

**Desenvolvimento e Validação de um
Simulador para Otimização da
Contratualização em Cuidados de Saúde
Primários:
Um Estudo de Caso na ULS Guarda**

Maria Imaculada Conceição Ponciano

Projeto para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Anabela Antunes Almeida
Coorientadora: Mestre Nélia Paula dos Santos Faria

junho de 2024

Declaração de Integridade

Eu, Maria Imaculada Conceição Ponciano, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M7732 do Mestrado em Gestão da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã

Dedicatória

Aos meus pais, Nelsina e António (*in memoriam*), com gratidão eterna pelo amor, ensinamentos, oportunidades que me proporcionaram e exemplos de trabalho e dedicação.

Agradecimentos

À minha filha, Isabel, amor e luz da minha vida. Obrigada por seres quem és e por me inspirares todos os dias! Cresceste e tornaste-te numa mulher admirável, motivo de imenso orgulho para mim. A tua maturidade, honestidade, resiliência, força e serenidade trouxeram-me a paz necessária para a concretização deste projeto.

Ao António, meu companheiro de vida e meu alento. Obrigada pela tua compreensão, amor e apoio incondicional! Obrigada por estares ao meu lado em cada passo deste percurso, por celebrares as vitórias comigo e por me amparares nos momentos mais difíceis. Sem o teu suporte, teria custado muito mais.

Às minhas irmãs, Inês e Isabel, o meu porto seguro de sempre. Obrigada por seres o meu farol em momentos de tempestade! Não há mar que nos separe, pois, o nosso laço é inquebrável e eterno. A vossa presença na minha vida é uma âncora de força e inspiração, e assim também foi para a realização deste projeto.

À minha orientadora, Professora Doutora Anabela Almeida. Obrigada pela sua reiterada disponibilidade e pelas análises e comentários tão pertinentes! Efetivamente a sua experiência, conhecimento e apoio foram essenciais na orientação, concretização e sucesso deste trabalho.

À minha coorientadora, Mestre Enfermeira Nélia Faria. Obrigada por me por me fazer acreditar no tema e por me motivar ao longo deste caminho! A sua confiança na minha capacidade de trabalho e as suas sugestões perspicazes foram decisivas para a conclusão desta etapa.

À Unidade Local de Saúde da Guarda. Obrigada pela oportunidade de realizar este projeto! A confiança e o apoio do atual Conselho de Administração e do ex-Diretor Clínico para a área dos Cuidados de Saúde Primários, Dr. António Serra, aposentado no ano 2023, foram fundamentais para a concretização deste trabalho. As condições e os recursos disponibilizados criaram uma conjugação de fatores propícia à investigação e à aprendizagem.

A todos os colegas que contribuíram, de forma direta ou indireta, para a realização deste projeto. Obrigada pela vossa ajuda e colaboração, que foram inestimáveis!

Resumo

Em Portugal, a empresarialização da gestão das instituições de saúde iniciou-se na última década do século XX, passando por parcerias público-privadas, sociedades anónimas e entidades públicas empresariais (EPE), culminando com a generalização desta última modalidade, através da integração de todas as instituições públicas de saúde (à exceção dos 3 institutos de oncologia) em Unidades Locais de Saúde (ULS), EPE, a partir de 01 de janeiro de 2024. O processo de contratualização em saúde apresenta-se como resposta às exigências de uma gestão por objetivos, que se quer proativa. De acordo com Antunes, *et al.* (2011), no processo de contratualização em saúde, a relação entre financiador e prestadores, aproxima-se das noções da Nova Gestão Pública, como sejam, as relações contratuais, a definição clara de papéis, a responsabilização das partes envolvidas e a maximização dos objetivos de eficiência, eficácia e economia.

No contexto da gestão dos serviços de saúde, a adoção de ferramentas para o cálculo e a análise de índices de desempenho é essencial para assegurar decisões informadas e promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados. Nesse sentido, surge a seguinte questão de investigação: de que forma a criação de um simulador de índices de desempenho em Excel pode influenciar e melhorar a eficácia do processo de contratualização dos CSP na ULS Guarda, tanto em termos de precisão na tomada de decisão baseada em dados quantitativos, como na melhoria global dos indicadores de desempenho dos serviços de saúde?

O presente projeto de mestrado responde à questão da investigação com uma revisão teórica sobre temas que suportam o desenvolvimento e implementação de um simulador em Excel em contexto de contratualização. O simulador foi implementado e validado em contexto real, sendo avaliado como uma ferramenta de fácil utilização, intuitiva e bem organizada, que contribui para uma negociação mais eficaz e informada, com funcionalidades que atendem às necessidades das unidades funcionais.

Palavras-chave

Contratualização em Saúde; Cuidados de Saúde Primários; Unidade Local de Saúde; Simulador em Excel; Índices de Desempenho; Tomada de Decisão Baseada em Dados.

Abstract

In Portugal, the corporatization of the management of health institutions began in the last decade of the 20th century, involving public-private partnerships, joint-stock companies, and public business entities. This process culminated in the generalization of the public business entities through the integration of all public health institutions (except for the three oncology institutes) into Local Health Units, starting on January 1, 2024. The process of contractualization in healthcare emerges as a response to the demands of goal-oriented management, which aims to be proactive. According to Antunes, *et al.* (2011), in the healthcare contractualization process, the relationship between the funder and providers approaches the notions of New Public Management, such as contractual relationships, clear definition of roles, accountability of the parties, and the maximization of efficiency, effectiveness, and economy objectives.

In the context of health services management, the adoption of tools for the calculation and analysis of performance indexes is essential to ensure informed decisions and promote the continuous improvement of the quality of services provided. In this regard, the following research question arises: how can the development of a performance indexes simulator in Excel influence and improve the effectiveness of the contractualization process of Primary Health Care in Local Health Unit of Guarda, both in terms of accuracy in decision-making based on quantitative data and in the overall improvement of health service performance indicators?

This master's project answers the research question with a theoretical review of topics that support the development and implementation of an Excel simulator in the context of contractualization. The simulator was validated in a real-life context and was evaluated by the participants as an easy-to-use, intuitive and well-organized tool that contributed to more effective and informed negotiations, with features that met the needs of the functional units.

Keywords

Health Contracting; Primary Health Care; Local Health Unit; Excel Simulator; Performance Indexes; Data-Based Decision Making.

Índice

Dedicatória.....	v
Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Abstract.....	xi
Lista de Figuras.....	xv
Lista de Tabelas	xvii
Lista de Acrónimos e Siglas	xix
Capítulo 1 - Introdução	1
1.1 Enquadramento do problema e pertinência do tema.....	1
1.2 Objetivos.....	7
1.3 Questão da investigação.....	8
1.4 Estrutura do Projeto	8
Capítulo 2 - Revisão da literatura	9
2.1 Nova Gestão Pública.....	9
2.2 Eficiência, Eficácia e Efetividade.....	12
2.3 Qualidade	14
2.4 Aprendizagem organizacional	20
2.5 Avaliação de Desempenho das Instituições de Saúde	21
2.6 Tomada de Decisão Baseada em Dados	23
2.7 Indicadores em Saúde	24
2.8 O Setor Público Empresarial em Portugal	26
2.9 Entidades Públicas Empresariais do Setor da Saúde.....	28
Capítulo 3 - Caracterização da ULS Guarda	33
3.1 Geral.....	33
3.2 Área dos CSP	37
3.2.1 Unidades Funcionais	37
3.2.2 Carteira de Serviços	40
3.2.3 Utentes Inscritos	42
3.2.4 Recursos Humanos	43
Capítulo 4 - Contratualização	44
4.1 Contratualização em Saúde.....	44
4.2 Contratualização em CSP	47
4.2.1 Contratualização Externa em CSP	47
4.2.2 Contratualização Interna em CSP	50

Capítulo 5 - Metodologia	53
5.1 Desenho da Investigação	53
5.2 Fontes de Dados	53
5.3 Desenvolvimento do Simulador	54
Capítulo 6 - Resultados	57
6.1 Desempenho do Simulador	57
6.2 Avaliação do Simulador	60
Capítulo 7 - Conclusões	62
7.1 Conclusões Obtidas	62
7.2 Recomendações para Futuros Estudos	63
7.3 Considerações Finais	64
Bibliografia.....	65
Anexos.....	78

Lista de Figuras

Figura 1 – Ciclo PDCA	16
Figura 2 – Diagrama de Ishikawa.....	18
Figura 3 – Organograma da ULS Guarda.....	34
Figura 4 – Missão, Visão, Valores e Objetivos da ULS Guarda.....	35
Figura 5 – Pirâmide etária da população abrangida pela ULS Guarda.....	36
Figura 6 – Ecrã da folha de entrada de dados SIARS.....	57
Figura 7 – Base da negociação da tabela de incentivos da USF A Ribeirinha.....	58
Figura 8 – Ecrã da folha de contratualização UCC Seia.....	59
Figura 9 – Ecrã da folha de contratualização externa	59

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Componentes doutrinários da NGP	10
Tabela 2 - Eficiência, Eficácia e Efetividade x Avaliação	13
Tabela 3 - Bases para definição de Qualidade	15
Tabela 4 - Comparação entre abordagens de Qualidade.....	19
Tabela 5 – Qualificação, Classificação e Áreas Clínicas dos indicadores dos CSP	26
Tabela 6 - Empresas do SPE em Portugal, em 31/12/2022	28
Tabela 7 - Instituições de Saúde, SA - 31/12/2002.....	31
Tabela 8 - Instituições de Saúde, EPE - 31/12/2023.....	31
Tabela 9 - 39 ULS, EPE - 01/01/2024	32
Tabela 10 – RH ETC ULS Guarda - 31/03/2024.....	34
Tabela 11 – Caracterização Demográfica	36
Tabela 12 – Indicadores Demográficos 2022	37
Tabela 13 – Camas ECCI.....	38
Tabela 14 – Unidades Funcionais dos CSP	39
Tabela 15 – Carteira de Serviços UCSP e USF	40
Tabela 16 – Carteira de Serviços UCC	41
Tabela 17 – Carteira de Serviços ECCI.....	41
Tabela 18 – Carteira de Serviços USP.....	41
Tabela 19 – Utentes inscritos nas UCSP e USF da ULS Guarda	42
Tabela 20 – Taxa de cobertura de médico de família	43
Tabela 21 – RH ETC CSP – 31/03/2024	43
Tabela 22 – Objetivos para as ULS – ano 2024	49
Tabela 23 – Respostas ao inquérito de avaliação sobre o uso do simulador	60

Lista de Acrónimos e Siglas

ACeS	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AO	Assistente Operacional
ARS	Administração Regional de Saúde
AT	Assistente Técnico
BI	Bilhete de Identidade
BI-CSP	Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários
B-On	Biblioteca do Conhecimento On-line
CAE	Classificação Portuguesa das Atividades Económicas
CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico
CH	Centro Hospitalar
CRO	Centro Regional de Oncologia
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DCSP	Departamento de Cuidados de Saúde Primários
DE-SNS	Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde
DL	Decreto-Lei
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ENA	Equipa Nacional de Apoio
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERAP	Equipa de Recursos Assistenciais Partilhados
ETC	Equivalente a Tempo Completo
IDE	Índice de Desempenho da Equipa
IDG	Índice de Desempenho Global
IDS	Índice de Desempenho Setorial
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPO	Instituto Português de Oncologia
IDPA	Índice de Desempenho do Plano de Ação
IPDA	Índice de Perturbação do Desempenho Assistencial
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
JMAI	Juntas Médicas de Avaliação de Incapacidade
KPI	<i>Key Performance Indicator</i>
NGP	Nova Gestão Pública
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PAUF	Plano de Ação da Unidade Funcional
PDO	Plano de Desenvolvimento Organizacional
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPP	Parcerias Público-Privadas
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNU	Registo Nacional de Utentes

SAC	Serviço de Atendimento Complementar
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
SDM	Sistema de Dados Mestre da ACSS
SDMIDG	Especificação de Conceito IDG
SDMNF	Especificação de Conceito Não Frequentadores
SEE	Setor Empresarial do Estado
SEL	Setor Empresarial Local
SER	Setor Empresarial Regional
SIARS	Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPE	Setor Público Empresarial
TS	Técnico Superior
TSDT	Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica
TSS	Técnico Superior de Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
UF	Unidade Funcional
UFs	Unidades Funcionais
ULS	Unidade Local de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
UTAM	Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Sector Público Empresarial
VBA	<i>Visual Basic for Applications</i>
VPN	<i>Virtual Private Network</i> (Rede Privada Virtual)

Capítulo 1 - Introdução

1.1 Enquadramento do problema e pertinência do tema

Novas formas de pensar o papel e a natureza do governo e da administração pública, parcialmente inspiradas na teoria da escolha pública¹, e uma série de reformas mais ou menos graduais nos setores públicos ocidentais, tiveram início nos anos 1980 e deram origem ao que mais tarde seria conhecido como a Nova Gestão Pública (NGP). As definições da nova NGP são abundantes, assim como as variações, e têm em comum a tentativa de implementar conceitos de gestão privada nos serviços públicos (Van de Walle & Hammerschmid, 2011).

Os princípios da NGP impõem uma gestão empresarial, com o desafiador binómio “contenção de custos e otimização de resultados”. Tanto na gestão de topo, como nas chefias intermédias dos serviços de saúde, são necessárias competências conjugadas, nas áreas clínicas e de gestão, para responder às exigências de desempenho, qualidade, segurança e eficiência na utilização dos recursos públicos (Lega & Sartirana, 2016).

Em Portugal, o processo de empresarialização da gestão de serviços de saúde teve início em 1998 (Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho) com a alteração do estatuto jurídico do Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, passando a estabelecimento público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, com natureza empresarial, e visava a melhoria do desempenho, da eficiência e da qualidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Em 2002, na sequência da promulgação da Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, deu-se a transformação de 36 estabelecimentos hospitalares em 31 sociedades anónimas, realçando assim a autonomia de gestão do SNS. Em 2005 (Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho) as 31 sociedades anónimas foram transformadas em entidades públicas empresariais (EPE).

Em 31 de dezembro de 2023 o setor empresarial do estado (SEE) contava com 42 empresas públicas do setor da saúde. Entretanto, o Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, procedeu à reestruturação de 31 EPE integradas no SNS, adotando, a partir de 1 de janeiro de 2024, o modelo de organização e funcionamento em unidades locais de saúde (ULS). Os 3 Institutos Portugueses de Oncologia-IPO, não foram reestruturados, devido à especificidade assistencial.

Assim, às 8 ULS previamente existentes, juntaram-se mais 31 ULS, através da integração dos agrupamentos de centros de saúde (ACeS), hospitais e centros hospitalares. As 39 ULS do SNS

¹ A teoria da escolha pública foca-se no estudo das decisões políticas e nas atividades do governo, do ponto de vista da teoria económica. Esta abordagem assenta na ideia de que os atores políticos, como legisladores e burocratas, frequentemente agem de acordo com os seus próprios interesses pessoais, em detrimento do interesse público ou o bem-estar da sociedade como um todo. A teoria da escolha pública procura compreender como estes atores tomam decisões, como isso afeta a alocação de recursos e quais são as implicações para a economia e a sociedade em geral (Shaw, 2002).

passaram a gerir as unidades dos cuidados de saúde primários (CSP) e hospitalares dos respetivos territórios de abrangência, garantindo ainda, quando aplicável, a prestação de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.

A Direção Executiva do SNS (DE-SNS), nos Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024 (Direção Executiva do SNS [DE-SNS], 2023), doravante Termos de Referência 2024, assinala que a transição para o modelo ULS está em linha com as soluções adotadas nos sistemas de saúde de vários países, baseando-se nas necessidades da população e na integração dos vários níveis de cuidados (primários, hospitalares e continuados).

Pisco e Ribeiro (2014), alertam que sucesso da integração dos níveis de cuidados de saúde está mais dependente do modelo de financiamento, de contratualização e de tecnologias de informação, que privilegiem a articulação entre os CSP e Hospitais, do que da mera integração da administração.

No âmbito da NGP em Portugal e da conseqüente transformação de instituições do Ministério da Saúde em EPE, com as exigências de um modelo de gestão empresarial, intensificou-se a contratualização no setor público da saúde. Para a compreensão do desenvolvimento do processo de contratualização em saúde, Escoval (2010) reporta-se ao conceito de “agência”, referindo que representa um cenário de delegação das decisões, sobre consumo ou produção, num terceiro que passa a agir como seu agente. A relação de agência no setor da saúde, surge como resposta ao facto de os consumidores (utentes e/ou doentes) não conhecerem as suas necessidades e tão pouco os bens e serviços que as podem satisfazer, o que dá origem à transferência de responsabilidades do utilizador para o prestador.

A contratualização estratégica em saúde, implica, segundo Valente (2010), “o planeamento, o conhecimento das necessidades da população, a existência de uma política de saúde com prioridades bem definidas e, conseqüentemente, a especificação dos cuidados que devem ser prestados. É fundamental que o pagador desenvolva planos de contratualização anuais e de longo prazo, identificando os requisitos dos cuidados a adquirir de acordo com os constrangimentos orçamentais existentes e os níveis de desempenho que se pretende atingir através dos contratos.”.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023, de 16 de agosto (2023) destaca o investimento na melhoria contínua da promoção da saúde, da organização dos CSP, da integração de cuidados e de referenciação e ainda o aperfeiçoamento do processo de contratualização em saúde, alinhado com os Planos Locais de Saúde.

No que diz respeito às iniciativas que traduzam, do ponto de vista organizacional, a política de integração de cuidados, os Termos de Referência 2024 (DE-SNS, 2023) determinam a implementação da contratualização interna, que envolva o Conselho de Administração e os responsáveis pela gestão intermédia dos respetivos serviços. O documento refere ainda que

“todas as ULS devem ter implementados processos de contratualização interna que valorizem a governação clínica e de saúde, o desempenho assistencial e a sustentabilidade económico-financeira dos serviços e da instituição de forma global, a integração de cuidados e a melhoria do desempenho organizacional. A ULS deve ainda garantir que os compromissos e os objetivos são assumidos no seio da organização e partilhados pelos diferentes departamentos, serviços e unidades, seguindo uma filosofia de prestação de contas, de avaliação do desempenho e de mérito”.

No que diz respeito à contratualização interna com os CSP, a DE-SNS (2023) determina que a “negociação deve ser baseada na discussão do Plano de Ação da Unidade Funcional (PAUF), deve ser centrada em planos de melhoria² para áreas específicas e operacionalizada por uma matriz multidimensional da atividade destas unidades, através da ferramenta informática PAUF, disponível no Portal Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP). O modelo conceptual de contratualização na área dos CSP está centrado na obtenção de resultados em saúde, atingidos através de boas práticas e da execução de planos de melhoria, associados ao PAUF. Cada unidade funcional (UF) deve elaborar um plano de melhoria para cada dimensão identificada pelas equipas como passíveis de melhoria”.

O PAUF engloba a identificação da UF e os respetivos utentes com inscrição ativa, desagregados entre os que têm médico de família atribuído e os utentes sem médico, por opção ou não. As unidades ponderadas relativas à totalidade dos utentes inscritos são apresentadas também por sexo e grupos etários. Os resultados da UF são mostrados sob a forma de índice de desempenho da equipa (IDE), no caso das Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de Saúde Familiar (USF), e índice de desempenho global (IDG), para as Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), de modo que as equipas das diferentes UF possam efetuar um autodiagnóstico com base no seu desempenho nos últimos 12 meses. Tanto os IDE como os IDG são formados pelos índices de desempenho setorial (IDS), das áreas, subáreas e dimensões.

O Plano de Ação é a parte do PAUF que reúne informações sobre a equipa multiprofissional da UF, o compromisso assistencial da UF, os planos de melhoria, os incentivos institucionais e os planos de formação. Relativamente à equipa multiprofissional, deve constar no PAUF a listagem nominal de profissionais que integram a equipa, bem como os que não pertencem à equipa, por exemplo médicos internos, prestadores de serviços ou assistentes operacionais. No que diz respeito ao compromisso assistencial, é especificada a carteira de serviços da UF, tendo em conta os destinatários, as vias de acesso e os tipos de consulta. Os planos de melhoria são dirigidos a áreas específicas do desempenho das equipas e devem abarcar: a identificação e caracterização do "problema" ou "área" ou "processo de cuidados"; a definição do processo e resultado esperado; as medidas corretoras e estratégias a implementar; o cronograma de implementação bem como os responsáveis pela implementação; a implementação das estratégias de melhoria; a reavaliação do

² Um plano de melhoria contínua da qualidade pretende, através de uma metodologia específica, definir objetivos, estratégias e métricas de avaliação de resultados (SPMS, 2024).

desempenho. A informação relativa aos incentivos institucionais compreende a tabela dos indicadores institucionais e o plano de aplicação dos incentivos. Para a construção da tabela de indicadores, cada UF deve negociar com a ULS, 8 indicadores, sendo 6 indicadores e ainda 1 indicador de satisfação dos utentes e 1 indicador de satisfação dos profissionais, pré-definidos pela DE-SNS. Assim, não obstante a importância do modelo de contratualização que busca a melhoria contínua do desempenho, com enfoque no percurso evolutivo da UF e não da meta, o papel do indicador transcende a simples demonstração da sua evolução. A proposta de aplicação dos incentivos institucionais indica de que forma a UF pretende distribuir as verbas entre recursos físicos, obras, formação e serviços. Finalmente, no plano de formação, são identificadas as necessidades formativas, são listadas as atividades formativas e incluída a metodologia de avaliação da formação da equipa multiprofissional (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS], 2024).

No que concerne à contratualização externa da ULS, e de acordo com os Termos de Referência 2024 (DE-SNS, 2023), está previsto que os incentivos institucionais da ULS representam 7% do valor do seu contrato programa, podendo ser majorado em até 3% no ano n+1. Os incentivos institucionais, enquanto componente adicional de financiamento, estão associados ao cumprimento dos objetivos para as ULS nas áreas do acesso, qualidade assistencial, desempenho económico-financeiro e integração de cuidados. Entre os objetivos para as ULS constam índices de desempenho de sub-áreas definidas na matriz multidimensional dos CSP (acesso; gestão da saúde; gestão da doença; qualificação da prescrição; integração de cuidados), com um peso de 33% do total dos objetivos, e consequentemente dos incentivos institucionais para a ULS. Entre os objetivos para as ULS estão ainda contemplados indicadores de rastreio, de utilização de urgências hospitalares, de internamentos evitáveis, de consultas de outros profissionais e de satisfação de utentes, num total de 22%, que estão de alguma forma associados ao desempenho dos CSP.

Assim, o Conselho de Administração da ULS, em sede de preparação e negociação da contratualização externa, precisa estar munido de informação que permita a decisão informada relativamente às metas a negociar para os objetivos da ULS a constar em contrato programa. Contudo, o BI-CSP não disponibiliza o IDG a alcançar pela ULS face à contratualização interna com as UF dos CSP. Esta lacuna origina uma grande dificuldade de prever os índices de desempenho a atingir no fim do período a contratualizar. E esta objeção, por sua vez, impacta negativamente a capacidade de decisão, baseada em dados, dos intervenientes dos processos de contratualização externa e interna, como sejam os Conselhos de Administração da ULS, Departamentos de Cuidados de Saúde Primários, Conselhos Técnicos e Coordenadores das UF dos CSP.

Da experiência e observação da autora enquanto profissional de uma ULS, com funções no Conselho de Gestão do Departamento de Cuidados de Saúde Primários, a dificuldade de negociação dos índices de desempenho, em sede de contratualização, é frequente tanto para as

coordenações e conselhos técnicos das UF dos CSP (contratualização interna), como para o Conselho de Administração da ULS (contratualização interna e externa). Este problema advém do desconhecimento do impacto que variações positivas/negativas no numerador/denominador do indicador, poderão ter nos IDS/IDG da UF e da ULS.

Os bilhetes de identidade (BI) dos indicadores são bastante explícitos no que diz respeito ao objetivo e às regras de cálculo (fórmula) de cada indicador, bem como aos intervalos esperados e variações aceitáveis dos resultados. Contudo, em sede de preparação e negociação da contratualização é bastante complexo identificar as necessidades (a mais ou a menos), do número de unidades de produção (consultas, diagnósticos, vacinação, prescrição de medicamentos, etc) para obter, em simultâneo, os resultados que permitam atingir os desejáveis índices de desempenho em cada dimensão, sub-área, área e finalmente o IDE das UCSP/USF ou IDG, tanto das UCC como da ULS.

Estando prevista a atribuição às ULS de incentivos institucionais de desempenho assistencial e de eficiência, cujo valor relativo aos CSP depende dos índices de desempenho alcançados pela ULS, torna-se elementar conhecer a influência dos resultados de cada indicador no cálculo dos IDS/IDG de cada UF e da ULS. Esta necessidade é sentida pelos intervenientes nos processos de contratualização da ULS Guarda, incluindo a autora (Anexo I).

Entende a autora que este constrangimento pode ser ultrapassado através de um simulador de índices de desempenho, desenvolvido através do *software* Excel, que irá permitir simular resultados de cada um dos indicadores da matriz de contratualização através de alterações, para mais ou menos, de unidades das variáveis consideradas nos respetivos numeradores e/ou denominadores. A simulação dos resultados dos indicadores irá revelar automaticamente os índices de desempenho das dimensões onde se inserem, em cada sub-área e área, devolvendo em simultâneo o índice de desempenho da UF (IDE para as UCSP/USF e IDG para as UCC) e dos CSP da ULS Guarda.

O simulador representa uma abordagem baseada em dados para a tomada de decisões no setor da saúde, enfatizando a importância dos dados na gestão de saúde. Ao demonstrar como os dados podem ser usados para melhorar a contratualização e a eficiência dos serviços de saúde, o simulador proposto contribui para uma cultura de gestão orientada por dados. A capacidade de simular diferentes cenários e prever seus resultados permite uma tomada de decisão mais informada e baseada em evidências, um aspeto crítico na gestão moderna de saúde. Introduzir uma ferramenta como o Excel, normalmente associado a tarefas administrativas e financeiras, no contexto da gestão de saúde, representa uma inovação. Esta utilização do Excel pode abrir caminho para novas abordagens e metodologias na análise de dados de saúde. Basile *et al.* (2023) destacam que a decisão informada por dados é vital para a gestão estratégica eficaz e que um modelo de sistema de apoio à decisão baseado na exploração de dados pode superar as práticas tradicionais orientadas pela experiência para a gestão de processos no domínio da saúde. O

simulador aqui proposto vai ao encontro desta ideia, ao disponibilizar dados quantitativos relevantes para decisões na área da gestão da saúde.

O desenvolvimento do simulador demonstra importância prática e teórica, pela sua contribuição inovadora no domínio da gestão da saúde e análise de dados. Porter e Teisberg (2006), argumentam que a inovação na gestão da saúde, deve acontecer através de novos métodos, novas estruturas organizacionais, novos processos ou novas formas de colaboração entre prestadores. Isto significa focar dentro das organizações, mas principalmente em ferramentas analíticas, fundamentais para aprimorar a eficiência e eficácia dos serviços. O uso de um simulador para contratualização interna e externa enquadra-se nesta visão, oferecendo uma abordagem pragmática para a melhoria contínua dos serviços de saúde.

A escolha do *software* Excel para criar um simulador de desempenho na ULS Guarda justifica-se pelos seguintes fatores: o Office já está licenciado na ULS Guarda, o que evita custos adicionais com a aquisição de *softwares* e facilita a integração com outras ferramentas do Office; a familiaridade dos profissionais com o Office reduz a necessidade de formação em novos *softwares*; o Excel é adequado para análise de grandes volumes de dados e mantém-se atualizado com funcionalidades relevantes.

A criação de um simulador de índices de desempenho em Excel para o processo de contratualização dos CSP é um projeto que combina atualidade e relevância do tema, inovação tecnológica, aplicabilidade prática, contribuição académica significativa e potencial impacto positivo na ULS Guarda.

Considerando o alinhamento com a política de saúde de um SNS mais justo e inclusivo que responda melhor às necessidades da população, uma ferramenta que promova a eficiência e eficácia no setor da saúde representa uma mais-valia. O simulador proposto tem como objetivo otimizar o processo de contratualização, crucial para assegurar a utilização dos recursos de saúde da forma mais eficiente e efetiva possível. A implementação do simulador em Excel em contexto de gestão da saúde reflete a necessidade de inovação referida por Mintzberg (1993), que dá ênfase à adaptação e à flexibilidade das organizações que operam em ambientes em rápida mudança.

No que diz respeito ao impacto na eficiência e qualidade dos serviços de saúde, o simulador insere-se em um ciclo de avaliação e aprimoramento constante, indo ao encontro do que alvitra Donabedian (1988) ao referir que a melhoria da qualidade dos serviços de saúde é um processo contínuo, dependente de avaliação e gestão eficaz.

Para a autora, este projeto representa uma resposta a uma lacuna sentida no processo de contratualização da ULS Guarda, para além de uma oportunidade valiosa de desenvolver habilidades analíticas e técnicas, bem como de aprofundar o entendimento sobre os desafios e funcionamento do sistema de saúde em Portugal. A relevância do tema no atual contexto de reforma do SNS em Portugal coaduna-se com a visão de adaptabilidade e resposta às mudanças,

ênfatizadas por Berwick *et al.* (2008). Mudanças no ambiente de saúde, na demografia da população, na tecnologia e nas políticas de saúde exigem que os serviços de saúde sejam flexíveis e adaptáveis.

A colaboração interdisciplinar e prática é igualmente crucial para a inovação na gestão da saúde. D'Amour *et al.* (2008), argumentam que a colaboração entre diferentes profissionais de saúde é essencial para inovação e eficácia. A integração de *feedback* dos profissionais de saúde na validação do simulador exemplifica esta colaboração interdisciplinar.

Este projeto surge como uma solução prática, económica e eficiente para auxiliar os intervenientes no processo de contratualização (externa e interna) dos CSP da ULS Guarda, desde a fase de preparação, passando pela negociação, até à tomada de decisão. O seu potencial de generalização e escalabilidade é um fator importante. O desenvolvimento de um simulador que possa ser continuamente adaptado e atualizado representa um impacto sustentável para o sistema de saúde. A ferramenta não só servirá para o presente, mas também pode ser ajustada para futuras mudanças no sistema de saúde e nas regras da contratualização, auxiliando a ULS Guarda a adaptar-se às alterações percebidas na evolução dos resultados dos indicadores e garantindo sua utilidade a longo prazo. Bahmani *et al.* (2021), ressaltam a importância de soluções escaláveis e adaptáveis no setor da saúde, referindo as enormes oportunidades para melhorar os resultados de saúde, mas também os desafios que vão desde a aquisição e armazenamento até à análise e utilização de dados. Embora o projeto se concentre na ULS Guarda, os princípios e métodos empregados têm potencial para aplicação em todas as ULS, refletindo a escalabilidade do conceito.

1.2 Objetivos

Constitui-se como objetivo geral da investigação, desenvolver e validar um simulador em Excel para a análise e otimização dos índices de desempenho no processo de contratualização dos CSP na ULS Guarda, proporcionando uma ferramenta analítica que auxilie na tomada de decisão baseada em dados, visando a melhoria da eficiência e qualidade dos serviços de saúde.

