com uma estratégia mais direcionada para os utentes;
- Facilitar, monitorizar e avaliar a implementação da estratégia, fornecendo um *feedback* contínuo quanto a esta, o que promove ajustes estratégicos regulares;
- Facilitar a seleção das iniciativas e otimizar a alocação de recursos;
- Comunicar a estratégia a todos os níveis da organização;
- Estimular a comunicação e colaboração entre os profissionais da saúde;
- Atribuir exatidão e ajudar a transmitir informação relevante ao público;

- Encontrar uma linguagem comum aos diferentes grupos profissionais e facilitar a relação entre a gestão e estes, já que se trata de uma ferramenta simples e multidimensional.

Inamdar e Kaplan (2002) concluem que o BSC, como ferramenta de implementação de um sistema de gestão do desempenho, pode ser aplicado com sucesso no sector da saúde, permitindo às organizações melhorar a satisfação dos utentes, o posicionamento no mercado e os resultados financeiros, bem como a chamada de atenção para a importância do compromisso por parte dos administradores e gestão de topo, garantindo todos os recursos necessários e a formação específica dos profissionais. Quando este compromisso falha, é mais provável o insucesso da aplicação do BSC.

Fatores Críticos de Sucesso na Implementação de BSC no Sector da Saúde

A partir dos estudos de Inamdar e Kaplan (2002) podemos refletir sobre alguns dos fatores críticos de sucesso num processo de implementação:

- Muitos sistemas de medição em saúde têm um foco específico e, geralmente, não refletem a estratégia da organização, nem os progressos para alcançar essa estratégia.
- Apoio da gestão de topo.
- O processo de desenvolvimento do BSC força o esclarecimento e a obtenção de consensos sobre a estratégia.
- Envolvimento dos clínicos coordenadores e alguma flexibilidade em níveis operacionais
- Demonstração empírica de benefícios.
- A comunicação contínua com todos os profissionais.
- Revisão e monitorização regular da gestão do desempenho e objetivos.
- Tecnologia da informação para apoiar na monitorização e elaboração de relatórios de desempenho.
- As perspetivas do BSC fornecem aos gestores um quadro de referência para a tomada de melhores decisões e monitorização da performance institucional.
- São geralmente muito mais operacionais do que estratégicos.
- Relaciona a estratégia com a alocação de recursos.
- Desenvolve um sistema de medição e reporte de informação para avaliar o progresso e o sucesso da estratégia.
- Induz melhoria e processos de aprendizagem contínuos.
- Induz cenários de investimento e de implementação de negócios/linhas de produção.

3.3. METODOLOGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DE UM SISTEMA DE GESTÃO DE DESEMPENHO BASEADO NO *BALANCED SCORECARD*

Por si só, até mesmo o BSC mais bem construído não vai transformar instantaneamente a organização. Para uma mudança positiva ocorrer, o BSC deve ser incorporado no sistema de gestão, tornando-se a pedra angular para o controlo de gestão no processo de análise, suporte e tomada de decisão (Niven, 2002).

Uma implementação da metodologia BSC bem-sucedida compreende o desenvolvimento de um conjunto de etapas descritas em duas fases - planeamento e desenvolvimento conforme proposto por Niven (2002), que será apresentada e desenvolvida ao longo das secções 3.3.1 e 3.3.2.

3.3.1. Fase de Planeamento

1. Etapa • Determinar os Objetivos do Projeto

Num primeiro passo é necessário determinar o propósito do projeto de implementação do BSC, garantindo a transição de uma ferramenta de medição do desempenho para um sistema de gestão. A organização deve determinar a motivação para o lançamento deste instrumento de gestão, que poderá encontrar um dos seguintes propósitos:

- Desenvolver iniciativas de melhoria do desempenho de alinhamento com a estratégia.
- Promover o esclarecimento da estratégia atual.
- Implementar uma nova estratégia organizacional.
- Alinhar as metas dos profissionais com a estratégia.
- Comunicar e formar os colaboradores.
- Definir novas metas organizacionais.

2. Etapa • Definir a Unidade Orgânica de Implementação

Dependendo do tamanho da organização, coloca-se uma série de potenciais alternativas. Numa grande organização, o processo de desenvolvimento pode ser iniciado construindo um conjunto de indicadores ao nível corporativo ou ao nível da unidade de negócio ou unidade de serviço.

As organizações de menor dimensão terão menos opções, mas desenvolver um *Scorecard* Corporativo fornece uma melhor compreensão da comunicação da estratégia e metas através de toda a organização.

3. Etapa • Assegurar o Patrocínio do Executivo

Kaplan & Norton (1993, 2000) acreditam que o compromisso da administração é necessária para uma série de razões: entendimento da estratégia, direitos sobre a decisão - estratégia envolve *trade-offs* entre cursos alternativos de ação – e compromisso. Compromisso emocional dos executivos para o programa *Scorecard* é a verdadeira característica diferenciadora de programas bem-sucedidos.

4. Etapa • Definir a Equipe de Trabalho

A implementação do *Balanced Scorecard* é uma abordagem de equipe. Nenhum indivíduo sozinho dentro da organização, incluindo o CEO, irá possuir todos os conhecimentos necessários sobre estratégia, mercados, concorrentes, processos e competências para construir um *Balanced Scorecard* coerente.

Uma equipe é um pequeno número de pessoas com competências complementares que estão comprometidas num propósito, metas de desempenho e abordagem comum na qual se sentem mutuamente responsáveis (Niven, 2000).

A chave na escolha do número adequado de pessoas para compor a equipe encontra-se na representação de todas as áreas da sua organização que se espera usar o *Scorecard*, incorporando na sua composição o Patrocinador Executivo, dono do projeto, e um Líder de implementação – um campeão e comunicador nato (Quadro 3.5.).

Quadro 3.5. Responsabilidades dos membros da equipe do projeto *Balanced Scorecard*

Responsável	Tarefas
Patrocinador Executivo	<ul style="list-style-type: none"> • Assumir a propriedade do projeto <i>Balanced Scorecard</i> • Fornecer informações básicas para a equipe de estratégia e metodologia • Comunicar com a administração • Comprometer os recursos (humanos e financeiros) para a equipe • Fornecer apoio e entusiasmo para o <i>Balanced Scorecard</i> em toda a organização
Campeão BSC	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenar reuniões; planos e caminhos • Relatar os resultados da equipe para todos os públicos • Liderar no pensamento sobre a metodologia <i>Balanced Scorecard</i> para a equipe • Garantir que todo o material de apoio relevante está disponível para a equipe • Fornecer <i>feedback</i> para o patrocinador executivo e a administração • Facilitar o desenvolvimento de uma equipe eficaz através de formação e suporte
Membros da equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer conhecimento especializado da unidade de negócios ou operações funcionais • Informar e influenciar os seus respectivos executivos seniores • Ser o embaixador do <i>Scorecard</i> dentro de sua unidade ou departamento • Agir no melhor interesse da organização como um especialista em mudança organizacional • Aumentar a consciência das questões de mudança organizacional • Investigar questões relacionadas com as alterações que afetam o projeto de BSC • Trabalhar em equipe para produzir soluções

Fonte: Adaptado de Niven (2002)

5. Etapa • Desenvolver um Plano de Desenvolvimento do Projeto

Nesta etapa o objetivo é a realização de um cronograma de atividades relacionadas com a implementação do projeto.

6. Etapa • Definir um Plano de Comunicação do Projeto

O desenvolvimento de um plano de comunicação é fundamental no sentido de:

- Construir consciência do BSC em todos os níveis da organização.
- Oferecer formação sobre os principais conceitos BSC para todos os públicos.
- Gerar o envolvimento e comprometimento das principais partes interessadas no projeto
- Incentivar a participação no processo.
- Gerar entusiasmo pelo BSC.
- Assegurar que os resultados da equipa são divulgados de forma rápida e eficaz.

3.3.2. Fase de Desenvolvimento

1. Etapa • Recolher e Distribuir Material de Apoio

Como primeiro passo do processo de conceção e desenvolvimento de um sistema de gestão do desempenho baseado no BSC é necessário recolher informação de modo a que a equipa do projeto possa ter um amplo acesso a informação aprofundada sobre a organização. Podemos considerar algumas das fontes de informação organizadas por perspetivas do BSC:

- Perspetiva Financeira - relatório de contas anual, relatórios de desempenho, relatórios de analistas, revistas de saúde, relatórios de *benchmarking*, contratos programa.
- Perspetiva de Clientes/Utentes - departamento de *marketing*, revistas de saúde, estudos de consultoria, planos de projetos, plano estratégico, relatórios de desempenho, gabinete do utente, relatórios de *benchmarking*, missão, valores, visão, estratégia e histórias organizacionais.
- Perspetiva de Processos Internos - os relatórios operacionais, relatórios de *benchmarking*, revista de saúde, estudos de consultoria, planos de projetos, manuais de procedimentos.
- Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento - dados de recursos humanos, revista de saúde, valores e princípios organizacionais, relatórios de *benchmarking*, estudos de consultoria, códigos de ética, códigos de boas práticas.

2. Etapa • Desenvolver ou confirmar a missão, valores, visão e estratégia

O BSC tem como objetivo transformar a missão, valores, visão e estratégia em iniciativas operacionais. Por isso a sua efetiva definição é crucial para a melhoria do desempenho organizacional.

Missão – a razão de existência

A equipa deve verificar se a missão da organização inspira a mudança, tem uma natureza de longo prazo e é de fácil comunicação e compreensão.

Valores – princípios orientadores

Os valores são os princípios eternos que orientam uma organização. Eles representam as crenças mais profundas dentro da organização e são demonstradas através dos comportamentos do dia-a-dia de todos os colaboradores. Os valores de uma organização são uma declaração aberta sobre como ela espera que todos se comportem. Segundo Niven (2002) a questão fundamental é saber se esses valores são conscientes, compartilhados e vividos, ou permanecem inconscientes, e inquestionáveis. Quando os valores não estão definidos, a cultura da organização está sujeita aos caprichos da personalidade do líder.

O BSC representa a melhor solução para a difusão dos valores organizacionais, revistos ao longo do tempo, criando um alinhamento de cima para baixo na organização. A verdadeira chave é o alinhamento, tendo cada profissional a possibilidade de ver como suas ações do dia-a-dia são consistentes com os valores da empresa e como a aplicação desses valores está a contribuir para o sucesso global.

Visão – futuro desejado

A visão significa a transição da missão inabalável e valores fundamentais para o mundo vivo e dinâmico da estratégia. A declaração da visão fornece uma imagem única, em palavras, do que a organização pretende a tornar-se em 5, 10 ou 15 anos no futuro (Niven, 2002).

Algumas características de declarações de visão eficazes são: concisa, apelativa a todas as partes interessadas, consistente com a missão e os valores, verificável, viável e inspiradora.

Estratégia

Ao invés de colocar o enfoque numa definição de estratégia, o mais importante é apresentar alguns dos princípios-chave da estratégia (Niven, 2002):

- Compreensão para todos os participantes da organização;
- Diferenciação das atividades face à concorrência;
- Assunção de *trade-offs* face à multiplicidade de rumos;
- Ajustamento com os objetivos de sucesso organizacional;
- Continuidade do rumo traçado, evitando a alteração constante.

3. Etapa • Realizar Entrevistas com os Órgãos de Gestão

O objetivo da realização das entrevistas aos órgãos de gestão visa envolver os gestores de topo no processo de desenvolvimento do projeto de implementação do BSC. Niven (2002) propõe o seguinte formato de entrevista:

- Revisão do Propósito do Projeto
 - Explicar a importância da conceção e desenvolvimento de um sistema de medição do desempenho baseado no BSC.
- Missão, Visão, Valores e Estratégia

Determinar como os gestores visualizam estes itens e se há alinhamento entre a sua equipa executiva.

- A missão para a organização foi definida? Se sim, qual é essa missão?
- Quais os valores essenciais para alcançar a missão?
- A organização desenvolveu uma declaração de visão? Se sim, qual é a visão?
- Que estratégias-chave levarão à realização da visão definida?

- Medição do Desempenho

Utilizar este componente da entrevista para obter a opinião do executivo sobre quais os objetivos e as medidas fundamentais para o sucesso da organização.

- Como é que vamos alcançar as estratégias que acabamos de discutir?
- Quais são os dados ou indicadores utilizados atualmente para medir o sucesso da organização?
- Existem metas definidas para os indicadores? Se sim, quais?
- Que dados ou relatórios são mais utilizados, e porquê?

- Implementação

Na fase final da entrevista avaliar o impacto e as dificuldades, ao nível da comunicação interna, para a implementação do BSC:

- Como classificaria o conhecimento do BSC dos seus subordinados diretos?
- O que poderia ajudar a reforçar a compreensão do BSC por parte da sua equipa?
- Quais são algumas das barreiras que podem enfrentar na implementação do BSC, e como podemos superá-las?