Assim, no sentido de delimitar a abrangência do estudo, são estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- analisar o processo de contratualização dos CSP em Portugal, identificando as fases de negociação, de compromisso, de acompanhamento/monitorização e de avaliação final, bem como o processo de atribuição de incentivos institucionais e financeiros, tendo em conta a matriz multidimensional e respetivos indicadores;
- analisar o desenvolvimento do processo de contratualização dos CSP na ULS Guarda, à luz da reforma do SNS a partir de 01/01/2024;

- construir um simulador em Excel que integre os indicadores identificados pela ACSS como relevantes para o cálculo do IDG, permitindo a simulação de vários cenários de contratualização e avaliação dos seus impactos;
- testar e validar o simulador com a colaboração de profissionais de saúde e gestores diretamente envolvidos no processo de contratualização, assegurando que a ferramenta seja precisa, relevante e prática no contexto real dos CSP;
- analisar como o simulador pode influenciar e melhorar o processo de tomada de decisão em contratualização, focando-se na eficácia dos cuidados prestados, na qualidade do serviço e ainda na eficiência operacional;
- propor melhorias concretas e estratégias de implementação para otimizar o processo de contratualização em CSP, com base nos resultados obtidos através do simulador.

1.3 Questão da investigação

No contexto da gestão dos serviços de saúde, a adoção de ferramentas para o cálculo e a análise de índices de desempenho é essencial para assegurar decisões informadas e promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados. Nesse sentido, surge a seguinte questão de investigação: de que forma a criação de um simulador de índices de desempenho em Excel pode influenciar e melhorar a eficácia do processo de contratualização dos CSP na ULS Guarda, tanto em termos de precisão na tomada de decisão baseada em dados quantitativos, como na melhoria global dos indicadores de desempenho dos serviços de saúde?

1.4 Estrutura do Projeto

A estrutura deste projeto, em 7 capítulos, foi pensada para assegurar uma apresentação clara e organizada dos conteúdos, facilitando o acompanhamento da evolução do estudo desde a sua conceção até às conclusões finais. O Capítulo 1 consiste na introdução, onde é apresentado o enquadramento do problema e a pertinência do tema, os objetivos, a questão da investigação e a estrutura do projeto. No Capítulo 2, é feita uma revisão da literatura científica em temas relevantes para o projeto e que fundamentam a investigação. O Capítulo 3 apresenta uma caracterização da ULS Guarda, instituição do estudo de caso deste projeto. Para além da caracterização geral, os CSP da ULS Guarda são especificados no que diz respeito às suas unidades funcionais (UFs), carteira de serviços, utentes inscritos e recursos humanos. No capítulo 4 é apresentada a evolução da contratualização em saúde em Portugal, e mais especificamente nos CSP, no que diz respeito à contratualização externa e interna. O capítulo 5 detalha a metodologia utilizada na pesquisa, desde o desenho da investigação, passando pela explicitação das fontes. No capítulo 6 são apresentados os resultados da investigação, analisando o desempenho e o impacto do simulador no processo de contratualização da área dos CSP da ULS Guarda. As conclusões obtidas no âmbito deste projeto estão patentes no capítulo 7, bem como as recomendações para futuros estudos e, a fechar, as considerações finais.

Capítulo 2 - Revisão da literatura

Para fundamentar adequadamente o presente projeto de mestrado é crucial realizar uma revisão da literatura que abranja conceitos relevantes para compreender de que forma a criação de um simulador de índices de desempenho em Excel pode influenciar e melhorar a eficácia do processo de contratualização dos CSP na ULS Guarda, tanto em termos de precisão na tomada de decisão baseada em dados quantitativos, como na melhoria global dos resultados dos indicadores de desempenho dos serviços de saúde.

A revisão da literatura irá permitir uma compreensão aprofundada do contexto teórico e prático no qual se insere o desenvolvimento do simulador, fornecendo uma base sólida para a análise e discussão dos resultados obtidos no estudo de caso realizado na ULS Guarda. Os temas “Nova Gestão Pública”, “Eficiência, Eficácia e Efetividade”, “Qualidade”, “Aprendizagem organizacional”, “Avaliação de Desempenho das Instituições”, “Tomada de Decisão Baseada em Dados” e “indicadores” estão todos correlacionados com o “Setor Empresarial do Estado” e com as “Entidades Públicas Empresariais do Setor da Saúde em Portugal”, que por sua vez estão obrigadas ao processo de contratualização.

2.1 Nova Gestão Pública

As profundas mudanças vividas pela administração pública nos últimos anos, que estão estreitamente relacionadas com fenómenos económicos e sociais, basearam-se nas particularidades da Nova Gestão Pública (NGP), conceito de grande significado para a prática da administração pública, tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento. O conceito da NGP está subjacente à transferência para o setor público, de técnicas de gestão do setor privado, produzindo assim uma mudança nos métodos operacionais das organizações do setor público, que contribui para reduzir as divergências entre os dois setores. A característica mais marcante da NGP é a interação dos procedimentos da reforma, como a redução dos gastos públicos e o estímulo à concorrência na oferta de serviços. Através da introdução de mecanismos de mercado pretende-se aumentar a responsabilização e a eficiência dos serviços prestados, bem como a atenção dada à satisfação do consumidor (Popa, 2021).

Existe uma rica literatura sobre o surgimento da NGP na década de 1980, que sugere que esta nasceu da crítica neoliberal ao Estado. Knafo (2020) desafia esta leitura ao mostrar que as preocupações com a gestão do desempenho surgiram, em vez disso, das novas tecnologias de planeamento desenvolvidas no setor militar dos EUA e defende que estas práticas de planeamento transformaram radicalmente a governação, alterando a forma como os decisores consideram os dados sobre o desempenho e utilizam-nos para desenvolver estratégias ou políticas. O autor demonstra como estas ideias foram traduzidas para estudos empresariais e de administração pública, a fim de renovar ambos os campos, contribuindo diretamente para o surgimento da NGP

e fornecendo novas ferramentas de planeamento que modificaram a forma como pensamos a governação. Para Funck e Karlsson (2020), a NGP foi introduzida como um conceito que captura um fenómeno empírico, saudado como uma forma racional e lógica de aperfeiçoar o setor público, mas também criticado pelas suas consequências para os cidadãos e funcionários. Perceciona-se alguma dificuldade para afirmar que uma parte específica do setor público esteve mais exposta à NGP do que outras, sendo entendimento dominante que a NGP é um fenómeno global. Os autores argumentam que quatro grandes temas se destacam na análise da NGP: uma reforma com uma intenção vaga (a redução dos gastos públicos nem sempre está alinhada com maior satisfação do cliente e vice-versa); um conceito parcial (centrado mais em reformas baseadas na gestão do que em reformas baseadas no mercado); perspectiva unilateral (a literatura e as explorações empíricas do conceito, concentraram-se na discussão dos desenvolvimentos no Reino Unido e principalmente nos Estados Unidos da América); a NGP como a nova norma (grande impacto na literatura que discute as reformas do setor público, manifestando-se como a nova norma na administração pública).

De acordo com Lapsley (2022), a fundamentação teórica da NGP está na teoria da escolha pública, enfatizando que as reformas do setor público podem ser vistas como novas possibilidades em situações em que não há preconceções ou limitações, visto que algumas práticas existentes podem coexistir com novas utilizações. Para Hood (1991), como muitas filosofias administrativas anteriores, a NGP foi apresentada como um quadro de aplicabilidade geral, uma “gestão pública para todas as estações”. Para o autor, da educação à saúde, do poder central ao local, do Norte rico ao Sul pobre, soluções semelhantes foram instituídas no campo do conteúdo doutrinário do grupo de ideias da NGP, conforme resumido e justificado na Tabela 1.

Tabela 1 - Componentes doutrinários da NGP

Doutrina	Objetivos	Justificação
1 - Prática de gestão profissional no setor público.	Gestores de topo com liberdade para gerir, com controlo ativo, visível e discricionário das organizações.	A responsabilização exige uma atribuição clara de responsabilidade pela ação (concentração) e não pela difusão de poder.
2 - Padrões explícitos e medidas de desempenho.	Definição de objetivos, metas, indicadores de sucesso, expressos em termos quantitativos.	A responsabilização exige uma declaração clara dos objetivos. A eficiência exige uma análise cuidadosa dos objetivos.
3 - Ênfase no controlo de <i>outputs</i> .	Alocação de recursos e recompensas associadas ao desempenho avaliado.	Necessidade de enfatizar os resultados em detrimento dos procedimentos.
4 - Desagregação de unidades no setor público.	Desagregação em unidades em torno de produtos, operando com orçamentos descentralizados e numa base de “compatibilidade de mercado” entre as unidades.	Necessidade de criar unidades “geríveis”; separar interesses de fornecimento e produção; obter vantagens de eficiência com o recurso a subcontratos, dentro e fora do setor público.
5 - Concorrência no setor público.	Aumento da concorrência e envolvimento das relações de mercado no setor público.	Rivalidade/concorrência como chave para custos mais baixos e melhores padrões.
6 - Ênfase na prática de gestão do setor privado.	Maior flexibilidade na contratação e utilização do sistema de recompensas e punições.	Necessidade de utilizar ferramentas de gestão do setor privado no setor público.
7 - Ênfase em maior disciplina de gestão e parcimônia no uso de recursos.	Cortar custos diretos, aumentar a disciplina laboral, resistir às exigências sindicais e limitar os custos de conformidade para as empresas.	Necessidade de verificar a procura de recursos do setor público e de “fazer mais com menos”.

Fonte: Adaptado de Hood (1991)

Pratici *et al.* (2023), relembram que a saúde foi o primeiro setor público a ser abrangido pela NGP. A necessidade de maior atenção aos gastos e aos níveis de eficiência e eficácia das organizações de saúde levou muitos países em todo o mundo a iniciar processos de reforma nos sistemas de saúde, inspirados na lógica de gestão típica do setor privado. Esses processos de reforma afetaram também os profissionais de saúde, sendo-lhes pedido maior foco nos métodos organizacionais e de gestão de recursos em processos clínicos. Para os autores, existe uma forte crença de que médicos em funções de liderança e gestão contribuem para um sistema mais eficiente e de maior qualidade. Atualmente, os médicos são chamados a ter uma compreensão e alguma formação em gestão. Onde tanto a liderança clínica quanto a organizacional são combinadas em um único papel, o cuidado e os resultados para o utente são melhorados. Para Lega e Sartirana (2016) a tendência de envolvimento dos médicos na gestão dos serviços de saúde foi reafirmada pelos princípios da NGP, e tanto na gestão de topo, como nas chefias intermédias dos serviços de saúde, são necessárias competências conjugadas, nas áreas clínicas e de gestão, para responder às exigências de desempenho, qualidade, segurança e eficiência na utilização dos recursos públicos.

Pflueger (2020) analisa a história da qualidade no SNS inglês e indica novas perspectivas sobre debates importantes relacionados com a transformação contínua das doutrinas administrativas a partir, e possivelmente além, da NGP, bem como a mudança do papel e da relevância das profissões de saúde na administração pública e nas reformas. O autor aclara a relação entre qualidade e reformas da NGP, que implica o movimento de qualidade, que vai desde um benefício esperado e um desafio a ser resolvido por elas, até uma base para empreender reformas racionais e baseadas em evidências, de forma mais geral. Esta relação acrescenta complexidade às questões sobre o estado e o futuro das reformas da NGP, sugerindo que a mesma foi reinventada dentro dos princípios administrativos fornecidos por um movimento internacional de qualidade e melhoria da qualidade. Nesse sentido, o autor defende que a NGP não está nem “morta” nem “viva”, nem hibridizada, mas sim reencarnada como uma de suas criações: qualidade e melhoria da qualidade.

Assim como outros Estados-membros da União Europeia, Portugal passou por mudanças significativas nos últimos 30 anos, com a introdução de princípios de gestão privada nas várias reformas destinadas à administração pública, que incluem naturalmente o setor da saúde. A suposição de que os sistemas de gestão privada são mais eficientes do que os de gestão pública, a transição de um "estado administrativo" burocratizado para um "estado gestor", com os princípios da NGP que promovem a gestão empresarial de entidades públicas, estiveram presentes em todas as ondas de reformas da saúde em Portugal ao longo das últimas três décadas. (Madureira, 2020).

Nunes (2017) enfatiza que em Portugal, desde a criação do SNS, foram implementadas mudanças na gestão da saúde com o objetivo principal de otimizar a eficiência e a produtividade dos hospitais, bem como de garantir a sustentabilidade de um setor que enfrentava custos elevados e

desafios no controlo de gastos. Em 2002, uma nova reforma na área da saúde foi iniciada, baseada em experiências de gestão e na incorporação dos princípios da NGP. Esta reforma introduziu a adoção de práticas de gestão empresarial nos hospitais públicos de Portugal. De acordo com de Campos (2008), o Governo elegeu como os grandes eixos estratégicos o controlo da despesa e o equilíbrio das contas públicas, em simultâneo, com o aumento da atividade assistencial e da qualidade em saúde.

Para Bernal e Vázquez (2013), a essência da NGP gira em torno de eficiência, eficácia e efetividade. Trata-se de fazer mais com menos e ainda, fazer bem, ou seja, desenvolver uma gestão que satisfaça as necessidades dos cidadãos (clientes ou utentes) ao menor custo possível, pelo que são introduzidos mecanismos de concorrência que visam alcançar maior qualidade, nos sistemas de avaliação de desempenho.

2.2 Eficiência, Eficácia e Efetividade

Pessoa *et al.* (2016) relembram que o século XXI assiste a uma crescente procura por serviços, independentemente da sua natureza, privada ou pública. Esta realidade sublinha a necessidade de rever os modelos de gestão aplicados ao serviço público, o que se revela crucial para garantir a qualidade e responder às expectativas dos clientes/cidadãos. No contexto do serviço público, a qualidade reflete-se na busca por uma administração orientada para a eficiência, eficácia e efetividade em relação ao cliente/cidadão. Um dos principais impulsionadores dessa necessidade é a velocidade de produção e disseminação de informações, facilitada pelas tecnologias disponíveis, que capacitam o cliente/cidadão a exercer uma capacidade crítica e a exigir um serviço público de qualidade. A conceptualização da eficiência na literatura geralmente é acompanhada das definições diferenciadoras e complementares de eficácia e de efetividade. Para isso, é necessário compreender as semelhanças que existem entre esses conceitos (Camargo & Guimarães, 2013). Vários autores têm contribuído para definir os conceitos de eficiência, eficácia e efetividade em diferentes contextos.

Para Drucker (1963), a eficiência diz respeito ao “como fazer”, e está relacionada com produtividade e a redução de desperdícios (nível operacional), sendo a relação entre recursos utilizados e resultados alcançados. De acordo com de Aragão (1997), a eficiência está associada à otimização dos recursos da organização, visando à obtenção do seu produto ou serviço. A eficiência pode ser entendida como a relação entre os recursos efetivamente utilizados e os objetivos desejados pela organização, com resultado tendendo a zero.

A eficácia tem em consideração “o que fazer” e preocupa-se em atingir os objetivos e resultados esperados (nível estratégico), podendo ser sintetizada como a capacidade de alcançar os resultados desejados, independentemente dos recursos utilizados (Drucker, 1963). Para Aragão (1997), a, a eficácia diz respeito ao desempenho externo da organização, isto é, à sua capacidade de contribuir para a realização dos objetivos organizacionais através do seu produto ou serviço.

Em outras palavras, a eficácia pode ser descrita como a relação entre o resultado real alcançado e o resultado desejado, tendendo a infinito.

O conceito de efetividade, segundo Monteiro (2022), é mais amplo e estratégico e representa a relação entre os resultados alcançados e as transformações ocorridas no ambiente externo, ou seja, o impacto que aquele resultado causou. Combina eficiência e eficácia e diz respeito à capacidade de atingir os objetivos certos da maneira correta. Refere-se à capacidade de alcançar os objetivos de longo prazo e criar um impacto significativo no ambiente externo. Ser efetivo significa garantir que as atividades realizadas estejam alinhadas com a visão e missão da organização, gerando valor e sustentando sua posição competitiva no mercado. Aragão (1997), também destaca a importância da efetividade, que se refere à relação, ao longo do tempo, entre os resultados obtidos e os objetivos estabelecidos, muitas vezes sendo considerada como uma dimensão qualitativa do resultado, ou seja, o valor social do produto ou serviço. No entanto, a mensuração da efetividade é complexa devido à sua natureza fundamentalmente valorativa.

Segundo Ghelman e Costa (2006), uma entidade pública que se concentre exclusivamente na busca por eficiência, visando a redução de custos e o aumento da produtividade, pode comprometer a qualidade do serviço prestado. Além disso, oferecer um serviço de forma eficiente e eficaz não garante necessariamente a efetividade, ou seja, a capacidade de gerar benefícios, efeitos ou impactos diretos e indiretos no cumprimento da sua função. Malmegrim e Michaud, (2003, *apud* Ghelman & Costa, 2006), resumem de forma bastante precisa os conceitos de efetividade, eficácia e eficiência ao afirmarem que, numa visão sistêmica de uma organização, a efetividade visa satisfazer as necessidades e o papel institucional da mesma; a eficácia mede o cumprimento dos requisitos; e a eficiência tem como foco a produção otimizada de recursos.

De acordo com Arretche (2001) a avaliação de políticas públicas é realizada com base nos critérios de efetividade, eficácia e eficiência. O autor refere que a diferença entre os três conceitos é basicamente um recurso analítico destinado a separar aspectos distintos dos objetivos e consequentemente, da abordagem e dos métodos e técnicas de avaliação. Sano e Montenegro (2013) argumentam sobre a importância de entender a eficiência, eficácia e efetividade em três momentos distintos de um processo de avaliação: antes do início (*ex-ante*), durante sua implementação (*pari-pasu*) e após a conclusão (*ex-post*), quando a avaliação é realizada. Esses momentos correspondem às fases de diagnóstico/formulação, implementação e avaliação, respetivamente, e são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Eficiência, Eficácia e Efetividade x Avaliação

Indicador	<i>Ex-ante</i>	<i>Pari-pasu</i>	<i>Ex-post</i>
Eficiência	Estimativa baseada em iniciativas comparáveis. Pouco utilizada.	Comparação entre o previsto e o que está a ser realizado.	Comparação com iniciativas similares ou com o planeado. Mais utilizada.
Eficácia	Baseada em iniciativas comparáveis. Pouco utilizada.	Acompanhamento da realização das metas propostas.	Verificação se as metas propostas foram atingidas.
Efetividade	Expectativa baseada em iniciativas similares. Pouco utilizada.	Avaliações parciais ao fim de caa etapa.	Vinculação entre mudanças percebidas e ações empreendidas. Mais utilizada e recomendada.

Fonte: Sano e Montenegro (2013)

Januzzi (2016), considera que eficiência, eficácia e efetividade são três valores estruturantes com ligação direta a três perspectivas diferentes na avaliação de políticas e programas: “qualidade do gasto público”, “conformidade processual” e “aprimoramento em busca de maior impacto”, o que resulta em “eficiência econômica”, “eficácia procedimental” e “efetividade social”.

Relativamente à importância da medição de eficiência, eficácia e efetividade de dados, esta reside no facto de fornecer uma base objetiva para a tomada de decisões informadas. Ao analisar e entender a eficiência, eficácia e efetividade das atividades, projetos ou operações, as organizações podem identificar oportunidades de melhoria, otimizar recursos, ajustar estratégias e alcançar melhores resultados no longo prazo (Davenport & Harris, 2017).

2.3 Qualidade

De acordo com Aydemir e Türkel (2022), a qualidade é um fenómeno cuja existência remonta ao primeiro período da história humana. Antes da revolução industrial, a qualidade era alcançada através da interação mútua entre o produtor, do serviço ou do produto, e o cliente. A satisfação do cliente foi um fator importante na determinação da qualidade. Com o advento da revolução industrial, novos desenvolvimentos sucederam nos princípios, visibilidade e aplicações da qualidade. Os autores referem que neste período, com o aumento de produtos e serviços, os mestres que trabalhavam na produção começaram a trabalhar em segundo plano e o contato direto entre o produtor e o cliente ficou enfraquecido e até desapareceu. Como resultado disso, os empregadores, que ofereciam produtos e serviços, desenvolveram novos sistemas de qualidade como inspeção e controlo estatístico.

Marouane *et al.* (2023) referem que a qualidade pode ser encontrada em todas as formas tangíveis e concretas de processos, tendo sido também um reflexo do progresso da civilização, em tecnologia e ciência. A procura de bens e serviços de melhor qualidade representa um esforço para satisfazer as exigências dos clientes. A qualidade está em todo o ambiente que nos rodeia, em termos de desempenho, parâmetros e características dos produtos e serviços. Assim, a qualidade é frequentemente avaliada relativamente à matéria-prima, aos processos/tecnologia, aos produtos, aos serviços, à sustentabilidade ambiental e ao ambiente de trabalho (segurança, higiene, etc.). Permara *et al.* (2021), corroboram desta opinião ao referirem que organizações em todo o mundo têm utilizado a qualidade, de forma estratégica, para conquistar clientes, visto que as necessidades dos clientes evoluem em linha com a diversificação de estilos de vida e exigem altos níveis de qualidade e funcionalidade de cada produto. Contudo, a perceção da qualidade, e mesmo a definição de qualidade, são diferentes entre organizações e clientes. Para os autores, seja qual for a definição de qualidade, esta deve ser garantida ao cliente e deve ser mantida para sustentar o negócio. A organização precisa aplicar um conceito abrangente sobre como pode manter o nível de satisfação do cliente, associando a melhor qualidade aos seus produtos e serviços. Na Tabela 3 são apresentados as diferentes bases da definição de qualidade e os respetivos significados.

Tabela 3 - Bases para definição de Qualidade

Base da definição	Significado da definição
Definição transcendente	A qualidade é difícil de definir, e por vezes parece confusa. É como se eu não a pudesse definir, mas eu sei quando a vejo.
Definição baseada no produto	A qualidade é medida pelo modo de funcionamento do produto.
Definição baseada no cliente/utilizador	A qualidade é avaliada pelo desempenho do produto, face às necessidades e expectativas do cliente.
Definição baseada em fabricação	A qualidade é medida relativamente ao cumprimento das especificações de fabricação.
Definição baseada em valor	A qualidade é medida pela relação gastos/preço; qual a relação gasto/preço aceitável?

Fonte: Zairi (1991 *apud* Permara *et al*, 2021)

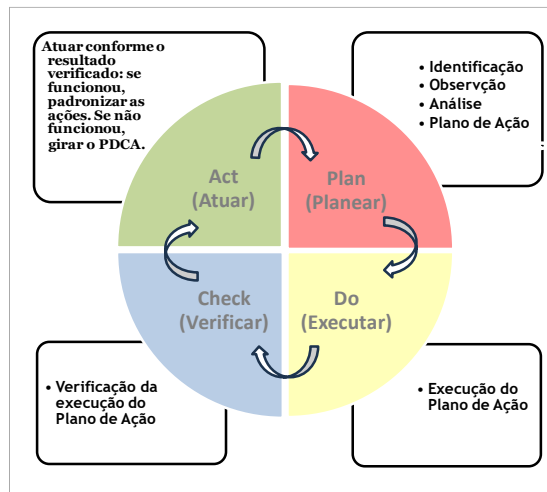
Entretanto, na literatura científica são encontradas diversas definições de qualidade associadas a autores vários. Um dos mais fortes defensores da gestão da qualidade foi W. Edwards Deming, membro de um grupo restrito a quem se atribui a contribuição para a rápida revitalização da economia japonesa após a Segunda Guerra Mundial (Anderson *et al.*, 1994). Deming (1990, *apud* Oliveira, 2020) faz uma definição de qualidade baseada em valor quando afirma que qualidade “é atender continuamente às necessidades dos clientes a um preço pelo qual estejam dispostos a pagar”. O conceito de qualidade, para o autor, aborda a apreciação do conjunto de atributos técnicos, comerciais e de serviços inerentes a um produto, tendo em conta um determinado nível de preço. Neste contexto, um produto pode ser avaliado como possuidor de uma qualidade normal ou inferior à normal. Tal avaliação é subjetiva e depende significativamente da percepção que o consumidor tem do produto em questão. A qualidade transforma-se, assim, numa apreciação efetuada pelos utilizadores e clientes em relação a um produto ou serviço específico, pelo que não deve ser uma reflexão tardia, mas sim incorporada em todas as fases do processo, desde a conceção até à entrega ao cliente.

De acordo com Johnson (2016), a obra de Deming inclui o ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*), concebido para ser utilizado como um modelo dinâmico, e que visa facilitar a melhoria contínua de processos. O ciclo Planear-Executar-Verificar-Atuar (PDCA) é um modelo amplamente reconhecido e utilizado para aprimoramento contínuo de processos. Este modelo, apresentado graficamente em forma de círculo, orienta as organizações a conduzirem um processo de melhoria de forma sistemática, compreendendo quatro fases distintas. A primeira fase, “Planear”, consiste em identificar uma oportunidade de melhoria e desenvolver um plano detalhado para implementar a mudança desejada. Em seguida, na fase “Executar”, a mudança é posta em prática de acordo com o plano elaborado. A fase “Verificar” envolve a avaliação do resultado da implementação da mudança. Nesta etapa, os dados são analisados e os resultados são comparados com os objetivos definidos anteriormente. É essencial identificar a aprendizagem durante este processo. Por fim, na fase de “Atuar”, as organizações atuam com base nos conhecimentos adquiridos na etapa de verificação. Se a mudança foi bem-sucedida e alcançou os resultados desejados, a aprendizagem é incorporada em processos mais amplos. Caso contrário, é necessário

repetir o ciclo, ajustando o plano de ação, conforme necessário, para promover uma melhoria contínua (Isniah *et al.*, 2020; Jagusiak-Kocik, 2017; Taufik, D. 2020; Mina-Raiu *et al.*, 2021).

Apresenta-se na Figura 1 a representação gráfica do ciclo PDCA, com uma breve descrição de cada fase.

Figura 1 – Ciclo PDCA



Fonte: adaptado de National Institutes of Health - NIH (2024)

A definição de Juran de qualidade como adequação ao uso é amplamente reconhecida como uma das mais profícuas, sendo o cliente, e não o fornecedor, quem define a qualidade. A qualidade depende das circunstâncias e a questão-chave não é "mais é melhor", mas sim "adequação ao uso", que se refere à capacidade de um produto, serviço ou sistema atender aos requisitos e necessidades específicas para as quais foi projetado ou destinado (Bisgaard, 2008).

Juran (1951, *apud* Agrawal *et al.*, 2023), forneceu ainda uma outra definição para qualidade: características e ausência de defeitos, sempre associadas ao fator económico-financeiro. O autor justifica que não existiriam custos se não houvesse defeitos produzidos. Foram enfatizadas as questões dos “defeitos na produção” e de um sistema de qualidade focado na “disciplina de engenharia”. Juran referiu-se ainda aos custos da qualidade pobre, que representam a soma de todos os custos que desapareceriam se não houvesse problemas de qualidade. O autor considera que um sistema de qualidade trata não apenas da produção, mas também de outros processos, como os serviços, sugerindo que a dimensão dos custos da qualidade pode ser substancial.

Assim como Deming e Juran, Crosby afirmou que a gestão eficaz da qualidade deve ser prática e alcançável e deve começar no topo. Crosby define qualidade como “conformidade com requisitos”, no sentido que qualquer produto ou serviço que tenha cumprido consistentemente suas especificações de projeto é de alta qualidade. Como estratégia de qualidade, Crosby baseou-se na gestão participativa e na formação/atitude profissional dos funcionários com meta de “zero defeitos” (Paraschivescu, 2014).

De acordo com Feigenbaum (1991, *apud* Aydemir & Türkel, 2022), a qualidade de um produto são as características de engenharia e fabricação que visam atender à procura dos consumidores ao nível de gastos/preços aceitáveis. Feigenbaum (1991, *apud* Abimbola *et al.*, 2021) refere que o compromisso total com a qualidade é a perspectiva mais adequada para oferecer soluções aos desafios da própria qualidade. O autor adotou uma abordagem em três vertentes: liderança de qualidade, *know-how* de qualidade e comprometimento organizacional. Estes princípios fundamentais são transversais à organização e constituem um modelo ético centrado no cliente e ligado à inovação, que requer atualização constante, bem como zelo singular e coletivo. É o caminho para o aumento da produtividade, executado por um sistema abrangente que está vinculado a consumidores e fornecedores. Para o autor, esses princípios explicam que para produzir um produto de qualidade excepcional, deve-se adotar o controlo de qualidade total ao invés de implementar apenas o controlo de qualidade da produção.

Para Groocock (1986, *apud* Ghobadian & Speller, 1994) um fator dominante na abordagem da qualidade é "cadeia de conformidade", que se refere à sequência de processos ou etapas dentro de uma organização que devem ser seguidos para garantir que um produto, serviço ou processo cumpra os requisitos de conformidade estabelecidos. Esta cadeia abrange desde a definição dos requisitos até a verificação final da conformidade. Groocock (1994), afirma ainda que a forma como uma organização se estrutura para a qualidade depende tanto da sua própria complexidade como da sua filosofia de qualidade, seja de garantia de qualidade ou de melhoria da qualidade. Uma organização com uma filosofia de garantia de qualidade realiza todas as inspeções e testes. Se tiver uma filosofia de melhoria da qualidade, as inspeções e testes têm início logo na fase de produção.

O desenvolvimento e popularização da Gestão da Qualidade Total foi impulsionado por Ishikawa, que contribuiu significativamente para uma abordagem de gestão que visa a melhoria contínua da qualidade dos produtos e serviços através do envolvimento de todos os colaboradores na organização. Esta abordagem foca-se na satisfação do cliente, envolvimento dos colaboradores, melhoria de processos e integração de princípios de qualidade em todas as atividades organizacionais (McDermott *et al.*, 2022). Ishikawa enfatizou a importância de compreender e gerir os vários fatores que contribuem para os problemas de qualidade dentro da organização por acreditar que muitas vezes são resultado de múltiplos fatores interconectados, e não de incidentes isolados, pelo que abordar as causas raiz é essencial para alcançar uma melhoria a longo prazo (Barsalou, 2023).