4. Etapa • Desenvolver os Objetivos e Indicadores para cada Perspetiva do BSC

Durante esta etapa, a equipa vai determinar quais as perspetivas do BSC mais adequadas para a organização e desenvolver objetivos e indicadores para cada perspetiva.

Os objetivos descrevem as ações específicas que devem ser bem executadas no sentido de implementar, com sucesso, a estratégia.

Desenvolvimento de Objetivos

A melhor maneira de criar objetivos de desempenho é examinar cada perspectiva do BSC na forma de uma pergunta:

- Perspetiva Financeira - que passos financeiros são necessários para assegurar a execução da nossa estratégia? Como podemos agregar valor para o público-alvo, enquanto se controla os custos? No modelo *Scorecard* do setor público, as medidas financeiras são vistas como facilitadores de sucesso do público-alvo ou restrições dentro das quais o público-alvo deve operar?
- Perspetiva do Cliente - quem é o nosso público-alvo? Os objetivos e indicadores conduzem a organização à realização da proposição de valor oferecida? Como podemos criar valor para o nosso público-alvo?
- Perspetiva dos processos internos - para satisfazer o nosso público-alvo, sem descurar as restrições orçamentais, em que processos devemos melhorar?
- Perspetiva da aprendizagem e crescimento - quais as capacidades e ferramentas que os nossos profissionais precisam para lhes facilitar a execução da nossa estratégia? Como podemos crescer e mudar, dentro do enquadramento legislativo e das exigências dos cidadãos?

O processo de desenvolvimento de objetivos e indicadores de desempenho para cada uma das perspetivas deve ser iniciado com um *brainstorming* com a equipa do projeto. Trata-se de um processo interativo multisessão.

Desenvolvimento de Indicadores

Os indicadores de desempenho são ferramentas utilizadas para determinar se os objetivos são alcançados e se estão em consonância com a estratégia definida. Especificamente, pode-se descrever indicadores como padrões quantificáveis usados para avaliar e comunicar o desempenho em relação aos resultados esperados.

Os indicadores funcionam como uma ferramenta para impulsionar a ação desejada, fornecer a todos os profissionais uma direção através da qual eles podem ajudar a contribuir para as metas globais da organização.

Indicadores de ação (leading) e Indicadores de resultado (lagging)

A distinção entre Indicadores de ação e de resultado é um ponto de partida essencial nos esforços de desenvolvimento de indicadores, adequados na medição da evolução da estratégia dentro das quatro perspetivas.

Indicadores de resultados (*lag indicators*), caracterizam-se por medirem apenas ações passadas ou seja, resultados de eventos já sucedidos. Indicadores de ação ou de processo (*lead indicators*) medem atividades que conduzem, direcionam ou induzem a resultados futuros.

O BSC deve conter uma mistura de indicadores de ação e resultado. Os indicadores de resultado são imediatamente mensuráveis, enquanto os indicadores de ação são aqueles que resultam da implementação e acompanhamento contínuo das atividades que têm impacto nos indicadores de resultado (Kaplan & Norton, 1992).

Medição da Perspetiva Financeira

Nesta fase, são definidos indicadores de desempenho financeiro que permitam medir o cumprimento do nível de alcance dos objetivos financeiros – indicadores de resultado. De acordo com os Indicadores e Metas da Contratualização de 2011 do ACeS Cova da Beira, são exemplos:

- Custo dos medicamentos por doente
- Resultado Operacional por doente
- Valor das prescrições médicas por doente
- % de medicamentos genéricos em embalagens/total de embalagens de medicamentos
- Custo médio de medicamentos faturados por utilizador
- Custo médio de MCDTs faturados por utilizador
- Custo médio por consulta médica
- Taxa de custos com pessoal

Medição da Perspetiva dos Utentes

Nesta perspetiva, pretende-se definir um conjunto de indicadores que permitam medir os atributos da proposição de valor da organização. De acordo com os Indicadores e Metas da Contratualização de 2011 do ACeS Cova da Beira, são exemplos:

- % de utentes satisfeitos e muito satisfeitos
- Número de reclamações
- Listas de espera de cuidados de ambulatório e cirurgia
- Índices de Mortalidade e Morbilidade
- N.º de episódios agudos com codificação de episódio (ICPC2)/nº total de episódios
- % de hipertensos com registo de pressão arterial em cada semestre
- % de recém-nascidos de termo com baixo peso

- Incidência de amputações em diabéticos na população residente/10 000 Habitante
- Incidência de acidentes vasculares cerebrais na população residente/10 000 Habitante
- Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado do SNS, em ambulatório (Dose Diária Definida/1 000 habitantes/dia
- Número de incidentes e de más práticas clínicas reportadas
- Número de atos clínicos agendados e não realizados
- Média de inscritos por médico
- Média de assistidos por profissional de saúde
- Média de consultas médicas por assistido

Medição da Perspetiva dos Processos Internos

A proposta de valor permite auxiliar na geração de indicadores de ação de sucesso junto do público-alvo, que depois será complementado com medidas mais tradicionais de resultados (indicadores de resultado), tais como o nível de satisfação do público-alvo.

Para atingir os objetivos dos utentes e, finalmente, os nossos objetivos financeiros, é necessário desenvolver medidas de desempenho para controlar os principais processos internos e atividades que sustentam a proposta de valor do público-alvo. De acordo com os Indicadores e Metas da Contratualização de 2011 do ACeS Cova da Beira, são exemplos:

- Taxa de utilização global de Consultas Médicas
- Taxa de utilização de consultas de Planeamento Familiar (PF)
- % de primeiras consultas na vida efetuadas até 28 dias
- % de utentes com Plano Nacional de Vacinação (PNV) atualizado aos 14 anos
- % de inscritos entre 50-74 com rastreio de cancro colo-rectal efetuado
- Taxa de cobertura em rastreio organizado do cancro do colo útero (25-64 anos) na população elegível
- Taxa de cobertura em rastreio organizado do cancro da mama (45-69 anos) na população residente
- Taxa de consultas domiciliárias médicas por 1 000 inscritos
- % de utentes com PNV atualizado aos 7 anos
- Grau de concretização dos objetivos contratualizados

Medição da Perspetiva da Aprendizagem e Crescimento

Os indicadores de Aprendizagem e Crescimento são realmente os "facilitadores" das outras perspetivas. Profissionais motivados com os requisitos certos de competências e ferramentas, que operam num clima organizacional projetado para sustentar as melhorias, são os

ingredientes-chave na condução de melhorias de processos, atendendo às expectativas dos clientes e, finalmente, permitir retornos financeiros.

Na mensuração de competências Peter Drucker sugere que qualquer organização pode ser tão bem sucedida quanto qualquer outra. A única distinção é como se desenvolvem os seus próprios colaboradores. Niven (2002) apresenta as seguintes sugestões para medir o desenvolvimento dos recursos humanos:

- Utilizar competências centrais para medir o seu desenvolvimento - identificar as competências diferenciadoras necessárias para alcançar os objetivos estratégicos;
- Realizar um plano do desenvolvimento pessoal para aumentar os titulares de competências;
- Incentivar estilos de vida saudáveis;
- Medir o nível de formação dos colaboradores;
- Medir o nível de satisfação dos colaboradores.

São exemplos de indicadores de Aprendizagem e Crescimento no setor da saúde:

- Taxa de retenção de pessoal (Matos e Ramos, 2009)
- Horas de formação sobre patologias (Matos e Ramos, 2009)
- Taxa de satisfação dos colaboradores (Matos e Ramos, 2009)
- Número de Utentes sem Médico de Família (Ferreira, 2010)
- Taxa de absentismo (Gaspar, 2009)
- Número de profissionais a fazer investigação (Gaspar, 2009)
- Número de ideias novas implementadas (Gaspar, 2009)
- Número de presenças em seminários (Gaspar, 2009)
- Investimento em novas tecnologias (Gaspar, 2009)

5. Etapa • Criar as Ligações de Causa Efeito

Um bom *Balanced Scorecard* deve descrever a estratégia por meio de uma série de inter-relações entre os indicadores selecionados, estabelecendo relações de causa e efeito coerentes e válidas.

Critério de Seleção dos Indicadores de Desempenho

Com base num subconjunto pré-selecionado de indicadores de desempenho, inicia-se o processo de construção das relações de causa e efeito que compõem o mapa estratégico. Niven (2002) sugere um conjunto de critérios que a experiência e pesquisa provaram ser eficazes para ajudar a avaliar e escolher - ligado à estratégia, quantitativo, acessível, facilmente entendido e que motive a ação relevante.

Descrever uma história da estratégia exigirá uma mistura suficiente de indicadores de resultado e vetores de desempenho (indicadores de ação) espalhados por todo o *Scorecard*.

Um relacionamento um-para-dois implica 12 indicadores. Adicionando o facto de que alguns objetivos de desempenho exigem mais do que uma medida e rapidamente se atingem 20 ou mais indicadores. A maioria dos praticantes e consultores *Scorecard* instalaram entre 20 a 25 indicadores com a seguinte distribuição: 3-4 na perspetiva financeira, 5-8 na perspetiva dos clientes, 5-10 na perspetiva dos processos internos e, 3-6 na perspetiva de aprendizagem e crescimento (Niven, 2002).

Desenvolvimento de relações de causa e efeito

Não se pode entender um sistema observando apenas as suas partes. É preciso trabalhar com a totalidade do sistema, mesmo quando se trabalha apenas peças individuais ou problemas isolados.

Kaplan e Norton afirmam que a “estratégia implica o movimento de uma organização desde a presente posição para uma desejável, mas incerta, posição futura. Uma vez que a organização nunca foi a este lugar futuro, o caminho para isso consiste numa série de hipóteses vinculadas. Um mapa de estratégia especifica essas relações de causa-efeito, o que as torna explícitas e testáveis”.

As relações de causa-efeito, construídas no BSC, servem para apresentar a relação existente entre um resultado de um processo (efeito) e os fatores (causas) do processo, que, por razões técnicas, possam afetar o resultado considerado.

A construção das relações de causa-efeito inicia-se com a elaboração de uma mapa a partir dos indicadores de resultado de desempenho em cada uma das quatro perspetivas, orientadas e baseadas numa sequência lógica, começando com a perspetiva financeira, passando pela perspetiva dos clientes e dos processos internos e, por fim, dos indicadores de aprendizagem e crescimento.

6. Etapa • Estabelecer as Metas para os Indicadores

Sem uma meta para cada um dos indicadores não haverá nenhuma maneira de saber se os esforços de melhoria estão a produzir resultados aceitáveis. Uma meta pode ser definida como uma representação quantitativa da mensuração do desempenho em algum ponto no futuro, ou seja, representa um nível desejado de desempenho - mensal, trimestral ou anual.

7. Etapa • Programar Iniciativas Organizacionais

Nesta fase de desenvolvimento do BCS, o mapa terá objetivos e indicadores baseados na estratégia e um modelo de metas traçado no caminho do sucesso. A última peça para utilizar o BCS como um sistema de medição é o desenvolvimento e priorização de iniciativas que irão ajudar a atingir as metas desejadas. Iniciativas são os programas específicos, atividades, projetos ou ações que permitem alcançar as metas de desempenho. A meta é o “fim em mente” para o indicador de desempenho, e para chegar lá é preciso determinar o que é necessário fazer, nomeadamente, em investimentos em iniciativas, para garantir um resultado positivo. Niven (2002) estabelece quatro etapas que ajudarão a definir as iniciativas estratégicas:

1. Elaborar um inventário de todas as iniciativas que estão a decorrer, nesse momento, dentro da organização. Reunir informações sobre todos os projetos em curso em toda a organização.
2. Mapear e associar as iniciativas aos objetivos no *Balanced Scorecard*.
3. Eliminar iniciativas não estratégicas, e desenvolver iniciativas em falta.
4. Priorizar as iniciativas restantes. Classificar as iniciativas que se consideram estratégicas, a fim de tomar decisões e alocar os recursos.

8. Etapa • Alocar Recursos

As iniciativas são projetadas para fechar a lacuna entre o desempenho atual e o definido nas metas estabelecidas. Para alcançar as metas estabelecidas é preciso determinar que investimentos em iniciativas são necessários para garantir um resultado positivo futuramente. A chave é assegurar quais as iniciativas que determinam a natureza estratégica e que irão ajudar a alcançar os objetivos definidos para impulsionar a organização para o futuro. Financiar iniciativas não estratégicas, é um desperdício de valiosos recursos financeiros e humanos, bem como uma fonte potencial para gerar conflitos e incertezas.

Niven (2002) propõe um conjunto de etapas necessárias para ligar o sistema de medição do desempenho, fornecido pelo BSC, ao sistema de gestão orçamental:

1. Definir um Plano

Os colaboradores interessados devem estar preparados para encarar os novos processos e métodos que irão utilizar para gerar orçamentos que alinham os gastos com a estratégia.

2. Desenvolver um BSC corporativo

O BCS Corporativo define prioridades para a organização como um todo, descrevendo a todos os objetivos estratégicos e indicadores que sinalizam o sucesso. Todos os *Scorecards* que se irão desenvolver posteriormente em cascata irão alinhar-se com os indicadores que aparecem neste BCS de topo.

3. Construir um conjunto de BSC em cascata

As unidades de negócios, departamentos, equipas e indivíduos desenvolvem *Scorecards* que demonstram como eles podem influenciar os objetivos de alto nível e definir os indicadores específicos que irão acompanhar. Os *Scorecards* devem incluir, quer os objetivos necessários para um desempenho inovador, quer as iniciativas específicas que necessitam de financiamento, para ter certeza que são cumpridas as metas neles estabelecidas.

Cada iniciativa que aparece no *Scorecard* deve incluir uma referência à estratégia associada que a sustenta, independentemente do nível organizacional que o *Scorecard* represente. Mesmo ao nível do departamento e da equipa, as iniciativas *Scorecard* devem sempre estar ligadas com os objetivos globais da organização.

As iniciativas devem também fornecer as necessidades de recursos claramente definidos, ou seja, o financiamento das necessidades operacionais e de investimento.

4. Compilar resultados

Uma vez que todos os grupos tenham concluído a apresentação das suas propostas, os pedidos de orçamento podem ser resumidos de acordo com as estratégias ou objetivos específicos do BCS.

5. Objetivo final

O uso futuro do mapa de BSC é atuar como elemento de comunicação e divulgação da estratégia. Como dizem Kaplan e Norton, uma representação gráfica é o recurso mais explícito de comunicar a estratégia a todos os níveis da organização e produzir o comportamento alinhado para a sua implementação, num todo coerente e inter-relacionado.

Capítulo 4

4. CARACTERIZAÇÃO DO MEIO ENVOLVENTE DO ACeS COVA DA BEIRA

4.1. APRESENTAÇÃO DO ACeS COVA DA BEIRA

Iniciamos com uma epíloga caracterização do ACeS Cova da Beira, para servir de suporte à contextualização da análise realizada, bem como, a reorganização do mesmo, de onde se salientam as unidades funcionais, os indicadores de desempenho e os instrumentos de gestão. Salientaremos igualmente o processo de contratualização, como fator fundamental na implementação da reforma em curso nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), bem como, o contrato programa como garante do cumprimento da missão do ACeS, delimitando o seu âmbito, definindo as prioridades e modalidades da prestação de cuidados e serviços de saúde, estabelecendo objetivos e metas quantitativas em cada uma das áreas de intervenção do ACeS, e prevendo os mecanismos de controlo da qualidade e continuidade dos cuidados prestados.

4.2. MEIO ENVOLVENTE DO ACeS COVA DA BEIRA

O ACeS Cova da Beira foi criado pela Portaria 274/2009 de 18 de março, revogada pela Portaria nº 394-A/2012 de 29 de novembro. Tem como área geográfica de atuação os concelhos de Belmonte, Covilhã e Fundão, pertencentes à Sub-região Estatística Cova da Beira (NUTs III), na Região Centro e Distrito de Castelo Branco. Iniciou o seu funcionamento em março de 2009, o que implicou a reorganização interna dos Centros de Saúde de Belmonte, Covilhã e Fundão que o constituem (Figura 4.1.).

Com uma população de aproximadamente 90.000 habitantes, estando, em janeiro de 2013, inscritos 87.754 utentes, distribuídos pelos três Concelhos, Belmonte, Covilhã e Fundão (Quadro 4.1).

Abrangendo uma área de cerca de 1375 km², estão ao serviço da população da Cova da Beira 62 Extensões de Saúde, que garantem o acesso e a prestação de cuidados de saúde de proximidade e a qualidade assistencial a todos os utentes. No entanto, todo este desiderato, é executado num contexto, nada facilitador, de interiorização regional, de desemprego e ausência de dinâmicas locais, acrescido de um núcleo populacional com características idiossincráticas de envelhecimento e despovoamento das comunidades rurais.

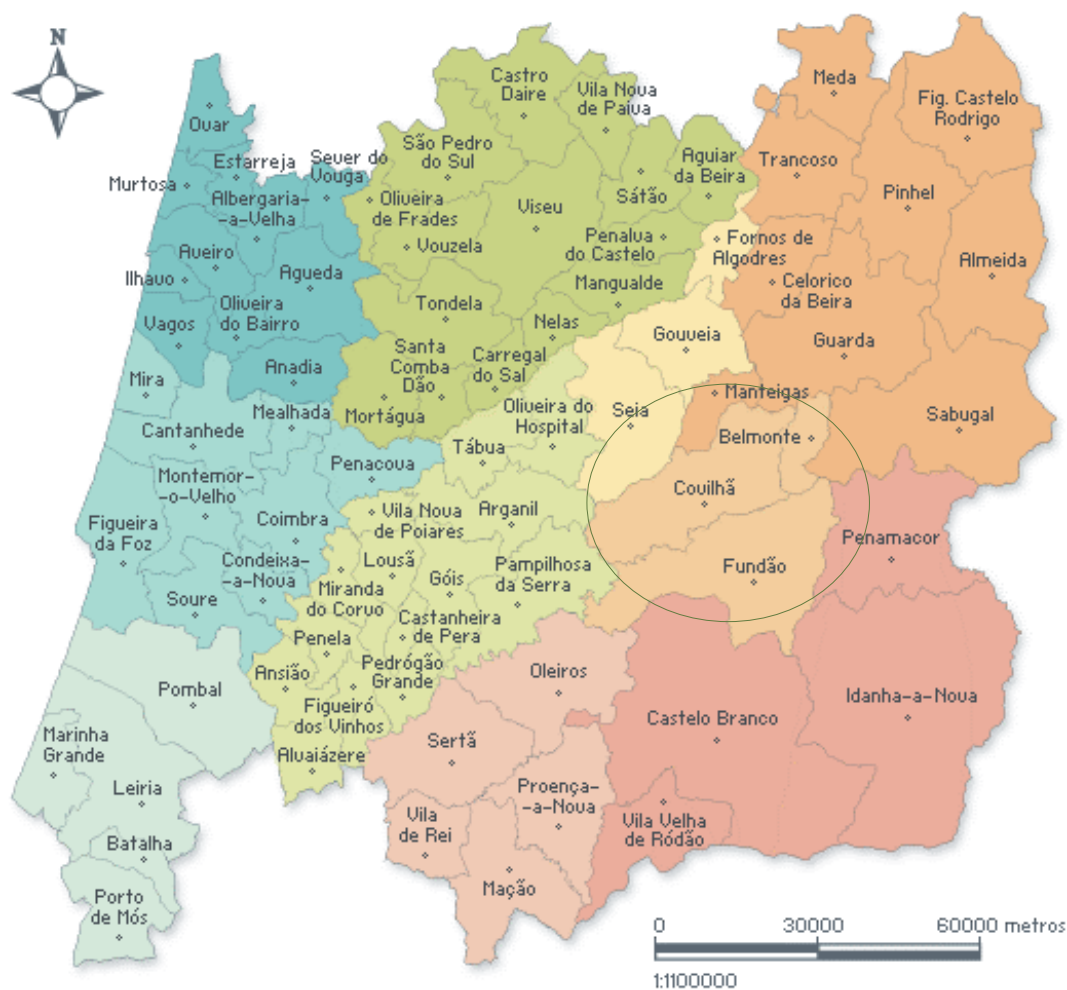





Figura 4.1. Mapa da Região Centro e da Cova da Beira

Quadro 4.1. Caracterização da distribuição da População nos três Concelhos

<i>Centro de Saúde / Conselho</i>	<i>Nº de utentes inscritos</i>	<i>População Residente</i>	<i>Área</i>	<i>Densidade populacional</i>	<i>Freguesias</i>
 Belmonte	8.271	6.805	118,8km ²	57,3 hab/km ²	5
		6.723			
 Covilhã	58.439	51.777	555,6km ²	93,2 hab/km ²	31
		50.486			
 Fundão	30.921	29.172	700,4km ²	41,7 hab/km ²	31
		28.560			
Cova da Beira (NUT III)	97.631	87.754	1.374 km ²	63,8 hab/km ²	67
Continente			89.015 km ²		
Região Centro			28.405 km ²		

Fonte: INE 2013

Nesta região, nos últimos anos, assistiu-se a mutações nos perfis e dinâmicas populacionais, provocadas por alguns fatores, nomeadamente o aumento da esperança de vida, a diminuição da fecundidade, a emigração, a perda de influência da atividade agrícola, a mudança do papel da família, as famílias numerosas deram lugar a famílias nucleares, a diminuição da mortalidade e a incapacidade de reposição populacional, traduzindo um forte envelhecimento populacional (Quadro 4.2).

Quadro 4.2. Indicadores Demográficos da Cova da Beira

Taxa de Utilização (Utilizadores/Inscritos)	58,16%
Proporção da População Residente Feminina	51,69%
Taxa Bruta de Natalidade (Rácio por 1000)	6,76‰
Índice de Dependência Total (Rácio por 100)	53,84%
Índice de Envelhecimento (Rácio por 100)	185,91%
Densidade populacional (Nº/km ²)	63,8
Percentagem de População Jovem	1,17%
Percentagem de População Idosa	24,29%
Índice de Dependência de Jovens	1,83%

Fonte: Diagnóstico de Saúde da USP, julho 2013

Após uma análise da evolução da população residente dos últimos trinta anos nesta região, apresentada na Figura 4.2., verifica-se que a tendência é de perda de efetivos residentes. Nestes últimos anos, a Cova da Beira perdeu entre os últimos Censos 11.930 habitantes (1981-2011), estimando-se para 2012 a continuação de igual tendência.

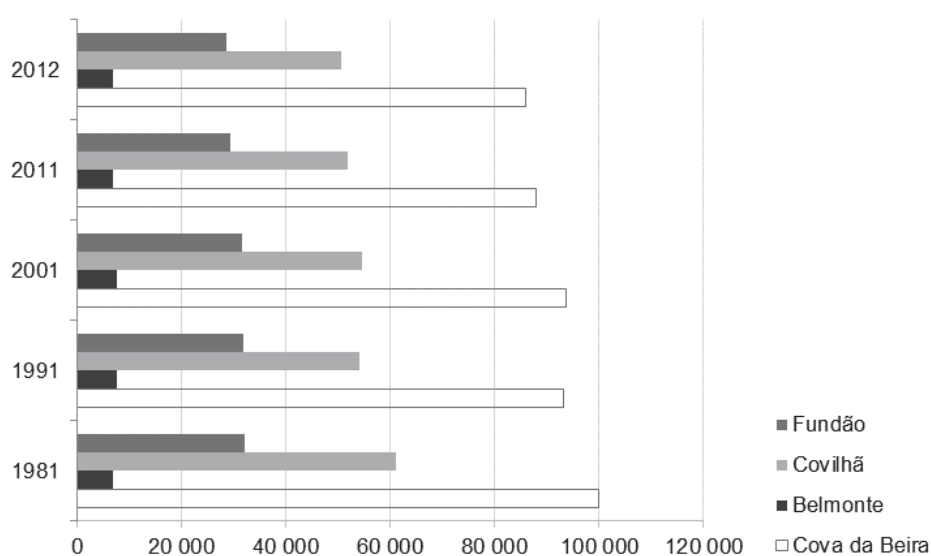


Figura 4.2. Evolução da população residente por zona geográfica, de 1981 a 2012

Fonte: INE CENSOS 2011

4.2.1. Estrutura Orgânica

O ACeS Cova da Beira dispõe de organograma, de acordo com a estrutura e recursos que integra e apresentado na Figura 4.3.