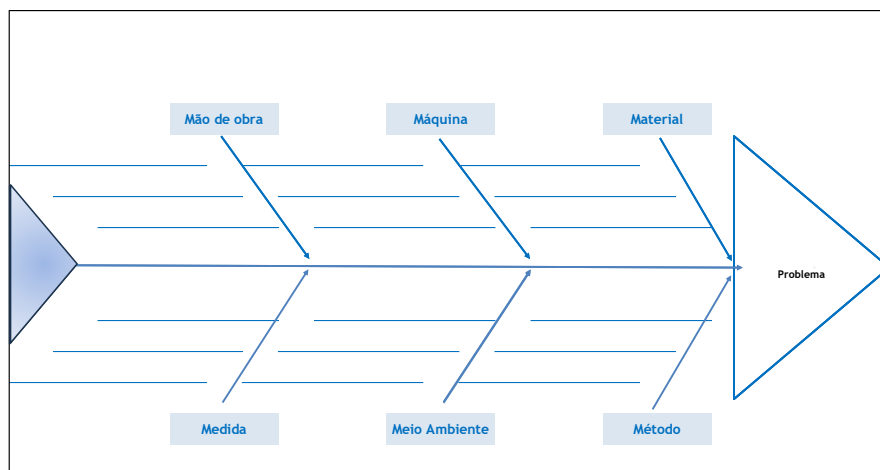
Atualmente, Ishikawa é mais conhecido pelo seu diagrama que se assemelha às espinhas de um peixe e que constitui uma ferramenta gráfica utilizada para identificar e organizar as possíveis causas de um problema específico. O diagrama ajuda a visualizar, de forma clara, as diferentes fontes de variação que podem contribuir para um problema. (Best & Neuhauser, 2008). O diagrama de Ishikawa, também chamado de diagrama de causa e efeito, demonstra como diferentes fatores estão relacionados a um efeito específico. O efeito (ou problema) é geralmente

colocado na ponta de uma linha (a cabeça do peixe) e as causas são listadas nas espinhas. De acordo com Liliana (2016), o diagrama de Ishikawa é também conhecido por 4M, 5M ou ainda 6M, visto que a análise às causas do problema pode ser efetuada em função de variáveis que iniciam com a letra M: materiais, métodos, mão de obra, máquinas, meio ambiente e medida.

Barsalou (2023) refere que quando ocorre falha de qualidade, a causa raiz deve ser encontrada para garantir que a falha não aconteça novamente, implementando ações para evitar a sua recorrência. A análise da causa raiz, enquanto abordagem estruturada que identifica fatores que resultam no problema, pode ser executada para diferentes tipos de problemas. Para o autor, e no sentido de encontrar uma causa raiz, o diagrama de Ishikawa é frequentemente usado para listar as causas potenciais que podem ser investigadas. As contribuições de Ishikawa para a gestão da qualidade, especialmente através do desenvolvimento do diagrama de Ishikawa e sua defesa da Gestão da Qualidade Total, tiveram um impacto significativo nas práticas organizacionais modernas, e deram ênfase à importância da gestão proativa da qualidade e da melhoria contínua.

Na Figura 2 é apresentada a representação gráfica do Diagrama de Ishikawa.

Figura 2 – Diagrama de Ishikawa



Fonte: adaptado de Harel et al., (2016)

Ishikawa e Lu (1989, *apud* Mella, 2018), referem-se ao controlo de qualidade em toda a empresa como um sistema ou abordagem de gestão que envolve a implementação de processos de controlo de qualidade em todas as áreas e níveis de uma organização, visando garantir a qualidade consistente de produtos ou serviços em toda a empresa. Para este efeito, são necessários os "círculos de qualidade", ou seja, grupos de funcionários que se reúnem regularmente para discutir e resolver problemas relacionados com qualidade do trabalho, com o objetivo de identificar e implementar melhorias nos processos de trabalho para aumentar a qualidade dos produtos ou serviços.

Para Taguchi (Bai et al., 2019) a qualidade dos produtos e a perda de qualidade estão intimamente relacionadas, visto que a qualidade não atende aos requisitos, e todas as perdas são causadas pelos

produtores, consumidores e sociedade. Taguchi utilizou o custo associado à variação da qualidade de um produto ou processo para medir a qualidade do produto. Quanto maior a perda de qualidade, pior será a qualidade do produto. Por outro lado, quanto menor a perda de qualidade, melhor será a qualidade do produto.

Ao longo dos anos, várias indústrias têm utilizado o método Taguchi para melhorar o desempenho de produtos e processos, que podem ser classificados em problemas estáticos e dinâmicos, dependendo da ausência ou presença de fatores de sinal, respectivamente. Este método oferece fiabilidade e robustez para produtos e processos na fase de design ou produção, permitindo aos fabricantes produzir produtos de maior qualidade e menor custo num período mais curto. Taguchi propõe a função de perda de qualidade que permite traduzir a melhoria esperada de desempenho em unidades monetárias e tem sido amplamente utilizada para diversos fins, tais como tomada de decisão, garantia de qualidade, testes de confiabilidade e identificação de doenças (Wu *et al.*, 2022). A função de perda de qualidade normalmente relaciona a variação na qualidade do produto com os custos associados à insatisfação do cliente, retrabalho, devoluções, reclamações e outros custos de qualidade. Isso ajuda as organizações a determinarem os custos ótimos de qualidade e a priorizarem esforços de melhoria para minimizar perdas financeiras devido à qualidade insatisfatória (Cosmin & Ana-Maria, 2013).

Ghobadian e Speller (1994) referem que a partir dos anos noventa século XX, muitas organizações basearam a sua abordagem de qualidade no trabalho de um dos conceituados especialistas da qualidade, particularmente Deming, Juran, Crosby, Feigenbaum, Groocock, Ishikawa e Taguchi. Os autores analisaram as características mais relevantes do método e da abordagem de qualidade de cada especialista, visando a sua aplicabilidade a diferentes circunstâncias e organizações. Na Tabela 4 é apresentada a comparação entre as abordagens de qualidade, utilizando três fatores chave (definição, ênfase e fator dominante), de acordo com cada um dos especialistas da qualidade analisados por Ghobadian e Speller (1994).

Tabela 4 - Comparação entre abordagens de Qualidade

Especialista	Definição	Ênfase	Fator Dominante
Deming	Liderada pelo cliente	Processo	Controlo de variação
Juran	Liderada pelo cliente	Pessoas	Adequação para o propósito / utilização
Crosby	Liderada pelo fornecedor	Desempenho	Requisitos de conformidade / zero defeitos
Feigenbaum	Liderada pelo consumidor	Processo	Controlo da qualidade total
Groocock	Liderada pelo valor	Processo	Cadeia de conformidade
Ishikawa	Liderada pelo valor	Pessoas	Controlo de qualidade em toda a empresa - círculos da qualidade
Taguchi	Liderada pelo fornecedor - valor para a sociedade	Processo/projeto	Função de perda de qualidade

Fonte: Ghobadian e Speller (1994)

2.4 Aprendizagem organizacional

Field (2020) refere que a aprendizagem organizacional surgiu na literatura de estudos organizacionais na década de 1960 e em meados da década de 1970 começou a atrair uma considerável atenção do mundo.

A aprendizagem organizacional baseia-se na capacidade de apoiar a experimentação, envolver-se em contacto frequente e profundo com o cliente e utilizar ferramentas de criação de ideias. Depende da exposição ao conhecimento externo através de capacidades combinadas para internalizar e aplicar conhecimentos e ideias externas. A aprendizagem organizacional concentra-se em mecanismos organizacionais específicos que apoiam a inovação organizacional, como equipas multifuncionais, participação na tomada de decisões, formalização de procedimentos, conexão e táticas de socialização (Magistretti *et al.*, 2023).

Argyris & Schön (1978, *apud* Auqui & Furlan 2023) definem aprendizagem organizacional como o processo de deteção e correção de erros e argumentam que, ao nível organizacional, a aprendizagem pode ocorrer sob duas condições. Primeiro, quando os resultados da estratégia de ação são os pretendidos pela organização; em segundo lugar, a aprendizagem pode ocorrer quando “uma incompatibilidade entre intenções e resultados é identificada e corrigida, ou seja, um desencontro transforma-se em uma correspondência”. Argyris (1977), revela que a aprendizagem de ciclo único, que se concentra na deteção e correção de erros operacionais, é predominante, enquanto a aprendizagem de duplo ciclo, que envolve a reflexão sobre as políticas e objetivos subjacentes, é dificultada pela presença de normas e jogos organizacionais que inibem a transparência e a abertura na comunicação. O autor refere que para promover uma aprendizagem organizacional mais eficaz as organizações devem criar um ambiente que encoraje a transparência, a reflexão crítica e a abertura ao questionamento das normas estabelecidas.

Senge (1991) argumenta que existem cinco disciplinas essenciais para a aprendizagem organizacional. As quatro primeiras disciplinas são: domínio pessoal, modelos mentais, visão partilhada e aprendizagem em equipa. A quinta disciplina, o pensamento sistémico, é a habilidade de compreender os sistemas complexos em sua totalidade e entender como as partes interagem e influenciam umas às outras dentro desses sistemas. O pensamento sistémico enfatiza a importância de considerar o todo, e não apenas as partes, ao lidar com desafios organizacionais.

De acordo com Serban (2022) a aprendizagem organizacional e a aquisição de conhecimento são recursos essenciais de governação, referindo-se às organizações que aprendem como a expressão dos esforços feitos por organizações inovadoras para usar conhecimento para fins de governança. A aprendizagem organizacional e as organizações que aprendem têm uma ligação mais complexa do que pode parecer à primeira vista. Nem todos os tipos de aprendizagem levam ao surgimento de organizações que aprendem. Para Senge (1991) o objetivo da organização que aprende é criar ou cultivar novos resultados. Para Suhermin *et al.* (2023) e de Ni e Sun (2009) a aprendizagem

organizacional aperfeiçoa a melhoria contínua, que por sua vez contribui para a melhoria do desempenho das organizações.

Oh e Han (2020), abordam as relações entre aprendizagem organizacional e cultura organizacional, referindo que esta última envolve as crenças fundamentais, os valores e os pressupostos partilhados pelos membros da organização. A cultura organizacional afeta o comportamento dos indivíduos, grupos e organizações, e também facilita ou retarda a aprendizagem organizacional, dependendo dos valores que são incentivados. Os autores explicam que em primeiro lugar a cultura organizacional influencia o julgamento dos membros da organização sobre o que é conhecimento útil, importante e válido dentro de uma organização; em segundo lugar, a cultura organizacional serve como uma ponte para que o conhecimento individual se torne conhecimento partilhado por uma organização; em terceiro lugar, a cultura organizacional molda o contexto para facilitar os processos de criação, institucionalização e distribuição de novos conhecimentos. Em suma, para os autores, a cultura organizacional determina como os resultados da aprendizagem a nível individual, de grupo e organizacional serão utilizados e transferidos entre estes níveis.

2.5 Avaliação de Desempenho das Instituições de Saúde

A elaboração e a reforma das políticas de saúde exigem, antes de mais, uma compreensão sólida do desempenho do sistema de saúde. Qualquer exercício de avaliação de todo o sector deve recolher informações e examinar o desempenho, tanto das funções do sistema de saúde como dos seus objetivos. Assim, cada uma das funções do sistema de saúde (governança, financiamento, geração de recursos e prestação de cuidados), delimita a sua finalidade, as subfunções necessárias para cumprir essa finalidade e as áreas de avaliação. Este quadro junta, conceptualmente, as funções do sistema de saúde aos seus objetivos intermédios e finais. Como resultado, os decisores políticos serão mais capazes de determinar e analisar possíveis origens ou impacto do mau desempenho num determinado resultado (Papanicolas *et al.*, 2022).

Rasi *et al.* (2020) referem que, em diferentes países, mais de metade dos recursos nacionais destinados à saúde são desperdiçados, o que significa que recursos limitados são consumidos de forma ineficiente ou que o rendimento nacional é gasto em serviços que não são eficazes. Sabendo-se que garantir a qualidade dos serviços de saúde requer a avaliação do desempenho, muitas organizações de saúde adotaram-na como meio para cumprir a sua missão e atingir os seus objetivos. Para os autores, as organizações de saúde consideram os modelos de avaliação de desempenho não apenas como uma ferramenta válida para medir o desempenho atual da organização, mas também como forma de avançar em direção à melhoria contínua.

A evolução da gestão na área da saúde permitiu passar de uma característica intrínseca para uma necessidade fundamental no funcionamento e sobrevivência das organizações, buscando melhorias tanto no domínio administrativo quanto clínico. O desafio principal reside em obter uma visão abrangente do desempenho, integrando aspetos administrativos e clínicos, como

estrutura, processos, pessoas, relações políticas e sociais, culturas e tecnologias, cuja negligência pode afetar negativamente o desempenho e os resultados. A avaliação do desempenho considera os múltiplos critérios envolvidos nesse contexto complexo, sendo cada vez mais adotada nas organizações de saúde com a introdução de novas práticas e metodologias de gestão, incluindo o uso de recursos tecnológicos relacionados com os processos operacionais e de gestão (Longaray & Castelli, 2020)

A incorporação dos resultados da avaliação de desempenho na gestão de uma organização permite a identificação fácil e intuitiva de áreas não alinhadas estrategicamente, o que possibilita medidas para a melhoria do desempenho. Tendo em vista a qualidade das decisões a tomar, torna-se necessária a prévia identificação de problemas de desempenho da organização. A utilização mais refinada e transparente de dados, combinando atribuição estratégica de peso, acentua o desempenho em função do avanço ou recuo estratégico, auxiliando assim os decisores no exercício do esforço operacional na prossecução do alinhamento estratégico (Traberg *et al.*, 2014).

Simões (2004) refere que a avaliação dos serviços públicos, onde se inclui os serviços de saúde, tem objetivos distintos, tais como: obter informação que permita a melhoria de estratégias; melhorar a resposta face às expectativas dos utentes; fundamentar as decisões; cumprir o dever de informar a população, os órgãos de controlo e de acompanhamento; contribuir para ganhos de conhecimento. Para o autor, a avaliação das organizações pode ser externa ou interna, podendo incidir sobre os resultados ou sobre os processos, com uma linha temporal *ex post*, *ex nunc* ou mesmo *ex ante*.

Os principais desafios enfrentados na avaliação de desempenho das instituições de saúde, estão relacionados com a qualidade e disponibilidade dos dados, a complexidade dos sistemas de saúde e a resistência à mudança. Machado, *et al.* (2023) referem a necessidade do uso adequado das bases de dados secundárias, com garantia da sua cobertura, da sua completude e da sua consistência. Contudo, os desafios transcendem às fontes de dados utilizadas e à utilização de indicadores de desempenho e incluem as preocupações de ordem metodológica, como o carácter multidimensional e subjetivo do conceito de qualidade, a complexidade dos cuidados de saúde, a confiabilidade dos indicadores com base no conhecimento científico, bem como o perfil de casos atendidos, relacionado com o consumo de recursos e com o diagnóstico e prognóstico do utente.

Para Pierantoni, *et al.* (2011) a gestão do desempenho não é a solução para os problemas causados pela falha de planeamento. Para o estabelecimento de uma cultura que incorpora o uso efetivo da avaliação de desempenho alguns desafios devem ser ultrapassados, como por exemplo o estabelecimento de parâmetros de avaliação, de uma cultura organizacional de avaliação e da utilização de múltiplos instrumentos mais precisos e objetivos.

Em Portugal, a avaliação de desempenho das instituições de saúde generalizou-se a partir do início dos anos 2000, com a publicação eletrónica de *benchmarking* dos CSP e dos Hospitais, através da “Estatística do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde”, da “Estatística do

Movimento Assistencial dos Hospitais” e dos “Elementos Económico-Financeiros e de Atividade dos Hospitais EPE”.

2.6 Tomada de Decisão Baseada em Dados

O processo de tomada de decisão é essencial nas organizações e tem evoluído devido às pesquisas multidisciplinares, muito influenciadas pelos avanços nas tecnologias de informação. Trata-se de um processo que combina diferentes disciplinas para alcançar uma abordagem prática para tomar boas decisões, tendo surgido gradualmente como uma disciplina por direito próprio e evoluído como resultado de múltiplas contribuições e pesquisas da comunidade acadêmica e profissional (Parra *et al.*, 2023).

Os princípios que fundamentam a tomada de decisão baseada em dados prendem-se com uma maior objetividade, consistência, precisão, transparência, legitimidade, imparcialidade e rastreabilidade do processo decisório (Gomes *et al.*, 2011; Pereira *et al.*, 2015).

A literatura científica apresenta diversos modelos conceptuais de processo de tomada de decisão (Mintzberg *et al.*, 1976; Bazerman e Moore, 2012) que têm em comum a identificação do problema ou necessidade de uma decisão, o projeto ou desenho de soluções alternativas e finalmente a identificação e implementação da melhor solução.

Bernardo (2006), refere as vantagens do suporte informático à tomada de decisão que justificam a sua crescente utilização, como rapidez de computação, capacidade para ultrapassar limitações cognitivas, redução de custos, suporte técnico e de qualidade, concorrência e capacidade para ultrapassar erros humanos.

Hirano e Paletta (2020) argumentam que o processo de tomada de decisão evoluiu da estrutura cognitiva individual para a aplicação em organizações, em situações de maior complexidade e incerteza, e com a criação e utilização de ferramentas e modelos de apoio, sobre plataformas estatísticas e computacionais. Os autores referem ainda a importância que a informação disponível assume na tomada de decisão, quer seja a informação sobre o problema ou oportunidade identificados, quer seja sobre as alternativas existentes, ou sobre as possíveis consequências de cada alternativa.

De acordo com Awan *et al.* (2021), a análise de *big data* é uma abordagem revolucionária para a tomada de decisões sólidas nas organizações devido ao papel facilitador dos dados, permitindo a tomada de decisão baseada em dados e consequentemente a melhoria do desempenho. As organizações impulsionam a qualidade da tomada de decisões por meio de conhecimentos que são fornecidos aos gestores, baseados em sistemas de *business intelligence*. Para tomar as melhores decisões e fornecer serviços de saúde de qualidade, bem como para melhorar resultados, as organizações de saúde necessitam de informações precisas, no momento certo e disponíveis

para o profissional certo. Neste sentido, o setor da saúde utiliza tecnologias e sistemas de informação para melhorar a eficiência, a eficácia e a qualidade dos serviços prestados. Os sistemas de informação têm contribuído para tornar mais transparentes as atividades do setor da saúde e para disponibilizar a informação em tempo real. Já se sabe que existe uma forte relação entre a utilização de sistemas de informação, produtividade e bons resultados das organizações de saúde. No entanto, devido à enorme quantidade de conhecimento em constante expansão no setor da saúde, fornecer a informação certa, no formato certo e no momento certo, está a tornar-se um grande desafio. Assim, as organizações de saúde estão a utilizar sistemas de *business intelligence* para enfrentar este desafio de recolher, armazenar, manipular, analisar e fornecer a informação certa para tomar as melhores decisões (Ramakrishnan, *et al.*, 2020).

A nível macro, prevê-se que o uso da análise de dados de saúde desempenhe um papel significativo na futura formulação de políticas de saúde. A análise de *big data* pode ser metodicamente incorporada em várias fases do ciclo da política de saúde para uma tomada de decisão precisa e baseada em dados, transformando o processo convencional de elaboração de políticas em um processo baseado em dados. A análise de *big data* é aplicável à identificação de políticas, formulação, implementação e avaliação. As fontes de dados secundários de saúde são diversas, como relatórios eletrónicos de saúde, registos e dados clínicos e também dados de utentes em diversas plataformas. Para utilizar eficazmente todos os dados, é necessário superar os obstáculos eletrónicos, algorítmicos e tecnológicos que definem o atual panorama de dados, extremamente heterogéneo, bem como uma variedade de limitações legais, normativas, de governação e políticas (Chao, *et al.*, 2023).

2.7 Indicadores em Saúde

De acordo com o Sistema Integrado de Metainformação do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2024), a definição de indicador é “a variável que representa um dado estatístico, referente a um determinado período, local e outras características”. O período pode referir-se a um momento no tempo ou a um intervalo de tempo. O INE define indicador chave de desempenho (derivado do inglês *KPI-Key Performance Indicator*) como “indicador de gestão cujo objetivo é medir o nível de desempenho e sucesso de uma empresa ou de um determinado processo, a partir do *modus operandi* da empresa e dos objetivos alcançados”. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (World Health Organization [WHO], 1998) define indicadores como variáveis identificadas e medidas que auxiliam na demonstração de mudanças, direta e indiretamente, relevantes para os objetivos e metas propostos. Pereira (2018) refere que quando se utiliza um indicador deve-se ter a convicção que o mesmo irá promover uma mudança de processos e, por conseguinte, a qualidade organizacional, com melhoria dos resultados em saúde e com o necessário suporte em evidência científica robusta.

Existem diversos conceitos harmonizados associados a indicadores, que são frequentemente mencionados nos documentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, no âmbito da informação em saúde, que se constituem como instrumentos de medida, e que importa definir.

De acordo com Nutbeam (1998, *apud* Martins e Nogueira, 2016), os indicadores utilizados em organizações de saúde estão divididos em cinco grandes grupos: “indicadores de contexto”; “indicadores de determinantes de saúde”; “indicadores de estado de saúde”; “indicadores de saúde”; “indicadores de desempenho do sistema de saúde”. Os “indicadores de contexto” contêm medidas de caracterização que fornecem informação contextual importante e permitem, por ajustamento, comparar populações distintas. Os “indicadores de determinantes de saúde” possibilitam o conhecimento sobre os fatores para os quais há evidência científica quanto à influência sobre o estado de saúde e da utilização dos cuidados de saúde (comportamentos, condições de vida e trabalho, recursos pessoais e ambientais). Os “indicadores de estado de saúde” permitem analisar quão saudável é uma população através de dimensões como a mortalidade, a morbidade, a incapacidade e o bem-estar. Os “indicadores de saúde” refletem, direta ou indiretamente, informações relevantes sobre diferentes atributos e dimensões da saúde bem como os fatores que a determinam. Finalmente, os “indicadores de desempenho do sistema de saúde” são definidos como instrumentos de medida que, nas suas múltiplas dimensões de aceitabilidade, acesso, qualidade, capacitação, integração de cuidados, efetividade, eficiência e segurança, auxiliam a análise da qualidade de um Sistema de Saúde.

A elaboração de um indicador inicia-se pela definição do seu conceito, uma vez que este será uma medida utilizada para descrever uma situação, avaliar mudanças ou tendências ao longo de um período, bem como as intervenções de saúde a serem implementadas. Para assegurar a clareza do que se pretende medir, é necessário considerar vários elementos, incluindo o objetivo do indicador, a equação subjacente, a população ou amostra alvo, o tipo de indicador, a fonte de informação utilizada, o método de recolha de dados, a frequência de medição e os critérios para avaliar a variação desta ferramenta. A representação de um indicador, geralmente, é expressa através de uma variável numérica, podendo ser um número absoluto ou uma relação entre dois eventos, estabelecendo-se um numerador e um denominador. O numerador refere-se ao evento a ser medido, devendo apresentar uma definição objetiva, fundamentada cientificamente, ser facilmente aplicável e relevante para o serviço ou organização. O denominador, por sua vez, diz respeito à população em risco ou sob avaliação para o mesmo evento considerado no numerador (Tronchim *et al.*, 2009).

Para Donabedian (1988, *apud* Tossaint-Schoenmakers, 2021) a qualidade dos cuidados de saúde pode ser avaliada por indicadores que se integram na tríade de componentes relevantes para as organizações: estrutura, processo e resultado. Por estrutura entende-se os recursos da organização (físicos, humanos e tecnológicos). No processo realiza-se atividades e estabelece-se a dinâmica das relações entre profissionais de saúde e utentes. O resultado obtido é a consequência dos cuidados de saúde prestados (ganhos em saúde, satisfação e custos). O autor refere que uma boa estrutura aumenta a probabilidade de bons processos, e um bom processo aumenta a probabilidade de bons resultados. A tríade estrutura, processo e resultado pode ser facilmente associada ao *input*, processo e *output* referidos por Bertalanffy (2010) na Teoria Geral dos Sistemas.

Os indicadores utilizados no SNS são monitorizados pela ACSS, sendo que aqueles utilizados na área da contratualização são disponibilizados em plataformas eletrónicas de acesso público. Os 331 indicadores relacionados com os CSP enquadram-se nos indicadores de desempenho do sistema de saúde, da divisão de Nutbeam (1998, *apud* Martins e Nogueira, 2016), são qualificados em 8 vertentes e seguem a classificação de componentes da tríade de Donabedian (1988, *apud* Tossaint-Schoenmakers, 2021), em estrutura, processo e resultado, acrescida da componente ganhos em saúde (que poderiam estar enquadrados na componente de resultado). Na tabela 5 são apresentados os 331 indicadores dos CSP, divididos por qualificação e classificação, e ainda agrupados em 30 áreas clínicas.

Tabela 5 – Qualificação, Classificação e Áreas Clínicas dos indicadores dos CSP

Classificação	Acesso			Adequação técnico-científica			Eficiência			Estado Saúde Morbilidade		Outros tipos		Qualidade registo	Resultados em saúde		Satisfação	Total Geral	
	Qualificação	Estr.	Proc.	Resul.	Estr.	Proc.	Resul.	Estr.	Proc.	Resul.	Estr.	Proc.	Proc.		Resul.	Proc.			Gan. Saúde
Área Clínica																			
Acesso		19	2		1	1	1	1								3			28
Auditoria Registos Clínicos e Administr.		1			1										6				8
Avaliação de Processos Administrativos				2	1														3
Comportamentos Aditivos					5											6			11
Cuidados no Domicílio		3			5														8
Cuidados Paliativos						1													1
Diabetes Mellitus					18	7		5	1	1	1					8			41
Formação												2							2
Hipertensão Arterial					9	5			2	1						2			19
Incidência de Patologias Não aplicável				1	4						19								19
Outras Áreas Clínicas e Programas					6	2								2					7
Planeamento Familiar	1				7	1													10
Prescrição Fármacos e MCDT's								9	11										9
Prevalência de Patologias											33								33
Qualidade Organizacional												2							2
Rastreio Oncológico					3														3
Respiratório	1				8										1	4			14
Resultados em Saúde Morbilidade e Mortalidade																4			4
Resultados em Saúde Utilização Hospitalar																8			8
Satisfação dos Utentes																		1	1
Saúde de Adultos						11													11
Saúde Escolar		2																	2
Saúde Idoso																1			1
Saúde Infantil e Juvenil					18	2			3							1	1		25
Saúde Materna					16	1										1			18
Saúde Mental					3	1													4
Serviços Comuns - Assist. e não Assistenciais													2						2
Transversal	2	1			3														6
Vacinação						10			1										11
Total Geral	4	26	2	3	129	21	1	16	17	54	1	8	2	7	38	1	1	331	

Elaboração Própria
Fonte: ACSS

2.8 O Setor Público Empresarial em Portugal

O preâmbulo do atual Regime Jurídico do Sector Público Empresarial (SPE) traça uma clara linha do tempo da evolução normativa do setor empresarial do estado (SEE) em Portugal. Nas décadas de 1980 e 1990, o país vivenciou um período de mudanças marcantes no setor empresarial do Estado. Este período foi caracterizado por um movimento de reprivatizações e pela conversão de empresas públicas, até então regidas pelo Decreto-Lei n.º 260/76, que estabelecia as bases gerais das empresas públicas, em sociedades comerciais. Contudo, este processo originou um vazio legal significativo, uma vez que essas entidades não eram reconhecidas como empresas públicas, afetando de maneira acentuada a sua gestão e enquadramento jurídico.

A promulgação do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro, constituiu um marco regulamentar na definição do regime jurídico do SEE e das empresas públicas. Este diploma não apenas revogou o Decreto-Lei n.º 260/76, como também reformulou o conceito de empresa pública, alargando-o para incluir entidades públicas empresariais, além das sociedades comerciais. Um elemento inovador deste Decreto-Lei foi a adoção do direito privado como a esfera normativa principal aplicável às atividades empresariais do Estado. Tal abordagem foi reforçada pela sua primeira alteração, realizada pelo Decreto-Lei n.º 300/2007, de 23 de agosto, que introduziu mudanças significativas no regime jurídico das empresas públicas, incluindo ajustes nas estruturas de governo societário, alinhando-as com as práticas recentes de boa governança das sociedades comerciais.

Apesar dos avanços realizados, a experiência acumulada apontou para a necessidade de uma reformulação mais abrangente do quadro normativo, visando estabelecer um regime mais coeso e inclusivo. Este deveria regular de maneira unificada todas as organizações empresariais controladas direta ou indiretamente pelo Estado, independentemente da sua forma jurídica. Assim, foi promulgado o Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, que na sua versão consolidada, em vigor, estabelece o novo regime jurídico do setor público empresarial (SPE), que abrange tanto o SEE, quanto o local ou o regional, promovendo uma visão integrada da atividade empresarial pública. Com as alterações efetuadas, expandiu-se o âmbito de aplicação do regime das empresas públicas, abarcando todas as organizações empresariais sob influência dominante do Estado ou de outras entidades públicas.

As empresas pertencentes ao SPE estão sob a tutela o Estado (no caso das empresas do SEE), dos municípios ou associações de municípios (as empresas do Setor Empresarial Local-SEL), ou dos Governos Regionais dos Açores ou da Madeira (as empresas do Setor Empresarial Regional-SER). O SPE constitui-se como um conjunto de unidades produtivas do Estado, Regiões ou Municípios, organizadas e geridas de forma empresarial, englobando tanto empresas públicas quanto empresas participadas. O SPE assume a responsabilidade pela criação e gestão de infraestruturas públicas de natureza empresarial, bem como pela prestação de serviços públicos essenciais. Na atualidade, o SPE compreende um vasto conjunto de empresas detidas ou participadas pelo Estado, Regiões ou Municípios, que atuam em diversos setores de atividade, constituindo, portanto, um elemento relevante das políticas económicas e sociais do país.

As 346 empresas do SPE existentes em Portugal em 31/12/2022, se divididas pela Classificação Portuguesa das Atividades Económicas (CAE-Revisão 3), 149 pertenciam ao SEE, 39 ao SER e 158 ao SEL, conforme Tabela 6.

Tabela 6 - Empresas do SPE em Portugal, em 31/12/2022

Classificação Portuguesa das Atividades Económicas (CAE-Rev.3)		Sector Empresarial do Estado (SEE)	Sector Empresarial Regional (SER)		Sector Empresarial Local (SEL)	Total (SPE)
Secção	Designação		Açores	Madeira		
A	Agric., prod. animal, caça, floresta e pescas	3	1	0	1	5
B	Indústrias extrativas	0	0	0	0	0
C	Indústrias transformadoras	4	1	2	4	11
D	Eletr., gás, vapor, água quente/fria e ar frio	0	2	2	2	6
E	Captação, trat. distr. água; saneam.resid.	14	0	1	50	65
F	Construção	2	0	1	7	10
G	Comércio por grosso e retalho; repar. veic.	0	0	1	2	3
H	Transportes e armazenagem	18	5	3	14	40
I	Alojamento, restauração e similares	0	2	0	2	4
J	Atividades de informação e de comunicação	5	0	1	1	7
K	Atividades financeiras e de seguros	16	0	0	0	16
L	Atividades imobiliárias	10	0	4	14	28
M	Ativid. consultoria, científ, técnve similares	15	1	3	9	28
N	Atividades administr. e dos serviços de apoio	6	0	1	10	17
O	Administração Pública e defesa; Seg Social	4	1	2	6	13
P	Educação	1	0	0	6	7
Q	Atividades saúde humana e apoio social (1)	45	3	1	2	51
R	Ativid artísticas, espetáculos, desp e recr	6	1	0	27	34
S	Outras atividades de serviços	0	0	0	1	1
Total		149	17	22	158	346

(1) SEE= 43 E.P.E (Hospitais, CH e ULS) + ECOSAÚDE (CP) + UCS – Cuidados Integrados de Saúde, SA (TAP)

Fonte: Conselho de Finanças Públicas (2024)

2.9 Entidades Públicas Empresariais do Setor da Saúde em Portugal

A empresarialização do setor da saúde, integrado no SNS, surgiu gradualmente ao longo das últimas décadas e para a compreensão deste facto, importa conhecer a evolução do setor público da saúde em Portugal.