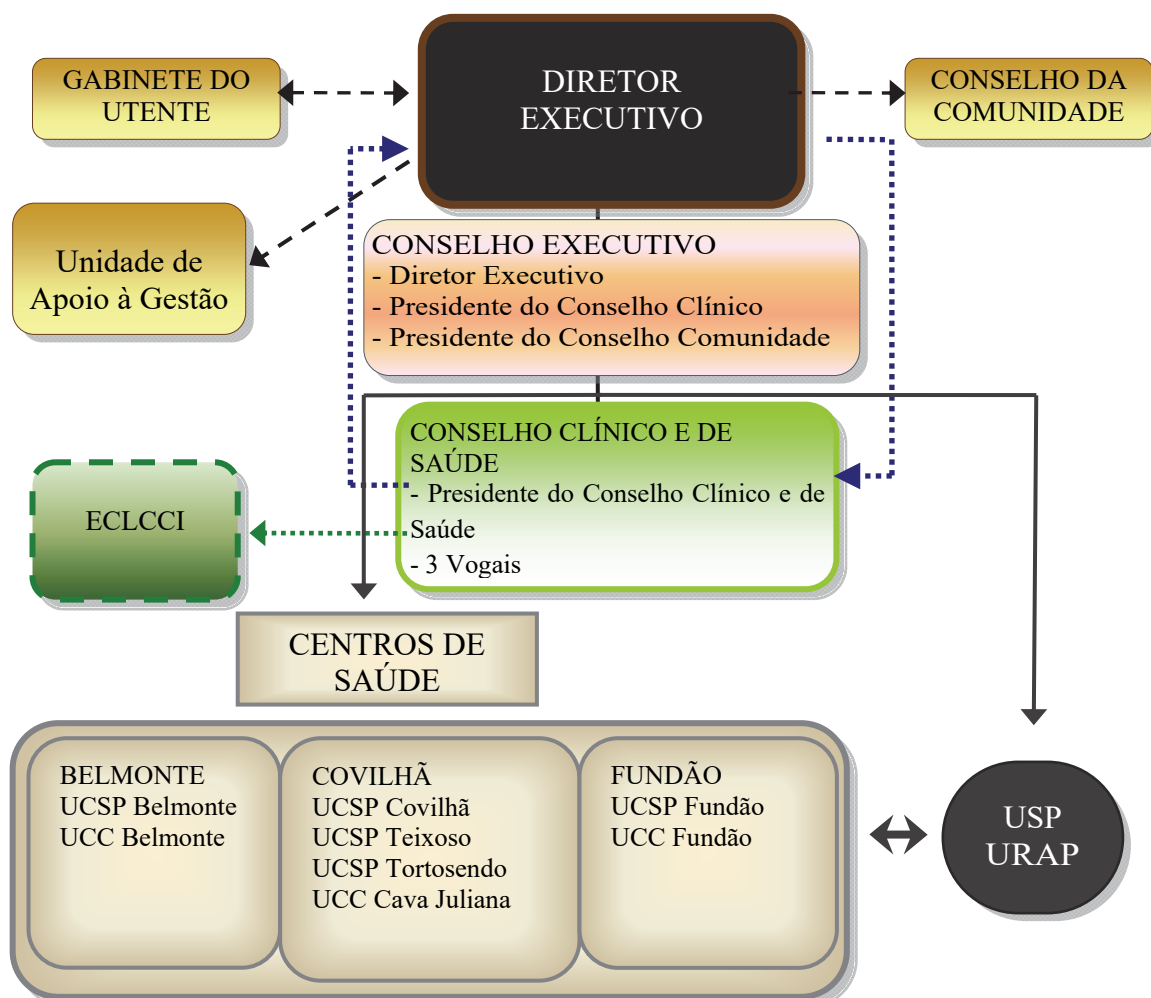


Figura 4.3. Organograma do ACES Cova da Beira
Fonte: Plano de Desempenho do ACeS Cova da Beira, 2014

4.2.2. Unidades Funcionais

O ACeS Cova da Beira organiza os seus serviços com base na estrutura organizacional prevista no Capítulo II do Decreto-lei n.º 28/2008 de 22 fevereiro, republicado pelo Decreto-Lei n.º 253/2012 de 27 de novembro, constituindo-se em Unidades Funcionais de Prestação de Cuidados de Saúde (UFPCS), constituídas por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa e técnica, atuando em intercooperação com as demais Unidades Funcionais do agrupamento, tendo como competências e missão o definido no referido Decreto-Lei.

Estas unidades funcionais poderão, ainda, articular-se com outros ACeS, Hospitais, Unidades de Cuidados Continuados, entidades do sector público, privado ou do sector social.

Presentemente o ACeS Cova da Beira é constituída por dez Unidades Funcionais, nomeadamente cinco Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), três Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), uma Unidade de Saúde Pública (USP) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), respetivamente designadas por:

- UCSP de Belmonte;
- UCSP da Covilhã;
- UCSP do Teixoso;
- UCSP do Tortosendo;
- UCSP do Fundão;
- UCC de Belmonte;
- UCC Cava Juliana;
- UCC do Fundão;
- UCSP do ACeS Cova da Beira;
- URAP do ACeS Cova da Beira.

4.2.3. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Missão

Cada UCSP tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica.

Princípios

A UCSP rege-se pelos seguintes princípios:

- Garantia de acessibilidade
- Globalidade de cuidados
- Continuidade de cuidados
- Qualidade

Atualmente, estão formalmente constituídas as UCSP de Belmonte, Covilhã, Fundão, Teixoso e Tortosendo.

Cada equipa da UCSP é composta por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, funcionando num modelo multidisciplinar e de intersubstituição.

Os cuidados prestados pela UCSP devem incluir como requisitos mínimos:

- Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença, nas diversas fases da vida: geral, saúde reprodutiva, materna, recém-nascido, criança, adolescente, adulto e idoso.
- Cuidados em situação de doença aguda.
- Acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla.
- Interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de gestor de saúde do cidadão.

4.2.4. Unidades de Cuidados na Comunidade

Missão

A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde concorrendo, assim e de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACeS em que se integra.

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Princípios

A UCC é uma unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas, de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde e sociais da população onde está inserida e rege-se pelos seguintes princípios:

- Cooperação.
- Solidariedade e trabalho de equipa.
- Autonomia assente na auto-organização funcional e técnica.
- Articulação efetiva com as outras unidades funcionais do ACeS.
- Parceria com estruturas da comunidade local (Autarquias, Segurança Social, IPSS, Associações e outras).
- Gestão participativa assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os seus profissionais, promotores de ganhos de motivação e satisfação profissional.

A UCC, no contexto de um processo de garantia da qualidade, deve desenvolver-se segundo níveis de desempenho definidos e disciplinados através de normativos internos do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS, estando assegurada uma cobertura global de toda a comunidade do ACeS Cova da Beira.

A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos, na ausência de recursos próprios, a UCC poderá utilizar recursos existentes na URAP, numa perspetiva de reforço da sua carteira de serviços e integra ainda a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

4.2.5. Unidade de Saúde Pública

Missão

A USP tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACeS em que se integra.

A USP, observatório de saúde da área geográfica onde se insere, desenvolve atividades de planeamento em saúde, de promoção e proteção da saúde, incluindo a avaliação do impacto em saúde, de prevenção da doença, de vigilância epidemiológica, de vigilância em saúde ambiental, de investigação em saúde e de gestão ou participação em programas de saúde pública.

Princípios

A USP deve orientar e organizar a sua atividade visando:

- Assegurar, obrigatoriamente, a realização do conjunto de atividades essenciais definidas no artigo 6º do decreto-lei 81/2009.
- Articular-se com as restantes unidades funcionais do ACES, construindo redes locais de cooperação com os serviços e sectores com importância em saúde.
- Desenvolver-se, segundo níveis de desempenho definidos, disciplinados e monitorizados, no contexto de um processo de garantia da qualidade.

A USP do ACeS Cova da Beira funciona como observatório de saúde de toda a área geodemográfica, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica, gerir programa de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população, em geral e de grupos

específicos, e colaborar, de acordo com a legislação respetiva, no exercício das funções de autoridade de saúde.

A equipa da USP é composta por médicos de saúde pública, enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária, técnicos de saúde ambiental e assistentes técnicos integrando ainda, em permanência ou em colaboração temporária, outros profissionais que foram considerados necessários na área da saúde pública.

4.2.6. Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

Missão

A URAP presta serviços de consultadoria e assistenciais às unidades funcionais referidas nos artigos anteriores e organiza ligações funcionais aos serviços hospitalares.

Princípios

A URAP presta os seus serviços tendo presente os seguintes princípios:

- Cooperação com as outras unidades funcionais.
- Acessibilidade dos cidadãos.
- Autonomia técnica.
- Rentabilização dos recursos instalados.
- Articulação com outras instituições com destaque para os hospitais de referência, privilegiando o estabelecimento de protocolos.

A equipa da URAP é composta por uma técnica do serviço social, um psicólogo, uma nutricionista, uma técnica de saúde oral e outros profissionais não afetos totalmente a outras unidades funcionais que a poderão integrar.

4.3. INDICADORES DE SAÚDE

Analisando alguns indicadores de saúde apresentados no diagnóstico de saúde da responsabilidade da USP do ACeS Cova da Beira, julho 2013, são identificadas como morbilidades com maior prevalência, a Hipertensão Arterial, a Dislipidemia, a Diabetes e as Doenças Osteoarticulares.

4.4. INSTRUMENTOS DE GESTÃO

Tendo os ACeS como missão o garantir da prestação de CSP à população de uma área geográfica determinada, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de modo a que todos os grupos populacionais partilhem igualmente dos avanços científicos e tecnológicos, postos ao serviço da saúde e do bem-estar, pelo que se torna-se fundamental

uma gestão ajustada dos escassos recursos de forma a otimizá-los O ACeS Cova da Beira deve garantir:

- Uma gestão comum aos três Centros de Saúde e suas respectivas Unidades Funcionais;
- Uma gestão adequada de recursos;
- Maior proximidade dos profissionais;
- Cuidados de qualidade mais próximos dos cidadãos;
- Governação Clínica responsável pela gestão e qualidade dos cuidados prestados;
- Mais acessibilidade, qualidade, ganhos em eficácia e eficiência.

Para a consecução desta Missão, torna-se fundamental identificar as necessidades/problemas, definir estratégias de intervenção e sua implementação, definindo indicadores mesuráveis que permitam uma adequada avaliação da qualidade dos cuidados prestados e a identificar de ganhos em saúde para a comunidade. Para tal, foram elaborados documentos fundamentais à demarcação das atividades desenvolvidas, destacando-se:

- O Regulamento Interno do ACeS Cova da Beira
- O Plano de Desempenho (PD) e respetivo Relatório de Atividades
- A Carta de Missão do Diretor Executivo e o Contrato Programa do ACeS Cova da Beira
- O Plano de Formação

Regulamento Interno

O ACeS Cova da Beira, aquando da sua criação, elaborou o seu primeiro regulamento interno, em cumprimento do disposto na alínea c) do artigo n.º 24 e alínea a) do artigo n.º 38 do Decreto-lei 28/2008, republicado pelo Decreto-Lei nº 253/2012, de 27 de novembro, o qual estabelece os princípios de gestão e funcionamento deste ACeS, bem como a definição da sua estrutura organizativa e respetivas atribuições, dotando assim o Agrupamento de um instrumento jurídico que define os aspectos essenciais da sua organização e funcionamento, por reorganização das Unidades Funcionais do ACeS. Com a saída da nova legislação, Decreto-Lei nº 253/2012, de 27 de novembro, tornou-se necessário a sua revisão e atualização, aguardando-se a sua homologação pelo Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde do Centro, IP (ARSC).

Plano de Desempenho

Plano de Desempenho é o instrumento basilar no alicerçar de toda a ação a ser desenvolvida pelo ACeS Cova da Beira, permitindo, posteriormente, a avaliação da performance no desenvolvimento da sua missão. O PD e o Contrato-Programa, dois instrumentos estratégicos

e previsionais, procuram promover e consolidar a autonomização e responsabilização dos prestadores. Nesta nova reorganização da prestação de cuidados no modelo ACeS, tornou-se necessário, como estratégia nacional, a implementação do processo de contratualização com os prestadores, ou seja, um processo de relacionamento entre financiadores e prestadores, assente numa filosofia contratual. Assim o Contrato-Programa é o documento que o ACeS outorga com a ARSC e está alinhado com o definido no PD, concretizando o compromisso assumido ao identificar claramente as obrigações e as contrapartidas de ambas as partes e as regras de acompanhamento, monitorização e avaliação das atividades a desenvolver pelo ACES. (Quadro 4.3).

Quadro 4.3. Indicadores e Metas da Contratualização do ACeS Cova da Beira para 2014

Cód.	ÁREA	INDICADORES	META 2014
Eixo Nacional			
006	Acesso	Taxa de utilização global de consultas médicas nos últimos 3 anos	90.00
004	Acesso	Taxa de utilização de consultas de enfermagem no domicílio por 1.000 inscritos	93.50
066	Desempenho Assistencial	Proporção de embalagens de medicamentos faturados que são genéricos	45.00
047	Desempenho Assistencial	Proporção de inscritos com idade >= 14 anos com quantificação de hábitos tabágicos nos últimos 3 anos	25.00
074	Desempenho Assistencial	Proporção de consultas médicas presenciais que deram origem a pelo menos uma codificação ICPC-2	90.00
GDH 87		Taxa de internamento por doenças cérebro-vascular entre residentes com <65 anos (por 10.000)	5.80
052	Desempenho Assistencial	Proporção de mulheres em idade fértil com acompanhamento adequado na área de planeamento familiar	30.0 0
GDH 86		Proporção de recém-nascidos de termo de baixo peso	1.70
064	Desempenho Assistencial	Proporção de jovens 14 anos com consulta médica de vigilância realizada no intervalo [11-14[anos e PNV totalmente cumprido até ao 14º aniversário	40.00
GDH 85		Incidência de amputações major de membro inferior em utentes com diabetes, entre utentes residentes (por 10.000)	0.60
056	Desempenho Assistencial	Proporção de inscritos com idade >= 65 anos a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	67.00
-		Percentagem de utilizadores satisfeitos ou muito satisfeitos - INDICADOR EM REPARAÇÃO	-
068	Eficiência	Despesa média de medicamentos faturados por utente utilizador (baseado no PVP)	163,00€
069	Eficiência	Despesa média de MCDTs faturados por utentes utilizadores do SNS (baseado no preço convencionado)	39,00€
Eixo Regional			
023	Desempenho Assistencial	Proporção de utentes com HTA (sem doença cardiovascular nem diabetes) com determinação de risco CV nos últimos 3anos	15.00
043	Desempenho Assistencial	Proporção de utentes com diabetes com acompanhamento adequado	18.00
045	Desempenho Assistencial	Proporção de mulheres entre [25-60[anos com colpocitologia nos últimos 3 anos	40.00
078	Desempenho Assistencial	Proporção de utentes com o diagnóstico DPOC	2.00
Eixo Local			
010	Desempenho Assistencial	Taxa de utilização de consultas médicas de Planeamento Familiar	30.00
014	Desempenho Assistencial	Proporção de recém-nascidos com pelo menos uma consulta médica de vigilância realizada até aos 28 dias de vida	88.00

Fonte: ACeS Cova da Beira, PD 2014

Com os recursos disponíveis, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) terá de, sem perda de qualidade e salvaguardando os atuais níveis de acesso e eficiência, continuar a responder às necessidades em saúde dos cidadãos, ao nível da prestação de cuidados.