A aprovação da Organização Geral dos Serviços de Saúde Pública do Reino, através do Decreto de 28 de dezembro de 1899, com grande enfoque nas normas de higiene e combate às epidemias recorrentes, marcou o início do século XX com a prestação de cuidados de saúde de carácter privado, cabendo ao Estado somente a assistência aos pobres. Com a promulgação das bases da política de saúde e assistência (Lei n.º 2120, de 19 de julho de 1963), apenas competia ao Estado organizar e manter os serviços que, pelo superior interesse nacional de que se revestissem ou pela sua complexidade, não pudessem ser entregues à iniciativa privada. Excetuando as situações abrangidas por circunstâncias especiais, a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde deveria recair sobre instituições privadas, cabendo ao Estado um papel secundário. O Estado deveria promover a criação de entidades privadas alinhadas com os princípios legais e que oferecessem as condições morais, financeiras e técnicas necessárias para alcançar os seus objetivos, atuando apenas de forma complementar em relação às suas próprias iniciativas. No ano 1968, ainda bem antes de surgirem as discussões sobre a gestão empresarial no setor da saúde, o Estatuto Hospitalar, promulgado pelo Decreto-Lei n.º 48.357, de 27 de abril, estabelecia que “*em ordem a conseguir a maior eficiência técnica e social, os estabelecimentos e serviços hospitalares devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial, garantindo à coletividade o mínimo custo económico no seu funcionamento*”.

Em 1971, a garantia do direito à saúde é afirmada, com grande ênfase na promoção da saúde e prevenção da doença (Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro), e com a criação dos “centros de saúde de “primeira geração”. Não há qualquer alusão à gestão empresarial, existindo unicamente uma preocupação de articulação com entidades privadas, designadamente as Misericórdias, com vista à unidade de ação, subordinada às diretrizes do planeamento, ou como forma de assegurar as atividades médico-sociais ou outras de saúde e assistência.

A criação do SNS (Lei n.º 56/79, de 15 de setembro), financiado e assegurado pelo Estado, estabeleceu os princípios fundamentais para o sistema de saúde português, como o acesso universal e gratuito, o direito à proteção e promoção da saúde e a prestação de cuidados globais de saúde. O diploma estabelece que o SNS goza de autonomia administrativa e financeira e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispendo de serviços prestadores de CSP e hospitalares (diferenciados). Contudo, não há qualquer referência ao tipo de gestão a adotar, estando implícita a gestão pública.

Nos anos da década de 1980, segundo Pisco (2020), surgiu uma preocupação crescente dos governos com a gestão do SNS e com os gastos, em constante aumento na área da Saúde. Araújo *et al.* (2023) enfatizam que a necessidade de garantir a sustentabilidade dos gastos públicos em saúde continua na agenda dos governos, com esforços constantes para melhorar a eficiência e conter o crescimento das despesas com a saúde. A revisão constitucional de 1989 estabeleceu que a saúde seria "tendencialmente gratuita", seguida pela aprovação, um ano mais tarde, da Lei de Bases³ da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto). Esta legislação crucial determinou que a saúde passaria a ser uma responsabilidade não apenas do Estado, mas dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, permitindo uma maior colaboração entre o SNS e o setor social e privado. Foi também introduzido, pela primeira vez, o conceito de taxas moderadoras nos serviços de saúde, tanto nos centros de saúde como nos hospitais, visando compartilhar os custos (Pisco, 2020).

Com a promulgação da Lei de Bases da Saúde, em 1990, surgiu o conceito de “Sistema de Saúde”, constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas atividades. A Lei de bases estipulava como uma das diretrizes da política de saúde, de âmbito nacional, o apoio ao desenvolvimento do setor privado da saúde e, em particular, as iniciativas das instituições particulares de solidariedade social (IPSS), em concorrência com o sector público. Foi assim iniciada em Portugal a empresarialização da gestão da saúde, que para Stoleroff e Correia (2008), é o processo pelo qual as organizações hospitalares públicas adquirem maior autonomia na gestão, aproximando-se ou convergindo com o modelo de gestão utilizado pelo

³ Trata -se de um tipo de lei com valor reforçado, ou seja, uma lei que condiciona e vincula o conteúdo de outras leis – os diplomas de desenvolvimento. (Lexionário do Diário da República) .

setor privado, dentro do contexto de um sistema público de prestação de cuidados de saúde. Deste modo, a menção à empresarialização na saúde em Portugal começou a ganhar relevância com a implementação das PPP, que introduziram elementos de gestão empresarial no sistema de saúde. De acordo com Roehrich *et al.* (2014, *apud*, Sarmiento e Silva 2020), as PPP caracterizam-se como um contrato de longo prazo entre uma empresa privada e um governo ou organização pública, para o fornecimento de um bem ou serviço público, no qual a empresa privada assume uma responsabilidade significativa em termos de risco e gestão.

Com o objetivo de criar formas de partilha do risco para a prestação de cuidados, o setor da saúde foi pioneiro ao estabelecer Parcerias Público-Privadas (PPP), em Portugal. Em finais de 1995, o Hospital Fernando da Fonseca foi entregue à gestão privada, nos termos de contrato de gestão celebrado com o Hospital de Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S. A., que se extinguiu a 31 de dezembro de 2008. Esta nova experiência de gestão da saúde incluiu o setor privado na conceção, construção, financiamento e exploração de hospitais do SNS, mantendo os direitos e deveres dos utentes no acesso ao SNS (ACSS, 2024).

Continuaram os sinais do processo de empresarialização da gestão de serviços públicos de saúde, com a publicação do Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho, que alterou o estatuto jurídico do Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira. A experiência foi justificada pela necessidade de substituir o modelo de gestão que determinava a sujeição dos hospitais às normas convencionais da Administração Pública, pensadas para o desempenho de funções de tipo administrativo, e que se revelou incompatível com a verdadeira natureza dos hospitais. Pretendeu-se dar cumprimento à Lei de Bases então em vigor, que determinava que “a gestão das unidades de saúde deve obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial e a lei pode permitir a realização de experiências inovadoras de gestão, submetidas a regras por ela fixadas”. O Hospital de São Sebastião passou então a estabelecimento público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e com natureza empresarial, que visava a melhoria do desempenho, da eficiência e da qualidade do SNS.

A Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, aprovou o novo regime jurídico da gestão hospitalar e estabeleceu que os hospitais do SNS podiam revestir-se de uma das seguintes figuras jurídicas: “estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial”; “estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial”; “sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos”. Entre os dias 10 e 12 de dezembro de 2002 foram publicados 31 decretos-leis que transformaram hospitais, grupos hospitalares e centros hospitalares em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos. Deu-se, então, a transformação de 36 estabelecimentos hospitalares nas 31 sociedades anónimas referenciadas na Tabela 7, realçando assim a autonomia de gestão do SNS.

Tabela 7 - Instituições de Saúde, SA - 31/12/2002

Transformação em S.A.	Hospital/Grupo/CH		Sociedade Anónima	Diploma Legal
	Designação	Nº de Hospitais		
10/12/2002	Hospital Infante D. Pedro	1	Hospital Infante D. Pedro, S. A.	DL 272/2002, de 9/12
10/12/2002	CH de Vila Real/Peso da Régua	2	CH de Vila Real/Peso da Régua, S.A.	DL 273/2002, de 9/12
10/12/2002	Hospital de São Gonçalo	1	Hospital de São Gonçalo, S.A.	DL 274/2002, de 9/12
10/12/2002	Hospital José Joaquim Fernandes	1	Hospital José Joaquim Fernandes, S.A.	DL 275/2002, de 9/12
10/12/2002	IPO Francisco Gentil - CRO de Coimbra	1	IPO Francisco Gentil - CRO de Coimbra, S.A.	DL 276/2002, de 9/12
10/12/2002	Hospital Distrital de Bragança	1	Hospital Distrital de Bragança, S.A.	DL 277/2002, de 9/12
10/12/2002	Hospital de Egas Moniz	1	Hospital de Egas Moniz, S. A.	DL 278/2002, de 9/12
10/12/2002	Hospital São Francisco Xavier	1	Hospital de São Francisco Xavier, S. A.	DL 279/2002, de 9/12
10/12/2002	Hospital do Barlavento Algarvio	1	Hospital do Barlavento Algarvio, S. A.	DL 280/2002, de 9/12
10/12/2002	Hospital Geral de Santo António	1	Hospital Geral de Santo António, S. A.	DL 281/2002, de 9/12
11/12/2002	IPO Francisco Gentil - CRO do Porto	1	IPO Francisco Gentil - CRO do Porto, S.A.	DL 282/2002, de 10/12
11/12/2002	ULS de Matosinhos	1	Hospital Pedro Hispano, S. A. *	DL 283/2002, de 10/12
11/12/2002	Hospital de Padre Américo - Vale do Sousa	1	Hospital Padre Américo - Vale do Sousa, S. A.	DL 284/2002, de 10/12
11/12/2002	Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães	1	Hospital Nossa Senhora da Oliveira, S. A.	DL 285/2002, de 10/12
11/12/2002	Hospital Distrital da Figueira da Foz	1	Hospital Distrital da Figueira da Foz, S. A.	DL 286/2002, de 10/12
11/12/2002	Hospital de São Teotónio - Viseu	1	Hospital de São Teotónio, S. A.	DL 287/2002, de 10/12
11/12/2002	CH da Cova da Beira	2	CH da Cova da Beira, S. A.	DL 288/2002, de 10/12
11/12/2002	IPO Francisco Gentil - CRO de Lisboa	1	IPO Francisco Gentil - CRO de Lisboa, S.A.	DL 289/2002, de 10/12
11/12/2002	Hospital de Pulido Valente	1	Hospital Pulido Valente, S. A.	DL 290/2002, de 10/12
11/12/2002	Hospital de Santa Cruz	1	Hospital de Santa Cruz, S. A.	DL 291/2002, de 10/12
11/12/2002	Hospital de Santa Marta	1	Hospital de Santa Marta, S. A.	DL 292/2002, de 10/12
12/12/2002	Hospital de Santa Maria Maior, de Barcelos	1	Hospital Santa Maria Maior, S. A.	DL 293/2002, de 11/12
12/12/2002	Hospital de São João de Deus	1	Hospital São João de Deus, S. A.	DL 294/2002, de 11/12
12/12/2002	Hospital de Santa Luzia de Viana do Castelo; Hospital do Conde de Bertandos, de Ponte de Lima	2	CH do Alto Minho, S. A.	DL 295/2002, de 11/12
12/12/2002	Hospital de São Sebastião	1	Hospital de São Sebastião, S. A.	DL 296/2002, de 11/12
12/12/2002	Hospital de Santo André - Leiria	1	Hospital de Santo André, S. A.	DL 297/2002, de 11/12
12/12/2002	Hospital de Garcia de Orta	1	Hospital Garcia de Orta, S. A.	DL 298/2002, de 11/12
12/12/2002	Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro	1	Hospital de Nossa Senhora do Rosário, S. A.	DL 299/2002, de 11/12
12/12/2002	Hospital de São Bernardo - Setúbal	1	Hospital de São Bernardo, S. A.	DL 300/2002, de 11/12
12/12/2002	CH do Médio Tejo	3	CH do Médio Tejo, S. A.	DL 301/2002, de 11/12
12/12/2002	Hospital Distrital de Santarém	1	Hospital Distrital de Santarém, S. A.	DL 302/2002, de 11/12

Elaboração própria

*Designação alterada para "ULS de Matosinhos, S.A." através do DL 126/2003, de 24/07

Em 2005, através do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho, as 31 sociedades anónimas foram transformadas em entidades públicas empresariais (EPE). O processo de empresarialização do setor público da saúde continuou nos anos seguintes. Em 31 de dezembro de 2023 o setor empresarial do estado (SEE) contava com as 42 empresas públicas do setor da saúde mencionadas na Tabela 8.

Tabela 8 - Instituições de Saúde, EPE - 31/12/2023

Hospitais, IPO, CH e ULS - E.P.E. em 31/12/2023	
Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE	Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, EPE
Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE	Hospital de Braga, EPE
Centro Hospitalar de Leiria, EPE	Hospital de Vila Franca de Xira, EPE
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE	Hospital de Garcia de Orta, EPE
Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	Hospital de Loures, EPE
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE	Hospital Distrital de Santarém, EPE
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE	Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE
Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE
Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE	Hospital Santa Maria Maior, EPE
Centro Hospitalar do Oeste, EPE	Instituto Português Oncologia Lisboa Francisco Gentil, EPE
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE	Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE	Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE	Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, EPE
Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, EPE	Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE
Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte, EPE	Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE
Centro Hospitalar Universitário de S. João, EPE	Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, EPE
Centro Hospitalar Universitário do Algarve, EPE	Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, EPE
CH Universitário de Santo António, E.P.E.	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central, EPE	Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, EPE

Elaboração Própria

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro, procedeu-se à reestruturação de 31 EPE integradas no SNS, adotando, a partir de 1 de janeiro de 2024, o modelo de organização

e funcionamento em Unidades Locais de Saúde (ULS). Os 3 Institutos Portugueses de Oncologia (IPO), não foram reestruturados, devido à especificidade assistencial. Assim, as novas 31 ULS juntaram-se às 8 ULS existentes.

Na tabela 9 estão elencadas as 39 ULS existentes em Portugal a partir de 01 de janeiro de 2024, e inclui as 8 ULS pré-existentes.

Tabela 9 - 39 ULS, EPE - 01/01/2024

ULS	CSP	CSH
ULS do Alto Ave, E.P.E.	ACeSAlto Ave – Guimarães/Vizela/Terras de Basto e do CS de Celorico de Basto	Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, E.P.E.
ULS de Barcelos/Esposende, E.P.E.	ACeS do Cávado III – Barcelos/Esposende	Hospital de Santa Maria Maior – Barcelos, E.P.E.
ULS de Braga, E.P.E.	ACeS do Cávado I – Braga e do Cávado II – Gerês/Cabreira	Hospital de Braga, E.P.E.
ULS do Tâmega e Sousa, E.P.E.	ACeS do Tâmega I – Baixo Tâmega, com exceção do Centro de Saúde de Celorico de Basto, do Tâmega II – Vale do Sousa Norte e do Tâmega III – Vale do Sousa Sul	CH do Tâmega e Sousa, E.P.E.
ULS Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E.	ACeS do Grande Porto IV – Póvoa de Varzim/Vila do Conde	CH Póvoa de Varzim/Vila do Conde, E.P.E.
ULS do Médio Ave, E.P.E.	ACeS do Grande Porto I – Santo Tirso/Trofa e do Ave – Famalicão	CH do Médio Ave, E.P.E.
ULS de Gaia/Espinho, E.P.E.	ACeS do Grande Porto VII – Gaia e do Grande Porto VIII – Espinho/Gaia	CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.
ULS de Trás -os -Montes e Alto Douro, E.P.E.	ACeS de Trás -os -Montes – Alto Tâmega e Barroso, do Douro I – Marão e Douro Norte e do Douro II – Douro Sul	CH de Trás -os -Montes e Alto Douro, E.P.E.
ULS de Entre Douro e Vouga, E.P.E.	ACeS de Entre Douro e Vouga I – Feira e Arouca e de Entre Douro e Vouga II – Aveiro Norte	CH de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.
ULS de São João, E.P.E.	ACeS do Grande Porto III – Maia/Valongo e do Grande Porto VI – Porto Oriental	CH Universitário de São João, E.P.E.
ULS de Santo António, E.P.E.	ACeS do Grande Porto II – Gondomar e do Grande Porto V – Porto Ocidental	CH Universitário de Santo António, E.P.E.
ULS do Baixo Mondego, E.P.E.	CS da Figueira da Foz, de Soure e de Montemor -o -Velho	Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.
ULS da Cova da Beira, E.P.E.	ACeS da Cova da Beira	CH Universitário da Cova da Beira, E.P.E.
ULS Viseu Dão–Lafões, E.P.E.	ACeS de Dão -Lafões	CH Tondela -Viseu, E.P.E.
ULS da Região de Leiria, E.P.E.	ACeS do Pinhal Litoral e os CS de Ourém, de Fátima, de Alcobaça e da Nazaré	CH de Leiria, E.P.E.
ULS de Coimbra, E.P.E.	ACeS Pinhal Interior Norte, CS Cantanhede, Celas, Eiras, Fernão Magalhães, Norton de Matos, Santa Clara, São Martinho do Bispo, Condeixa -a -Nova, Mealhada, Mira, Mortágua e Penacova	CH e Universitário de Coimbra, E.P.E., Hospital Arcebispo João Crisóstomo – Cantanhede e Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais
ULS Região de Aveiro, E.P.E.	ACeS do Baixo Vouga	CH Baixo Vouga, E.P.E. e Hospital Dr. Francisco Zagalo – Ovar
ULS de Amadora/Sintra, E.P.E.	ACeS da Amadora e de Sintra	Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.
ULS de Almada -Seixal, E.P.E.	ACeS Almada -Seixal	Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
ULS da Lezíria, E.P.E.	ACeS Lezíria	Hospital Distrital de Santarém, E.P.E.
ULS do Estuário do Tejo, E.P.E.	ACeS Estuário do Tejo	Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E.
ULS de Loures-Odivelas, E.P.E.	ACeS Loures-Odivelas, com exceção do CS de Sacavém	Hospital de Loures, E.P.E.
ULS de Santa Maria, E.P.E.	ACeS Lisboa Norte e CS de Mafra	CH Universitário de Lisboa Norte, E.P.E.
ULS de Saúde de São José, E.P.E.	ACeS Lisboa Central e CS de Sacavém	CH Universitário de Lisboa Central, E.P.E., CH Psiquiátrico de Lisboa, e Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto
ULS do Oeste, E.P.E.	ACeS Oeste Sul, com exceção do CS de Mafra, do Bombarral, das Caldas da Rainha, de Óbidos e de Peniche	CH do Oeste, E.P.E.
ULS de Saúde do Médio Tejo, E.P.E.	CS de Abrantes, de Alcanena, de Constância, do Entroncamento, de Ferreira do Zêzere, de Mação, do Sardoal, de Torres Novas, de Tomar, de Vila Nova da Barquinha e de Vila de Rei	CH do Médio Tejo, E.P.E.
ULS da Arrábida, E.P.E.	ACeS da Arrábida	CH de Setúbal, E.P.E.
ULS Lisboa Ocidental, E.P.E.	ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras e CS de Cascais	CH de Lisboa Ocidental, E.P.E.
ULS do Arco Ribeirinho, E.P.E.	ACeS Arco Ribeirinho	CH Barreiro -Montijo, E.P.E.
ULS do Alto Alentejo, E.P.E. (1)	Laboratório de Saúde Pública do Alentejo	ULS do Norte Alentejano, E.P.E.
ULS do Alentejo Central, E.P.E.	ACeS do Alentejo Central	Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.
ULS do Algarve, E.P.E.	ACeS Algarve I (Central), Algarve II (Barlavento) e Algarve III (Sotavento)	CH Universitário do Algarve, E.P.E.
ULS da Guarda, EPE		
ULS de Castelo Branco, EPE		
ULS de Matosinhos, EPE		
ULS do Alto Minho, EPE		
ULS do Baixo Alentejo, EPE		
ULS do Litoral Alentejano, EPE		
ULS do Nordeste, EPE		

(1) ULS já existente: alterou a designação e integrou o Laboratório de Saúde Pública do Alentejo

Fonte: Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro

Capítulo 3 - Caracterização da ULS Guarda

3.1 Geral

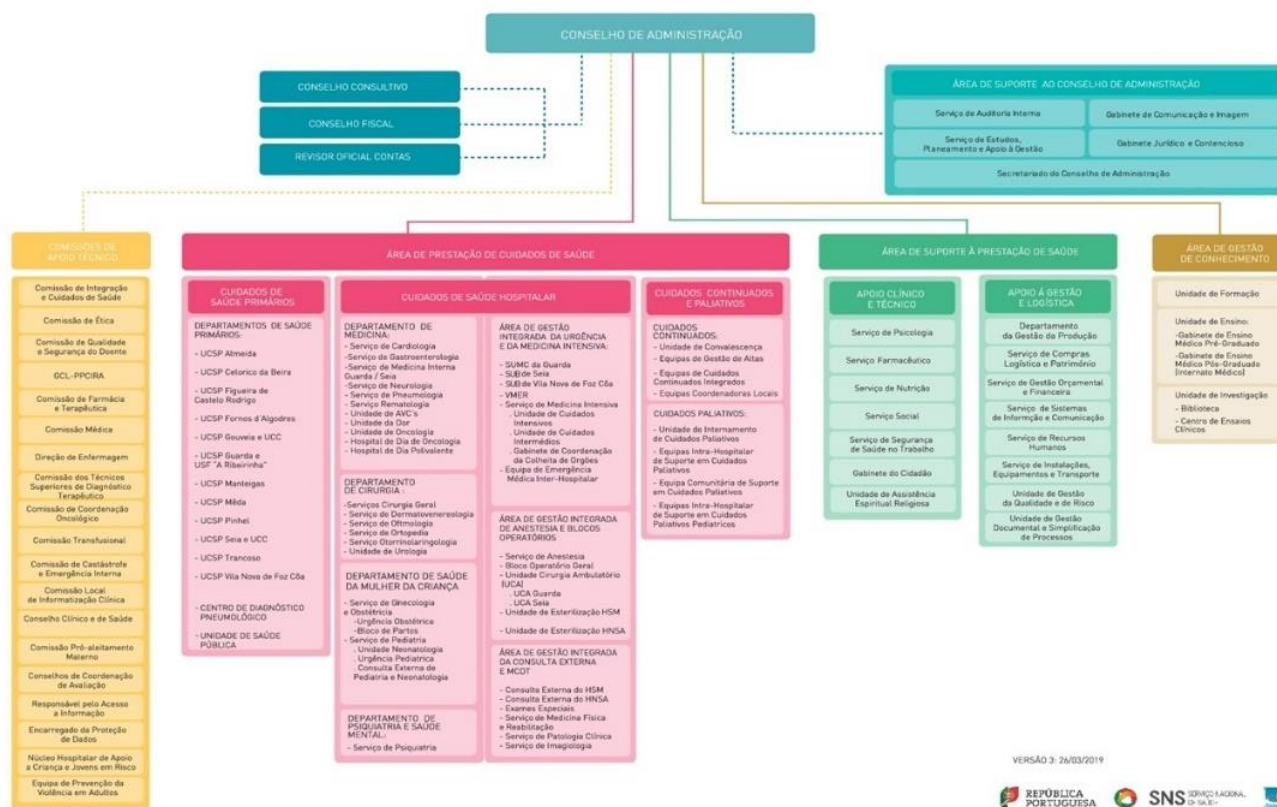
A ULS Guarda, pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, foi criada em 01/10/2008, através do Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro, integrando dois hospitais (Hospital Sousa Martins, na Guarda e Hospital Nossa Senhora da Assunção, em Seia) e 12 Centros de Saúde da ex-Subregião de Saúde da Guarda (Almeida, Celorico da Beira, Figueira de Castelo Rodrigo, Fornos de Algodres, Gouveia, Guarda, Manteigas, Mêda, Pinhel, Sabugal, Seia e Trancoso). Através do Decreto-Lei n.º 59/2014, de 16 de abril, foram transferidas da ULS Nordeste para a ULS Guarda as atribuições e competências no que se refere à prestação de cuidados de saúde à população do concelho de Vila Nova de Foz Côa, prestados pelo Centro de Saúde de Vila Nova de Foz Côa. Esta transferência foi justificada pela necessidade de ajustar os movimentos tradicionais das populações às áreas de influência de cada ULS, por forma a garantir o cumprimento dos princípios de coordenação e integração de cuidados. Assim, desde 01/05/2014, a área de influência da ULS Guarda corresponde ao Distrito da Guarda, com exceção do concelho de Aguiar da Beira, que está integrado na área da ULS de Viseu Dão—Lafões.

A ULS Guarda rege-se pelos Estatutos das ULS, de acordo com Decreto-Lei n.º 52/2022 na sua redação atual; pelo seu Regulamento Interno, homologado pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde em 08/07/2019; pelas normas em vigor para o SNS aplicáveis às ULS, compatíveis com a natureza e o regime de Entidade Pública Empresarial; por todas as normas gerais e especiais que, por força da sua natureza jurídica, sejam aplicáveis à ULS Guarda.

A ULS Guarda presta três níveis de cuidados de saúde aos 135.982 habitantes (INE, 2023), da sua área de influência: primários (centros de saúde), que representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, das famílias e da comunidade com os cuidados de saúde, como resposta de proximidade e de continuidade no processo assistencial; secundários (hospitalares), com intervenções de maior diferenciação técnica, mediante referenciação clínica ou em contexto de urgência ou emergência; e terciários (paliativos e de convalescença). A ULS Guarda garante ainda as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde, bem como atividades de investigação, formação e ensino pré e pós-graduado.

Na figura 3 é apresentado o organograma da ULS Guarda em vigor, onde estão patentes os três níveis de cuidados, integrados na área de prestação de cuidados de saúde.

Figura 3 – Organograma da ULS Guarda



O capital estatutário da Unidade Local de Saúde da Guarda cifrava-se em 47.949.759,00€ à data de 31 de dezembro de 2023 (ULS Guarda, 2022; Despacho Conjunto Finanças e Saúde, 2023). A dotação corrigida do orçamento de receita do ano fiscal 2023 remontou a 166.118.089€, com uma taxa de execução de 97,8%. No que diz respeito ao orçamento de despesa, a dotação corrigida do ano 2023 ascendeu a 160.904.938€, com uma execução total de 95,1%.

Os recursos humanos da ULS Guarda, em 31/03/2024, totalizavam 2.288,4 colaboradores em distintos tipos de contratos e grupos profissionais (SDM_RH, 2024), conforme tabela 10.

Tabela 10 – RH ETC ULS Guarda - 31/03/2024

Grupo Profissional	Serviços Centrais*	CSP	Hospitais	TOTAL
Dirigente	17,0	2,0	1,0	20,0
Administradores Hospitalares	1,0	0,0	0,0	1,0
Médicos	5,1	84,6	102,9	192,6
Enfermeiros	48,5	188,0	568,6	805,1
Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT)	14,1	30,6	105,8	150,5
Técnicos Superiores de Saúde (TSS)	1,0	3,3	6,7	11,0
Farmacêuticos	11,0	0,0	6,0	17,0
Técnicos Superiores TS)	32,7	9,7	6,0	48,4
Informática	12,0	0,0	0,0	12,0
Assistente Técnico (AT)	147,0	95,0	9,0	251,0
Assistente Operacional (AO)	141,9	131,4	352,9	626,2
Médicos Internos	27,4	32,0	51,7	111,1
Pré Carreira-Farmacêuticos	2,0	0,0	3,0	5,0
Outros	25,5	7,0	5,0	37,5
TOTAL	486,2	583,6	1.218,6	2.288,4

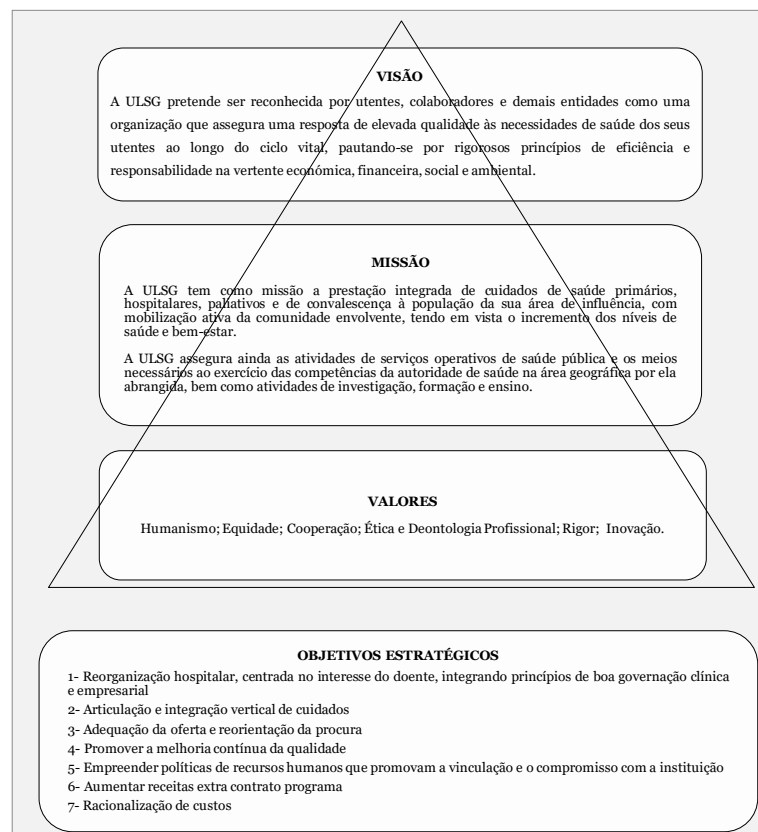
Fonte: SDM_RH (2024)

*inclui Administração, Apoio Técnico, Gestão/Logística, Suporte à Administração e à Prestação de Cuidados

Os dados relativos ao número de recursos humanos da ULS Guarda são apresentados em “equivalente a tempo completo” (ETC) por ser a medida utilizada pela ACSS no processo de contratualização. A medida ETC expressa a proporção da carga horária de trabalho de profissionais em relação ao regime de trabalho em tempo completo (Eurostat, 2024). Esta análise é particularmente relevante em organizações onde os trabalhadores podem estar alocados a diferentes serviços ou UF's, como é o caso da saúde.

Tendo em conta a visão, missão, valores e objetivos estratégicos, e no âmbito do exercício da função acionista no setor empresarial do Estado, a ULS Guarda define os objetivos do seu plano de atividades de prestação de serviços e cuidados de saúde através de Contratos-Programa (ULS Guarda, 2022). Na figura 4 são apresentados a visão, missão, valores e objetivos estratégicos da ULS Guarda.

Figura 4 – Missão, Visão, Valores e Objetivos da ULS Guarda



Fonte: ULS Guarda (2024)
Elaboração própria

Na prossecução da sua missão, a ULS Guarda oferece cuidados de saúde contínuos que pretendem satisfazer a integralidade das necessidades sentidas pela população abrangida da sua área de influência, estimada em 135.982 residentes no ano 2022 (INE, 2023). Na tabela 11 é apresentada a caracterização demográfica da população residente estimada para 2022, da área de influência da ULS Guarda, por sexo e grupos etários.