O desenvolvimento organizacional dos CSP constitui-se como um processo evolutivo e de melhoria contínua que concorre decisivamente para a sustentabilidade económica, financeira e social do SNS.

Neste contexto, o processo de contratualização nos CSP, que tem vindo a ser implementado e consolidado nos últimos anos, deverá continuar a demonstrar a sua mais-valia na melhoria do acesso, da produtividade, da qualidade e da eficiência dos cuidados de saúde que são prestados aos cidadãos.

O processo de contratualização, que culmina na assinatura de Contratos-programa entre o ACeS e a ARSC, IP e posteriormente com a contratualização interna com cada uma das Unidades Funcionais, visa promover a autonomização e responsabilização organizacional pela efetividade dos cuidados de saúde prestados à população.

Dada a componente técnica do modelo de contratualização e acompanhamento foi necessário capacitar a Unidades de Apoio à Gestão (UAG) do ACeS de forma a prestar o melhor serviço de apoio à decisão do Diretor Executivo, bem como o necessário acompanhamento da atividade pelo Conselho Clínico e de Saúde.

Carta de Missão do Diretor Executivo

Integrado neste novo modelo de gestão e de autonomização organizacional através da responsabilização, foi também assinada pelo Diretor Executivo uma Carta de Missão a implementar e executar durante cada ano civil no ACeS Cova da Beira.

A carta de missão, no qual constam os princípios pelos quais se deverá reger a atividade do diretor executivo, bem como os objetivos a atingir cada ano, fomenta uma cultura de compromisso dos profissionais com um projeto comum que visa a prossecução do interesse público, no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

Trata-se de um documento estratégico de fundamental importância no âmbito da administração pública, podendo considerar-se concretizada mais uma etapa da reorganização dos CSP, devendo estes ter, cada vez mais, um papel nuclear e central no SNS.

Plano de Formação

Para além da formação base, existe a necessidade de haver uma sistemática e constante atualização de conhecimentos e aquisição de novas competências para se poder responder às exigências duma sociedade moderna, em constante mutação, e às expectativas da população

em obter melhores índices de prestação de cuidados de saúde. Também, na atual reforma dos CSP, é dada ênfase ao envolvimento dos profissionais, criando ambientes de motivação dos mesmos que pode passar por facilitar a acessibilidade à formação dos profissionais.

As atuais mudanças organizacionais colocam novos desafios de ordem pessoal e profissional. A formação contínua é um imperativo do ACeS, com repercussões nos índices de motivação e performance individual e institucional. Permite ainda uniformizar critérios de atuação e dar resposta às prioridades do Ministério da Saúde.

Assim, é elaborado anualmente um Plano de Formação, visando, o mais possível, responder às necessidades expressas e identificadas pelos profissionais do ACeS Cova da Beira.

Como objetivos principais pretende-se:

- Contribuir para a melhoria da qualidade e eficiência na prestação de cuidados de saúde e satisfação dos utentes.
- Desenvolver competências individuais dos profissionais.
- Aumentar as qualificações profissionais.
- Aperfeiçoar a qualidade do desempenho.
- Dar a conhecer novas metodologias, técnicas e informações que contribuam para a melhor prestação e organização de serviços.

Também as solicitações para a realização de estágios, no âmbito pré e pós graduado pelas faculdades das Ciências da Saúde e Escolas Superiores de Saúde, são oportunidades para conhecerem a realidade de um ACeS, sua organização e dinâmica, bem como as virtualidades e importância dos CSP, que como se sabe constitui o primeiro nível de prestação de cuidados de saúde, intervindo por excelência e vocação na promoção da saúde e prevenção da doença. Estes estágios permitem, ainda, que futuramente estes profissionais adiram aos CSP, podendo ainda contribuir para a melhoria da aprendizagem e da atitude dos profissionais, bem como possibilitar ao ACeS Cova da Beira, em colaboração com a Coordenação do Internato de Medicina Geral e Familiar da Zona Centro, Faculdade de Ciências da Saúde da UBI, Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa e com as Escolas Superiores de Saúde de Castelo Branco, Guarda e Viseu, o alicerçar-se como um verdadeiro “*ACeS Universitário*”, privilegiando também a área de investigação em saúde.

Capítulo 5

5. PROPOSTA DE MODELO DE GESTÃO DE DESEMPENHO APLICADO AO ACES COVA DA BEIRA

5.1. INTRODUÇÃO

Neste capítulo, é proposto um modelo de gestão do desempenho para o ACeS Cova da Beira, baseado na metodologia *Balanced Scorecard* (BSC), pois considera-se que a aplicação do mesmo resulta de um sistema de gestão estratégica, na medida em que interliga todas as perspetivas da organização que determinam o alcance da estratégia e dos objetivos definidos. Este modelo permite uma clara comunicação da estratégia e das metas a atingir e a definição de um plano concreto de ações a desenvolver para concretizar os objetivos definidos.

5.2. MISSÃO VISÃO E VALORES

A missão constitui o propósito da existência da organização, direcionando o foco para o que se propõe fazer e para quem. Partindo deste pressuposto, o ACeS Cova da Beira definiu como **Missão**: Garantir a prestação de cuidados de saúde primários (CSP) à população de determinada área geográfica.

Para cumprimento da sua missão o ACeS deve desenvolver atividades de promoção e vigilância da saúde, prevenção da doença, diagnóstico e tratamento, com ligação a outros serviços e níveis de cuidados a fim de garantir a continuidade dos cuidados, dirigindo a sua ação ao indivíduo, à família e à comunidade.

A **visão** traduz um conjunto de intenções para o futuro, servindo de inspiração para toda a organização, correspondendo ao caminho que se pretende seguir. Assim, o ACeS Cova da Beira assume o compromisso de desenvolver uma rede prestadora de CSP de excelência, adequados às características das populações, próxima das famílias e dos cidadãos, sustentável e baseada na inovação e empreendedorismo profissional.

Os **valores** são sinónimo de princípios culturais, morais e de bem-estar que identificam e se aplicam a toda a organização, pelo que devem estar perfeitamente interligados com a missão. No desenvolvimento da sua atividade, o ACeS Cova da Beira e os seus colaboradores regem-se pelos seguintes valores e princípios:

- Qualidade – procurando a Excelência na prestação de cuidados, utilizando procedimentos, tecnologias e meios geradores de qualidade.
- Humanização e Privacidade – colocando o utente no centro do sistema, para que todas as atividades se desenvolvam no sentido de responder às necessidades, com respeito pela sua privacidade, valores e bem-estar.

- Ética e Responsabilidade Social – adotando os mais elevados princípios de conduta, de ligação à comunidade e encorajando a participação desta no processo de decisão.
- Desempenho – utilizando os recursos da comunidade com eficiência e eficácia.
- Inovação – incentivando e premiando a aplicação de novas ideias e o desenvolvimento de novas formas de atuação e organização.

5.3. ANÁLISE ESTRATÉGICA

No intuito de compreender o contexto organizacional do ACeS Cova da Beira, procedeu-se à identificação dos serviços e/ou entidades que mantêm ligações e interação com a organização. Os *stakeholders* são indivíduos, grupos de interesses e entidades que disputam o controlo de recursos e resultados de uma organização, os quais não sendo clientes diretos em termos de bens e serviços produzidos, assumem múltiplos interesses e influenciam as decisões na organização. Assim, e porque da sua satisfação depende o sucesso do desempenho do ACeS Cova da Beira, identificam-se os seguintes *stakeholders*:

- Ministério da Saúde/ACSS
- Administração Regional de Saúde do Centro
- Conselho Clínico e de Saúde
- Unidades Funcionais: USF, USCP, USP, UCC, URAP
- Serviços de apoio à Gestão (UAG, Gabinete do Utente)
- Trabalhadores/colaboradores do ACeS
- Hospitais
- Cidadãos/Utentes
- Direção Geral de Saúde
- Estabelecimentos escolares
- Estabelecimentos de apoio a grupos vulneráveis (idosos, deficientes)
- Conselho da Comunidade
- Comunicação social
- Indústria farmacêutica
- Farmácias
- Sindicatos/Ordens Profissionais
- Instituições do Ensino Superior
- Autarquias
- IPSS

- Instituto da Segurança Social, I.P. – Centro Distrital de Castelo Branco
- Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P. (IPDJ) – Castelo Branco
- Entidades com Convenção
- Entidade Reguladora de Saúde

5.4. CONSTRANGIMENTOS E DESAFIOS

É essencial identificar e analisar os fatores internos à organização - pontos fracos e pontos fortes, bem como fatores externos à mesma, que se poderão constituir como ameaças ou oportunidades. No que respeita aos pontos fracos identificados, estes retratam aspetos que poderão constituir uma dificuldade à implementação de um plano estratégico. Já no que respeita aos pontos fortes identificados, estes revelam características internas do ACeS em análise que podem melhorar a sua situação.

As ameaças e oportunidades são evidenciadas pela análise do ambiente externo, podendo contribuir de modo positivo para o cumprimento da missão, ou criar entropias ao desempenho do ACeS. As ameaças consideram-se como fatores externos à instituição suscetíveis de dificultar o cumprimento dos objetivos organizacionais. As oportunidades apresentam-se como fatores externos à organização que convidam ao aproveitamento das virtualidades da conjuntura para potenciar as hipóteses de cumprimento das metas previamente traçadas, de acordo com o perfil e expectativas da instituição.

Os pontos fracos são características intrínsecas da organização que podem influenciar ou prejudicar a sua atividade. Os pontos fortes manifestam-se através de características intrínsecas da organização que potenciam o exercício das suas atividades com eficácia, eficiência e qualidade, atenuando as ameaças e alavancando as oportunidades (Quadro 5.1.).

Quadro 5.1. Análise SWOT do ACeS Cova da Beira

Pontos Fracos

- Grande dispersão geográfica, acessibilidades difíceis e deficiente rede de transportes;
- Elevado nº de Extensões de Saúde, consumidoras de recurso, algumas das quais não devidamente qualificadas.
- Utentes sem médico de família, e o envelhecimento populacional com aumento de utentes dependentes com pluripatologias.
- Consulta Aberta do Fundão.
- Resistência à mudança e conformismo por parte de alguns colaboradores, e existência de hábitos de trabalho individualistas e não alinhados com a estratégia e resultados.
- Fraca cultura de mudança, de partilha de objetivos e visão estratégica;
- Falta de hábitos, ao nível *top-down* e por equipas, em efetuar periodicamente a avaliação e monitorização do desempenho assistencial;
- Insuficiência de recursos humanos e aperto orçamental.
- Insuficiente “massa crítica” para corresponder aos desafios da reforma dos CSP;
- Falta de viaturas para apoio nos cuidados de saúde.

- Envelhecimento dos quadros médicos e de outros profissionais.
- Fragilidade dos Sistemas de Informação.

Pontos Fortes

- Consolidação da Reforma dos CSP;
- Implementação de Cartas de Compromisso, Planos de Desempenho e Contratualização;
- Governação Clínica e de Saúde;
- Gestão holística;
- Comunicação institucional, interna e externa;
- *Focus* na articulação intra-institucional e otimização de recursos;
- Consolidação do conhecimento socio-demográfico, epidemiológico e de saúde da população – Diagnóstico de Saúde;
- Incremento de cuidados de proximidade - UCC's;
- Disponibilidade de painel de indicadores de gestão e de estudos de *benchmarking*;
- *Focus* na gestão de equipas multidisciplinares e na orientação para os resultados;
- Rejuvenescimento e especialização específica da enfermagem;
- Investimento na formação e ensino;
- Centralização dos centros de decisão.

Oportunidades

- Estabelecimento de parcerias e protocolos de articulação (UBI, Institutos Politécnicos, CHCB, Autarquias, Escolas, IPSS...), potencializando sinergias interinstitucionais;
- Desenvolvimento e integração de novas ferramentas de informação e de gestão: PEM, SiiMA, PDS, SICO, MIM@UF, RNU e GEO-SAUDE;
- Auto e heteroavaliação dos cuidados prestados, através da análise dos indicadores, visando a melhoria da qualidade;
- Reestruturação dos serviços, reorganização das Extensões de Saúde, com a criação de Polos de Saúde;
- Maior capacitação destas micro-unidades de saúde, mais recursos, melhor funcionamento e modelo de gestão mais eficiente, maior escala e prestação de cuidados mais diversificados e qualificados;
- Aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde, com diminuição da taxa de absentismo médico e de enfermagem;
- Reforço e consolidação de cuidados de saúde primários e de proximidade;
- Reforço de cuidados domiciliários médicos e de enfermagem de natureza preventiva, curativa e reabilitadora;
- Viabilidade da teleconsulta médica e de enfermagem;
- Implementação e reforço do ensino e investigação.

Ameaças

- Interioridade, despovoamento e isolamento;
 - Enfraquecimento e ou inexistência de dinâmicas locais;
 - Envelhecimento da população;
 - Assimetria das acessibilidades;
 - Falta de receptividade por parte da população na mudança de comportamentos de risco e aquisição de estilos de vida saudáveis;
 - Inadequada utilização dos serviços pelos utentes;
 - Falta de incentivos e estímulos para renovação dos quadros médicos em via de aposentação;
 - Falta de autonomia financeira;
 - Continua perda de profissionais de saúde;
 - Diminuta atratividade local e institucional;
 - Fragilização de notoriedade e de competitividade do Aces e das instituições parceiras.
-

5.5. FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO

Os fatores críticos de sucesso representam um conjunto de aspetos internos da organização que podem condicionar o seu desempenho efetivo, permitindo a obtenção de resultados que podem ser melhorados numa perspetiva de melhoria contínua com vista ao sucesso da organização. No Quadro 5.1. pode-se identificar claramente a acessibilidade (utentes sem médico de família), a escassez de recursos e a resistência à mudança como pontos fracos, importando minimizar o seu impacto negativo no desempenho da organização.

5.6. VETORES E LINHAS ESTRATÉGICAS

Vetores Estratégicos

Sustentados na missão, visão, valores e conjuntura atual do ACeS, foram definidos três vetores estratégicos, a saber:

- **Ganhos em saúde** - Pretende-se melhorar o nível de saúde de todos os cidadãos, definindo áreas prioritárias de atuação, orientando a organização para a utilização mais adequada dos recursos disponíveis.
- **Mudança organizacional** - Pretende-se implementar uma cultura de melhoria contínua, baseada numa atitude de proatividade e adaptação à permanente mutação social, económica e tecnológica. É necessário estabelecer uma nova relação com os cidadãos, capacitando-os e envolvendo-os numa participação mais ativa. Por um lado, deve ser baseada no conceito de centralidade no cidadão, traduzida essencialmente no *empowerment* de cada indivíduo, de forma a estimular a capacidade dos mesmos em tomar decisões informadas nos domínios da proteção da saúde e da prevenção da doença. Por outro lado, baseando-se na constituição de “novas” equipas de profissionais, que correspondem às unidades funcionais (UF) do ACeS, vem proporcionar uma coesão das equipas através do trabalho em conjunto.
- **Contratualização - Sustentabilidade do SNS** - Pretende-se melhorar os canais de comunicação com os outros serviços e níveis de cuidados para uma efetiva articulação integrada que beneficie o cidadão, através dos cuidados de saúde prestados, com maior qualidade e em tempo útil. A contratualização surge nos serviços de saúde como um meio de melhorar a capacidade de resposta aos cidadãos e de aumentar a eficiência através da minimização dos custos, associados à prestação de cuidados.

Linhas Estratégicas

Tendo como base o objetivo apresentado na introdução do Plano de Desempenho - minimizar o impacto na saúde da população do ACeS da previsível diminuição de recursos humanos, mantendo os atuais padrões de qualidade, foram definidas as seguintes Linhas Estratégicas:

- Constituir-se como entidade de referência local na prestação de CSP.

- Valorizar a prestação de cuidados de promoção da saúde e prevenção da doença, bem como a prestação de cuidados na comunidade.
- Otimizar os recursos disponíveis, promovendo a melhor articulação entre os serviços, reestruturando os Centros de Saúde em UF.
- Apostar em modelos de *Coaching* na dinamização das UF, promovendo o espírito de equipa, a complementaridade e intersubstituição como a mais adequada forma organizativa.
- Promover o desenvolvimento profissional dos colaboradores, com desempenho orientado para os resultados.
- Reorganizar o atendimento nas diferentes Unidades do Aces Cova da Beira;
- Qualificar o acesso, de forma a evitar consultas desnecessárias.
- Manter a cobertura das consultas de medicina preventiva com inclusão dos grupos de risco.
- Aperfeiçoar os sistemas de informação e conseqüente reforço na formação dos recursos humanos.
- Promover a atratividade do ACeS para novos profissionais, em articulação com as Instituições de Ensino Superior e a Coordenação do Internato da Zona Centro, colaborando na sua formação pré e pós-graduada e ainda, através da implementação do Núcleo de Investigação em Saúde em parceria com a Faculdade de Ciências da Saúde da UBI, Institutos Politécnicos de Castelo Branco e Guarda e CHCB.
- Integrar o Projeto experimental de implementação do Rastreio do Cancro do Cólon e Reto, em implementação na ARSC.

5.7. PERSPETIVAS E OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

O *Balanced Scorecard* reflete o equilíbrio entre objetivos de curto e longo prazo, entre medidas financeiras e não-financeiras, indicadores e perspetivas internas e externas de desempenho. Este conjunto abrangente de medidas serve de base para o sistema de avaliação e gestão estratégica, por meio do qual o desempenho organizacional é medido de maneira equilibrada.

Portanto, a partir de uma visão integrada de uma organização, o BSC permite descrever a estratégia de forma muito clara, por intermédio de quatro perspetivas: clientes; processos internos; inovação e aprendizagem e financeira/fiduciária.

Como é que o ACeS Cova Beira pode satisfazer as necessidades das Unidades Funcionais e dos Parceiros?

Perspetiva dos clientes:

- Otimizar a promoção da saúde e a prevenção da doença
- Aumentar a satisfação das UF

- Melhorar a eficiência, eficácia e efetividade
- Melhorar a qualidade
- Melhorar a acessibilidade

Quais as melhorias nos processos para que estes se tornem mais eficazes e eficientes melhorando a qualidade dos serviços prestados?

Perspetiva dos processos internos:

- Implementar as prioridades em saúde
- Fomentar a mudança organizacional
- Assegurar a contratualização

Quais as ações a desencadear para motivar e aumentar as competências dos profissionais das Unidades Funcionais?

Perspetiva da inovação e aprendizagem:

- Melhorar a comunicação
- Estimular o desenvolvimento contínuo das Unidades Funcionais

De que forma podem ser otimizados os recursos financeiros disponíveis?

Perspetiva financeira

- Contribuir para a sustentabilidade do SNS e do ACeS.

5.8. MAPA ESTRATÉGICO

No mapa estratégico posicionam-se os objetivos do ACeS Cova da Beira, arrumados numa matriz orientada horizontalmente, pelas quatro perspetivas e, verticalmente, pelas grandes linhas de orientação estratégica. Trata-se de um instrumento poderoso para a visualização dos objetivos e das relações de causa e efeito entre os mesmos.

Numa reforma desta importância e complexidade é fundamental um forte enquadramento estratégico, permitindo evitar atrasos dispensáveis em iniciativas críticas da reforma através de uma programação mais detalhada e atempada.

Na Figura 5.1. apresenta-se o mapa estratégico consolidado do ACeS Cova da Beira, para o triénio de 2014-2016, onde todas as perspetivas e os objetivos, dentro de cada uma delas, estão interligados com a estratégia e com a missão organizacional.

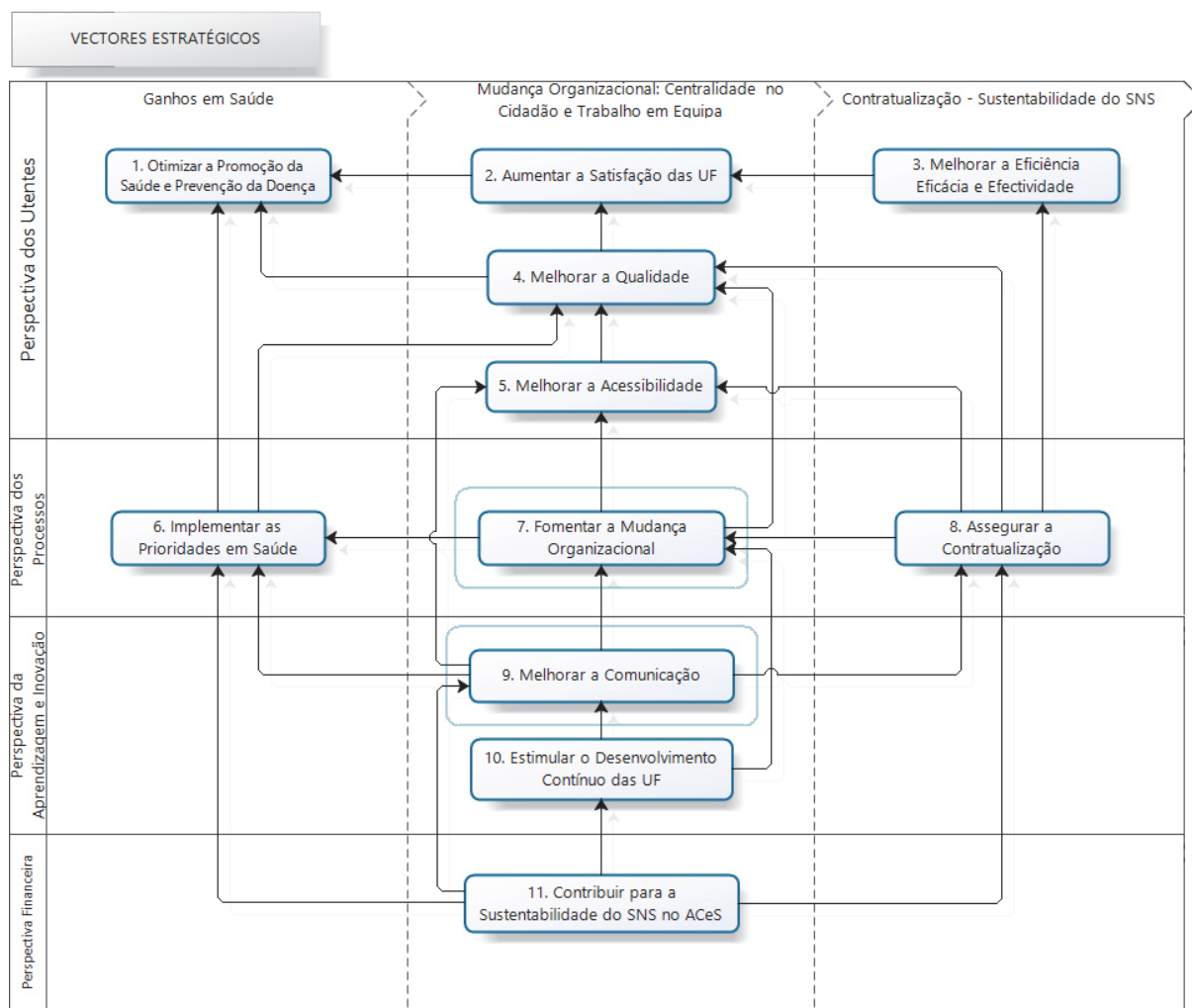


Figura 5.1. Mapa Estratégico – ACeS da Cova da Beira

5.9. OBJETIVOS, INDICADORES, METAS DO PLANO ESTRATÉGICO

Um plano estratégico é o processo estruturado através do qual qualquer organização e o ACES em particular, se mobiliza, para atingir o sucesso e construir sustentadamente o seu futuro, por meio de pessoas e de comportamentos proactivos.

Os objetivos descrevem o que a organização tem que fazer bem para executar a estratégia.

Um indicador é uma métrica para medir o desempenho, tendo em conta as metas fixadas.

Geralmente têm natureza quantitativa.

As metas atribuem significado aos resultados obtidos (desejados).

Quadro 5.2. Objetivos, Indicadores e Metas do Plano Estratégico

Objetivos	Indicadores	Metas			
		Hist.	2014	2015	2016
1. Otimizar a Promoção da Saúde e a Prevenção da Doença					
1.1.	Promoção da saúde Taxa de implementação dos progr. de intervenção sobre os determinantes de saúde				
1.1.1.	Programa nacional para a promoção da alimentação saudável				
1.1.1.1.	Projeto “pão.come”				
	Concelhos do ACeS com cadastro das padarias (%)	-	95%	98%	100%
	Padarias cadastradas de concelhos do ACeS com colheitas de pão (%)	-	60%	70%	75%
1.1.1.2.	Projeto “sopa.come”				
	Concelhos do ACeS com colheitas de sopa	-	33%	66%	100%
1.1.1.3.	Projeto “oleovita”				
	Concelhos do ACeS com pesquisa de compostos polares nos óleos de fritura	-	33%	66%	100%
1.1.2.	Tabagismo				
	Nº de Unidades de Saúde com consulta de tabagismo	1	2	3	4
1.1.3.	Problemas ligados ao álcool				
	Nº de Unidades de Saúde com consulta de alcoologia	2	3	4	5
1.1.4.	Promoção da saúde em meio escolar				
	Alunos abrangidos por saúde escolar	32%	38%	44%	50%
	Educadores de Infância e Professores abrangidas por saúde escolar	37%	41%	45%	49%
1.1.4.1.	Projeto “conta, peso e medida”				
	Nº de equipas locais de saúde escolar que implementaram o Projeto “conta, peso e medida”	0	1	2	3
1.1.4.2.	Saúde oral				
	Taxa de cheques dentistas emitidos por coortes	-	90%	94%	98%
	Taxa de utilização do 1º cheque dentista emitido a crianças e jovens	33%	42%	48%	54%
	Taxa de Documentos de Referenciação emitidos a crianças e jovens de Higiene Oral	74%	76%	78%	80%
1.1.5.	Saúde ocupacional				
	Polos assistenciais com avaliação das condições de higiene e segurança	-	60%	80%	100%
1.1.6.	Saúde ambiental				
1.1.6.1.	Programa de vigilância sanitária de água para o consumo humano				
	Vigilância sanitária das águas para consumo humano	-	90%	95%	100%
1.1.6.2.	Vigilância e controlo da qualidade da água mineral nos estabelecimentos terminais				
	Estabelecimentos termais com avaliação da implementação dos programas de controlo de qualidade da água mineral natural em cumprimento das orientações da DGS.	100%	100%	100%	100%
1.1.6.3.	Programa de águas balneares				
	Vigilância Sanitária em Praias Fluviais Classificadas	-	90%	95%	100%
	Praias Fluviais Classificadas com avaliação de risco (%)		90%	95%	100%
1.1.6.4.	Programa de vigilância sanitária de piscinas				
	Vigilância Sanitária dos Tanques e Piscinas Públicas	-	90%	95%	100%

Objetivos	Indicadores	Metas			
		Hist.	2014	2015	2016
1.2.	Prevenção da doença				
1.2.1.	Vigilância epidemiológica e prevenção e controlo das doenças infecciosas.				
	%de Declarações de Doenças Obrigatórias (DDO) comunicadas à Autoridade de Saúde com Inquérito Epidemiológico realizados	-	80%	85%	90%
1.2.1.1.	Plano regional (programa) de prevenção e controlo da infeção VIH/SIDA				
	Nº de Centros de Saúde do ACeS / UCSP com teste rápido de VIH	1	3	4	5
	Número de utentes com Tuberculose Doença/Infeção, em acompanhamento no CDP, com o teste de VIH realizado no final do tratamento	-	80%	85%	90%
1.2.1.2.	Infeção associada a cuidados de saúde				
	UF aderentes à campanha de higienização das mãos	-	40%	80%	100%
1.2.1.3.	Programa nacional de vacinação				
	Proporção de crianças com 2 anos, com PNV totalmente cumprido até	-	92%	93%	94%
	Proporção de crianças com 7 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 7.º aniversário	-	95%	96%	96%
	Proporção de crianças com 14 anos, com PNV totalmente cumprido até ao 14.º aniversário	-	82%	84%	86%
	Proporção de utentes com 25 ou mais anos, que têm vacina antitetânica atualizada	-	66%	68%	70%
	Taxa de cobertura da VASPR (2 dose) entre os jovens com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos inclusive	98%	98,5%	99%	99,5%
1.2.2.	Programas de prevenção e controlo das doenças de evolução prolongada				
1.2.2.1.	Programa de prevenção e controlo da diabetes				
	Nº de UCSP com consulta organizada do Pé diabético	1	3	4	5
	Percentagem de pessoas com HbA1c >=6,5 e <=8%, de entre as pessoas com o diagnóstico de diabetes / ano	-	43%	47%	51%
1.2.2.2.	Programa de prevenção das doenças oncológicas				
1.2.2.2.1.	Programa de rastreio do cancro da mama				
	Mulheres entre [50,70[anos com mamografia registada nos últimos 2 anos	35%	40%	45%	50%
1.2.2.2.2.	Programa de rastreio do cancro do colo do útero				
	Proporção de mulheres entre [25-60[anos com colpocitologia nos últimos 3 anos	26%	40%	45%	50%
1.2.2.3.	Programa de prevenção e controlo das doenças cardio-cérebro-vasculares				
	Proporção de utentes com HTA (sem doença cardiovascular nem diabetes) com determinação de risco CV nos últimos 3anos	3.8%	15%	20%	25%
2. Aumentar a Satisfação das UF					
2.1.	Elaboração de modelo de avaliação do grau de satisfação dos profissionais	-	100%		
2.2.	Elaboração de modelo de avaliação do grau de satisfação dos utentes	-	100%		
2.3.	Implementar no ACeS modelo de avaliação do grau de satisfação dos profissionais	-	-	100%	100%
2.4.	Implementar no ACeS modelo de avaliação do grau de satisfação dos utentes	-	-	100%	100%

Objetivos	Indicadores	Metas			
		Hist.	2014	2015	2016
3. Melhorar a Eficiência Eficácia e Efetividade					
3.1.	Índice de desempenho da Carta de Compromisso do Diretor Executivo	70%	75%	80%	85%
3.2.	Índice de desempenho Global do ACeS / Plano de Ação	-	55%	65%	75%
3.3.	Percentagem de UF que atingiram > 75% dos resultados contratualizados	-	33%	66%	100%
4. Melhorar a Qualidade					
4.1.	UF com carta da qualidade implementada	0%	10%	40%	100%
4.2.	Nº de UF com manual de articulação	0%	60%	100%	100%
4.3.	Nº de UF com candidatura a certificação da qualidade	0%	0%	10%	30%
5. Melhorar a Acessibilidade					
5.1.	Planos de reorganização estruturantes de melhoria da acessibilidade	20%	40%	80%	100%
5.2.	Utentes inscritos sem médico de família	16%	6%	4%	2%
5.3.	Taxa de ocupação das vagas de ECCI / RNCCI	-	70%	80%	90%
6. Implementar as Prioridades em Saúde					
6.1.	Elaboração e Atualização do Diagnóstico de Situação de Saúde do ACES, com conhecimento ao Diretor Executivo	-	100%	100%	100%
6.2.	UF com plano de atividades	20%	40%	100%	100%
7. Fomentar a Mudança Organizacional					
7.1.	USF e USCP nos vários modelos organizacionais	0%	100%	100%	100%
7.2.	UCC homologadas perante o projeto apresentado	67%	100%	100%	100%
7.3.	Relatórios de monitorização das UF com base na contratualização interna e outros programas de saúde nas áreas prioritárias definidas pelo ACeS	0%	60%	100%	100%
8. Assegurar a Contratualização					
8.1.	USCP que contratualizaram	0%	100%	100%	100%
8.2.	USP/URAP/UCC com indicadores contratualizados	0%	20%	80%	100%
9. Melhorar a Comunicação					
9.1.	Parcerias estabelecidas	15	18	21	25
10. Estimular o Desenvolvimento Contínuo das UF					
10.1.	UF que apresentaram planos / necessidades de formação	0%	0%	50%	100%
10.2.	Ações de formação realizadas pelo ACeS	26	28	30	32

Fonte: Relatório de Atividades do ACeS.CB 2013; Plano de Desempenho do ACeS.CB 2014; SIARS.

Tendo em conta o diagnóstico de situação do ACeS Cova da Beira, elaborado pelo observatório local de saúde, as áreas prioritárias de intervenção no ACeS são as seguintes:

- Doença cardio-cerebro-vasculares;
- Doenças oncológicas;
- Diabetes Mellitus;
- Perturbações da saúde mental;
- Infecção VIH SIDA;
- Consumo de tabaco;
- Excesso de peso /obesidade / promoção da alimentação saudável;
- Gravidez na adolescência.

Para além das áreas identificadas, e considerando a problemática e as prioridades nacionais, foi decidido incluir ainda as seguintes áreas:

- Doenças respiratórias;
- Doenças atribuíveis ao álcool;
- Acidentes.

Capítulo 6

6. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1. SUMÁRIO DA INVESTIGAÇÃO REALIZADA

O presente relatório de Projeto teve como objeto de estudo o ACeS da Cova da Beira, que opera, predominantemente, na área dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) através de uma rede de Centros de Saúde. Trata-se de um projeto aplicado, de natureza marcadamente aplicada, em que se aprofundou e descreveu um conjunto de elementos, no âmbito da gestão, desde o nível operacional até ao nível estratégico.

O objetivo geral deste trabalho final de mestrado consistiu em elaborar um *Balanced Scorecard* (BSC), como Instrumento de Gestão Estratégica do Desempenho, adaptado ao Serviço de Saúde em estudo que, no caso de vir a ser implementado, venha proporcionar uma efetiva gestão do desempenho organizacional, com uma utilização eficiente e eficaz dos recursos, de forma equilibrada e alinhada estrategicamente.

Finalmente, é de referir que com esta investigação aplicada, para além do seu objetivo, espera-se ter contribuído para o conhecimento e divulgação do BSC em Portugal, como ferramenta estratégica e para a demonstração da sua adaptabilidade e flexibilidade a organizações e serviços que atuam na área dos CSP.

6.2. DISCUSSÃO

Na prossecução da reforma dos CSP, regista-se um salto qualitativo ao nível do planeamento e da reestruturação organizacional, na implementação de uma cultura e de uma dinâmica de eficiência e de coesão, de uma visão holística e orientada para ganhos em saúde, na promoção de uma atuação partilhada e multidisciplinar, bem como, nos procedimentos e nas práticas de todos os agentes envolvidos, desde os prestadores aos utentes, passando pelos gestores e profissionais de saúde, com ganhos objetivos quanto à motivação dos profissionais e à qualidade dos cuidados de saúde prestados à comunidade.

Neste âmbito, o ano de 2013, foi um ano de incentivo ao rigor da gestão, à inovação das soluções, da procura de sinergias e de concertação de esforços, de reorganização estrutural e de implementação de algumas novas metodologias de gestão, de forma a garantir à população do ACeS Cova da Beira, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde e cumprir e fazer cumprir as atribuições e missão deste ACeS.

Assim, neste processo de mudança, estamos perante uma nova realidade de compromissos, entre pares, a qual se traduz, em parte, no processo de contratualização. Este, consubstancia-se

na negociação de um conjunto de indicadores associados ao desempenho das unidades, resultando daí um compromisso entre as partes, Administração Regional de Saúde do Centro, IP., e ACeS, com a finalidade de assegurar cuidados de saúde acessíveis e próximos dos cidadãos, com elevada qualidade, procurando aumentar a transparência e a responsabilização pelo bom uso dos recursos disponíveis.

Em termos práticos importa que todos os profissionais se familiarizem com os conceitos, com os valores e princípios, com as finalidades (resultados esperados), com as estratégias (envolvimento das pessoas, responsabilização a todos os níveis, “*accountability*”), recorrendo e promovendo várias reuniões com todos os responsáveis de Unidades Funcionais.

No que à organização diz respeito, continuaremos a apostar na maturação de uma cultura organizacional própria, promotora do desenvolvimento dos profissionais e focada na missão da instituição, procurando intervir em três vertentes essenciais: a estrutura, os processos e os resultados.

Houve sempre a preocupação de cumprir as medidas no âmbito do Memorando de Entendimento sobre as Condicionalidades de Política Económica, designadamente a redução da quantidade de trabalho extraordinário e consequente redução de custos, através da otimização de recursos humanos e técnicos, implementação de novos modelos de organização de trabalho e adequação de horários, obedecendo a critérios de eficiência assistencial. De realçar que todo este trabalho foi efetuado com perfeito envolvimento das estruturas locais, unidades funcionais e dos profissionais de saúde.

Da análise das principais inovações introduzidas, salienta-se:

- Uma gestão orientada para resultados, envolvimento e partilha dos profissionais de saúde comprometendo-os com a “nova” cultura de contratualização de metas e objetivos.

Formalização efetiva das unidades funcionais, facultando a sua individualização e autonomia em termos de alocação e gestão de recursos, bem como de indicadores de desempenho que permita um conhecimento mais próximo e real do processo de contratualização e desempenho da unidade.

- Dinamização do conselho clínico e de saúde, órgão de gestão clínica, com enfoque no na consolidação do *Clinical Governance*, numa cultura de governação assente na responsabilidade de cada profissional, sempre integrada numa lógica de trabalho em equipa.
- Criação de núcleos e gabinetes de estudos e desenvolvimento para responder aos desafios propostos nas áreas de controlo e de informação de gestão, com o objetivo de prestar informação de suporte à tomada de decisão, de elaboração de estudos específicos, de

monitorizar registos e produção assistencial e divulgar informação estruturada, aos restantes *stakeholders* internos do ACeS.

- Implementação de um *Tableau de Bord*, ferramenta de gestão estratégica cuja informação e avaliação periódica dos indicadores contribuem para a melhoria do desempenho assistencial, agregando simultaneamente ações corretivas, numa perspetiva de melhoria contínua, avaliação e registos de boas práticas, dando origem a estudos de *benchmarking*.
- Implementação da contratualização interna, com todas as unidades funcionais, como instrumento estratégico, inovador e de valor acrescentado neste processo de reforma em curso, indutor de maior responsabilização e exigência.
- Melhoria sustentada da rede de equipas prestadoras de cuidados de proximidade, orientada para a obtenção de ganhos em saúde e melhoria da equidade e acessibilidade aos cuidados de saúde, centrados no cidadão/família, consolidando localmente, a reforma estrutural e estruturante dos CSP.

Em síntese, como desafios, dos principais vetores catalisadores sustentáveis à reforma em curso, salientamos:

- A reorganização e capacitação da rede de extensões de saúde, agregando em polos de saúde com uma rede de referência entre elas e suportada por uma rede de transportes efetiva, com a finalidade de prestar uma melhor resposta e mais adequada resposta de cuidados de saúde e de bem-estar.
- A valorização do capital humano da organização, reconhecendo o impacto que tem a qualificação e o desenvolvimento técnico-científico dos profissionais no desempenho individual e organizacional.
- Conceptualmente, incentivar a governação clínica em CSP, garantindo um compromisso de qualidade, a todos os níveis, em ordem a prestar um melhor serviço ao cidadão.
- A melhoria da equidade no acesso e no desempenho assistencial, com o aumento da oferta de cuidados com resposta focalizada no utente e na prestação de cuidados nas áreas da promoção, prevenção da doença, tratamento e reabilitação que reforcem a complementaridade de respostas às necessidades do cidadão.
- A melhoria dos resultados referente a indicadores de qualidade, de produção e da acessibilidade a cuidados de saúde.
- A melhoria da rede de articulação e integração de cuidados com os cuidados diferenciados e continuados, por forma à obtenção de ganhos de eficiência assistencial;
- A afirmação dos cuidados de proximidade numa lógica de "cidadania responsável" e *empowerment* (capacitação).
- Contribuir para a modernização e eficiência dos sistemas de informação, como suporte de apoio à gestão, que permitam gerir de forma mais eficiente e eficaz todas as atividades da organização, com ganhos para profissionais e utentes.
- A necessária concretização da articulação substantiva com todos os "players" da comunidade (comunicação social, IPSS, bombeiros, juntas de freguesia, câmaras, escolas, outros agentes locais, etc.), com vista à obtenção de um modelo de prestação de cuidados

de saúde adequado à realidade local, corporizando a mudança significativa do paradigma de intervenção no sector da Saúde. Uma abordagem que exige a intervenção de um vasto conjunto de atores e de parcerias, que requer análises e práticas pluridisciplinares.

- A importância das autarquias em investir no desenvolvimento da saúde, diminuindo a exclusão social, as desigualdades em saúde e promovendo o desenvolvimento socioeconómico e, assumirem-se ainda, como um co-instrumento de prevenção da doença e promoção da saúde;
- Desenvolver parcerias para a obtenção de ganhos em saúde, através do reforço do *empowerment* e da participação do cidadão, da comunidade e do poder local e regional, com o objetivo de desenvolver a consolidação de políticas, modelos e instrumentos que contribuam para a melhoria da saúde e bem-estar das populações.
- “*Pensar global agir local*”, é dever dos parceiros com responsabilidade públicas e cívicas, não adiar o futuro, procurando desenhar soluções diferenciadas e específicas para situações e particularidades também elas específicas e peculiares.

Ou seja, conclui-se que só com o recurso a parcerias efetivas, sinergias e a economias de escala constantes, alinhadas com a missão dos CSP e com a realidade local, será possível prosseguir com o desenvolvimento de mudanças organizacionais, no pressuposto da obtenção de políticas inclusivas e de uma coesão social, e da concretização de melhor acesso e desempenho assistencial com vista à prestação de mais e melhores cuidados de saúde de proximidade e para a comunidade.

6.3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Qualquer estudo inevitavelmente tem as suas limitações. O “estudo perfeito” nunca foi feito, e nunca será feito, por mais que se tente. As limitações de qualquer estudo variam, dependendo das escolhas tomadas, deliberadas e inconscientes. Escolher, fazer algo, implica não fazer outra coisa qualquer. Ao analisar e desenvolver o modelo de medição do desempenho na ACeS Cova da Beira, identificaram-se algumas limitações relacionadas com a implementação do BSC no sector da Saúde:

- **Tarefas não mensuráveis.** Este é talvez o lamento mais comum dos gestores públicos e profissionais no sector da saúde.
- **Ausência de incentivos no cumprimento de metas de desempenho.** O sistema de medição do desempenho pode ser utilizado apenas pelo lado da sanção ou crítica. Não obstante, os gestores públicos devem ter presente que maus resultados de desempenho não podem ser tratados como defeitos, mas devem ser vistos como oportunidades de discussão e aprendizagem sobre o negócio.
- **O público não entende resultados negativos.** A divulgação pública dos resultados é uma preocupação para os gestores do *Scorecard* de uma unidade de saúde, que pode ser

facilmente apresentado numa primeira página do jornal, como prova de total incompetência do governo.

- **Investir em algo que vai durar apenas com o atual governo?** Sabe-se que a prática política comum, dita um novo governo negar-se a tudo que o seu predecessor iniciou, seja bom ou mau. Um programa de medição de desempenho pode certamente ser vítima de tais caprichos políticos, e fazer com que o mais ardente partidário tenha dúvidas sobre se deve investir energia preciosa para o seu sucesso.
- **Não existe *stress* para a mudança.** Assim, muitas vezes é mais difícil para um programa de BSC ser aplicado em tal contexto.
- **Limitações técnicas.** A implementação de sistemas de medição de desempenho, baseadas no BSC, são exigentes em termos de *software*, de recolha análise e divulgação de informação entre todos os intervenientes.
- **Competências do pessoal.** Para obter as vantagens oferecidas pelo BSC, os profissionais devem ser capazes de analisar e aprender com os resultados gerados pelas suas medidas de desempenho. No entanto, para uma enfermeira ou médico de saúde pública ou administrativo do sistema, as suas competências provavelmente não incluem a análise de dados complexos.

6.4. SUGESTÕES PARA FUTURAS INVESTIGAÇÕES

Para superar os desafios apresentados ao longo o trabalho, designadamente apresentados na secção 6.3., sugere-se o desenvolvimento de investigação aplicada em projetos que ajudem as unidades de saúde do setor público nos seguintes assuntos:

- Começar a considerar as possíveis relações de causa e efeito e começar a acumular dados que possam ser usados para alimentar sistemas de medição de desempenho cada vez mais sofisticados. Os gestores criativos estão a começar a encontrar maneiras de medir muitas atividades que eram consideradas imensuráveis.
- Desenvolvimento de um programa de incentivos baseado no sistema de gestão de desempenho do BSC.
- Desenvolver medidas inovadoras. A mensuração do desempenho é relativamente nova para muitas organizações do setor público da saúde. Desenvolver métricas eficazes que motivem a melhoria do desempenho é um desafio.

Bibliografia

- Adair, C., Simpson, E., Casebeer, A., Birdsell, J., Hayden, K., & Lewis, S. (2006a). *Performance Measurement in Healthcare: Part I – Concepts and Trends from a State of the Science Review*. Health Policy, 1(4), 86-104.
- Adair, C., Simpson, E., Casebeer, A., Birdsell, J., Hayden, K., & Lewis, S. (2006b). *Performance Measurement in Healthcare: Part II – State of the Science Findings by Stage of the Performance Measurement Process*. HealthCare Policy, 2(1), 56-78.
- Biscaia, A., Martins, J., Carreira, M., Gonçalves, I., Antunes, A., & Ferrinho, P. (2008). *Cuidados de Saúde Primários em Portugal, Reformar para Novos Sucessos* (2 ed.). Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Branco, A. G. & Ramos, V. (2001). *Cuidados de saúde primários em Portugal*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume Temático, 2, 05-12.
- European Observatory on Health Systems. (2009). *Performance Measurement for Health System Improvement - Experiences, Challenges and Prospects*. (P. Smith C., E. Mossialos, I. Papanicolas, & S. Leatherman, Edits.) Cambridge University Press.
- Ferreira, F. (1990). *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferreira, P. (2000). *Avaliação dos doentes de cuidados primários: enquadramento conceptual*. Revista Portuguesa de clínica Geral, 16, 53-62.
- Ferreira, M. (2010). *Princípios estruturantes de um Balanced Scorecard Estratégico para Sistemas Integrados de Saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto - Faculdade do Porto.
- Gaspar, F. (2009). *O Balanced Scorecard como instrumento de gestão estratégica adaptado a um serviço de saúde*. Dissertação de Mestrado, ISCTE Business School.
- Grupo Consultivo Reforma dos Cuidados Primários (2009). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*. Relatório de Grupo de Trabalho, Serviço Nacional de Saúde.
- Grupo Técnico para o Desenvolvimento dos CSP (2012). *Quadro de Orientação Estratégica para o Desenvolvimento dos CSP*. Ministério da Saúde.
- Guerra, I. (2000). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção – O Planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Principia, Publicações universitárias e Científicas.
- Guerra, I. (2002). *Fundamentos e Processos de Uma Sociologia de Acção. O Planeamento em Ciências Sociais*, Cascais: Principia. 2.^a edição revista e aumentada.
- Hood, C. (1991). *A Public Management for All Seasons?* Public Administration, 69, 3-19.
- Inamdar, N., & Kaplan, R. (2002). *Applying the Balanced Scorecard in Healthcare Provider Organizations*. Journal of Healthcare Management, 47(3), 179-195.
- Jordan, H., Neves, J. C., & Rodrigues, J. A. (2007). *O Controlo de Gestão ao Serviço da Estratégia e dos Gestores*. Lisboa: Áreas Editora.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). *The Balanced Scorecard - Measures that Drive Performance*. Harvard Business Review, 70-80.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1993). *Putting the Balanced Scorecard to Work*. Harvard Business Review, 1-15.

- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1996). *The Balanced Scorecard - Translating Strategy into Action*. USA: Harvard Business Publishing.
- Kaplan, R., & Norton, D. (2000). *The Strategy Focused Organization*. Harvard Business School Press.
- Koning, H., Verver, J., Heuvel, J., Bisgaard, S., & Does, R. (2006). *Lean Six Sigma in Healthcare*. *Journal for Healthcare Quality*, 28(2), 4-11.
- Loeb, J. (2004). *The current state of performance measurement in health*. *International Journal for Quality in Health Care*, 5-9.
- Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2007). *Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States*. *International Journal of Health Services Research*, 37(1), 111-126.
- Maia, L. A. (2011). *Balanced Scorecard: Uma Ferramenta de Gestão no Sector Público Hospitalar*. Monografia de Mestrado, Universidade do Porto - Faculdade de Medicina.
- Martins, P. C. (2013). *A análise do modelo organizativo dos Cuidados de Saúde Primários no ACeS de Oeiras*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Lisboa.
- Matos, L., & Ramos, I. (2009). *Medir para gerir - o Balanced Scorecard em Hospitais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- McGlynn, E. (2003). *Introduction and overview of the conceptual framework for a national quality measurement and reporting system*. *Medical Care*, 41, 1-7.
- Niven, P. (2002). *Balanced Scorecard Step-by-Step: Maximizing Performance and Maintaining Results*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Pinto, F. (2007). *Balanced Scorecard - Alinhar Mudança, Estratégia e Performance nos Serviços Públicos*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Rocha, J. (2010). *Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública* (3 ed.). Lisboa: Escolar Editora.
- Sakellarides, C. (2002). *O estado da saúde e a saúde do Estado*. Relatório de Primavera, Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Lisboa.
- Schwartz, J. (2005). *The Balanced Scorecard versus Total Quality Management: Which Is Better for Your Organization?* *Military Medicine*, 170(10), 855-858.
- Silvestre, H. C. (2010). *Gestão Pública - Modelos de Prestação no Serviço Público*. Lisboa: Escolar Editora.
- Simões, J. C. (2010). *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde: Um percurso Comentado*. Coimbra: Edições Almedina.
- Vital, E., & Teixeira, J. (maio de 2012). *Cuidados de saúde primários: as regras do jogo*. *Saúde & Tecnologia* 7, pp. 9-17.
- Zelman, W., Pink, G., & Mathias, C. (2003). *Use of Balanced Scorecard in Health Care*. *Journal of Health Care Finance*, 4, 1-16.