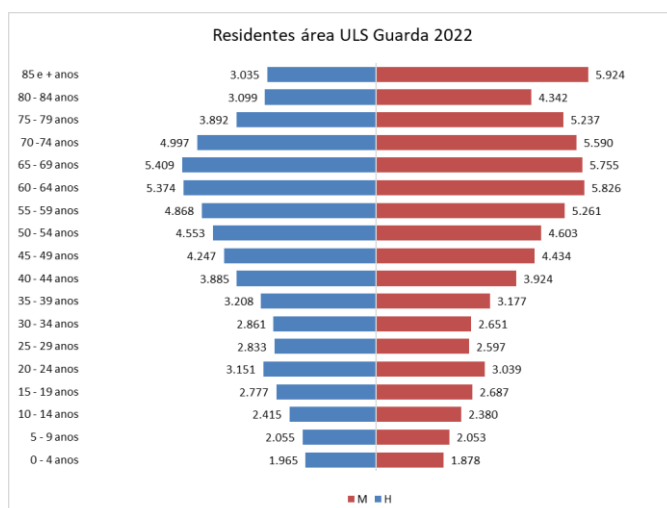
Tabela 11 – Caracterização Demográfica

Concelho	H	M	Total	>= 0 e < 15 Anos	>= 15 e < 65 Anos	>= 65 e < 75 Anos	>= 75 Anos
Almeida	2.673	3.018	5.691	361	2.814	1.035	1.481
Celorico da Beira	3.109	3.417	6.526	611	3.569	1.054	1.292
Figueira de Castelo Rodrigo	2.402	2.657	5.059	502	2.636	830	1.091
Fornos de Algodres	2.013	2.348	4.361	401	2.392	648	920
Gouveia	5.709	6.395	12.104	1.080	6.320	2.147	2.557
Guarda	18.985	20.800	39.785	4.402	25.037	5.180	5.166
Manteigas	1.349	1.550	2.899	229	1.550	559	561
Mêda	2.166	2.386	4.552	371	2.411	768	1.002
Pinhel	3.806	4.066	7.872	626	4.154	1.349	1.743
Sabugal	5.297	5.873	11.170	851	5.300	2.064	2.955
Seia	10.138	11.256	21.394	2.048	11.818	3.690	3.838
Trancoso	3.963	4.324	8.287	724	4.513	1.334	1.716
Vila Nova de Foz Côa	3.014	3.268	6.282	540	3.442	1.093	1.207
Total	64.624	71.358	135.982	12.746	75.956	21.751	25.529

Fonte: INE (2023)

A figura 5 constitui a representação gráfica dos dados da população estimada para o ano 2022 residente na área de influência da ULS Guarda, com base em faixas etárias e sexo, que resulta em uma pirâmide etária invertida, o que evidencia um grande envelhecimento populacional. Saroha, (2018) menciona que uma pirâmide etária pode oferecer uma grande quantidade de informações sobre fertilidade, mortalidade e dinâmica populacional, e também o nível de desenvolvimento de uma região ou país. Karimi (2019), refere que o envelhecimento populacional é um dos fatores que aumenta a procura de cuidados de saúde, pelo que se torna necessário identificar as necessidades em saúde de forma a responder adequadamente, tendo em conta os recursos limitados.

Figura 5 – Pirâmide etária da população abrangida pela ULS Guarda



Os indicadores demográficos da área de abrangência da ULS Guarda, patentes na tabela 12, traduzem o envelhecimento da população, com particular gravidade no índice de envelhecimento, no índice de dependência de idosos, na taxa de crescimento efetivo e na taxa bruta de natalidade. As altas taxas brutas de mortalidade poderão estar associadas ao elevado número de população maior de 65 anos.

Tabela 12 – Indicadores Demográficos 2022

	Índice de dependência de jovens	Índice de envelhecimento	Índice de dependência de idosos	Índice de dependência total	Taxa de crescimento efectivo %	Taxa de crescimento natural %	Taxa bruta de natalidade (‰)	Taxa bruta de mortalidade (‰)
Portugal	20,40	185,60	38,00	58,40	0,44	-0,39	8,00	11,90
Almeida	12,80	697,00	89,40	102,20	-1,62	-2,32	3,50	26,70
Celorico da Beira	17,10	384,00	65,70	82,90	-0,60	-0,99	6,00	15,90
Figueira de C. Rodrigo	19,00	382,70	72,90	91,90	-0,61	-1,36	6,50	20,10
Fornos de Algodres	16,80	391,00	65,60	82,30	-1,32	-1,75	4,80	22,30
Gouveia	17,10	435,60	74,40	91,50	-1,09	-1,59	5,10	21,00
Guarda	17,60	235,00	41,30	58,90	-0,88	-0,65	6,20	12,70
Manteigas	14,80	489,10	72,30	87,00	-1,78	-1,71	4,80	21,90
Mêda	15,40	477,10	73,40	88,80	-1,27	-1,51	3,10	18,10
Pinhel	15,10	493,90	74,40	89,50	-1,65	-1,86	3,80	22,40
Sabugal	16,10	589,80	94,70	110,80	-1,63	-2,46	4,10	28,70
Seia	17,30	367,60	63,70	81,00	-1,46	-1,51	4,00	19,20
Trancoso	16,00	421,30	67,60	83,60	-1,32	-1,51	4,90	20,00
Vila Nova de Foz Côa	15,70	425,90	66,80	82,50	-0,25	-1,53	5,10	20,30

Fonte: INE (2023)

3.2 Área dos CSP

Para uma melhor compreensão da área dos CSP da ULS, seguidamente serão abordadas as suas UF e respetivas carteiras de serviço, utentes inscritos e recursos humanos.

3.2.1 Unidades Funcionais

Os CSP da ULS Guarda são prestados em 41 UFs, integradas ou comuns aos 13 centros de saúde. De acordo com o Artigo 38º do Decreto-Lei n.º 52/2022, na sua redação atual, a área dos CSP da ULS inclui as seguintes UFs: USF; UCSP; UCC; Unidade de Saúde Pública (USP); Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP); outras unidades ou serviços, mediante proposta fundamentada. A ULS Guarda dispõe de todas estas tipologias de UFs.

As USF e UCSP são unidades de cuidados personalizados, formadas por médicos, enfermeiros e assistentes técnicos, com autonomia funcional e técnica e desenvolvem a sua atividade com base na contratualização de objetivos. Não obstante ambas terem a mesma área de atuação (prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares), a USF é constituída voluntariamente, através de candidatura. No que diz respeito à contratualização, e para efeitos de cálculo de índices de desempenho, nas USF são considerados todos os utentes com inscrição ativa, enquanto nas UCSP relevam apenas os utentes com médico de família (ACSS, 2023). Distinguem-se também pelo facto de as USF garantirem uma carteira básica de serviços aos cidadãos nelas inscritos (ainda que transitoriamente não tenham médico de família atribuído), e também pela existência de um regime remuneratório e de incentivos financeiros a atribuir aos profissionais que integram as USF modelo B, conforme Decreto-Lei n.º 103/2023.

O Serviço de Atendimento Complementar (SAC) e o Serviço de Atendimento Permanente (SAP) constituem um dos casos de “outras unidades ou serviços”, visto que não estão especificamente previstas no Decreto-Lei n.º 52/2022, na sua redação atual. Destinam-se ao atendimento de utentes em situação de doença aguda que têm os seus médicos de família indisponíveis, ou a

utentes sem médico de família atribuído, ou ainda aos não inscritos na UCSP ou USF do respetivo centro de saúde. As terminologias SAC e SAP diferenciam-se apenas pelo tempo de funcionamento: enquanto o SAC tem horário variável, o SAP funciona 24 hs x 7 dias semana. Estas unidades localizam-se em todos os concelhos, à exceção de Guarda, Seia e Vila Nova de Foz Côa, onde existem serviços de urgência hospitalar.

As UCC são unidades de cuidados de saúde e apoio psicológico e social, com autonomia funcional e técnica e com intervenção domiciliária e comunitária, sendo compostas por equipas multidisciplinares. Através das UCC, os CSP participam na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), constituindo a equipa de cuidados continuados integrados (ECCI), prevista no Decreto-Lei n.º 101/2006, na sua redação atual. Na ULS Guarda estão em funcionamento 10 UCC, sendo que 2 delas abrangem 2 concelhos cada uma (Celorico-Fornos e Guarda-Manteigas). O centro de saúde de Figueira de Castelo Rodrigo, por ainda não dispor de uma UCC, integra uma ECCI de modo a garantir o acesso de seus utentes à RNCCI. No que diz respeito à contratualização, e para efeitos de cálculo de índices de desempenho, nas UCC são considerados todos os utentes com inscrição ativa em UCSP e USF da área de influência da UCC. Na tabela 13 estão patentes as 152 camas domiciliárias ECCI em cada concelho da área de abrangência da ULS Guarda em 31/03/2024.

Tabela 13 – Camas ECCI

Concelho	Camas contratadas
Almeida	10
Celorico da Beira	9
Figueira de Castelo Rodrigo	7
Fornos de Algodres	14
Gouveia	20
Guarda	20
Manteigas	4
Méda	6
Pinhel	13
Sabugal	10
Seia	20
Trancoso	11
Vila Nova de Foz Côa	8
Total	152

Fonte: ULS Guarda

Como define o n.º 9 do Artigo 38.º do Decreto-Lei n.º 52/2022, na sua redação atual, “as USP são unidades com autonomia funcional e técnica, às quais cabe a vigilância epidemiológica, a elaboração de informações e planos no domínio da saúde pública, a gestão de programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população e de grupos específicos, colaborando no exercício de funções de autoridade de saúde e sendo compostas, entre outros profissionais, por médicos de saúde pública, enfermeiros especialistas na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e técnicos superiores das áreas de diagnóstico e terapêutica”. A USP atua também como observatório de saúde e desenvolve a sua atividade em toda a área de abrangência da ULS Guarda.

A sigla URAP, ainda é utilizada no Estatuto do SNS em vigor. Contudo, no seguimento da generalização de ULS no país já foi alterada no Sistema de Dados Mestre (SDM) da ACSS para Serviços Assistenciais Partilhados da ULS Guarda. Integra Assistentes Sociais, Cardiopneumologistas, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Radiologistas, Psicólogos e outros profissionais de saúde que não médicos ou enfermeiros. No caso da ULS Guarda, estes profissionais estão integrados nos respetivos serviços, transversais à ULS. Assim, os profissionais afetos aos CSP formam a Equipa de Recursos Assistenciais Partilhados (ERAP), que presta cuidados de saúde e serviços de consultoria às demais UFs da área dos CSP da ULS Guarda e promove a articulação com os cuidados hospitalares e com outros recursos da comunidade.

O Centro de Diagnostico Pneumológico (CDP) é uma unidade de saúde diferenciada na área da tuberculose que integra profissionais de saúde – médicos, enfermeiros e administrativos. Os médicos são profissionais com experiência na tuberculose conhecendo os protocolos de diagnóstico e tratamento da doença. A existência de unidades de saúde diferenciadas na tuberculose, permite gerir o diagnóstico e tratamento desta doença de forma integrada na comunidade, estabelecendo parcerias de atuação com os CSP, instituições hospitalares e diversas estruturas comunitárias (DGS, 2024). O CDP da Guarda tem como âmbito de atuação a população da área de influência da ULS Guarda (ULS Guarda, 2022).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 15/2024, a Junta Médica de Avaliação de Incapacidade (JMAI) é criada por iniciativa das ULS e é constituída por médicos especialistas, integrando 1 presidente, 2 vogais efetivos e 2 suplentes. A JMAI emite atestados médicos de incapacidade multusos (AMIM) que permite o acesso dos cidadãos que tenham uma perda demonstrada de funcionalidade a benefícios sociais, económicos e fiscais, promovendo assim a sua integração social. As 41 UF da ULS Guarda são apresentadas na tabela 14, por tipologias e concelhos.

Tabela 14 – Unidades Funcionais dos CSP

Centro de Saúde/ concelho	UCSP	USF	UCC	ECCI	SAC	SAP	ERAP	USP	CDP	JMAI
Almeida	Almeida		Almeida		Almeida					
Celorico da Beira	Celorico Beira		Celorico-Fornos		Celorico Beira					
Fornos de Algodres	Fornos de Algodres			Fornos de Algodres						
Figueira de Castelo Rodrigo	Figueira de C. Rodrigo			Figueira de C. Rodrigo		Figueira de C. Rodrigo				
Gouveia	Gouveia		Gouveia		Gouveia					
Guarda	Guarda	A Ribeirinha Carolina Beatriz Ângelo	Guarda-Manteigas		a)					
Manteigas	Manteigas				Manteigas					
Mêda		Mimar Mêda	Mêda		Mêda					
Pinhel	Pinhel		Pinhel		Pinhel					
Sabugal	Sabugal		Sabugal		Sabugal					
Seia	Seia		Seia			b)				
Trancoso	Trancoso		Trancoso		Trancoso					
Vila Nova de Foz Côa	Vila Nova de Foz Côa		Vila Nova de Foz Côa			b)				
TOTAL	12	3	10	1	9	1	1	1	1	2

Fonte: elaboração própria - adaptado de SDM e <https://www.ulsguarda.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-primarios/>

a) concelho dispõe de serviço de urgência médico-cirúrgica (SUMC)

b) concelho dispõe de serviço de urgência básica (SUB)

3.2.2 Carteira de Serviços

As carteiras de serviço das UFs da área dos CSP representam o seu compromisso assistencial nuclear e estão de acordo com os objetivos e o legalmente preconizado para cada tipologia. Optou-se por apresentar a carteira de serviços da UCSP/USF, UCC/ECCI, UCC, de acordo com a terminologia utilizada no SDM. As atividades desenvolvidas pela ERAP, SAC/SAP, CDP e JMAI são de âmbito mais restrito e já especificadas no ponto 3.2.1.

A carteira de serviços da USF e UCSP é comum e no caso da ULS Guarda, são disponibilizados apenas os serviços da carteira básica. A carteira adicional pode ser contratualizada pelas equipas, garantindo, contudo, o compromisso assistencial da carteira básica. No que diz respeito às USF, o Despacho n.º 12456-B/2023 explicita o que deve ser obrigatoriamente contratualizado como fundamental em termos de cuidados de medicina geral e familiar e de enfermagem: núcleo base de serviços clínicos, secretariado clínico/administrativo, funcionamento, dimensão da lista de utentes e formação contínua. Na tabela 15 são apresentados os serviços da carteira básica das UCSP e USF.

Tabela 15 – Carteira de Serviços UCSP e USF

Carteira Básica	Gestão da Saúde	Vacinação
		Saúde Infantil e Juvenil
		Saúde do Adulto e Saúde do Idoso
		Saúde Materna
		Planeamento Familiar
		Cessação Tabágica
	Gestão da Doença Aguda	Atendimento doença aguda na unidade funcional
		Atendimento doença aguda no domicílio
		Atendimento doença aguda por telefone (ou por outros canais n pres.)
	Gestão da Doença Crónica	Diabetes Mellitus
		Hipertensão arterial
		Doenças cardiovasculares
		Doenças respiratórias crónicas
		Depressão, ansiedade e outras doenças mentais
Doenças osteoarticulares		
Domicílios programados a doentes dependentes		
Gestão de outras doenças crónicas		
Outros serviços	Tratamentos de Enfermagem	
Carteira Adicional	Serviços Adicionais	Alargamento de horário
		Colaboração com outras unidades funcionais
		Participação nas escalas de SAC ou SAP
		Consultas a utentes s/ emédico (geral, s. infantil, s. mulher e d. crónica) <input type="checkbox"/>
		Atividade sazonal
		Consulta intensiva de cessação tabágica
		Pequena cirurgia (utentes de outras UF)
Outros tipos de serviços (utentes de outras UF)		

Fonte: SDM (2024)

O compromisso assistencial da UCC é constituído pela prestação de cuidados constantes da carteira de serviços, elaborada segundo os princípios do Regulamento da Organização e Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade, aprovado pelo Despacho n.º 10143/2009. Os cuidados de saúde prestados pela UCC devem ser definidos considerando o diagnóstico de saúde da comunidade e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) e devem estar em articulação com as USF, UCSP, a USP e com RNCCI, através da equipa coordenadora local. Na tabela 16 é apresentada a carteira de serviços das UCC.

Tabela 16 – Carteira de Serviços UCC

Gestão da Saúde	Criança e adolescência <input type="checkbox"/>
	Saúde reprodutiva
	Saúde do adulto e do idoso
	Saúde escolar
	Outros programas de gestão da saúde
Gestão da Doença	Cuidados continuados integrados
	Reabilitação e fisioterapia
	Saúde mental
	Abordagem paliativa
	Gestão de outras doenças crônicas
Outras atividades	Participação na Equipa Local de Intervenção Precoce
	Apoio a Crianças e Jovens em Risco
	Participação no Núcleo Local de Inserção Social
	Participação na Equipa de Prevenção da Violência em Adultos <input type="checkbox"/>
	Colaboração com outras unidades funcionais

Fonte: SDM (2024)

A ECCI quando não integrada em UCC, como é o caso do centro de saúde de Figueira de Castelo Rodrigo, deve assegurar a carteira de serviço patente na tabela 17.

Tabela 17 – Carteira de Serviços ECCI

Gestão da Doença	Cuidados continuados integrados
	Reabilitação e fisioterapia
	Abordagem paliativa

Fonte: SDM (2024)

O Decreto-Lei n.º 81/2009, na sua redação atual, estabelece para os serviços operativos de saúde pública um modelo organizacional e técnico flexível, com vista a garantir de forma célere e eficaz a proteção da saúde das populações. Os serviços de natureza operativa de saúde pública são criados em função da dimensão populacional residente na área respetiva de intervenção, dando intervir no âmbito das operações essenciais de saúde pública, nos termos da OMS. As competências dos serviços de natureza operativa de saúde pública integram o exercício do poder de autoridade de saúde, no cumprimento da obrigação do Estado de intervir na defesa da saúde pública.

A USP é composta, entre outros profissionais, por médicos de saúde pública, enfermeiros especialistas na área de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública e técnicos superiores das áreas de diagnóstico e terapêutica, tendo a carteira de serviços apresentada na tabela 18.

Tabela 18 – Carteira de Serviços USP

Serviços Gerais	Observação do estado de saúde da população
	Vigilância epidemiológica e resposta às emergências em saúde pública <input type="checkbox"/>
	Atividades da autoridade de saúde
Proteção da Saúde	Vacinação (gestão do programa)
	Saúde ambiental
	Qualidade e segurança alimentar
	Sanidade internacional
	Consulta do viajante
Promoção da Saúde	Educação para a saúde, literacia e autocuidado
	Saúde escolar
	Promoção de estilos de vida saudáveis
	Promoção de ambientes saudáveis
	Saúde oral

Fonte: SDM (2024)

3.2.3 Utentes Inscritos

Será aqui considerado o conceito de inscrição ativa, visto ser muito relevante na generalidade dos indicadores de contratualização com os CSP, pois os utentes apenas são contabilizados, enquanto utentes inscritos, no numerador e denominador, se tiverem este tipo de inscrição. De acordo com o Despacho n.º 1668/2023, que define as regras de organização e os mecanismos de gestão referentes ao Registo Nacional de Utentes (RNU), assim como as regras de registo do cidadão no SNS e de inscrição nos CSP, o conceito de inscrição ativa não inclui utentes esporádicos e tão pouco os utentes não frequentadores, que conforme o conceito 127 da (Especificação de Conceito Não Frequentadores [SDMNF], 2024), são os utentes que embora tenham inscrição ativa, não tiveram nos últimos 5 anos, cumulativamente: qualquer consulta nos CSP e tão pouco episódios hospitalares em qualquer instituição do SNS; registo de dispensa de medicamentos em farmácia de oficina; vacina registada no e-Vacinas; contactos no SNS24.

De acordo com Decreto-Lei n.º 103/2023, as listas de utentes inscritos em cada médico são ponderadas por aplicação de fatores, consoante a faixa etária. Multiplica-se pelo fator 1,5 o número de crianças dos 0 aos 6 anos de idade; pelo fator 2, os adultos entre os 65 e os 74 anos; pelo fator 2,5 os adultos com idade igual ou superior a 75 anos. O conceito de unidades ponderadas foi atualizado, passando a ponderar as listas de utentes também pelo risco individual de cada utente, privilegiando as populações vulneráveis que têm maiores e mais complexas necessidades em saúde. O nível de complexidade dos utentes é calculado por um algoritmo de ajustamento e ponderação do risco de cada utente, para prever a carga de trabalho assistencial necessária para garantir cuidados tendo em conta a idade, o género, as condições socioeconómicas, o ciclo de vida, a morbilidade e o contexto de exercício da equipa multiprofissional. As inscrições de utentes nos CSP apenas podem ser realizadas em UFs do tipo UCSP ou USF. O número de utentes inscritos em cada UCSP e USF da ULS Guarda, em 31/03/2024, é apresentado na tabela 19.

Tabela 19 – Utentes inscritos nas UCSP e USF da ULS Guarda

UCSP / USF	Inscritos ativos	Unidades Ponderadas	Faixa etária			
			00_06	07_64	65_74	≥ 75
UCSP Almeida	6.137	9.607,0	175	3.354	1.059	1.549
UCSP Celorico da Beira	7.580	10.929,5	285	4.786	1.113	1.396
UCSP Figueira de Castelo Rodrigo	5.090	7.657,5	202	2.973	812	1.103
UCSP Fornos de Algodres	5.179	7.613,0	206	3.167	756	1.050
UCSP Gouveia	12.978	19.428,0	494	7.635	2.141	2.708
UCSP Guarda	19.396	26.105,0	940	13.497	2.399	2.560
UCSP Manteigas	3.016	4.504,0	125	1.751	569	571
UCSP Pinhel	8.398	12.559,5	279	5.001	1.310	1.808
UCSP Sabugal	9.633	15.172,0	340	5.177	1.610	2.506
UCSP Seia	21.354	31.206,0	839	13.039	3.563	3.913
UCSP Trancoso	8.078	11.907,0	314	4.909	1.221	1.634
UCSP Vila Nova de Foz Côa	5.933	8.739,5	220	3.595	961	1.157
USF a Ribeirinha	13.418	17.671,5	619	9.623	1.640	1.536
USF Carolina Beatriz Ângelo	9.283	13.211,0	442	5.914	1.367	1.560
USF Mimar Mêda	4.726	7.090,0	161	2.788	764	1.013
Total	140.199	203.400,5	5.641	87.209	21.285	26.064

Fonte: RNU (31/03/2024)

Na tabela 20 são apresentados os números de utentes sem médico de família atribuído, bem como as taxas de cobertura de médico de família em cada concelho.

Tabela 20 – Taxa de cobertura de médico de família

UCSP / USF	Inscritos ativos	Sem médico	TX cobertura
UCSP Almeida	6.137	2.290	62,7%
UCSP Celorico da Beira	7.580	75	99,0%
UCSP Figueira de Castelo Rodrigo	5.090	2.520	50,5%
UCSP Fornos de Algodres	5.179	19	99,6%
UCSP Gouveia	12.978	706	94,6%
UCSP Guarda	19.396	1.032	94,7%
UCSP Manteigas	3.016	1.971	34,6%
UCSP Pinhel	8.398	23	99,7%
UCSP Sabugal	9.633	2.699	72,0%
UCSP Seia	21.354	3.384	84,2%
UCSP Trancoso	8.078	956	88,2%
UCSP Vila Nova de Foz Côa	5.933	536	91,0%
USF a Ribeirinha	13.418	0	100,0%
USF Carolina Beatriz Ângelo	9.283	36	99,6%
USF Mimar Mêda	4.726	954	79,8%
Total	140.199	17.201	87,7%

Fonte: RNU (31/03/2024)

3.2.4 Recursos Humanos

Em 31/03/2024 os recursos humanos da área dos CSP da ULS Guarda totalizavam 583,6 ETC, conforme apresentado na tabela 21, por grupo profissional e por tipo de UF ou serviço.

Tabela 21 – RH ETC CSP – 31/03/2024

Unidade Funcional/Serviço	Dirigente	Médico	Enfermagem	TSDT	TSS	TS	AT	AO	Méd. Inter-nos	Ou-tros	TOTAL
Unidade de Gestão de Departamento de CSP	2,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	4,0
Gabinete do Cidadão	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	1,0	0,0	0,0	1,0	2,9
Unidade de Saúde Pública	0,0	4,2	5,0	17,0	0,0	1,0	3,2	0,0	6,0	0,0	36,4
Serviços Assistenciais Partilhados	0,0	0,0	0,0	10,8	2,8	4,7	0,0	0,0	0,0	0,0	18,3
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	0,0	62,4	85,6	0,0	0,0	0,0	71,2	78,7	8,0	5,0	310,9
USF modelo B	0,0	16,8	19,0	0,0	0,0	0,0	12,0	9,0	18,0	0,0	74,8
Unidade de Cuidados na Comunidade	0,0	0,3	32,0	2,7	0,5	3,0	0,3	0,0	0,0	0,0	38,8
Equipa Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Serviço de Atendimento Complementar	0,0	0,6	45,6	0,0	0,0	0,0	2,3	43,7	0,0	1,0	93,2
Centro de Diagnóstico Pneumológico	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,0
Equipa Coordenadora Local - RNCCI	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
Juntas Médicas de Avaliação das Incapacidades	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	2,3
Agrupamento de Centros de Saúde - Inespecifico	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Total	2,0	84,6	188,0	30,7	3,3	9,7	95,0	131,4	32,0	7,0	583,6

Fonte: SDM_RH (2024)

Capítulo 4 - Contratualização

4.1 Contratualização em Saúde

Para a DE-SNS (2023), o processo de contratualização é uma forma de relacionamento entre financiadores e prestadores, assente numa filosofia contratual, que envolve a clarificação da relação entre o financiamento atribuído e os resultados esperados e regendo-se pelos termos contratuais definidos no contrato-programa.

De acordo com a OMS (WHO, 1998) o modelo de contratualização em saúde é o sistema de prestação de serviços de saúde que envolve contratos entre três partes distintas: (1) os beneficiários (utentes); (2) os titulares de fundos ou compradores (organismos financiadores dos serviços de saúde), que agem em nome dos beneficiários; e (3) os prestadores de serviços. Os benefícios ou serviços são fornecidos aos utentes. Os pagamentos contratuais aos prestadores são efetuados sob a forma de capitação, ou preço por serviço, ou por outro meio. O modelo de contrato é normalmente administrado de acordo com regulamentos legalmente aplicáveis.

Para Escoval (2010) a relação que envolve as três partes do modelo de contratualização em saúde corresponde ao conceito de “agência”, visto que por se tratar *da relação de um grupo ou sociedade com os serviços de saúde, essa transferência de responsabilidades requer, para ser efetiva, a intervenção de uma terceira entidade que crie as interdependências necessárias à sua boa concretização. É essa problemática que constitui a característica central da relação agência, em que os prestadores, ou uma terceira entidade, desempenham o papel de agente, em nome e no interesse dos utilizadores ou da sociedade.*

De acordo com (Antunes, *et al.*, 2011), no processo de contratualização em saúde, a relação entre financiador e prestadores, aproxima-se das noções da Nova Gestão Pública, como sejam, as relações contratuais, a definição clara de papéis, a responsabilização das partes envolvidas e a maximização dos objetivos de eficiência, eficácia e economia.

Os dispositivos de contratualização representam um dos principais mecanismos de prestação de contas nos sistemas de saúde mais avançados (Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS], 2001). O processo de contratualização “assegura o equilíbrio desejado entre a autonomia e a responsabilização das unidades de saúde”, constituindo-se como um processo complexo e muito exigente para todas as partes envolvidas (OPSS, 2012).

Em Portugal, o processo de contratualização teve início em 1996 com a instituição da primeira agência de contratualização, na Administração Regional de Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo, seguida pela criação de outras quatro agências, uma em cada região de saúde, ao longo dos anos de 1997 e 1998 (OPSS, 2001).

A contratualização com os CSP em Portugal evoluiu desde 1997, quando teve início a experiência no campo de ação das agências de contratualização e a criação do regime remuneratório experimental, que vigorou entre 1999 e 2005. A Sub-Região de Setúbal contratualizou com os seus Centros de Saúde em 2003-2004 e em 2006 a ARS Alentejo desenvolveu um processo de contratualização com os Centros de Saúde das Sub-Regiões de Saúde (SRS) de Beja e Évora (GT-CSP, 2009).

Na área dos cuidados hospitalares, o processo de contratualização em Portugal começou formalmente em 1997 com a implementação de contratos-programa entre as agências de contratualização e hospitais do SNS. Os primeiros hospitais contratualizaram ainda em 1997 e ajudaram a estabelecer o modelo de contratualização que seria posteriormente expandido para todo o país. As primeiras experiências de contratualização procuraram calcular a produção esperada dos hospitais a partir da sua capacidade instalada (OPSS, 2001). De acordo com Valente (2010), na tentativa de consolidação do processo de contratualização, inicialmente deu-se o desenvolvimento de projetos específicos para a redução das listas de espera para consultas, exames e cirurgias.

As cláusulas contratuais gerais dos contratos-programa celebrados entre o Ministério da Saúde e os hospitais do sector empresarial do Estado foram aprovadas pelo Despacho n.º 721/2006, tendo como principais linhas de produção o internamento, a cirurgia de ambulatório, a consulta externa, a urgência, o hospital de dia, a radioterapia e o serviço domiciliário. Para além destas, eram ainda consideradas linhas referentes a produção de baixo volume, muito variável e muito específica. Esta moldura manteve-se ao longo dos anos e atualmente o contrato programa da ULS, no que diz respeito à atividade hospitalar, considera, também, linhas de produção na área dos rastreios, sessões de radioncologia e de quimioterapia. O Despacho n.º 721/2006 previa que os contratos-programa deviam estabelecer os objetivos, as metas qualitativas e quantitativas da atividade produzida, os preços e os indicadores de avaliação de desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes, bem como implementar, um programa de monitorização e avaliação de indicadores de resultados da atividade assistencial.

No que diz respeito aos cuidados continuados, a RNCCI está implementada desde 2006, com a publicação do Decreto-Lei n.º 101/2006. De acordo com Escoval *et al.* (2016), trata-se de um modelo alicerçado numa lógica da separação de funções (compra/prestação) através da contratualização de serviços e a descentralização das responsabilidades de âmbito territorial. O planeamento da compra de serviços foi desenvolvido em dois planos de implementação, num modelo de financiamento partilhado e intersectorial entre o Ministério da Saúde e o Ministério Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. De acordo com o Decreto-Lei n.º 101/2006, os encargos decorrentes do funcionamento das respostas da Reda RNCCI são repartidos pelos sectores da saúde e da segurança social em função da tipologia dos cuidados prestados. O Ministério da Saúde tem a responsabilidade pelas unidades de convalescença e as equipas de gestão de altas, e no caso das unidades públicas o respetivo financiamento está incluído no contrato-programa celebrado com ULS. As unidades de média duração e reabilitação e de longa duração e manutenção, as unidades de dia e as equipas prestadoras de cuidados continuados

integrados são da responsabilidade dos dois sectores em função da natureza dos cuidados prestados. De acordo com os Termos de Referência 2024 (DE-SNS, 2023), um dos objetivos específicos do processo de negociação da contratualização 2024 com as ULS é o de *fortalecer a coordenação entre os CSP, as equipas de gestão de altas hospitalares e as respostas da RNCCI, assegurando o acompanhamento dos utentes que necessitem de cuidados após a alta, com o objetivo de garantir a continuidade da prestação e a gestão eficiente dos serviços hospitalares.*

Em 2007, as agências de contratualização foram substituídas pelos Departamentos de Contratualização, integrados em cada uma das cinco ARS, com competências para participarem na definição dos critérios de financiamento, apresentarem propostas de afetação de recursos financeiros e procederem ao acompanhamento da execução dos contratos-programa (Tribunal de Contas, 2009).

Afonso (2010) menciona que a atribuição da função de contratualização às ARS, através da formalização dos Departamentos de Contratualização, representou “um avanço em relação à história da contratualização no SNS”. As antigas agências de contratualização, que foram extintas e enfrentavam dificuldades, atuaram sem a definição expressa de recursos e responsabilidades expressamente definidas. No entanto, os Departamentos de Contratualização passaram a ter uma função quase exclusivamente financeira, centrada na alocação de recursos, o que representou uma perda significativa da componente de empoderamento do cidadão, que estava prevista no despacho normativo que criou as agências.

Os Termos de Referência 2024 (DE-SNS, 2023), ajustou o processo de contratualização à nova realidade do SNS, onde todas as organizações de saúde estão constituídas em ULS, à exceção dos 3 IPO. Com a extinção das cinco ARS, a contratualização passou a ser realizada entre as ULS ou IPO e a DE-SNS. Assim, o processo de contratualização com as ULS, para o ano 2024, privilegia a prestação integrada dos cuidados de saúde, com base nos CSP e na capacidade para gerir o estado de saúde da população, garantindo um nível adequado e efetivo de prestação dos cuidados de saúde. O processo de contratualização incorpora uma filosofia de compromisso e uma prática assistencial e gestonária integrada. Esta abordagem está fundamentada na construção de um quadro de referência para a produção e desempenho, que responde adequadamente às necessidades da população servida pela ULS, assegurando um compromisso assistencial ajustado e centrado no utente e nas suas necessidades de saúde.

O processo de contratualização com as ULS está assente em um modelo de financiamento baseado na capitação, ajustado pelo risco, pelos fluxos e pela diferenciação das entidades, que captura as principais variáveis da estrutura de custos das instituições. Este modelo também visa fomentar a investigação através de novos ensaios clínicos. O objetivo é promover a gestão da saúde das populações e, simultaneamente, aumentar a previsibilidade das receitas provenientes da prestação de cuidados pelas entidades. O processo de contratualização com as ULS, em 2024, inclui ainda a atribuição de incentivos institucionais no valor de 10% do contrato programa, sendo 7% no próprio ano e possibilidade de majoração do valor total do contrato programa, em até 3%,

de acordo com o resultado da avaliação dos indicadores considerados no cálculo dos incentivos institucionais. Pretende-se que o desempenho medido através de indicadores venha incluir o estado de saúde da população, consolidando o foco desta abordagem nos utentes e no valor em saúde criado (DE-SNS, 2023). Esta preocupação foi manifestada por Sakellarides (2020) ao referir que a experiência internacional demonstra que uma contratualização com forte base quantitativa (metas e indicadores de desempenho) é insuficiente para conseguir o desempenho desejado. O autor aponta para a necessidade de introdução de um processo qualitativo conjunto entre financiadores, gestores e prestadores de cuidados.

4.2 Contratualização em CSP

De acordo com Matos, *et al.* (2010), os compromissos assumidos em sede de contratualização externa devem ser transpostos para dentro da organização e desagregados pelos diferentes níveis de gestão, através da contratualização interna. Para os autores, esta gestão estratégica permite alcançar um alinhamento cada vez maior entre os objetivos contratualizados externamente e a missão das instituições de saúde. Desta forma, a contratualização interna impulsiona a implementação da estratégia da organização, visto que favorece uma maior execução dos objetivos contratualizados externamente.

O processo de contratualização interna com os CSP consolidou-se em 2007, ano seguinte ao arranque das primeiras dez Unidades de Saúde Familiar (USF). Tendo em conta que os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) apenas foram constituídos em 2008, seguindo-se uma fase de consolidação, o processo de contratualização foi realizado diretamente entre as ARS e as USF até 2010. Afonso (2010) refere que devido ao facto de a prática da contratualização estar *associada à existência de autonomias que permitam o controlo dos processos de contratualização e à informatização da informação em análise, considerou-se prudente não contratualizar, naquela fase, com os Centros de Saúde.*

4.2.1 Contratualização Externa em CSP

Na sequência da publicação do Decreto-Lei n.º 28/2008, que veio reorganizar os CSP em ACeS, surgiram desafios em termos de contratualização e acompanhamento, decorrentes da experiência adquirida com as USF. Tornou-se, então, necessário proceder ao desenvolvimento da contratação de cuidados de saúde com os recém-criados ACeS, através do desenvolvimento do contrato-programa e, posteriormente, com as respetivas UF, através de cartas de compromisso. A título experimental, no ano 2010, foram implementados dois instrumentos previsionais junto dos ACeS: Plano de Desempenho e Contrato-Programa, que refletiam a necessidade de promover a autonomização e responsabilização dos prestadores para uma melhor resposta às necessidades em saúde das populações (ACSS, 2010). O Plano de Desempenho era uma ferramenta essencialmente de monitorização e acompanhamento, com prioridades assistenciais definidas para o ano em causa. O contrato programa, por sua vez, era outorgado entre o ACeS e a respetiva ARS, devidamente alinhado com o definido no Plano de Desempenho, contudo não estabelecia incentivos institucionais para o ACeS pelo cumprimento dos objetivos e metas assistenciais

expressas. A Metodologia de Contratualização CSP 2012 (ACSS, 2012) refere que a partir de 2011 os ACeS passaram a contratualizar diretamente com as ARS, no processo hoje designado por contratualização externa. Apenas a partir do ano contratual 2013 houve lugar a incentivos institucionais para o ACeS, atribuídos nos casos de IDG igual ou superior a 75%.

De acordo com o estabelecido no Artigo 42º-A do Decreto-Lei n.º 102/2009, os ACeS integrados em ULS, seguem, “com as necessárias adaptações, o regime de organização e funcionamento previsto” para os restantes ACeS, aplicando-se esta premissa ao modelo de contratualização. Os contratos programa das ULS não previam qualquer tipo de incentivos institucionais, mas por outro lado estabeleciam penalizações pela inobservância dos objetivos institucionais de qualidade e eficiência e pelo incumprimento dos serviços hospitalares contratados. Não havendo objetivos institucionais na área dos CSP, os ACeS integrados em ULS não contribuíam para eventuais penalizações das ULS (ACSS, 2009). A partir do ano contratual 2012 o incumprimento dos objetivos para os CSP integrados em ULS passaram a contar para as penalizações da ULS. No ano 2013, 3% do valor do contrato-programa das ULS, estavam afetos ao cumprimento de objetivos de qualidade para os CSP. Nos anos 2014 e 2015, os 3% dos CSP passaram a estar alinhados com a contratualização efetuada a nível nacional com o ACeS. A partir de 2016 o cumprimento dos objetivos dos CSP passou a corresponder a 4% do valor do contrato programa da ULS.

No ano 2017 deu-se uma grande alteração ao modelo de contratualização externa dos CSP, integrados ou não em ULS: foi introduzida a matriz multidimensional para a contratualização do ACeS, com áreas, subáreas e dimensões; para todos os indicadores utilizados na área de desempenho assistencial foram definidos os "intervalos esperados" e a "variação aceitável"; os resultados de cada indicador passaram a ser valorizados em *scores*, com base em algoritmos, para a valorização dos IDS de cada área, subárea a dimensão; utilizou-se a plataforma SICA-ACeS, atendendo a que a plataforma eletrónica do Plano de Desempenho do ACeS (PD-ACeS), no Portal BI-CSP, apenas ficou disponível no ano 2018. A partir de 2018, a componente de incentivos associados ao cumprimento de objetivos dos CSP (4% do contrato programa), passou a ser avaliada através do resultado do IDG dos ACeS, de acordo com a contratualização dos CSP.

Finalmente, em 2024, com a generalização do modelo ULS, a contratualização externa dos CSP passou a ter um outro paradigma, deixando de existir a plataforma PD-ACeS e a necessidade de submissão de um plano de desempenho específico para os CSP. De acordo com os Termos de Referência 2024, a negociação da atividade da ULS passa a englobar a componente da prestação de CSP, com um quadro mínimo de produção ao nível de consultas médicas presenciais e não presenciais, consultas de enfermagem, visitas domiciliárias médicas e de enfermagem e ainda consultas de outros profissionais. Contudo, o não cumprimento do mínimo acordado para a produção dos CSP não se traduz em penalizações para a ULS. No entanto, os objetivos de desempenho e eficiência (acesso, qualidade assistencial, desempenho económico-financeiro e integração de cuidados), representam 10% do contrato programa da ULS, sendo 7% no próprio ano e 3% no ano n+1, por cumprimento dos mesmos. O peso dos CSP nos objetivos de

desempenho e eficiência (índices de desempenho das subáreas: acesso; gestão da saúde; gestão da doença; qualificação da prescrição; integração de cuidados) representa em 2024, 33% do total dos incentivos institucionais de desempenho da ULS, distribuídos conforme assinalado na tabela 22.

Tabela 22 – Objetivos para as ULS – ano 2024

1. Cuidados de Saúde	Ponderações (%)
A. Acesso	30
A.1 Índice de Desempenho da Sub-área Acesso	15
A.2 Percentagem de pedidos em Lista de Espera para Consulta (LEC) dentro do TMRG	7,5
A.3 Percentagem de utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) dentro do TMRG	7,5
B. Qualidade Assistencial	30
B.1 Índice de Desempenho da Sub-área Gestão da Saúde	5
B.2 Índice de Desempenho da Sub-área Gestão da Doença	5
B.3 Índice de Desempenho da Sub-área Qualificação da Prescrição	5
B.4 Percentagem de reinternamentos em 30 dias, na mesma grande categoria de diagnóstico	2
B.5 % de cirurgias em ambulatório, para procedimentos tendencialmente ambulatorizáveis	2
B.6 Percentagem de cirurgias da anca efetuadas nas primeiras 48 horas	2
B.7 Demora média ajustada	2
B.8 Demora média antes da cirurgia	1,5
B.9 Valor em saúde na cirurgia de catarata	1,5
B.10 Número de ensaios clínicos iniciados no ano	1,5
B.11 % de doentes saídos em hospitalização domiciliária (GDH) no total de doentes saídos (GDH)	1,5
B.12 % cons. hospital. descentr., domic. saúde mental na comum. no total de cons. hosp. realiz	1
2. Desempenho Económico-Financeiro	15
C.1 Gastos operacionais por residente	3
C.2 Doente Padrão por médico ETC	3
C.3 Doente Padrão por Enfermeiro ETC	3
C.4 % gastos com TE, suplementos e FSE (selecionados) no total de gastos com pessoal	3
C.5 EBITDA	3
3. Integração de Cuidados	25
D.1 Índice de Desempenho da Sub-área Integração de Cuidados	3
D.2 % população rastreada no RCCU no total de população inscrita elegível	3
D.3 % população rastreada no RCCR no total de população inscrita elegível	3
D.4 Percentagem de utilizadores frequentes do SU (> 4 episódios no ano)	3
D.5 Percentagem de episódios triados com cor verde, azul ou branca no SU	3
D.6 Tx intern. amputação de membro inferior em pessoas DM (ajust. pop. padrão) (ID 360)	2
D.7 Tx intern. evitáveis pop. adulta (ajustada para uma população padrão) (ID 365)	3
D.8 Prop.cons. psic., nutr. e medic. dentária referenciadas por MGF/HH, realiz. < 90 dias	3
D.9 Avaliação do nível de satisfação dos utentes	2

Fonte: DE-SNS (2023)

Assim, o peso dos CSP nos objetivos da ULS já não é o IDG, como um todo, mas apenas os índices de desempenho das subáreas que compõem a área do desempenho assistencial, com diferentes ponderações, valorizando o acesso dos utentes aos CSP.

A reestruturação do SNS, a partir do ano 2024, quando todas as organizações de prestação de cuidados de saúde (à exceção dos IPO) adotaram o modelo de organização e funcionamento em ULS, com natureza de EPE, trouxe consigo a oportunidade de um processo de contratualização único, que abarca todos os níveis de cuidados prestados em uma ULS. Embora possa parecer lógico que assim seja, não o era até 2023, quando a contratualização hospitalar das ULS acontecia em um espaço temporal anterior à contratualização com os CSP (ACSS, 2023).

4.2.2 Contratualização Interna em CSP

A Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 criou a Missão para os CSP, para a “condução do projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das USF”, com atribuição para estabelecer, em articulação com as ARS, os termos de referência para a contratualização e painel de indicadores de monitorização das atividades das carteiras básica e adicional de serviços, bem como para a contratualização com as associações de centros de saúde (futuros ACeS) e destas com as USF e outras UF.

O processo de contratualização interna nos CSP teve início em 2006, com as USF que começaram a sua atividade até 2 de outubro de 2006 (inclusive). Estavam assim reunidas as condições para o início da contratualização interna nos CSP, entre os ACeS e as suas UF, para além das USF: em 2011 com as UCSP; em 2012, através de experiências piloto, com as UCC; em 2017 com as USP e com as URAP (ACSS, 2017). A partir do ano 2019, o processo de contratualização externa e interna passou a ser desmaterializado para todas as UF, através do Portal BI-CSP (ACSS, 2018).

O modelo de contratualização com os CSP tem evoluído, passando de um enfoque demasiado centrado num número limitado de indicadores e metas de processo para um modelo orientado para a melhoria contínua de qualidade e para a obtenção de resultados de saúde (OPSS, 2018).

Efetivamente, em 2017 o processo de contratualização foi estrategicamente alterado, com um novo modelo conceptual que retirou o foco da negociação de metas de indicadores estabelecidos, para a obtenção de resultados em saúde, tendo em conta as boas práticas, a gestão dos percursos integrados em saúde e o desempenho das organizações. Os ACeS e suas UF passaram a ser orientados no sentido de desenvolver a sua atividade considerando as respetivas matrizes multidimensionais, com ponderações associadas a cada área, subárea ou dimensão. Ao invés da negociação de indicadores e suas metas, evoluiu-se para a sua monitorização e avaliação contínuas, pelo que a principal utilidade do indicador passou a ser a demonstração da sua evolução (ACSS, 2017).

No ano 2024, quando todos os ACeS passaram a estar integrados em ULS, ficou estabelecido que a negociação da contratualização interna das UF é baseada na discussão do plano de ação, centrada no plano de melhoria em áreas específicas, sendo operacionalizada pela matriz multidimensional da atividade destas unidades, através da ferramenta de gestão do PAUF, disponível no Portal BI-CSP. A operacionalização da contratualização dos CSP 2024, prevê tarefas para cada uma das etapas do processo de contratualização interna, que comporta fases distintas: preparação; negociação; carta de compromisso; acompanhamento; avaliação; incentivos institucionais; acompanhamento externo (DE-SNS, 2024).

O processo de preparação para a contratualização interna constitui uma fase essencial na dinâmica da equipa. Neste espaço, procede-se à autoavaliação do Plano de Ação Triannual, à análise dos resultados obtidos no ano transato, bem como à reflexão e ao planeamento para o ano

subsequente. O estágio de desenvolvimento organizacional das equipas dos CSP favorece uma reflexão aprofundada e catalisadora do crescimento da equipa. O Conselho de Administração da ULS, os coordenadores e os conselhos técnicos das UF, devem incentivar a implementação de estratégias de *benchmarking*, assente na premissa de que os desafios enfrentados pelas UF são frequentemente comuns e transversais, tornando a partilha de soluções uma abordagem eficaz para a sua resolução (DE-SNS, 2024).

De acordo com a DE-SNS (2024), processo de contratualização interna da UF é alicerçado na discussão e negociação do PAUF, tendo como enquadramento as necessidades em saúde e oportunidades de melhoria identificadas e priorizadas pelas UF. Este processo assegura que todas as partes envolvidas contribuem para a adaptação contínua e a melhoria das atividades da UF, promovendo um ciclo de avaliação e planeamento que fortalece a eficácia e a eficiência organizacional. Os PAUF são delineados para um horizonte temporal de três anos e devem ser entendidos como um conjunto de planos de melhoria, direcionados para áreas específicas do desempenho das equipas, sendo estes contratualizados anualmente. Desta forma, todo o processo de contratualização interna deve ser visto como um processo contínuo de melhoria da qualidade. A ULS e cada UF investem em áreas específicas a cada novo ciclo de contratualização, promovendo assim uma melhoria constante na qualidade dos serviços prestados. De maneira integrada, busca-se fortalecer o compromisso interno das equipas com os planos de melhoria delineados, com o intuito de responder de forma mais eficaz às necessidades de saúde da população, bem como reforçar o compromisso das instituições para garantir a disponibilidade do apoio e dos recursos necessários à sua implementação. Os planos de melhoria devem englobar a identificação dos problemas de saúde, a definição dos objetivos, a descrição das atividades essenciais para o processo de melhoria, o cronograma detalhado de implementação e os métodos de avaliação.

A DE-SNS (2024) refere que a carta de compromisso constitui um instrumento formal anual que delinea o acordo entre a UF e a ULS. A assinatura deste documento é essencial para a gestão eficiente e transparente das UF, abrangendo os seguintes elementos fundamentais: compromisso assistencial (número de utentes a serem atendidos e as unidades ponderadas, que refletem o nível de complexidade e volume de trabalho, ajustando-se ao compromisso assistencial da unidade); compromisso de recursos disponíveis e alocados (estabelece os recursos humanos, materiais e financeiros que devem ser disponibilizados e alocados à UF para assegurar o cumprimento das suas funções e objetivos); compromisso de resultados (IDE, para as UCSP e USF e IDG para as UCC); valor dos incentivos institucionais e outras metas acordadas. A Carta de Compromisso é um documento vital para a governação clínica das UF, pois estabelece de forma clara os objetivos, recursos e resultados esperados. Este acordo formaliza o compromisso das partes envolvidas, promovendo a *accountability* e a eficiência na prestação de cuidados de saúde. Além disso, ao incluir a carteira adicional de serviços, assegura-se que a UF se adapta às necessidades específicas da sua população, melhorando assim a qualidade e a abrangência dos cuidados prestados.

Para a DE-SNS (2024) o acompanhamento da contratualização vai além da simples disponibilização de informações, envolvendo também o apoio e suporte necessários para que as equipas possam cumprir os seus planos de melhoria. Este acompanhamento deve ocorrer de forma estruturada e regular, sendo idealmente realizado pelos órgãos de gestão da ULS, pelo menos a cada três meses. Dessa forma, garante-se uma avaliação contínua e a possibilidade de fazer os ajustes necessários para alinhar os planos aos objetivos estabelecidos. Esta avaliação é crucial para assegurar e melhorar a qualidade dos serviços prestados. O acompanhamento e a monitorização contínua do desempenho e da qualidade organizacional das ULS são fundamentais para garantir a eficácia e eficiência dos serviços prestados. Através de ferramentas e plataformas eletrónicas, é possível manter um processo transparente e responsável, promovendo a melhoria contínua e a excelência nos serviços de saúde pública.

A DE-SNS (2024) estabelece que a avaliação é realizada utilizando as métricas e indicadores definidos na matriz de indicadores dos CSP, materializando-se através da apuração de diferentes índices, conforme o tipo de UF: para a UCSP e USF, a avaliação será baseada no IDE e na tabela dos incentivos institucionais; para a UCC, a avaliação incluirá o Índice de Desempenho do Plano de Ação (IDPA), que resulta do cálculo da matriz do desempenho do plano de ação das UCC e o IDG corrigido com o Índice de Perturbação do Desempenho Assistencial⁴ (IPDA). Estas métricas permitem uma análise detalhada e específica do desempenho das diferentes UFs, garantindo uma abordagem personalizada e ajustada às particularidades de cada uma.

Os incentivos institucionais são um mecanismo que, no contexto de um processo de gestão orientada por objetivos, tal como o processo de contratualização nos CSP, reconhecem o nível de desempenho alcançado pelas UF. Contudo, por força do determinado no Artigo 8º da Portaria n.º 411-A/2023, de 5 de dezembro, os incentivos institucionais, na área da contratualização interna, são atribuídos exclusivamente às UCSP e às USF-B. Enquadrados em um processo de contratualização que incorpora uma estratégia de melhoria contínua e assegura a resposta adequada às necessidades de saúde da população, os incentivos institucionais destinam-se a fomentar ambientes motivadores para os profissionais de saúde. Este objetivo é alcançado através da melhoria do contexto físico de trabalho e do fortalecimento das competências profissionais, facilitado pelo acesso a ações de formação. Os critérios e procedimentos para o cálculo dos incentivos institucionais, bem com os valores dos incentivos estão detalhados nos Anexos II e III, respetivamente (DE-SNS, 2024).

⁴ O IPDA é um índice que valoriza diversas características de contexto das UF, como sejam a densidade populacional, a distância ao hospital mais próximo, a percentagem de inscritos com insuficiência económica, as ausências de elementos da equipa, os rácios entre utentes e profissionais, entre outros. Materializa-se num valor que pode variar entre 0 e 100%. Quanto maior for o valor do IPDA mais adverso é o contexto de trabalho da UF (ACSS, 2023).

Capítulo 5 - Metodologia

Neste capítulo será abordada a metodologia utilizada para alcançar os objetivos da investigação, que visa desenvolver e validar um simulador em Excel para a análise e otimização dos índices de desempenho no processo de contratualização dos CSP na ULS Guarda. A investigação, sob a forma de abordagem exploratória, centrada na análise documental e das potencialidades do *software* Excel, permitiu uma compreensão detalhada e contextualizada do processo de contratualização em saúde e dos desafios enfrentados na ULS Guarda.

5.1 Desenho da Investigação

A definição do tema e da questão da investigação surgiu a partir das dificuldades percebidas em sede de reuniões de negociação de contratualização interna e externa, na área dos CSP da ULS Guarda. O desconhecimento do número necessário de variáveis (consultas, registos de diagnósticos, gastos com prescrições farmacoterapêuticas, etc.), a mais ou a menos, para atingir os objetivos da ULS, deu origem à proposição de uma solução prática, como o desenvolvimento do simulador, para superar os desafios identificados e possibilitar a decisão baseada em dados (Anexo I).

Assim, seguiu-se à pesquisa, análise e enquadramento teórico sobre os temas relevantes para a gestão da saúde e o processo decisório, tendo em conta a evolução do setor público da saúde em Portugal até o ano 2024, com a generalização da integração de níveis de cuidados de saúde no modelo ULS. A fundamentação teórica e a análise documental aprofundada de documentos oficiais, legislação e relatórios relacionados com o processo de contratualização no SNS e especificamente na ULS Guarda, constituíram a base do desenvolvimento do simulador. A validação prática da ferramenta para confirmar sua eficácia e relevância no processo de contratualização, deu-se em contexto real, nas duas primeiras reuniões de contratualização interna do ano 2024, com a USF A Ribeirinha e UCC Seia, que tiveram lugar em 28 de maio de 2024.

5.2 Fontes de Dados

A investigação baseou-se nas seguintes principais fontes de dados secundários: legislação, documentos oficiais, artigos científicos, plataformas e bases de dados do SNS.

Foi consultada e analisada a legislação relevante para o conhecimento do processo de contratualização na área da saúde; criação e evolução do SNS; empresarialização de entidades públicas; evolução do modelo ULS até à sua generalização. Nos documentos oficiais consultados incluem-se os Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS; textos da operacionalização da contratualização nos CSP; Planos de Desempenho do ACeS Guarda e os PAUF das respetivas UF; Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO) 2024; contratos programa e relatórios de gestão da ULS Guarda; relatórios do Tribunal de Contas. De referir que foram ainda consultadas informações da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), estatísticas do

Instituto Nacional de Estatística (INE) e Eurostat, bem como Relatórios Primavera do OPSS. Na pesquisa, consulta e citação de artigos científicos a fonte de dados foi a Biblioteca do Conhecimento On-line (B-On), com acesso através da Rede Privada Virtual (*Virtual Private Network*-VPN- da Universidade da Beira Interior. Após a identificação, seleção, extração e análise dos artigos, a informação foi organizada de modo a permitir a justificação teórica da necessidade percebida de uma ferramenta de apoio à tomada de decisão em um processo de contratualização, na ULS Guarda, enquanto entidade pública empresarial do setor da saúde. Os dados para a criação do simulador foram obtidos a partir do SDM, RNU e Sistema de Informação das Administrações Regionais de Saúde (SIARS), relativos a março de 2024, disponíveis em 30 de abril de 2024. A partir do SDM analisou-se o bilhete de identidade de cada um dos indicadores relevantes para a contratualização, utilizando-se a informação relativa aos objetivos, variáveis do numerador e do denominador, regras de cálculo, fórmula, observações relativas aos registos das variáveis nos sistemas de informação, período de análise, unidade de medida, *output*, intervalo esperado e variação aceitável dos resultados. O SDM forneceu ainda o número de colaboradores ETC, por grupo profissional, em cada UF, nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2024. A partir desta informação realizou-se a extrapolação dos dados para o ano 2024, permitindo o somatório de ETC, que é usado como medida da dimensão de cada UF, ou seja, que pondera o peso de cada UF no cálculo do IDG do ACeS, conforme especificado nas regras de cálculo de IDG e IDE das matrizes de contratualização (Especificação de conceito IDG [SDMIDG], 2024). O RNU disponibilizou o número de unidades ponderadas de utentes inscritos em cada UCSP e USF para o cálculo dos incentivos institucionais previsionais para 2024, em cada UCSP e USF. Através do SIARS obteve-se os valores dos indicadores, não apenas os resultados, mas também os numeradores e denominadores, para cada uma das UF, mensalmente entre janeiro de 2022 e março de 2024. Esta amplitude temporal permite alcançar dados de indicadores em que os resultados disponíveis estejam muito desfasados no tempo, e ainda análise da evolução dos resultados ao longo dos últimos 18 meses.

5.3 Desenvolvimento do Simulador

Para o desenvolvimento do simulador foi adotada uma abordagem interativa, organizada em quatro fases: definição dos requisitos; modelagem dos dados; implementação; validação.

A primeira fase, definição dos requisitos (funcionais, não funcionais e de dados), foi crucial no início do desenvolvimento, permitindo assegurar que o simulador fosse desenvolvido de acordo com o conhecimento prévio da autora das necessidades e expectativas das partes interessadas identificadas (Conselho de Administração, Conselho de Gestão do Departamento de Cuidados de Saúde Primários, coordenadores, enfermeiros gestores e conselhos técnicos das UF). Os requisitos funcionais incluem as funcionalidades que o simulador deve ter, como o cálculo de resultados de indicadores, de índices de desempenho e simulação de cenários de modo a permitir a negociação individualizada, com cada UF, dos 6 indicadores da tabela dos incentivos institucionais (UCSP e USF) e dos 6 indicadores da matriz do desempenho do PAUF das UCC. O principal requisito é possibilitar a otimização da negociação de escolha e resultados de

indicadores com as UF de modo a devolver os melhores resultados para a ULS Guarda dos índices de desempenho do ACeS nas subáreas Acesso, Gestão da Saúde, Gestão da Doença, Qualificação da Prescrição e Integração de Cuidados, que serão negociados em sede de contratualização externa. Os requisitos funcionais abrangem ainda a capacidade de processamento e a forma como os utilizadores irão interagir com o simulador para inserção de dados, execução de simulações e interpretação dos resultados.

Na especificação dos requisitos não funcionais foram estabelecidos critérios de utilização, garantindo que o simulador seja intuitivo e fácil de usar. Foram ainda garantidos requisitos de segurança e privacidade, visto que não são utilizados dados sensíveis. Na definição de requisitos de dados foram identificadas as fontes de dados (ponto 5.2) e especificados o formato e a estrutura dos dados necessários para alimentar o simulador. Foram considerados diferentes tipos de utilizadores que irão interagir com o simulador, desde aqueles sem qualquer tipo de experiência com Excel até os mais capacitados com este *software*. Considerou-se também diversos cenários de utilização para ilustrar situações específicas de utilização (contratualização externa, contratualização interna com USF /UCSP e contratualização interna com UCC), ajudando a validar os requisitos definidos.

Na modelagem dos dados, segunda fase, inicialmente foi definida a forma como os dados são armazenados no Excel. Foi criado o modelo conceptual, que posteriormente foi refinado, incluindo detalhes. De seguida procedeu-se à normalização dos dados, para evitar redundância e inconsistências.

A implementação, terceira fase, foi a mais extensa e traduziu-se no desenvolvimento do simulador, integrando os dados e requisitos identificados, e ainda permitindo a análise e visualização dos índices de desempenho. Optou-se pela utilização de um único ficheiro Excel, com tantas folhas de cálculo quanto as necessárias para os dados de entrada (já normalizados) e para cálculos e resultados, para cada UF e para o ACeS como um todo. Foi definido o desenho da *interface*, com a exigência de ser intuitiva para os utilizadores finais e com apresentação similar aos resultados no Portal BI-CSP, dos IDE das UCSP e USF (visão indicadores e dimensões IDE), dos IDG das UCC (visão UF-IDG-Indicadores) e do IDG ACES (visão Dimensões ACeS/UF). Chegada a altura da elaboração do ficheiro Excel, o ponto de partida foi a criação das folhas de cálculo de dados de entrada, com os numeradores, denominadores e resultados dos indicadores de março 2024, exportados do SIARS em 30 de abril de 2024, e as unidades ponderadas de cada UF em 31 de março de 2024, obtidas através do RNU, para além do somatório dos ETC apurados pelo SDM entre janeiro e março e estimados entre abril e dezembro de 2024. Esta estratégia foi utilizada para o cálculo dos IDE, IDS e IDG de março de 2024, para cada UF (nos casos aplicáveis) e para o ACeS, visto que em 30 de abril de 2024 ainda não estavam disponíveis no Portal BI-CP. Foi aqui realizada a validação das fórmulas de cálculo dos índices de desempenho, tendo-se em conta as regras de cálculo de métricas de desempenho nos CSP, como sejam o IDE, para as UCSP e USF e o IDG, para as UCC e para o ACeS, bem como as respetivas matrizes de indicadores de

contratualização nos CSP, numa escala contínua de valorização de indicadores entre 0 e 2 pontos, de acordo com o estabelecido em SDMIDG (2024). Para esta validação, comparou-se o IDG de janeiro 2024 dos CSP da ULS Guarda, patente no Portal BI-CSP em 12 de maio de 2024, com o IDG apurado pelo simulador para o mesmo mês de janeiro de 2024, considerando os resultados obtidos pelos indicadores de cada UF, em janeiro de 2024. Em ambos os casos o IDG foi de 71,6, o que significou a correta elaboração das fórmulas de cálculo do simulador. A ferramenta foi concebida de modo a permitir que fossem introduzidos valores a mais ou a menos, aos registados em março de 2024, no numerador e/ou denominador, devolvendo o esperado em dezembro de 2024. Teve-se em conta que os resultados devem ser calculados pelo método de “período em análise flutuante”⁵. Foram aplicadas regras de validação de dados para garantir que a entrada de dados (valores) nas colunas de numerador e denominador correspondam aos limites mínimos e máximos das variáveis (consultas, diagnósticos, gastos, etc.) que conduzam a uma melhoria de resultado, com *score* máximo de 2. Todo o ficheiro encontra-se protegido para evitar alterações acidentais, exceto as células que permitem a introdução de valores, a mais ou a menos, no numerador e/ou denominador, nas folhas de resultados de cada UF. Na criação das folhas de cálculo para os resultados, das UF e do ACeS, foram estabelecidas ligações entre diferentes folhas, para que as folhas de dados de entrada alimentem automaticamente as folhas de resultados. Do mesmo modo, as folhas de resultados das UF alimentam a folha de resultados do ACeS. Na implementação de funcionalidades foram utilizadas fórmulas com funções avançadas (matemática, estatística, de pesquisa e referência, de texto, de lógica e de compatibilidade), bem como a formatação condicional para as células com resultados de *scores*, com uma escala de três cores, em vermelho, amarelo e verde, para os resultados entre 0 e 2. Procedeu-se ao ajustamento das ponderações, com a distribuição proporcional direta dos pesos dos indicadores, e/ou das dimensões, e/ou das subáreas e/ou das áreas que não sejam operacionalizáveis no ano 2024, de forma que a soma das ponderações seja sempre de 100%. Ainda durante a fase de implementação foram realizados testes e subsequente depuração. A verificação de fórmulas e cálculos garantiu que estão corretos e que produzem os resultados esperados. No teste de interatividade foram verificadas e confirmadas que as interações entre as diferentes folhas estão a funcionar conforme o esperado.

A quarta e última fase do desenvolvimento correspondeu à validação do simulador em ambiente real. Para este efeito, a ferramenta foi utilizada nas duas primeiras reuniões de contratualização interna do ano 2024, que tiveram lugar em 28 de maio de 2024, com a USF A Ribeirinha e UCC Seia. O simulador cumpriu o objetivo específico do estudo ao integrar os indicadores identificados pela ACSS como relevantes para o cálculo do IDG, permitindo a simulação de vários cenários de contratualização e avaliação dos seus impactos. O *feedback* dos participantes nas duas reuniões de contratualização (membros do Conselho de Administração, coordenadoras e conselhos técnicos das UF) resultou em uma avaliação positiva do simulador.

⁵ Numerador: duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador; Denominador: duração de 12 meses, terminando na data de referência do indicador.

a utilização da função de pesquisa e referência PROCV para procurar os dados na folha ilustrada na figura 6.

Figura 7 – Base da negociação da tabela de incentivos da USF A Ribeirinha

Designação Indicador (+ID)	Ponde: original	Ponde: Ajust. %	Min.: Aceit	Min.: Esper	Máx.: Esper	Máx.: Aceit	USF A Ribeirinha (SIARS/BI-CSP_IDE março em 30/04/2024)					
							Num	Den	Resultado	Score	IDE	
IDE 2024 (Contratualização Interna)	100,00	100,00								84,1		84,1
Acesso	20,00	20,00								79,5		
Coertura ou Utilização	13,00	65,00								68,5		
8 - Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.)	4,00	30,77	38,00	60,00	100,0	100,0	1.325,00	2.813,00	47,10300	0,828	1,655	
204 - Taxa domicílios enferm. p/ 1000 inscritos idosos	4,00	39,77	150,00	500,00	1,500,0	1,500,0	1.161,00	3.349,00	346,67100	1,124	2,248	
331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	5,00	38,46	0,60	0,76	2,0	2,0	9.336,00	11.296,00	0,82600	2,000	5,000	
Personalização	5,00	25,00								100,0		
330 - Índice de utilização anual de consultas médicas	5,00	100,00	0,70	0,82	2,0	2,0	15.629,75	19.021,00	0,82200	2,000	5,000	
TMRG	2,00	10,00								100,0		
335 - Prop. cons. ind. receit. c/ resposta 3 dias úteis	2,00	100,00	80,00	85,00	100,0	100,0	6.600,00	6.698,00	98,53700	2,000	2,000	
Gestão da Doença	21,00	21,00								84,9		
Diabetes Mellitus	12,00	57,14								93,7		
36 - Proporção utentes DM com registo de GRT	1,50	12,50	60,00	75,00	100,0	100,0	580,00	673,00	86,18100	2,000	1,500	
37 - Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano	1,50	12,50	70,00	87,00	100,0	100,0	623,00	673,00	92,57100	2,000	1,500	
30 - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0%	1,50	12,50	50,00	70,00	100,0	100,0	540,00	673,00	80,23800	2,000	1,500	
261 - Proporção utentes DM c/ aval. risco úlcera pé	1,50	12,50	70,00	87,00	100,0	100,0	537,00	673,00	79,79200	1,152	0,864	
274 - Propor. DM2 c/ indic. insul. em terap. adequada	1,50	12,50	65,00	82,00	100,0	100,0	25,00	30,00	83,33300	2,000	1,500	
275 - Proporção novos DM2 em terap. c/ metform. monot	1,50	12,50	50,00	70,00	100,0	100,0	13,00	19,00	68,42100	1,842	1,382	

Os resultados relativos a março 2024 patentes no simulador (colunas K, L e M conforme figura 7), estão de acordo com o SIARS, mas em alguns casos poderão não coincidir com os disponíveis no BI-CSP, pelas seguintes razões: desfasagem de tempo entre sincronização das duas fontes de dados; existência de algum alerta ou exceção no BI-CSP, pelo que os resultados de IDE ou IDG podem vir a sofrer alterações para o mesmo mês no futuro; quando não há resultados para indicadores, a ponderação dos mesmos é dividida proporcionalmente pelos restantes indicadores da dimensão, elevando assim o peso dos indicadores com resultados. No caso desta última razão exposta, refere-se que o simulador manteve o peso de cada indicador, mesmo no mês de março, ainda que não houvesse resultados publicados, permitindo assim uma comparação mais realista, com as mesmas regras, entre o previsto para dezembro de 2024 e o realizado no mês base.

Tendo em conta os resultados base (março de 2024), o PAUF e ainda os objetivos da ULS Guarda, são negociados entre a UF e a ULS os 6 indicadores de melhoria contínua do desempenho da equipa multiprofissional da UF [tabela dos incentivos institucionais (UCSP e USF) e matriz do desempenho do PAUF das UCC]. Para este efeito, deverão ser inseridos nas colunas K e L os valores a mais ou a menos, no numerador e/ou denominador, por forma a alcançar automaticamente os resultados previsionais em dezembro de 2024. As células das colunas K e L incluem comentários e validações de dados relativamente aos intervalos de valores que permitem os resultados negociáveis, como se pode observar na figura 8, onde o pretendido para o denominador do indicador 372, em dezembro de 2024, é que ocorra uma redução de até 6 episódios de internamento hospitalar por queda com fratura do colo do fémur em utentes com 75 ou mais anos. Relativamente aos valores inscritos na coluna M, os mesmos refletem: indicador 292: acréscimo de dias de internamento ECCI; indicador 366: acréscimo de grávidas com pelo menos uma consulta de vigilância em saúde materna, de enfermagem, na UCC; indicador 373: acréscimo de utentes com asma ou DPOC com pelo menos uma consulta com um profissional da

UCC, bem como redução do número de diagnósticos; indicador 279: acréscimo de visitas domiciliares de enfermagem a realizadas a utentes [integrados na ECCI] no período fim-de-semana ou em dias de feriado. Estes acréscimos irão refletir-se nas colunas O, P e Q, com os valores previsionais em dezembro de 2024 e respetivos *scores* na coluna R, conforme figura 8.

Figura 8 – Ecrã da folha de contratualização UCC Seia

Área/Subárea/Dimensão/Indicador (UCC)	UCC Seia (SIARS, I-CSP_II - março e 30/04/24)				UCC Seia (Δ)		UCC Seia (CI 2024)				
	Num	Den	Resultado	Score	Num	Den	Num	Den	Resultado	Score	% Res. CI/mar/24
IDG 2024 (Contratualização Interna)			57,3						89,8		56,66%
Desempenho Assistencial			71,0						87,4		23,20%
Acesso			64,4						81,0		25,81%
Cobertura ou Utilização			48,8						75,0		53,76%
282 - Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	70,083	73,000	96,004	2			70,083	73,000	96,004	2	0,00%
292 - Taxa de ocupação da ECCI	2.611,000	7.320,000	35,669	0	3.600,00		6.211,000	7.320,000	84,850	1,856123	137,88%
366 - Proporção de grávidas com intervenção da UCC	2,000	79,000	2,532	0	10,00		12,000	79,000	15,190	0,011168	499,92%
368 - Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	1,580,000	2.629,000	60,099	2			1,580,000	2.629,000	60,099	2	0,00%
373 - Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	89,000	791,000	11,252	0,87529	20,00	-100,00	109,000	691,000	15,774	1,628959	40,19%
Distribuição da Atividade			66,7						78,4		17,57%
279 - Proporção VD enfermagem fim-de-semana e feriado	0,000	1,332,000	0,000	0	90,00		90,000	1,332,000	6,757	0,702668	
281 - Número médio visitas domic. por utente, por mês	1,580,000	2,839,000	16,696	2			1,580,000	2,839,000	16,940	2	1,46%
369 - Proporção de consultas não presenciais na UCC	480,000	3,081,000	15,579	2			480,000	3,081,000	15,579	2	0,00%
Tempos Máximos de Resposta Garantidos			100,0						100,0		0,00%
280 - Proporção ute. aval. equi. multip. prim. 48h	39,000	41,000	95,122	2			39,000	41,000	95,122	2	0,00%
Gestão da Saúde			91,2						91,2		0,00%
Saúde Reprodutiva			100,0						100,0		0,00%
62 - Propor. crianças 1A, c/ aleit. mat. exclus. até 4M	1,000	1,000	100,000	2			1,000	1,000	100,000	2	0,00%
375 - Proporção de RN de termo, de baixo peso	0,000	2,000	0,000	2					3,000	2	
Saúde do Idoso			67,8						67,8		0,00%
372 - Taxa de intern. por fratura do colo do fémur	37,000	3,983,000	928,948	1,355192					8,948	1,355192	0,00%

Os valores resultantes da negociação dos 6 indicadores de desempenho para dezembro 2024, com todas as UF, alimentam a folha de contratualização externa, conforme figura 9, onde se pode verificar que, *coeteris paribus*, o valor máximo que a ULS Guarda deverá contratualizar no âmbito dos objetivos para 2024, relativamente ao IDS subárea Acesso, é de 71,3.

Figura 9 – Ecrã da folha de contratualização externa

Área/Subárea/Dimensão/Indicador (UCCSP/USF e UCC)	Peso Área/Subárea/	Ponder. Dimensão/Subárea/	Min. Aceit	Min. Esper	Máx. Esper	Máx. Aceit	IDG/IDS - CSP ULS Guarda	USF A Ribeirinha				UCC Seia			
								Num	Den	Resultado	Score	Num	Den	Resultado	Score
IDG 2024 (BICSP)							79,0								
Apuramento IDS área ACeS							69,3								
Desempenho Assistencial	50,00	66,67													
Apuramento IDS subárea ACeS							71,3								
Acesso	20,00	25,00													
Apuramento IDS dimensão ACeS							66,9			7,63				1,86	
Cobertura ou Utilização	10,0	12,5								94,9				82,1	
3 - Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos	8,33		10,00	18,00	35,0	45,0		250	14,103	17,727	1,9317				
6 - Taxa de utilização de consultas médicas - 3 anos	8,33		75,00	88,00	100,0	100,0		12,022	13,418	89,596	2				
99 - Taxa utilização consultas de enfermagem - 3 anos	8,33		60,00	72,00	100,0	100,0		9,309	13,418	69,377	1,5628				
281 - Número médio visitas domic. por utente, por mês	8,33		9,00	12,00	31,0	31,0						1,580	2,839	16,940	2
282 - Proporção de turmas abrangidas p/ P. N. S. Escolar	8,33		35,00	65,00	100,0	100,0						70	73	96,004	2
292 - Taxa de ocupação da ECCI	8,33		70,00	86,00	100,0	100,0						6,211	7,320	84,850	1,8561
293 - Tempo médio de permanência em ECCI	8,33		15,00	30,00	120,0	150,0						2,860	41	69,756	2
330 - Índice de utilização anual de consultas médicas	8,33		0,70	0,82	2,0	2,0		15,629,75	19,021,00	0,82171	2				
331 - Índice de utilização anual de consultas enferm.	8,33		0,60	0,76	2,0	2,0		9,336,00	11,296,00	0,82649	2				
366 - Proporção de grávidas com intervenção da UCC	8,33		15,00	49,00	100,0	100,0						12	79	15,190	0,0112
368 - Proporção de crianças e jovens com interv. da UCC	8,33		20,00	50,00	100,0	100,0						1,580	2,629	60,099	2
373 - Prop. utentes c/ asma/DPOC e intervenção na UCC	8,33		6,00	18,00	100,0	100,0						109	691	15,774	1,629
Apuramento IDS dimensão ACeS							56,5			7,92					
Personalização	10,0	12,5								83,9					
1 - Proporção de consultas realizadas pelo MF	50,00		70,00	78,00	90,0	92,0		16,040	21,266	75,426	1,3564				
5 - Proporção de consultas realizadas pelo EF	50,00		60,00	70,00	88,0	92,0		12,775	17,319	73,763	2				

6.2 Avaliação do Simulador

Após a validação em ambiente real durante as duas reuniões de contratualização interna, com a USF A Ribeirinha e com a UCC Seia, foi solicitado aos participantes o preenchimento, de forma anônima, de um inquérito de opinião sobre o uso do simulador para a contratualização CSP, com o objetivo de avaliar a utilidade e eficácia do simulador no processo de contratualização. Participaram das reuniões 3 membros do Conselho de Administração da ULS Guarda, em ambas as reuniões, 2 médicos e 2 enfermeiras da USF A Ribeirinha e 3 enfermeiras da UCC Seia, nas respectivas reuniões. A autora esteve também presente nas duas reuniões, enquanto profissional do Departamento de Cuidados de Saúde Primários.

O inquérito tem 11 perguntas para resposta numa escala entre 1 e 5, em que 1 reflete a avaliação mais baixa e 5 a melhor avaliação. Foram ainda incluídas 2 perguntas de resposta aberta. Foram enviados 10 inquéritos e obtidas 7 respostas, resultando numa taxa de resposta de 70%. Na tabela 23 são apresentadas as respostas dadas pelos 7 participantes a cada uma das 11 perguntas, que resultaram em uma avaliação global de 95,8, considerando uma escala de 0 a 100.

Tabela 23 – Respostas ao inquérito de avaliação sobre o uso do simulador

Pergunta	1	2	3	4	5	6	7	Média	%
1 - O simulador foi fácil de usar?	5	5	5	4	4	5	4	4,57	91,43
2 - A interface do simulador é intuitiva e bem organizada?	5	3	5	4	5	5	4	4,43	88,57
3 - O simulador forneceu resultados precisos e relevantes?	5	5	5	5	5	5	5	5,00	100,00
4 - As funcionalidades do simulador atendem às necessidades da sua UF para o processo de contratualização?	5	5	5	5	4	5	5	4,83	96,67
5 - O tempo de resposta do simulador foi satisfatório?	5	5	5	5	4	5	5	4,86	97,14
6 - A capacidade de simulação de diferentes cenários foi útil no processo de contratualização?	5	5	5	5	4	5	5	4,86	97,14
7 - As funcionalidades de inserção e processamento de dados foram eficientes?	5	4	4	5	4	5	5	4,57	91,43
8 - O simulador ajudou a melhorar a precisão do processo de contratualização?	5	5	5	5	4	5	5	4,86	97,14
9 - O uso do simulador reduziu o tempo necessário para completar as tarefas relacionadas à contratualização?	5	5	5	5	4	5	5	4,86	97,14
10 - Considera que o simulador pode contribuir para melhorias a longo prazo no processo de contratualização interna?	5	5	5	5	5	5	5	5,00	100,00
11 - A capacidade de prever resultados e ajustar indicadores contribuiu para uma negociação mais eficaz e informada?	5	5	5	5	4	5	5	4,86	97,14
Média	5,00	4,73	4,91	4,82	4,27	5,00	4,82	4,79	95,80

Face às respostas obtidas, conclui-se que o simulador foi considerado de fácil utilização, com uma média de 4,57, que equivale a 91,43%. Esta avaliação tem grande significado, tendo em conta que não houve qualquer formação prévia. A interface (segue o modelo de apresentação do BI-CSP dos IDE e IDS das UF e ACeS) foi bem recebida, considerada intuitiva e bem organizada, com uma média de 4,43 (88,57%), porém uma resposta de 3 indica que há espaço para melhorias. Apurou-se uma avaliação máxima de 5 (100%) em todas as respostas da pergunta relativa ao fornecimento de resultados precisos e relevantes, o que reflete total satisfação quanto à precisão e relevância dos índices de desempenho apurados em cenários distintos. As funcionalidades do simulador atendem muito bem às necessidades das UFs para o processo de contratualização, com uma avaliação média de 4,83 (96,67%), entre as 6 respostas obtidas (a pergunta 4 foi a única não respondida pelos 7 participantes). O tempo de resposta do simulador para devolução dos índices de desempenho foi considerado muito bom, com uma média de 4,86 (97,4%). A capacidade de simulação de diferentes cenários para a produção e índices de desempenho é vista como uma funcionalidade útil, com uma avaliação média muito boa, de 4,86 (97,4%). As funcionalidades de inserção e processamento de dados foi muito bem avaliada, considerando-se eficientes, tendo obtido uma avaliação média de 4,57 (91,43%). A melhoria na precisão dos cálculos de índices de

desempenho no processo de contratualização obteve uma avaliação média de 4,86 (94,7%), mostrando uma alta satisfação dos utilizadores. O mesmo resultado foi alcançado na avaliação da utilização do simulador para redução do tempo para completar as tarefas relacionadas com o processo de contratualização. Com a avaliação média de 5 (100%) as respostas refletem otimismo quanto ao impacto positivo nas melhorias a longo prazo no processo de contratualização. A previsão de resultados e ajuste de indicadores teve uma avaliação muito boa, com uma média de 4,86 (97,14%), que confirma a contribuição do simulador para uma negociação mais eficaz e informada.

Na análise às perguntas abertas, a questão "Quais funcionalidades adicionais gostaria de ver ou melhorar no simulador?" não obteve respostas, sugerindo que, no geral, os participantes estão satisfeitos com as atuais funcionalidades do simulador. No entanto, no pedido de "Comentários adicionais sobre a experiência com o simulador", um participante mencionou que "o simulador deveria ser facultado às Unidades antes do momento da reunião de contratualização", indicando uma área específica de melhoria na disponibilização do simulador.

Os resultados do inquérito são amplamente positivos, demonstrando que o simulador de índices de desempenho dos CSP da ULS Guarda é uma ferramenta valiosa que facilita o processo de contratualização, melhora a precisão e eficiência das tarefas, e tem potencial para contribuir para melhorias a longo prazo. As poucas áreas de melhoria identificadas fornecem uma base sólida para ajustes futuros, garantindo que a ferramenta continue a evoluir e a satisfazer as necessidades dos utilizadores.

A avaliação do simulador em contexto real demonstrou um impacto positivo no processo de contratualização da ULS Guarda, permitindo uma abordagem mais estruturada e baseada em dados. Ao estimar os resultados dos indicadores em dezembro 2024, o simulador permitiu a otimização dos índices de desempenho face aos recursos e aos objetivos das UFs e da ULS Guarda, o que resultou em negociações mais eficazes e em metas mais realistas e atingíveis para as UFs. A possibilidade de simular diferentes cenários e visualizar os impactos das alterações nos indicadores, tanto ao nível das UF como dos CSP da ULS Guarda, proporcionou uma base sólida para a tomada de decisões informadas durante o processo de contratualização.

Capítulo 7 - Conclusões

Neste capítulo são apresentadas as conclusões obtidas a partir do desenvolvimento e validação do simulador em Excel, enquanto ferramenta de gestão utilizada no processo de contratualização dos CSP da ULS Guarda, para o cálculo e otimização dos índices de desempenho. São ainda apresentadas recomendações para futuros estudos, bem como as considerações finais sobre a investigação realizada.

7.1 Conclusões Obtidas

A investigação revelou a importância do simulador para enfrentar os desafios complexos da gestão empresarial do setor público da saúde, onde o processo de contratualização assume um papel crucial na gestão eficiente dos recursos e na melhoria da qualidade dos serviços prestados. O desenvolvimento e a validação do simulador alcançaram os objetivos propostos.

A validação do simulador demonstrou tratar-se de uma solução eficaz para calcular e negociar os índices de desempenho a contratualizar com as UFs dos CSP de modo a atingir os objetivos da ULS Guarda no âmbito da contratualização externa com a DE-SNS. A validação em ambiente real reforçou a sua eficácia e relevância. A utilização do simulador teve um impacto positivo no processo de contratualização, permitindo a visualização clara dos resultados dos indicadores e a simulação de diferentes cenários, facilitando, deste modo, negociações mais informadas e eficazes. Esta abordagem baseada em dados contribuiu para uma maior confiança e transparência no processo de tomada de decisão.

A avaliação confirmou que o simulador é uma ferramenta de fácil utilização, intuitiva e bem organizada, que fornece resultados precisos e relevantes que atendem às necessidades da ULS Guarda no âmbito do processo de contratualização dos CSP. A capacidade de simulação de diferentes cenários, com tempo de resposta satisfatório, foi útil e ajudou a melhorar a precisão de cálculo dos índices de desempenho, reduzindo o tempo necessário para completar as tarefas relacionadas com a contratualização.

Ao otimizar os índices de desempenho e promover a tomada de decisão informada, o simulador contribuiu para a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados pela ULS Guarda. A ferramenta ajudou a identificar áreas de melhoria, permitindo que as UF ajustassem suas estratégias para atingir metas mais realistas, alinhadas com as necessidades da população e com os objetivos da ULS Guarda.

Não obstante os resultados positivos verificados, o projeto enfrentou desafios relacionados com as datas de disponibilização de informação relevante para o processo, bem como com a complexidade dos dados. A tardia publicação do documento da operacionalização da contratualização interna nos CSP para 2024, que aconteceu já em março de 2024, atrasou o acesso

a todas as informações relevantes decorrentes da publicação do Decreto-Lei 103/2023 e da Portaria 411-A/2023. Do mesmo modo, a versão atual das regras de cálculo da matriz de contratualização ACeS, baseada nos IDS das dimensões das respetivas UF, em uma escala contínua de valorização de indicadores entre 0 e 2 pontos, foi disponibilizada somente em abril de 2024. A plataforma PAUF para o ano 2024 apenas foi aberta para preenchimento no dia 1 de maio de 2024. A complexidade dos dados e a necessidade de normalização e validação apresentaram desafios significativos. A precisão dos cálculos dependia da qualidade dos dados de entrada, o que veio destacar a importância de manter bases de dados atualizadas e precisas.

Este projeto contribuiu significativamente para a gestão da área dos CSP da ULS Guarda, sendo que as principais contribuições incluem:

- ferramenta prática para contratualização: o desenvolvimento do simulador em Excel oferece uma ferramenta prática e acessível para a ULS Guarda, permitindo uma abordagem mais estruturada e eficiente na contratualização dos PAUF e dos objetivos da ULS;
- promoção da tomada de decisão baseada em dados: ao facilitar a análise e a simulação de cenários, o simulador promove a tomada de decisão baseada em dados, melhorando a precisão e a eficácia das decisões estratégicas;
- melhoria da qualidade dos serviços: a otimização dos índices de desempenho e a identificação de áreas de melhoria contribuem para uma melhor gestão dos recursos e para a prestação de cuidados de saúde de maior qualidade, beneficiando diretamente a população da área de influência da ULS Guarda.

7.2 Recomendações para Futuros Estudos

Para aprimorar e expandir o uso do simulador, as seguintes recomendações são sugeridas:

- generalização do uso: utilização nas restantes 24 reuniões de contratualização interna dos CSP da ULS Guarda do ano 2024; utilização em sede de negociação dos objetivos da ULS Guarda, no âmbito da contratualização externa;
- alargamento do uso: utilização em contexto de monitorização do desempenho e acompanhamento da contratualização;
- atualizações e melhorias contínuas: é importante continuar a atualizar e melhorar o simulador, incorporando *feedback* dos utilizadores e ajustando-o às mudanças na legislação e operacionalização da contratualização dos CSP, bem como políticas e procedimentos do SNS;
- expansão para outras ULS: recomenda-se a adaptação e implementação do simulador em outras ULS, considerando as suas especificidades;
- capacitação dos utilizadores: promover a formação contínua dos utilizadores para garantir a exploração total do potencial da ferramenta e a sua utilização eficaz nas atividades de contratualização, acompanhamento e avaliação;

- maior automação: criação de macros através do *Visual Basic for Applications* (VBA);
- desenvolvimento de novas funcionalidades: considerar a inclusão de novas funcionalidades que possam aumentar a utilidade do simulador, como a integração em Microsoft Power BI.

7.3 Considerações Finais

A investigação realizada e os resultados obtidos destacam a importância de ferramentas de apoio à decisão no processo de contratualização em saúde. O simulador desenvolvido provou ser uma solução eficaz para enfrentar os desafios do processo de contratualização, promovendo uma gestão mais eficiente e decisão baseada em dados. O desenvolvimento e a implementação do simulador representam uma estratégia de melhoria contínua, fundamentais para assegurar a qualidade dos serviços de saúde e responder de forma adequada às necessidades da população.

Bibliografia

- Administração Central do Sistema de Saúde-ACSS (2009). *Unidades Locais de Saúde - Modalidade de Pagamento*. <https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/o/modalidadeULSo9.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde-ACSS (2010). *Cuidados de Saúde Primários 2011–Metodologia de Contratualização*. https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/o/MetodologiaContratualizacaoCSP_2011.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde-ACSS (2012). *Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos – Contrato Programa 2013*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/2012-11-30_Metodologia_HH_ULS_2013.pdf.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde-ACSS (2017). *Operacionalização da Contratualização de Cuidados de Saúde Primários 2017*. <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao-CSP-2017-VF.pdf>
- Administração Central do Sistema de Saúde-ACSS (2018). *Guião para contratualização no âmbito dos cuidados de saúde primários - 2019*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Guiao_Contratualizacao_CSP_2019_VF.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde-ACSS (2023). *Operacionalização da Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários para 2023*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Operacionalizacao_CSP_2023_VF.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde-ACSS (2024). *Parcerias Público-Privadas*. Consultado a 11/02/2024. <https://www.acss.min-saude.pt/2016/10/12/parcerias-publico-privadas>
- Afonso, P. B. (2010). Contratualização em ambiente de Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 59-64. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98312/1/RUN%20-%20RPSP%20-%20vol%20tematico9a04%20-%20p59-64.pdf>
- Agrawal, N., Rabiee, M., & Jabbari, M. (2023). Contextual relationships in Juran’s quality principles for business sustainable growth under circular economy perspective: a decision support system approach. *Annals of Operations Research*, 1-31. <https://doi.org/10.1007/s10479-023-05737-0>
- Anderson, J. C., Rungtusanatham, M., & Schroeder, R. G. (1994). A theory of quality management underlying the Deming management method. *Academy of management Review*, 19(3), 472-509. <https://doi.org/10.5465/AMR.1994.9412271808>
- Antunes, E., Gonçalves, J. P., Santos, M. D. F., Alexandre, M., & Godinho, P. (2011). *Contratualização em saúde-efectividade de um sistema de incentivos*. 8º Congresso

Nacional de Administração Pública.
<http://194.110.76.144/bitstream/10782/582/1/Contratualizacao%20em%20saude%20%20efectividade.pdf>

- Araújo, N., Reis, A. M., Borges, A. P., & Rosa, Á. (2023). Managing Public Health Spending Growth: Public's Views. *Journal of Health Management*, 25(3), 579-586. <https://doi.org/10.1177/09720634231201698>
- Argyris, C. (1977). Double Loop Learning in Organizations. *Harvard business review*, 55(5), 115-125. <https://hbr.org/1977/09/double-loop-learning-in-organizations>
- Auqui-Caceres, M. V., & Furlan, A. (2023). Revitalizing double-loop learning in organizational contexts: A systematic review and research agenda. *European Management Review*, 20(4), 741-761. <https://doi.org/10.1111/emre.12615>
- Awan, U., Shamim, S., Khan, Z., Zia, N. U., Shariq, S. M., & Khan, M. N. (2021). Big data analytics capability and decision-making: The role of data-driven insight on circular economy performance. *Technological Forecasting and Social Change*, 168, 120766. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2021.120766>
- Aydemir, H., & Türkel, R. (2022). Evaluation of Quality Principles from the Islamic Perspective. *Hitit İlahiyat Dergisi*, 21(2), 1193-1238. <https://doi.org/10.14395/hid.1072356>
- Bahmani, A., Alavi, A., Buergel, T., Upadhyayula, S., Wang, Q., Ananthakrishnan, S. K., ... & Snyder, M. P. (2021). A scalable, secure, and interoperable platform for deep data-driven health management. *Nature communications*, 12(1), 5757. <https://doi.org/10.1038/s41467-021-26040-1>
- Bai, Y., Wang, H., Wang, L., & Tian, K. (2019). Study and analysis on fuzzy quality control for the high-end manufacturing process based on Taguchi quality loss function. *Journal of Computational Methods in Sciences and Engineering*, 19(1), 121-136. <https://doi.org/10.3233/JCM-180857>
- Bazerman, M. H., & Moore, D. A. (2012). *Judgment in managerial decision making*. John Wiley & Sons.
- Barsalou, M. (2023). Case Study in Hypothesis Prioritization with Ishikawa Diagrams. *Management Systems in Production Engineering*, 31(4), 381-388. <https://doi.org/10.2478/mspe-2023-0042>
- Basile, L. J., Carbonara, N., Pellegrino, R., & Panniello, U. (2023). Business intelligence in the healthcare industry: The utilization of a data-driven approach to support clinical decision making. *Technovation*, 120, 102482. <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2022.102482>
- Bernal Agudo, J. L., & Vázquez Toledo, S. (2013). La nueva gestión pública (NGP/NPM): El desembarco de las ideas neoliberales con la LOMCE. https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/4742/TM_16_%282013%29_02.pdf?squence=1&isAllowed=y

- Bernardo, M. D. R. M. (2006). O processo de tomada de decisão: revisão de literatura. In *Os Agentes de Software Inteligentes no Processo de Tomada de Decisão*. Tese de Doutorado não publicada, Instituto Superior de Economia e Gestão – Universidade Técnica de Lisboa. <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/8944/1/Tomada%20de%20Decis%C3%A3o.pdf>
- Bertalanffy, L. (2010). *Teoria geral dos sistemas; fundamentos, desenvolvimento e aplicações* (5ª ed.). Petrópolis: Vozes
- Best, M., & Neuhauser, D. J. B. Q. (2008). Kaoru Ishikawa: from fishbones to world peace. *BMJ Quality & Safety*, 17(2), 150-152. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.025692>
- Bisgaard, S. (2008). Quality management and Juran's legacy. *Quality Engineering*, 20(4), 390-401. <https://doi.org/10.1080/08982110802317398>
- Camargo, F. D. O., & Guimarães, K. M. (2013). O princípio da eficiência na gestão pública. *Revista CEPPG*, 28, 133-145. https://www.portalcatalao.com/painel_clientes/cesuc/painel/arquivos/upload/download/376b38ef01c9b0caae5d67f8c6bf4d03.pdf
- Chao, K., Sarker, M. N. I., Ali, I., Firdaus, R. R., Azman, A., & Shaed, M. M. (2023). Big data-driven public health policy making: Potential for the healthcare industry. *Heliyon*, 9(9). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19681>
- Conselho de Finanças Públicas (2024). *Sector Empresarial do Estado 2020-2021*. Relatório n.º 03/2024. https://www.cfp.pt/uploads/publicacoes_ficheiros/cfp_rel-03-2024.pdf
- Cosmin, D., & Ana-Maria, S. (2013). Cost of quality and Taguchi loss function. *Annals of the University Of Oradea, Economic Science Series*, 22(1), 1479-1485. https://cdn.chools.in/LEAN_PDF/Cost%20of%20poor%20quality/Cost-of-Quality-and-Taguchi-Loss-Function.pdf
- D'amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., Martín-Rodríguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC health services research*, 8(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- Davenport, T., & Harris, J. (2017). *Competing on analytics: Updated, with a new introduction: The new science of winning*. Harvard Business Press.
- de Aragão, C. V. (1997). Burocracia, eficiência e modelos de gestão pública: um ensaio. *Revista do Serviço Público*, 48(3), 104-132. <https://doi.org/10.21874/rsp.v48i3.391>
- de Campos, A. C. (2008). *Reformas da saúde: o fio condutor*. Almedina.
- de Gois, J. N., & Gasparotto, A. M. S. (2020). Um estudo sobre a metodologia seis sigma. *Revista Interface Tecnológica*, 17(2), 743-754. <https://doi.org/10.31510/infa.v17i2.969>
- de Martino Jannuzzi, P. (2016). Eficiência econômica, eficácia procedural ou efetividade social: Três valores em disputa na Avaliação de Políticas e Programas Sociais. *Desenvolvimento em Debate*, 4(1), 117-142. https://desenvolvimentoemdebate.ie.ufrj.br/pdf/dd_v_4_1_Paulo-Jannuzzi.pdf

- de Melo Pessoa, A. A., da Paz Justino, A. N., de Farias, F. H. C., da Silva, J. M. D., & de Sousa, V. R. M. (2016). Analysis of the efficiency, efficacy and effectiveness in public administration: The case of IDEMA/RN. *Revista Espacios*, 37(8). <https://www.revistaespacios.com/a16v37n08/16370809.html>
- Decreto de 28 de dezembro de 1899. Diário do Governo nº 15, de 19 de janeiro de 1900.
- Decreto-Lei n.º 48357 - Ministério da Saúde e Assistência - Diário do Governo n.º 101/1968, Série I de 27-04-1968. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/48357-1968-274639>
- Decreto-Lei n.º 260/76, de 8 de abril. Ministério das Finanças - Secretaria de Estado do Planeamento. Diário do Governo, 1ª série, Nº 84. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/260-1976-502786>
- Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de junho. Ministério da Saúde. Diário da República, 1ª série, Nº 130. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/151-1998-475970>
- Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro. Ministério das Finanças. Diário da República, 1ª série, Nº 292. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/558-1999-655312>
- Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho. Ministério da Saúde. Diário da República, 1ª série, Nº 109. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/93-2005-220550>
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. Ministério da Saúde. Diário da República, 1ª série, Nº 109. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-69895072>
- Decreto-Lei n.º 300/2007, de 23 de agosto. Ministério das Finanças e da Administração Pública. Diário da República, 1ª série, Nº 162. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/300-2007-640899>
- Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de abril. Ministério da Saúde. Diário da República, 1ª série, Nº 65. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/81-2009-603228>
- Decreto-Lei n.º 102/2009, de 11 de maio. Ministério da Saúde. Diário da República, 1ª série, Nº 90. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2009-608237>
- Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro. Ministério das Finanças. Diário da República, 1ª série, Nº 191. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2013-58582281>
- Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República, 1ª série, Nº 150. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2022-187129978>
- Decreto-Lei n.º 7-A/2023, de 30 de janeiro. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República, 1ª série, Nº 150. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/7-a-2023-206705211>
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República, 1ª série, Nº 215. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>

- Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República, 1ª série, N.º 215. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2023-223906326>
- Decreto-Lei n.º 15/2024, de 17 de janeiro. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República, 1ª série, N.º 12. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/15-2024-837022978>
- Despacho n.º 721/2006, de 11 de janeiro. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Diário da República, 2ª série, N.º 8. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/721-2006-3421762>
- Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Diário da República, 2ª série, N.º 74. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>
- Despacho n.º 1668/2023, de 2 de fevereiro. Gabinete do Secretário de Estado da Saúde. Diário da República, 2ª série, N.º 24. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1668-2023-206847177>
- Despacho n.º 12456-B/2023, de 5 de dezembro. Saúde - Gabinete do Ministro. Diário da República, 1º suplemento, 2ª série, N.º 234. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/12456-b-2023-225283582>
- Despacho conjunto das áreas Governamentais Finanças e Saúde - Retificação do Anexo ao despacho conjunto das áreas governativas das finanças e da saúde, de 22 de dezembro de 2023. Gabinetes do Ministro das Finanças e do Ministro da Saúde.
- Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde-DE-SNS (2023). *Termos de Referência para Contratualização de Cuidados de Saúde no SNS para 2024*. DE-SNS. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/11/Termos-Referencia-2024_Homologado.pdf
- Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde-DE-SNS (2024). *Operacionalização da Contratualização Interna nos Cuidados de Saúde Primários para 2024*. DE-SNS. <https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/03/Contratualizacao-Interna-CSP-2024.pdf>
- Direção-Geral de Saúde-DGS (2024). *Centros de Diagnóstico Pneumológico*. Estatísticas. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/tuberculose1/centros-de-diagnostico-pneumologico.aspx>
- Drucker, P. F. (1963). Managing for Business Effectiveness - *Harvard Business Review*, 41(3), 53-60. https://rlaexp.com/studio/biz/conceptual_resources/authors/peter_drucker/managing-for-business-effectiveness.pdf
- Entidade Reguladora da Saúde (2015) – *Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1298/Estudo_sobre_o_Desempenho_das_ULS_-_final.pdf

- Eurostat (2024). *Eurostat Statistics Explained*. Glossary: Full-time equivalent (FTE). Consultado em 2 de março de 2024. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Full-time equivalent \(FTE\)](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Full-time%20equivalent%20(FTE))
- Escoval, A. (2010). O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 7-24. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98309/1/RUN%20-%20RPSP%20-%20vol%20tematico9a01%20-%20p7-24.pdf>
- Escoval, A., Santos, A. T. L., & Barbosa, P. (2016). Contributo para a compreensão do financiamento da saúde em Portugal: O caso dos cuidados de saúde primários, dos cuidados hospitalares e dos cuidados continuados. *Tempus–Actas de Saúde Coletiva*, 10(1), 17-27. [https://run.unl.pt/bitstream/10362/31418/1/Escoval Tempus ASC 2016 10 1.pdf](https://run.unl.pt/bitstream/10362/31418/1/Escoval%20Tempus%20ASC%202016%2010%201.pdf)
- Field, L. (2020). Rethinking ‘organisational’ learning. In *Dimensions of adult learning* (pp. 201-218). <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003115366-16/rethinking-organisational-learning-laurie-field>
- Funck, E. K., & Karlsson, T. S. (2020). Twenty-five years of studying new public management in public administration: Accomplishments and limitations. *Financial Accountability & Management*, 36(4), 347-375. <https://doi.org/10.1111/faam.12214>
- Ghelman, S., & Costa, S. D. (2006). Adaptando o BSC para o setor público utilizando os conceitos de efetividade, eficácia e eficiência. *Anais do Simpósio de Engenharia da Produção, Bauru, SP, Brasil*, 12. https://simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/137.pdf
- Ghobadian, A., & Speller, S. (1994). Gurus of quality: a framework for comparison. *Total Quality Management*, 5(3), 53-70. <https://doi.org/10.1080/09544129400000025>
- Gomes, L. F. A. M., de Assis Moreno Jr, V., Woitowicz, B. B. C., & Lucas, S. M. F. (2011). Uma abordagem multicritério para a seleção de ferramentas de business intelligence. *Revista Eletrônica de Sistemas de Informação*, 10(2). <https://doi.org/10.5329/RESI.2011.1002005>
- Grocock, J. M. (1994). Organizing for Quality-Including a Study of Corporate-Level Quality Management in Large UK-Owned Companies. *Quality Management Journal*, 1(2), 25-35. <https://doi.org/10.1080/10686967.1994.11918644>
- GT-CSP (Grupo de trabalho para o desenvolvimento da contratualização com os Cuidados de Saúde Primários) (2009). *ACEs: Proposta de Plano de Desempenho – Documento de Trabalho*. Ministério da Saúde. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/PlanoDesempenhoACES.pdf>
- Harel, Z., Silver, S. A., McQuillan, R. F., Weizman, A. V., Thomas, A., Chertow, G. M., ... & Bell, C. M. (2016). How to diagnose solutions to a quality of care problem. *Clinical journal of the American Society of Nephrology: CJASN*, 11(5), 901. <https://doi.org/10.2215%2FCJN.11481015>

- Hirano, H. I., & Paletta, F. C. (2020). A relação da tomada de decisão com a inteligência competitiva e com a gestão do conhecimento, na produção acadêmica a partir do ano 2000. *Prisma. com*, (41), 216-230. <https://doi.org/10.21747/16463153/41a11>
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons?. *Public administration*, 69(1), 3-19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- INE-Instituto Nacional de Estatística, (2023). *Estimativas Provisórias de População Residente*. Estatísticas. Consultado em 20 de fevereiro de 2024. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0000256&selTab=tabo
- INE-Instituto Nacional de Estatística, (2024). *Conceitos por tema*. Sistema de Metainformação-Módulo Conceitos. <https://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/3997>
- Isniah, S., Purba, H. H., & Debora, F. (2020). Plan do check action (PDCA) method: literature review and research issues. *Jurnal Sistem dan Manajemen Industri*, 4(1), 72-81. <http://dx.doi.org/10.30656/jsmi.v4i1.2186>
- Jagusiak-Kocik, M. (2017). PDCA cycle as a part of continuous improvement in the production company-a case study. *Production engineering archives*, 14(14), 19-22. <https://doi.org/10.30657/pea.2017.14.05>
- Johnson, C. N. (2016). The benefits of PDCA. *Quality Progress*, 49(1), 45. <https://www.proquest.com/openview/204123ca19e492bd4ffcd4599515adf5/1?pq-origsite=gscholar&cbl=34671>
- Karimi, F. (2019). Estimating the health services demand function, based on the population age pyramid. *Journal of Health Based Research*, 4(4), 411-420. <http://hbrj.kmu.ac.ir/article-1-287-en.html>
- Knafo, S. (2020). Neoliberalism and the origins of public management. *Review of International Political Economy*, 27(4), 780-801. <https://doi.org/10.1080/09692290.2019.1625425>
- Lapsley, I. (2022). Whatever happened to New Public Management?. *Financial Accountability & Management*, 38(4), 471-482. <https://doi.org/10.1111/faam.12346>
- Lega, F., & Sartirana, M. (2016). Making doctors manage... but how? Recent developments in the Italian NHS. *BMC Health Services Research*, 16(2), 65-72. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1394-6>
- Lei n.º 2120, de 19 de julho. Presidência da República. Diário de Governo, 1ª série - N.º 169/1963. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/2120-1963-693016>
- Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. Assembleia da República. Diário da República, 1ª série - N.º 214. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1979-75079849>
- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Assembleia da República. Diário da República 1ª série - N.º 195. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1990-34540475>
- Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro. Assembleia da República. Diário da República 1ª série - N.º 258. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2002-34493575>

- Lei n.º 82/2023, de 29 de dezembro. Assembleia da República. Diário da República 1ª série - N.º 250. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2023-836109751>
- Liliana, L. (2016). A new model of Ishikawa diagram for quality assessment. In *Iop conference series: Materials science and engineering* (Vol. 161, No. 1, p. 012099). IOP Publishing. <https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1757-899X/161/1/012099/pdf>
- Longaray, A. A., & Castelli, T. M. (2020). Avaliação do desempenho do uso da tecnologia da informação na saúde: revisão sistemática da literatura sobre o tema. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 4327-4338. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.26342018>
- Machado, J. P., Martins, A. C. M., & Martins, M. S. (2013). Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 1063-1082. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000600004>
- Madureira, C. (2020). A reforma da administração pública e a evolução do estado-providência em Portugal: história recente. *Ler História*, (76), 179-202. <https://doi.org/10.4000/lerhistoria.6408>
- Magistretti, S., Dell’Era, C., Cautela, C., & Kotlar, J. (2023). Design Thinking for Organizational Innovation at PepsiCo. *California Management Review*, 65(3) 5–26. <https://doi.org/10.1177/00081256231170421>
- Marouane, Z., Hassan, K., Brahim, H., & Souhail, S. (2023). *Fundamentals of Quality Concept: Literature Review*. Proceedings of the 8th North American International Conference on Industrial Engineering and Operations Management, Houston, Texas, USA. <https://ieomsociety.org/proceedings/2023houston/211.pdf>
- Martins, J. & Nogueira, P. (2016). *Semântica da Informação em Saúde*. Direção-Geral da Saúde-Direção de Serviços de Informação e Análise. <https://www.cnts.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/04/Semantica-da-informacao-em-saude.pdf>
- Matos, T. T., Ferreira, A. C., Lourenço, A., & Escoval, A. (2010). Contratualização interna vs. contratualização externa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 161-180. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/4708/1/T-10%20ESCOVAL%20p-161.pdf>
- McDermott, O., Antony, J., Sony, M., Rosa, A., Hickey, M., & Grant, T. A. (2023). A study on Ishikawa’s original basic tools of quality control in healthcare. *The TQM Journal*, 35(7), 1686-1705. <https://doi.org/10.1108/TQM-06-2022-0187>
- Mella, P. (2018). Quality a Key Value Driver in Value Based Management. *Economia Aziendale Online*, 9(4), 439-462. <http://dx.doi.org/10.13132/2038-5498/9.4.1970>
- Mendes, F., Martins, E., & Fernandes, R. (2020). Content analysis of " My life and my work" by Henry Ford. In *icCSBs 2020 The Annual International Conference on Cognitive-Social, and Behavioural Sciences* (Vol. 1, pp. 209-218). European Publisher. <https://doi.org/10.15405/epes.20121.24>
- Mina-Raiu, L., Bucura, I. A., & Raiu, C. V. (2021). Transposing good practices in the Field Of Quality Management in Japan, within Romanian Public Administration. *Romanian*

Statistical Review, 2. https://www.revistadestatistica.ro/wp-content/uploads/2021/06/A5_RRS-2_2021.pdf

- Mintzberg, H. (1993). *Structure in fives: Designing effective organizations*. Prentice-Hall, Inc. <https://www.jstor.org/stable/2393181>
- Mintzberg, H., Raisinghani, D., & Theoret, A. (1976). The structure of "unstructured" decision processes. *Administrative science quarterly*, 246-275. <https://doi.org/10.2307/2392045>
- Monteiro, V. B. (2022). Indicadores de Eficiência, Eficácia e Efetividade para o futebol: Uma Proposta Combinando Aspectos Físicos e Técnicos. *Revista Intercontinental de Gestão Desportiva*, 12(4). <https://doi.org/10.51995/2237-3373.v12i4e110055>
- Ni, W., & Sun, H. (2009). The relationship among organisational learning, continuous improvement and performance improvement: An evolutionary perspective. *Total Quality Management*, 20(10), 1041-1054. <https://doi.org/10.1080/14783360903247312>
- National Institutes of Health-NIH (2024). *NEMS Plan Do Check Act*. NIH Environmental Management System. https://nems.nih.gov/about-NEMS/Pages/NEMS_Plan_Do_Check_Act.aspx
- Nunes, A. M. (2017). Gestão Hospitalar: Quatorze Anos de Empresarização em Portugal. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 6(2), 154-162. <https://doi.org/10.5585/rgss.v6i2.283>
- Oh, S. Y., & Han, H. S. (2020). Facilitating organisational learning activities: Types of organisational culture and their influence on organisational learning and performance. *Knowledge Management Research & Practice*, 18(1), 1-15. <https://doi.org/10.1080/14778238.2018.1538668>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde-OPSS (2001). Relatório de Primavera: Conhecer os caminhos da saúde. Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública. <https://www.opssaude.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2001/>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde-OPSS (2005). Relatório de Primavera: Novo Serviço Público da Saúde. Novos desafios. Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública. <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Primavera-2005.pdf>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde-OPSS (2012). Relatório de Primavera: Crise & Saúde Um país em sofrimento. Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública. <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Primavera-2012.pdf>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde-OPSS (2018). Relatório de Primavera: Meio caminho andado. Lisboa, Portugal: Escola Nacional de Saúde Pública. <https://www.opssaude.pt/relatorios/relatorio-de-primavera-2018/>
- Oliveira, S. S. (2020). Princípios norteadores para a gestão da qualidade dos serviços: estudo de caso em um centro médico de saúde. *Revista Valore*, 5, 46-71. <https://revistavalore.emnuvens.com.br/valore/article/view/855/634>

- Papanicolas, I., Rajan, D., Karanikolos, M., Soucat, A. & Figueras, J. (2022). Assessing health systems performance for UHC: rationale and approach. *Health system performance assessment: a framework for policy analysis*; World Health Organization Health Policy Series, Nº. 57(1-7). <https://iris.who.int/handle/10665/352686>
- Paraschivescu, A. O., Căprioară, F. M., & Bacovia, G. (2014). Strategic quality management. *Economy Transdisciplinarity Cognition*, 17(1), 19-27. https://www.ugb.ro/etc/etc2014no1/06_Paraschivescu_Caprioara.pdf
- Parra, X., Tort-Martorell, X., Alvarez-Gomez, F., & Ruiz-Viñals, C. (2023). Chronological evolution of the information-driven decision-making process (1950–2020). *Journal of the Knowledge Economy*, 14(3), 2363-2394. <https://doi.org/10.1007/s13132-022-00917-y>
- Pereira, A. L. (2018). Indicadores: o que são, o que não devem ser e o que poderão ser. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34, 124-126. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i3.12444>
- Pereira, V. C., Salomon, F. C. R., & de Souza, A. B. (2015). Critérios para decisões sobre incorporação de tecnologias em saúde no Brasil e no mundo. *Revista Gestão & Saúde*, 3066-93. <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3313/2998>
- Permana, A., Purba, H. H., & Rizkiyah, N. D. (2021). A systematic literature review of Total Quality Management (TQM) implementation in the organization. *International Journal of Production Management and Engineering*, 9(1), 25-36. <https://doi.org/10.4995/ijpme.2021.13765>
- Pflueger, D. (2020). Quality improvement for all seasons: Administrative doctrines after New Public Management. *Financial Accountability & Management*, 36(1), 90-107. <https://doi.org/10.1111/faam.12226>
- Pierantoni, C. R., França, T., Ney, M. S., Monteiro, V. O., Varella, T. C., Santos, M. R. D., & Nascimento, D. (2011). Avaliação de desempenho: discutindo a tecnologia para o planejamento e gestão de recursos humanos em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 1627-1631. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000700014>
- Pisco, L. e Ribeiro, L. C. (2014). Integração de Cuidados. *Gestão Hospitalar*, julho, (3) 12-17. <https://apah.pt/revista/>
- Pisco, L., & Pinto, L. F. (2020). De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a génese da Medicina Familiar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 1197-1204. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>
- Portaria n.º 411-A/2023, de 5 de dezembro. Finanças e Saúde. Diário da República, 1ª série, Nº 234. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/411-a-2023-225265452>
- Popa, F. (2021). Some Features of the New Public Management. *Romanian Review of Social Sciences*, 12(20). https://www.researchgate.net/publication/366957192_Romanian_Journal_of_Public_Affairs_no32021

- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Principles of Value-Based Competition. Innovations that increase value are strongly rewarded. In *Redefining health care: creating value-based competition on results* (pp. 140-147). Harvard Business School Press. https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/20060502%20NACDS%20-%20Final%2005012006%20for%20On%20Point_db5ede1d-3d06-41fo-85e3-c11658534a63.pdf
- Pratici, L., Francesconi, A., Lanza, G., Zangrandi, A., & Fanelli, S. (2023). The managerial role of healthcare professionals in public hospitals: a time-driven analysis of their activities. *BMC Health Services Research*, 23(1), 465. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09395-7>
- Ramakrishnan, T., Kathuria, A., & Saldanha, T. J. (2020). Business Intelligence and Analytics (BI&A) Capabilities in Healthcare. In J. Khuntia, X. Ning, & M. Tanniru (Eds.), *Theory and Practice of Business Intelligence in Healthcare*, 1-17. <https://doi.org/10.4018/978-1-7998-2310-0.ch001>.
- Rasi, V., Delgoshae, B., & Maleki, M. (2020). Identification of common indicators of hospital performance evaluation models: A scoping review. *Journal of education and health promotion*, 9. https://doi.org/10.4103%2Fjehp.jehp_563_19
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de outubro. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República, 1.ª série — N.º 196 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/157-2005-156182>
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023, de 16 de agosto. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República, 1.ª série — N.º 158. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/93-2023-219991577>
- Sakellarides, C. (2020). Serviço Nacional de Saúde: Dos desafios da atualidade às transformações necessárias. *Acta Médica Portuguesa*, 33(2), 133-142. <https://doi.org/10.20344/amp.12626>
- Sano, H., & Montenegro Filho, M. J. F. (2013). As técnicas de avaliação da eficiência, eficácia e efetividade na gestão pública e sua relevância para o desenvolvimento social e das ações públicas. *Desenvolvimento em questão*, 11(22), 35-61. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=75225787003>
- Saroha, J. (2018). Types and significance of population pyramids. *World Wide Journal of Multidisciplinary Research and Development*, 4(4), 59-69. https://wwjmr.com/upload/types-and-significance-of-population-pyramids_1523552342.pdf
- Sarmiento, J. M., & da Silva, D. N. (2020). A eficiência dos hospitais em regime PPP em Portugal. *Revista de Concorrência e Regulação*, 42-43. https://www.concorrenca.pt/sites/default/files/imported-magazines/CR_42-4302_PT.pdf

- Senge, P. M. (1991). *The fifth discipline, the art and practice of the learning organization*. Performance & Instruction, 30(5), 37.
- Serban, I. D. (2022). From organisational learning and knowledge acquisition to the learning organisation: the case of the European Commission through DG DEVCO. *European Politics and Society*, 23(5), 754-771. <https://doi.org/10.1080/23745118.2021.1953308>
- Shaw, J. S. (2002). Public choice theory. *The concise encyclopedia of economics*, 1-7. <https://www.econlib.org/library/Enc1/PublicChoiceTheory.html>
- Simões, J. (2004). A avaliação do desempenho de hospitais. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4, 91-120. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/99744/1/RUN%20-%20RPS%20-%202004%20-%20vol%20tematico4a09%20-%20p91-120.pdf>
- SDM (2024). – *ULS Guarda* <https://sdm.min-saude.pt/>
- SDMNF (2024). *Metainformação - Especificação de Conceito*. https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id_con=127
- SDMIDG (2024). *Metainformação - Especificação de Conceito*. https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id_con=129#REGRAS_0015
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde-SPMS, (2024) - *PAUF* - <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/planosdeacao/Paginas/default.aspx>
- Stoleroff, A., & Correia, T. (2008). A empresarialização do sector hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua re-regulação. <http://hdl.handle.net/10071/719>
- Suhermin, S., Kurniawan, G., Bon, A. T., & Sulistyan, R. B. (2023). Performance Improvement Model: Commitment Development Based on Empowering and Organizational Learning. *EKUITAS (Jurnal Ekonomi dan Keuangan)*, 7(3), 373-393. <https://doi.org/10.24034/j25485024.y2023.v7.i3.5777>
- Taufik, D. (2020). PDCA cycle method implementation in industries: a systematic literature review. *IJIEM (Indones J Ind Eng Manag)*, 1, 157-166. <https://pdfs.semanticscholar.org/fa9e/aa629904858cccb9bdb4c5b0be5b57aa84c5.pdf>
- Tossaint-Schoenmakers R, Versluis A, Chavannes N, Talboom-Kamp E, Kasteleyn M. (2021). The Challenge of Integrating eHealth Into Health Care: Systematic Literature Review of the Donabedian Model of Structure, Process, and Outcome. *Journal of Medical Internet Research*, 23(5). <https://doi.org/10.2196/27180>
- Traberg, A., Jacobsen, P., & Duthiers, N. M. (2014). Advancing the use of performance evaluation in health care. *Journal of health organization and management*, 28(3), 422-436. <https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2011-0004>
- Tribunal de Contas (2009). *Auditoria à Intervenção das Agências/Departamentos de Contratualização, no Âmbito dos Contratos-Programa - Relatório n.º 16/09 - 2ª S.* Tribunal de Contas. <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2009/relo16-2009-2s.pdf>

- Tronchin, D. M. R., Melleiro, M. M., Kurcgant, P., Garcia, A. N., & Garzin, A. C. A. (2009). Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 30(3), 542-542. <https://repositorio.usp.br/item/001998207>
- ULS Guarda (2022). *Relatório de Gestão e Contas 2022*. Unidade Local de Saude Guarda. Consultado a 01 de março de 2024. <https://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2023/09/RGC.pdf>
- ULS Guarda (2022). *Relatório de Governo Societário 2022*. Unidade Local de Saude Guarda. Consultado a 01 de março de 2024. <https://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2023/09/RGS.pdf>
- ULS Guarda (2024). *Missão, Visão, Valores e Objetivos*. Unidade Local de Saude Guarda. <https://www.ulsguarda.min-saude.pt/category/institucional/missao/>
- Valente, M. C. (2010). Contratualização em contexto hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 25-39. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98310/1/RUN%20-%20RPSP%20-%20vol%20tematico9a02%20-%20p25-39.pdf>
- Van de Walle, S., & Hammerschmid, G. (2011). The impact of the New Public Management: Challenges for coordination and cohesion in European public sectors. *Administrative Culture/Halduskultuur*, 12(2). https://www.researchgate.net/publication/228123933_The_Impact_of_the_New_Public_Management_Challenges_for_Coordination_and_Cohesion_in_European_Public_Sectors_Review_Essay
- Vilela, D. L., Nagano, M. S., & Merlo, E. M. (2007). Aplicação da análise envoltória de dados em cooperativas de crédito rural. *Revista de Administração Contemporânea*, 11, 99-120. <https://www.scielo.br/j/rac/a/tbmTQqpQdQONJM5ZYYF9WBYn/?format=pdf&lang=pt>
- WHO (1998). Terminology: a glossary of technical terms on the economics and finance of health services. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108335/E69927.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wu, F. C., Chuang, T. C., Chou, F. D., & Lee, Y. C. (2022). Evaluating the reliability of diagnostic performance indices by using Taguchi quality loss function. *Annals of Operations Research*, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10479-019-03512-8>

Anexos

Anexo I – Declaração para realização de Estudo



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO

Declaração para realização de Estudo

João Pedro Abrantes Pinto Bernardes Barranca, na qualidade de Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde da Guarda, e atendendo a que resultou de uma necessidade da organização, declaro que nada tenho a opor ao projeto “Desenvolvimento de um simulador Excel como ferramenta de apoio à decisão no processo de contratualização interna dos Cuidados de Saúde Primários da ULS Guarda”, no Departamento de Cuidados de Saúde Primários, cuja investigadora principal é Maria Imaculada Conceição Ponciano.

Data 05 /06 / 2024

Assinatura

Assinado por: JOÃO PEDRO ABRANTES PINTO
BERNARDES BARRANCA
Data: 2024.06.06 10:24:51+01'00'



CARTÃO DE CIDADÃO

Anexo II – Critérios de atribuição de incentivos institucionais

Escalão	Nível IDG	Consequência	% do valor máx. por UF
1º	< 50	Sem direito a incentivos institucionais – Intervenção da ULS e da ENA	0
2º	> 50 e < 60	Sem direito a incentivos institucionais	0
3º	≥ 60 e < 95	Direito a incentivos institucionais	Função linear
4º	≥ 95	Direito a incentivos institucionais	100%

Fonte: Operacionalização (DE-SNS, 2024)

Anexo III – Valor dos incentivos institucionais

Nº de UP por USF ou UCSP	% do valor máx. por UF
< 8.500	9.600 €
> 8.500 e < 15.000	15.200 €
≥ 15.500	20.000 €

Fonte: Operacionalização (DE-SNS, 2024)

Anexo IV - Questionário de avaliação do simulado

Inquérito de Opinião sobre o uso do simulador para a contratualização CSP

Este questionário enquadra-se numa investigação no âmbito de um projeto de Mestrado em Gestão, realizado na Universidade da Beira Interior. Os resultados obtidos serão utilizados apenas para fins académicos (projeto de Mestrado), sendo realçado que as respostas dos inquiridos representam apenas a sua opinião individual e não da Unidade Funcional a que pertencem. O questionário é anónimo, não devendo por isso colocar a sua identificação em nenhuma parte do questionário. Não existem respostas certas ou erradas. Por isso, solicito que responda de forma sincera a todas as questões. Na maioria das questões terá apenas de assinalar com uma cruz a sua opção de resposta. Obrigada pela sua colaboração.

1. O simulador foi fácil de usar?

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Disc Muito Fácil

2. A interface do simulador é intuitiva e bem organizada?

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Disc Concordo Totalmente

3. O simulador forneceu resultados precisos e relevantes?

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Disc Concordo Totalmente

8. O simulador ajudou a melhorar a precisão do processo de contratualização?

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Disc Concordo Totalmente

9. O uso do simulador reduziu o tempo necessário para completar as tarefas relacionadas à contratualização?

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Disc Concordo Totalmente

10. Considera que o simulador pode contribuir para melhorias a longo prazo no processo de contratualização interna?

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Disc Concordo Totalmente

11. A capacidade de prever resultados e ajustar indicadores contribuiu para uma negociação mais eficaz e informada?

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Disc Concordo Totalmente

4. As funcionalidades do simulador atendem às necessidades da sua Unidade Funcional para o processo de contratualização?

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Disc Concordo Totalmente

5. O tempo de resposta do simulador foi satisfatório?

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Muito Muito Rápido

6. A capacidade de simulação de diferentes cenários foi útil no processo de contratualização?

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Disc Concordo Totalmente

7. As funcionalidades de inserção e processamento de dados foram eficientes?

Marcar apenas uma oval.

1 2 3 4 5
Disc Concordo Totalmente

12. Quais funcionalidades adicionais gostaria de ver ou melhorar no simulador?

13. Comentários adicionais sobre a experiência com o simulador

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários