

Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado num serviço de ortopedia

Soraia Micaela Ferreira Martins

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof.^a Dr.^a Anabela Antunes de Almeida
Co-orientador: Dr. Diogo Alexandre Marques Moita Ferreira Pascoal
Co-orientador: Dr.^a Bárbara Alexandra Freitas Novais da Costa

junho de 2025

Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado
num serviço de ortopedia

Declaração de Integridade

Eu, Soraia Micaela Ferreira Martins, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 35439 do curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, 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 referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 25 / 06 / 2025

Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado
num serviço de ortopedia

Dedicatória

*Para os meus pais,
por me darem as asas e a coragem para voar;
e para a minha irmã,
por me erguer sempre que as alturas me falharam.
Tudo o que faço é entrelaçado pelas linhas do vosso amor.*

Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado
num serviço de ortopedia

Agradecimentos

Aos meus orientadores, a Prof^a. Dr.^a Anabela Almeida, o Dr. Diogo Pascoal e a Dr.^a Bárbara Costa, pela orientação dedicada ao longo de todo o percurso, pela partilha generosa de conhecimentos, pela constante disponibilidade desde o primeiro contacto e, sobretudo, pela confiança depositada em mim ao aceitarem embarcar neste ambicioso projeto.

À ULS Cova da Beira, ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética pela atenção dedicada, pelo profissionalismo e pelo compromisso demonstrado na análise e validação deste projeto, assegurando o cumprimento dos princípios éticos e institucionais que o sustentam.

Ao Serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira, em especial ao Diretor do Serviço, o Dr. António Figueiredo, pelo entusiasmo com que acolheram a realização deste estudo na sua unidade e pelo apoio e disponibilidade demonstrados ao longo de todo o processo.

À Dr.^a Rosa Saraiva e ao Sr. Jorge Monteiro, do Gabinete de Investigação e Inovação da ULS Cova da Beira, pela disponibilidade, profissionalismo e apoio constante, bem como pela prontidão e compreensão em esclarecer cada dúvida minha, que foram fundamentais para a concretização deste estudo.

À Faculdade de Ciências da Saúde, à Universidade da Beira Interior e ao Mestrado Integrado em Medicina, por todos estes anos marcantes, por todos os bons momentos e também pelos menos bons, por todos os instantes que se tonaram nas experiências fundamentais que me fizeram crescer, viver e florescer.

Às minhas amigas, Inês e Carolina, pelo apoio incondicional, pelas palavras de incentivo nos momentos difíceis, pelas partilhas, pelas gargalhadas e por estarem sempre presentes, mesmo nos dias mais desafiantes.

À Marta, por ser a melhor colega de casa que eu podia pedir, por todos os dias partilhados, pelas conversas ao jantar, pela paciência, pela amizade e por fazer deste percurso uma experiência mais leve, acolhedora e cheia de cumplicidade.

E a todas as outras amigas e pessoas que conheci durante esta jornada, pelas partilhas e aprendizagens. Espero que vos tenham marcado tanto quanto me marcaram a mim.

À Dr.^a Marisa e ao Dr. Miguel, por tudo o que representaram ao longo deste caminho. A vossa presença, o vosso cuidado e a vossa ajuda foram imprescindíveis para que eu chegasse até aqui.

À minha extensa família, recheada de tantos tios e primos que são demasiados para os tentar enumerar, e aos amigos do coração, como a Anabela e o José, e a Maria e o David, que são tão família quanto os de sangue, por todo o apoio e carinho e por acreditarem sempre em mim.

Aos que já partiram, mas que permanecem em mim, na memória, na força e na razão de cada passo. É em honra deles que continuo a lutar e a construir o meu caminho.

À cidade da Covilhã, que me acolheu como se sempre aqui pertencesse, mesmo quando eu ainda não queria ficar, e me viu crescer nos silêncios, nas lutas e nos afetos.

E por fim, e sem dúvida mais importante: Aos meus pais, Alice e Samuel, por serem o alicerce de tudo o que sou. Por cada gesto, cada palavra e por todo o amor. Por serem o meu maior exemplo de resiliência, pelos sacrifícios que fizeram, pela força com que sempre me ampararam e por acreditarem em mim, mesmo quando eu duvidava. E à minha irmã, Vânia, metade de mim noutra forma. Pela voz que me acalma, pelo riso que me levanta, por seres abrigo em forma de gente, sem nunca pedires nada em troca. Por seres tudo aquilo que sempre aspirei ser, desde pequenina, e por me inspirares sempre a ser melhor. Tudo o que sou e tudo o que conquistei tem, em vós os três, a sua raiz.

A todos vós, o meu maior e mais profundo obrigada!

Resumo

A prestação de cuidados de saúde encontra-se fortemente condicionada por múltiplos determinantes de ordem política, social e económica. Neste cenário, a especialidade de Ortopedia tem vindo a afirmar-se como uma área transversal na prática clínica, com impacto em todas as faixas etárias e uma procura crescente por cuidados especializados. Esta realidade impõe às instituições de saúde o desafio de adotarem modelos de gestão mais eficientes e sustentáveis, capazes de responder à complexidade e exigência crescentes dos serviços hospitalares.

Os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) surgem como um modelo inovador de gestão clínica intermédia, promovendo a autonomia das equipas, a responsabilização por resultados e a otimização dos recursos. Com o objetivo de melhorar a acessibilidade, a qualidade, a produtividade e a eficiência dos cuidados prestados, os CRI alinham-se com as necessidades atuais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português e com as tendências internacionais de reforma dos sistemas de saúde.

A presente dissertação tem como objetivo identificar e analisar as estratégias mais eficazes para a criação e implementação de um CRI no contexto da Ortopedia, utilizando como caso de estudo o serviço de Ortopedia da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira (ULS Cova da Beira). A investigação adota uma abordagem qualitativa e exploratória, centrada num estudo de caso, com base na revisão da literatura, na análise de documentos internos e num diagnóstico situacional da unidade em análise, incluindo análise SWOT.

A partir dos resultados obtidos, foi elaborado um projeto de intervenção, o CRI-ORTO ULS Cova da Beira, que contempla uma nova estrutura organizacional, a definição de instrumentos de gestão, de entre os quais se destacam Balanced Scorecard, sistema de incentivos, avaliação de desempenho, bem como um plano de ação detalhado para a sua implementação. O projeto propõe uma reconfiguração dos processos clínicos e administrativos, o reforço da articulação multidisciplinar e a promoção de uma cultura organizacional centrada no utente e orientada para a excelência.

Conclui-se que a implementação de um CRI de Ortopedia constitui uma oportunidade concreta para melhorar os indicadores assistenciais, reduzir os tempos de espera, aumentar a motivação das equipas e reforçar a sustentabilidade do serviço. Ao mesmo

Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado num serviço de ortopedia

tempo, este modelo promove um ambiente de trabalho mais colaborativo e inovador, consolidando uma resposta mais eficaz às necessidades da população. O *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* apresenta-se, assim, como uma solução replicável noutros contextos hospitalares do SNS.

Palavras-chave

Centros de Responsabilidade Integrados;Ortopedia;Gestão Hospitalar;Serviço Nacional de Saúde

Abstract

Healthcare delivery is significantly influenced by political, social, and economic factors that affect both service users and healthcare provider institutions. In this context, orthopedics has evolved into a cross-cutting medical specialty, gaining importance across all age groups and experiencing an increasing demand for specialized care. This underscores the necessity for healthcare institutions to adopt more efficient and sustainable management models that can address the rising complexity and demands of hospital services.

Integrated Responsibility Centers (CRIs) have emerged as an innovative and promising model for intermediate clinical management. They promote greater team autonomy, accountability for outcomes, and more efficient resource use. By aiming to enhance accessibility, quality, productivity, and overall performance, CRIs align with the current needs of the Portuguese National Health Service (SNS) and international trends in healthcare reform. Establishing a CRI within an orthopedics service represents a strategic approach to modernizing and improving the sustainability of hospital care.

This dissertation aims to identify and analyze the most effective strategies for creating and implementing a CRI in the field of orthopedics, using the Orthopedics Department of the Local Health Unit of Cova da Beira (ULS Cova da Beira) as a case study. The study focuses on optimizing clinical and administrative processes, improving resource management, and fostering multidisciplinary integration, all aimed at enhancing patient-centered care and better cost control.

The research employs a qualitative and exploratory case study approach, utilizing a literature review, internal document analysis, and a situational diagnosis of the target service, which includes a SWOT analysis. Based on the findings, an intervention project—CRI-ORTO ULS Cova da Beira—was developed, featuring a revised organizational structure and management tools such as the Balanced Scorecard, incentive systems, performance evaluation, and a detailed implementation plan. The project proposes a restructuring of workflows, enhanced interdisciplinary collaboration, and a patient-focused organizational culture oriented toward excellence.

Therefore, implementing a CRI in orthopedics offers a tangible opportunity to improve service indicators, reduce waiting times, increase staff motivation, and strengthen the

Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado num serviço de ortopedia

sustainability of care delivery. Additionally, this model fosters a more collaborative and innovative working environment, positioning *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* as a replicable solution for other hospital settings within the SNS.

Keywords

Integrated Responsibility Centers; Orthopedics; Hospital Management; National Health Service

Índice

Dedicatória.....	v
Agradecimentos	vii
Resumo.....	ix
Abstract	xi
Lista de Figuras.....	xv
Lista de Tabelas.....	xvii
Lista de Acrónimos	xix
1. Introdução	1
2. Contextualização Teórica.....	5
2.1. O Sistema de Saúde Português.....	5
2.1.1. História e Evolução do Sistema de Saúde Português	5
2.1.2. Reformas Estruturais e Reorganização do Sistema	6
2.1.3. Financiamento do Sistema de Saúde	7
2.1.4. Modelos de Governação e Desafios Atuais	8
2.2 A Ortopedia no Contexto da Medicina Contemporânea.....	10
2.2.1. Origem e Consolidação Histórica da Ortopedia	10
2.2.2. Abrangência Clínica e Funcional da Especialidade	11
2.2.3. A Ortopedia no SNS.....	12
2.2.4. Enquadramento Epidemiológico e Desafios Demográficos	13
2.2.5. Eficiência Assistencial, Desafios de Gestão e Qualidade	14
2.2.6. Inovação Tecnológica e Cooperação Internacional	15
2.3. Centros de Responsabilidade Integrados no Serviço Nacional de Saúde: Conceito, Evolução e Aplicação em Ortopedia	16
2.3.1 Natureza, Evolução e Fundamentos do Modelo CRI	16
2.3.2. Funcionamento, Benefícios e Desafios Operacionais	18
2.3.2. A Aplicação dos CRI na Especialidade de Ortopedia.....	19
3. Metodologia	21
3.1. Enquadramento metodológico.....	21
3.2. Caracterização da unidade de estudo	21
3.3. Estratégia e Processo de recolha de dados	22
3.4. Técnicas de tratamento e análise de dados	23

4. Resultados da análise da situação atual do Serviço de Ortopedia.....	25
4.1. Caracterização da ULS Cova da Beira.....	25
4.1.1. Análise SWOT da ULS Cova da Beira	28
4.2. Diagnóstico do Serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira	30
4.2.1. Análise SWOT do Serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira	36
5. Projeto de Intervenção: <i>CRI-ORTO ULS Cova da Beira</i>	39
5.1. Justificação e Enquadramento	39
5.2. Missão, Visão e Valores	40
5.3. Identidade Organizacional	41
5.4. Estrutura e Organização Funcional.....	41
5.5. Instrumentos de Gestão.....	44
5.5.1. Mapa Estratégico	45
5.5.2. Balanced Scorecard	46
5.5.3. Avaliação de Desempenho.....	47
5.5.4. Sistema de Incentivos.....	48
5.6. Plano de Ação.....	49
5.6.1. Perfil Assistencial.....	49
5.6.2. Plano de Implementação do CRI	50
5.6.3. Investimentos	51
5.6.4. Financiamento.....	51
5.6.5. Demonstração da Sustentabilidade Financeira	52
5.6.6. Resultados Operacionais.....	52
5.6.7. Monitorização e Avaliação.....	52
5.6.8. Ensino e Investigação.....	54
5.6.9. Centros de Referência	54
6. Resultados Esperados.....	57
7. Conclusões	61
Bibliografia	65
Anexos.....	71

Lista de Figuras

Figura 1 - Região da Cova da Beira.....	25
Figura 2 - Estrutura Etária e por Sexo da População da Cova da Beira	26
Figura 3 - Indicadores de Qualidade do Serviço de Ortopedia.....	31
Figura 4 - Tempos de Espera para cirurgia.....	32
Figura 5 - Distribuição do Número de Consultas por Tipo e Unidade Hospitalar.....	32
Figura 6 - Tempos de Espera para realização da 1 ^a consulta	33
Figura 7 - Distribuição da equipa por grupos profissionais.....	33
Figura 8 - Distribuição etária da equipa por género.....	34
Figura 9 - Relatório financeiro do Serviço de Ortopedia relativo ao ano de 2023.....	35
Figura 10 - Logotipo do <i>CRI-ORTO ULS Cova da Beira</i>	41

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela I - Quadro comparativo entre os modelos Beveridgiano e Bismarckiano de sistemas de saúde.....	6
Tabela II - Enquadramento legal dos CRI	17
Tabela III - Análise SWOT da ULS	28
Tabela IV - Análise SWOT do Serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira	36
Tabela V - BSC do CRI-ORTO ULS Cova da Beira.....	46
Tabela VI - Parâmetros de Avaliação do Desempenho.....	47
Tabela VII - Sistema de Incentivos	48
Tabela VIII - Proposta do Plano de Implementação do CRI.....	50
Tabela IX - Indicadores de Qualidade	53

Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado
num serviço de ortopedia

Lista de Acrónimos

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administrações Regionais de Saúde
BSC	Balanced Scorecard
CRI	Centro de Responsabilidade Integrado
CRI-HD	CRI de Hospitalização Domiciliária
CRI-PM	CRI de Punho e Mão
CRITO	CRI de Traumatologia Ortopédica
CTH	Consulta a Tempo e Horas
DGS	Direção-Geral da Saúde
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
FCS-UBI	Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior
FFN	Fragility Fracture Network
GEPI	Gabinete de Estudos, Planeamento e Informação para a Gestão
GRP	Gabinete de Relações Públicas
LIC	Lista de Inscritos para Cirurgia
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial da Saúde
NPS	Net Promoter Score
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPP	Parcerias Público-Privadas
PDO	Plano de Desenvolvimento Organizacional
RCAAP	Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal
SIGA SNS	Sistema Integrado de Gestão do Acesso do SNS
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPOT	Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
TMRG	Tempos Máximos de Resposta Garantidos
UBI	Universidade da Beira Interior
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
UHD	Unidade de Hospitalização Domiciliária
ULS	Unidade Local de Saúde
USF	Unidades de Saúde Familiar

Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado
num serviço de ortopedia

1. Introdução

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, criado em 1979 como um sistema universal, geral e tendencialmente gratuito, constitui uma das maiores conquistas sociais do período pós-25 de Abril. ^(1,2) Passadas quase cinco décadas, o SNS continua a ser um pilar essencial na promoção da equidade no acesso aos cuidados de saúde. Contudo, enfrenta atualmente desafios cada vez mais exigentes, resultantes de profundas transformações demográficas e epidemiológicas. O aumento da esperança média de vida, o envelhecimento populacional e a maior prevalência de doenças crónicas têm exercido uma pressão sem precedentes sobre o sistema, gerando um desfasamento significativo entre a procura crescente e os recursos disponíveis – humanos, financeiros e infraestruturais.⁽³⁻⁵⁾ Este desequilíbrio tem-se refletido em dificuldades de acesso, tempos de espera prolongados e compromissos à qualidade, equidade e tempestividade da resposta assistencial.

A escassez e desmotivação dos profissionais de saúde – motivadas, em grande parte, por condições laborais e remuneratórias pouco atrativas – agravam ainda mais a capacidade de resposta do SNS, sobretudo em determinadas especialidades e regiões do país. Neste contexto, a sustentabilidade do sistema exige a implementação de estratégias que promovam a eficiência, reforcem a motivação dos profissionais e permitam uma gestão mais racional dos recursos, salvaguardando simultaneamente a acessibilidade e a qualidade dos cuidados prestados.

No domínio hospitalar, a especialidade de Ortopedia assume um papel estratégico, em virtude da elevada carga de doença músculo-esquelética na população e do volume considerável de atos clínicos associados, como consultas médicas e intervenções cirúrgicas. As doenças do aparelho locomotor – com destaque para o trauma ortopédico e as patologias degenerativas osteoarticulares – constituem uma das principais causas de morbilidade e perda de qualidade de vida, especialmente entre as populações mais envelhecidas.

As especificidades da Ortopedia estão, assim, intrinsecamente relacionadas com as dinâmicas demográficas, em particular com o envelhecimento populacional, o qual está associado a uma maior incidência de patologias como a osteoartrose e as fraturas osteoporóticas. No caso específico das fraturas do fémur proximal, a Direção-Geral da Saúde (DGS) registou, em 2006, um total de 9.523 casos em Portugal. Com base nas projeções demográficas então disponíveis, estimava-se que este número aumentasse para 10.877 em 2020 e para 11.609 em 2050, o que representaria crescimentos de 27% e 36%, respetivamente. Contudo, dados da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) revelam que, já em 2015, o número de fraturas ultrapassava significativamente essas previsões, totalizando 12.992 casos, o que evidencia um crescimento mais acelerado do que o previsto e levanta preocupações quanto à capacidade de resposta dos serviços ortopédicos ⁽⁶⁾.

Paralelamente, tem-se verificado um aumento contínuo da procura de cuidados ortopédicos no SNS. Em 2019, realizaram-se mais de 840 mil consultas médicas de Ortopedia, o que representa um acréscimo de 3,2% face ao ano anterior. Também a atividade cirúrgica nesta especialidade é particularmente expressiva, com mais de 90 mil cirurgias realizadas em 2019, entre procedimentos programados e urgentes, o que corresponde a um aumento de 7% relativamente ao ano homólogo.⁽⁷⁾ Estima-se, atualmente, uma necessidade assistencial entre 12 a 14 cirurgias ortopédicas por cada 1.000 habitantes, valor que ultrapassa a capacidade de resposta instalada, revelando uma discrepância significativa entre a oferta e as necessidades reais da população.⁽⁶⁾

Esta pressão crescente sobre os serviços reflete-se igualmente na acessibilidade e nos tempos de espera. Em 2019, apenas 56,2% das primeiras consultas de Ortopedia foram realizadas dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG), o que posiciona esta especialidade como a quarta com pior desempenho nesta métrica. No mesmo ano, 40,7% dos utentes inscritos para cirurgia (LIC) aguardavam há mais tempo do que o estipulado pelo TMRG.⁽⁷⁾ Estes dados refletem constrangimentos estruturais persistentes, que comprometem a eficiência e equidade no acesso aos cuidados ortopédicos.

Perante este cenário, torna-se imperativo adotar modelos inovadores de gestão e reorganização dos serviços ortopédicos, que permitam aumentar a eficiência, reduzir os tempos de espera e melhorar os resultados clínicos. É neste enquadramento que emerge o conceito de Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), estruturas orgânicas de gestão intermédia com o objetivo de reforçar a autonomia das equipas clínicas, responsabilizando-as pelos resultados assistenciais e financeiros.^(8,9) Os CRI operam através de contratos-programa internos, com definição de metas de desempenho e maior autonomia organizativa, em contrapartida de uma responsabilização acrescida pelos resultados alcançados.^(10,11)

Apesar de o conceito de CRI ter sido formalmente introduzido em Portugal pelo Decreto-Lei n.º 374/99, a sua aplicação inicial foi limitada.⁽⁹⁾ A revitalização do modelo ocorreu com o Decreto-Lei n.º 18/2017, complementado pelas Portarias n.º 330/2017 e n.º 71/2018.^(8,10,11) Mais recentemente, a Portaria n.º 207/2017 integrou os CRI no Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS), e o Decreto-Lei n.º 118/2023 veio conferir-lhes um enquadramento jurídico mais robusto e atualizado.^(12,13) Estas iniciativas traduzem uma aposta crescente do Ministério da Saúde e da Direção Executiva do SNS na expansão dos CRI como instrumento central de reforma hospitalar, prevendo-se a criação de até 100 unidades até ao final de 2025.

A adoção de modelos de gestão clínica intermédia, como os CRI, insere-se numa tendência internacional de modernização dos sistemas de saúde, que visa conciliar a autonomia das equipas com a responsabilização na gestão dos recursos. Esta abordagem permite acelerar os processos de decisão, adaptar a organização do trabalho às especificidades locais e reforçar o envolvimento dos profissionais com a missão institucional, potenciando ganhos de motivação, eficiência e desempenho.

Neste enquadramento, a Unidade Local de Saúde da Cova da Beira (ULS Cova da Beira), situada na região Centro Interior de Portugal, constitui um cenário particularmente desafiador, mas simultaneamente promissor, para a aplicação deste modelo. Com uma população assistida de cerca de 80 mil habitantes e um índice de envelhecimento superior a 300 idosos por cada 100 jovens (valor muito superior ao índice envelhecimento nacional de 188,1), a região apresenta uma elevada prevalência de doenças crónicas e degenerativas, refletindo-se numa procura crescente de cuidados especializados em ortopedia, reumatologia e reabilitação.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ A dispersão geográfica, a escassez de recursos humanos e a dificuldade em atrair e fixar profissionais de saúde agravam a capacidade de resposta da ULS, em especial no serviço de Ortopedia, onde se têm verificado atrasos significativos em consultas e cirurgias, com impacto direto na qualidade de vida dos utentes.⁽¹⁷⁾

A escolha da ULS Cova da Beira como caso de estudo para esta dissertação justifica-se pela confluência de fatores que a tornam num terreno fértil para a avaliação do impacto dos CRI. Por um lado, apresenta fragilidades organizativas representativas de muitas outras unidades hospitalares do interior do país; por outro, possui características organizacionais e comunitárias que favorecem a implementação de um projeto-piloto de gestão intermédia adaptado à realidade local.

Deste modo, o objetivo central do presente trabalho é identificar as principais características do serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira e, com base nesse diagnóstico, propor um projeto de criação e implementação de um CRI, ajustado às especificidades desta unidade. Esta dissertação encontra-se estruturada em sete capítulos. No presente capítulo é apresentada a introdução ao tema e objetivos do estudo. No segundo capítulo é feita uma contextualização teórica refletindo sobre os principais temas abordados neste projeto: O Sistema de Saúde Português; A Ortopedia; e Os Centros de Responsabilidade Integrados. No terceiro capítulo descreve-se a metodologia utilizada, caracterizando os procedimentos de recolha e análise de dados. O quarto capítulo apresenta os resultados da análise da situação atual do serviço de ortopedia. No quinto capítulo é redigido o projeto para a criação e implementação do CRI de Ortopedia da ULS Cova da Beira. No sexto capítulo são discutidos os resultados esperados após a criação e implementação do CRI. Finalmente, no sétimo capítulo são apresentadas as conclusões do estudo, assim como sugestões para investigações futuras.

Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado
num serviço de ortopedia

2. Contextualização Teórica

2.1. O Sistema de Saúde Português

2.1.1. História e Evolução do Sistema de Saúde Português

O sistema de saúde português apresenta uma trajetória longa e complexa, marcada por transformações estruturais profundas, com destaque para a transição de um modelo predominantemente assistencialista, fragmentado e caritativo para um sistema público de acesso universal, promovido e sustentado pelo Estado. Até à década de 1960, a organização dos cuidados de saúde era altamente desigual e ineficaz: enquanto os mais favorecidos recorriam a médicos particulares e clínicas privadas, as populações desfavorecidas eram atendidas por instituições de beneficência como as Misericórdias e os serviços médico-sociais da Previdência, frequentemente em condições precárias e sem coordenação nacional. Além disso, coexistiam múltiplos subsistemas especializados (como os dedicados à saúde mental, tuberculose e saúde materno-infantil), sem integração sistémica nem uniformidade na resposta prestada. Esta ausência de articulação traduziu-se em profundos desequilíbrios geográficos e socioeconómicos, evidenciados por indicadores de saúde muito abaixo da média europeia, como a taxa de mortalidade infantil que, em 1970, ultrapassava os 40‰, e por uma despesa pública em saúde que representava apenas 2,8% do PIB nacional.^(18,19)

A Revolução de 25 de Abril de 1974 representou um marco civilizacional na sociedade portuguesa, tendo aberto caminho à consagração constitucional da saúde como um direito universal e um dever do Estado. O artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, de 1976, proclamou a criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito.⁽²⁰⁾ Este princípio fundacional viria a materializar-se, três anos depois, com a promulgação da Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, que criou formalmente o SNS. Esta legislação visou integrar os diversos serviços de saúde dispersos e estabelecer um sistema público articulado e coordenado, com financiamento público e acesso garantido a toda a população, independentemente da sua condição socioeconómica.⁽²¹⁾

O SNS foi concebido como um dos pilares do novo Estado social democrático, baseado no modelo Beveridgiano de proteção social, caracterizado por financiamento através de impostos gerais, prestação pública dominante e acesso universal gratuito no ponto de utilização. Este modelo contrasta com o modelo Bismarckiano, adotado por países como a Alemanha ou a Bélgica, que assenta em seguros sociais obrigatórios, financiamento por contribuições dos empregadores e trabalhadores, e provisão de cuidados por entidades públicas e privadas contratadas, sendo orientado por princípios de equidade, solidariedade e justiça social. A Tabela I evidencia as diferenças entre estes dois modelos. A implementação do SNS procurou corrigir as disparidades herdadas do antigo regime, dotando o país de uma rede nacional de cuidados de saúde organizada territorialmente, com ênfase tanto na medicina curativa como na promoção e prevenção em saúde pública. Assim, o SNS representou não apenas uma reforma estrutural da organização dos

cuidados, mas também uma profunda mudança paradigmática na forma como o Estado e a sociedade encaravam a saúde enquanto bem público essencial.⁽²²⁾

Tabela I - Quadro comparativo entre os modelos Beveridgiano e Bismarckiano de sistemas de saúde

Características	Modelo Beveridgiano	Modelo Bismarckiano
Origem	Reino Unido (Lord Beveridge, 1792)	Alemanha (Otto von Bismarck, séc. XIX)
Financiamento	Impostos gerais	Contribuições sociais (trabalhadores e empregadores)
Prestação de cuidados	Predominantemente pública	Pública e privada contratada
Gestão	Centralizada no Estado	Múltiplas seguradoras sociais autónomas
Acesso	Universal e tendencialmente gratuito	Universal com base contributiva
Exemplo	Portugal, Reino Unido, Espanha	Alemanha, Bélgica, França

2.1.2. Reformas Estruturais e Reorganização do Sistema

A evolução do SNS ao longo das décadas subsequentes à sua criação foi marcada por reformas estruturais que visaram melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados. Na década de 1980, assistiu-se à consolidação e expansão das infraestruturas do SNS, com a criação dos centros de saúde de 1.^a geração, orientados para a saúde pública, e a sua posterior integração com os postos médicos das Caixas de Previdência, originando os centros de saúde de 2.^a geração. Esta reestruturação teve como objetivo unificar sob uma única gestão local os cuidados preventivos e curativos, promovendo a proximidade e continuidade dos cuidados. Em paralelo, foi criada a Carreira de Clínica Geral e Familiar (1980), valorizando o papel do médico de família e reforçando a atenção primária como eixo central do sistema.⁽¹⁹⁾

Nos anos 1990, beneficiando de um contexto de maior estabilidade política e económica, foram implementadas reformas legislativas significativas. A promulgação da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90) redefiniu o enquadramento legal do SNS, consagrando-o como parte de um sistema de saúde misto, que incluía a colaboração de entidades privadas e do setor social.⁽²³⁾ A criação das Administrações Regionais de Saúde (ARS), com delimitação de cinco regiões administrativas (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve), visou descentralizar a gestão e fomentar uma lógica de proximidade e adaptação às realidades locais. Introduziram-se também as taxas moderadoras como forma de racionalizar o uso dos serviços de saúde, mantendo, no entanto, regimes de isenção para grupos vulneráveis.^(24,25)

A década de 2000 trouxe consigo a empresarialização da gestão hospitalar, com a transformação da maioria dos hospitais públicos em Entidades Públicas Empresariais (EPE), com autonomia administrativa e orçamental. Esta medida teve como propósito reforçar a responsabilização, a eficiência e a capacidade de resposta das unidades hospitalares. No âmbito dos cuidados primários, surgiu a criação das Unidades de Saúde Familiar (USF), equipas multiprofissionais com contratos baseados em desempenho, que introduziram uma nova lógica de organização, acessibilidade e qualidade na prestação de cuidados. Posteriormente, foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), estruturas organizativas que reúnem várias unidades de saúde para otimizar recursos e melhorar a gestão local.⁽²⁶⁾

O período de crise económica e financeira de 2011-2014 impôs um contexto de forte contenção orçamental, com impacto direto na capacidade de resposta do SNS. Registaram-se cortes significativos na despesa pública em saúde, perda de profissionais e restrições na contratação de novos recursos. A recuperação começou a partir de 2015, com reforço progressivo do financiamento e adoção de medidas de racionalização e melhoria da qualidade, como concursos nacionais para médicos de família e investimentos em tecnologias da informação.

Finalmente, em 2024, procedeu-se a uma nova reorganização estrutural com a criação de 39 ULS, cada uma responsável por integrar sob uma única gestão os cuidados hospitalares e os cuidados de saúde primários da respetiva área geográfica. Esta transformação organizativa substitui as antigas ARS, procurando promover uma maior coesão territorial, eficiência administrativa e continuidade assistencial ao longo do percurso do utente.⁽²⁷⁾

2.1.3. Financiamento do Sistema de Saúde

O financiamento do SNS tem evoluído significativamente desde a sua criação em 1979. Inicialmente, o modelo de financiamento assentava nas contribuições sociais, refletindo uma herança do sistema corporativo e segmentado do Estado Novo. Com a institucionalização do SNS, a responsabilidade financeira passou a ser suportada essencialmente pelo Orçamento do Estado, através de receitas fiscais gerais, num modelo de solidariedade intergeracional e social.

Durante a década de 1990, com a revisão constitucional de 1989 e a entrada em vigor da Lei de Bases da Saúde em 1990, introduziram-se taxas moderadoras com a finalidade de regular o acesso aos cuidados de saúde, desencorajando a utilização inapropriada dos serviços, sem prejuízo da proteção dos grupos mais vulneráveis, salvaguardados por regimes de isenção legalmente previstos. Paralelamente, introduziram-se também comparticipações em medicamentos, com regulação do mercado farmacêutico e incentivos ao uso de genéricos como forma de controlo da despesa pública.^(23,24)

Com o aprofundamento das políticas de controlo orçamental nas décadas seguintes, especialmente durante o período de assistência financeira internacional (2011-2014), o financiamento do SNS enfrentou restrições significativas. Os cortes na despesa pública

traduziram-se numa redução do investimento em infraestruturas, na limitação da contratação de profissionais e no aumento dos encargos suportados diretamente pelos utentes. A recuperação subsequente permitiu algum reforço orçamental, mas sem atingir os níveis de investimento considerados ideais para garantir a sustentabilidade do sistema a longo prazo.

Segundo dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), em 2022, Portugal destinava cerca de 11,1% do seu Produto Interno Bruto (PIB) à saúde, valor próximo da média europeia. No entanto, apenas cerca de 63% desta despesa era financiada pelo setor público, significativamente abaixo da média da União Europeia, que ronda os 81%. Esta diferença reflete-se numa elevada proporção de pagamentos diretos por parte das famílias, o que coloca desafios à equidade no acesso aos cuidados de saúde.⁽²⁶⁾

Para colmatar o défice de financiamento público, o Estado tem recorrido a soluções alternativas, como as parcerias público-privadas (PPP) para a construção e gestão de unidades hospitalares. Embora estas soluções tenham possibilitado investimentos importantes em infraestruturas, têm sido alvo de críticas quanto à sua eficácia em termos de custo-benefício e impacto na qualidade dos cuidados.

Atualmente, um dos grandes desafios do SNS reside na definição de um modelo de financiamento sustentável, que permita responder às necessidades crescentes de uma população envelhecida, com maior prevalência de doenças crónicas e exigências de cuidados continuados. A inovação tecnológica, os novos medicamentos e as terapêuticas avançadas constituem, por um lado, oportunidades de melhoria da saúde da população, mas, por outro, implicam custos acrescidos que exigem planeamento e alocação eficiente dos recursos.

A aposta na eficiência, transparência e responsabilização na gestão dos recursos financeiros, bem como na modernização dos sistemas de informação e na contratualização baseada em resultados, será essencial para garantir a viabilidade financeira do SNS, respeitando os princípios de universalidade, equidade e solidariedade que presidiram à sua fundação.⁽²⁸⁾

2.1.4. Modelos de Governação e Desafios Atuais

A governação do SNS estrutura-se numa lógica mista de centralização estratégica e descentralização operativa. O Ministério da Saúde é o órgão central responsável pela definição das políticas nacionais de saúde, pela coordenação global do sistema e pela alocação dos recursos. Esta ação é operacionalizada através de entidades como a ACSS, que gere os recursos financeiros e humanos, e a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), que supervisiona a qualidade e o cumprimento das normas por parte dos prestadores públicos e privados. Em 2022, foi criada a Direção Executiva do SNS, com a missão de coordenar a resposta assistencial em todo o sistema de saúde público, promovendo a integração de cuidados e assegurando uma gestão mais eficiente e centrada nos utentes.⁽²⁹⁾

Até 2023, a governação regional era realizada pelas ARS, entidades desconcentradas que asseguravam o planeamento, coordenação e execução das políticas de saúde em cinco regiões do país. Em 2024, estas foram substituídas por 39 ULS, que integram sob uma única gestão os hospitais e centros de saúde de uma determinada área geográfica. Este modelo visa fomentar a integração de cuidados, a eficiência na utilização de recursos e a continuidade assistencial, ao mesmo tempo que aproxima a decisão da realidade local.⁽²⁷⁾

A autonomia das instituições do SNS tem sido progressivamente reforçada, especialmente com a transformação dos hospitais em EPEs, permitindo maior flexibilidade na gestão dos recursos humanos, financeiros e logísticos. As USFs e os ACES operam segundo modelos contratualizados, com avaliação de desempenho e incentivos à eficiência e à qualidade da prestação dos cuidados.

Apesar destas reformas, o SNS enfrenta desafios estruturais significativos. O envelhecimento da população é um dos principais: Portugal tem atualmente uma das populações mais envelhecidas da União Europeia, com implicações diretas no aumento da procura por cuidados de saúde, particularmente cuidados de longa duração, geriátricos e paliativos. Estima-se que, em 2050, cerca de 34% da população portuguesa terá mais de 65 anos, o que intensificará a pressão sobre os serviços de saúde e os recursos disponíveis.

A sustentabilidade financeira constitui outro desafio crítico. Embora o investimento público em saúde tenha aumentado nos últimos anos, continua aquém das necessidades identificadas. O recurso a pagamentos diretos e a seguros privados continua elevado, refletindo alguma fragilidade no financiamento público universal e equitativo. Estratégias como a reestruturação dos modelos de financiamento, a aposta na prevenção e a melhoria da eficiência organizacional são apontadas como prioritárias para assegurar a viabilidade do SNS a longo prazo.^(26,28)

Adicionalmente, a incorporação de inovação tecnológica representa simultaneamente uma oportunidade e um desafio. A expansão da saúde digital, com a implementação do registo eletrónico de saúde, telemedicina, sistemas de interoperabilidade e inteligência artificial, pode aumentar a acessibilidade, reduzir custos e melhorar os resultados em saúde. Contudo, exige investimentos substanciais, formação contínua dos profissionais de saúde e salvaguardas éticas e de cibersegurança.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021–2030, promovido pela Direção-Geral da Saúde, destaca precisamente estas prioridades, com foco especial na literacia em saúde, na integração de cuidados e na resposta às desigualdades em saúde, reforçando o papel dos cuidados primários como elemento estruturante do sistema. Este plano reconhece estes desafios, propondo uma abordagem intersectorial e integrada da saúde ao longo do ciclo de vida, articulando políticas públicas de saúde com estratégias de inclusão social, ambiente e educação.⁽²⁸⁾

2.2 A Ortopedia no Contexto da Medicina Contemporânea

2.2.1. Origem e Consolidação Histórica da Ortopedia

A história da ortopedia enquanto especialidade médica remonta à Antiguidade, revelando uma evolução marcada por avanços conceptuais e técnicos profundamente enraizados na prática clínica. Já nas obras de Hipócrates (século V a.C.) encontram-se descrições de manobras para a redução de fraturas e de abordagens rudimentares para a correção de deformidades, sinalizando uma consciência precoce da importância do sistema músculo-esquelético na saúde global do indivíduo. Durante a Idade Média e o Renascimento, embora o conhecimento anatómico e fisiológico tenha evoluído, a ortopedia permaneceu inserida no âmbito mais vasto da cirurgia geral, sem um corpo de saber autónomo claramente delimitado.⁽³⁰⁾

O termo "orthopaedia" foi cunhado por Nicolas Andry de Bois-Regard em 1741. Esta obra, ilustrada com a célebre imagem da árvore torta amarrada a uma estaca, tornou-se simbólica da missão ortopédica: orientar e corrigir a estrutura corporal.⁽³¹⁾ A partir do século XIX, com a consolidação dos princípios da assepsia, da anestesia e da sistematização do ensino médico, a ortopedia começou a desenvolver-se como uma disciplina especializada, com escolas e métodos próprios, sobretudo na Europa Central.

A viragem do século XIX para o século XX assistiu à consolidação da ortopedia como especialidade médica independente, com o surgimento de sociedades científicas, revistas especializadas e programas de formação clínica centrados em técnicas específicas para a correção cirúrgica de fraturas, deformidades e outras patologias do aparelho locomotor. A invenção de aparelhos ortopédicos e a aplicação de princípios biomecânicos ao tratamento clínico foram igualmente marcos relevantes na construção da identidade ortopédica.

Em Portugal, a institucionalização da ortopedia enquanto especialidade ocorreu em meados do século XX, com a criação da Sociedade Portuguesa de Ortopedia em 1950, posteriormente transformada na Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT) em 1953.⁽³²⁾ Este momento marcou o início de uma fase de expansão científica, assistencial e formativa da ortopedia no país, acompanhando o desenvolvimento do SNS e respondendo aos desafios impostos pelo envelhecimento demográfico e pela complexificação dos quadros patológicos.

Hoje, a ortopedia é reconhecida como uma especialidade fundamental na arquitetura da medicina moderna, articulando conhecimento anatómico aprofundado, domínio técnico cirúrgico e competências multidisciplinares para responder a um amplo leque de patologias. A sua história revela uma constante adaptação ao progresso científico, às necessidades sociais e à evolução das políticas de saúde pública.

2.2.2. Abrangência Clínica e Funcional da Especialidade

A ortopedia contemporânea destaca-se pela sua ampla abrangência clínica. Este sistema inclui ossos, articulações, músculos, ligamentos e tendões, todos interligados de forma a permitir o movimento e a sustentação do corpo humano. A ortopedia ocupa uma posição estratégica no panorama médico, pela frequência das suas patologias e pelo impacto socioeconómico associado à perda de funcionalidade musculoesquelética.⁽³³⁾

Entre as condições abordadas, destacam-se as patologias congénitas, como o pé boto e a displasia congénita da anca.⁽³⁴⁾ Estas alterações, quando identificadas precocemente, podem ser corrigidas através de tratamentos conservadores ou cirúrgicos, evitando sequelas funcionais na idade adulta. A ortopedia pediátrica constitui, assim, um subdomínio essencial, exigindo conhecimentos específicos do desenvolvimento osteoarticular.

As doenças degenerativas, como a osteoartrose e a espondilose, representam uma das principais causas de incapacidade funcional em países desenvolvidos, sendo especialmente prevalentes em populações envelhecidas.⁽³⁵⁾ O tratamento destas condições envolve uma abordagem escalonada, começando por terapêuticas conservadoras (medicamentos, reabilitação, modificações do estilo de vida) e, nos casos avançados, recorrendo a intervenções cirúrgicas como as artroplastias totais. A medicina regenerativa tem ganho relevo neste contexto, oferecendo soluções inovadoras, como infiltração de ácido hialurónico, plasma rico em plaquetas e terapias celulares.

As doenças inflamatórias, como a artrite reumatoide e outras artropatias autoimunes, implicam uma abordagem interdisciplinar em colaboração com a reumatologia. Estas patologias, quando não controladas, podem levar à destruição articular irreversível, requerendo intervenções cirúrgicas reconstrutivas.⁽³⁶⁾

A ortopedia também intervém no diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas osteoarticulares, como a osteomielite e a artrite séptica. Estas condições, ainda que menos prevalentes, representam urgências médicas, dada a sua potencial gravidade e necessidade de intervenções imediatas, tanto médicas como cirúrgicas.⁽³⁷⁾

No âmbito traumático, a ortopedia assume um papel crucial na resposta a situações agudas decorrentes de acidentes domésticos, laborais, desportivos e rodoviários. Fraturas, entorses, luxações e lesões ligamentares exigem um elevado grau de prontidão clínica e cirúrgica.⁽³⁸⁾ A traumatologia ortopédica representa uma das vertentes mais dinâmicas da especialidade, integrando unidades de urgência, blocos operatórios e serviços de reabilitação.

As neoplasias ósseas, quer benignas quer malignas, requerem articulação com a oncologia e a patologia clínica, sendo muitas vezes geridas em centros de referência. As abordagens cirúrgicas devem respeitar princípios oncológicos rigorosos, enquanto a reabilitação assume papel essencial na recuperação funcional.

A ortopedia moderna organiza-se também em subespecialidades, como cirurgia da mão, medicina desportiva, ortopedia oncológica, cirurgia da coluna e ortopedia geriátrica.

No que se refere à terapêutica, o arsenal ortopédico inclui estratégias conservadoras – imobilizações, fisioterapia, farmacoterapia, infiltrações – e procedimentos cirúrgicos que vão desde técnicas minimamente invasivas, como a artroscopia, até intervenções complexas como artroplastias, osteotomias e enxertos ósseos. A introdução de tecnologias como a navegação cirúrgica por imagem, a robótica e a impressão 3D revolucionou a precisão e a eficácia dos procedimentos, personalizando o tratamento segundo as características anatómicas de cada paciente.⁽³⁹⁾

A colaboração com outras especialidades e valências, como medicina física e reabilitação, medicina interna, geriatria, neurologia e cuidados paliativos, é indispensável para um acompanhamento abrangente e contínuo. Esta abordagem interdisciplinar permite tratar o doente de forma holística, promovendo não apenas a cura, mas também a funcionalidade, autonomia e qualidade de vida.

2.2.3. A Ortopedia no SNS

A ortopedia representa uma das especialidades médicas fundamentais no SNS, assegurando uma resposta abrangente a patologias que comprometem de forma significativa a autonomia e a qualidade de vida da população.

O papel da ortopedia no SNS não se limita à vertente assistencial. Esta especialidade está profundamente envolvida na formação médica, sendo uma área com elevado dinamismo académico e científico. O Internato Médico em ortopedia, com duração de seis anos, obedece a uma estrutura curricular rigorosa e abrangente, que inclui estágios obrigatórios nas várias subáreas da especialidade – ortopedia pediátrica, traumatologia, cirurgia da coluna, medicina desportiva, entre outras – promovendo uma formação prática, técnica e ética de excelência. Esta formação decorre, em grande parte, nos hospitais do SNS, com supervisão de especialistas credenciados, integrando também atividades de investigação, auditoria clínica e ensino pós-graduado.⁽⁴⁰⁾

Os principais polos de desenvolvimento da ortopedia em Portugal incluem instituições hospitalares como o Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, o Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Norte e o Hospital Ortopédico de Sant’Ana. Estas unidades destacam-se não apenas pela qualidade dos cuidados prestados, mas também pelo papel estruturante na formação médica, produção científica e implementação de práticas clínicas inovadoras. O reconhecimento como centros de referência traduz o seu contributo para a evolução da ortopedia em contexto nacional e internacional.

Adicionalmente, a ortopedia no SNS beneficia da estreita colaboração com instituições universitárias, ordens profissionais e sociedades científicas, como SPOT, que promove congressos, jornadas científicas, protocolos de formação e atualizações normativas, reforçando os laços entre a prática clínica e a investigação científica. A articulação com organismos reguladores, como a ACSS, garante o alinhamento com políticas de saúde pública, assegurando padrões de qualidade, acessibilidade e equidade no acesso aos cuidados ortopédicos.

Esta integração funcional entre assistência, ensino e investigação torna a ortopedia no SNS um exemplo de especialidade em constante evolução, comprometida com a melhoria contínua da resposta clínica, a formação dos futuros especialistas e a inovação em benefício dos doentes.

2.2.4. Enquadramento Epidemiológico e Desafios Demográficos

As doenças músculo-esqueléticas representam uma das principais causas de incapacidade no mundo, afetando cerca de 1,71 mil milhões de pessoas, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS).⁽⁴¹⁾ Estas patologias incluem lombalgias, osteoartrose, artrite reumatoide, fraturas osteoporóticas e outras condições que comprometem significativamente a mobilidade e a qualidade de vida. O seu impacto estende-se também aos sistemas de saúde e à economia, sendo responsável por uma parte substancial dos custos associados a cuidados continuados e absentismo laboral.

Em Portugal, dados do estudo EpiReumaPt indicam que aproximadamente 14,1% da população adulta sofre de osteoartrose, o que representa mais de um milhão de pessoas afetadas.⁽⁴²⁾ A osteoporose, predominantemente nas mulheres pós-menopáusicas, afeta mais de 500 mil portugueses e está associada a um risco elevado de fraturas, especialmente do fémur proximal – uma das principais causas de internamento ortopédico entre idosos. Estas fraturas têm consequências graves, incluindo perda de autonomia, institucionalização e uma elevada taxa de mortalidade no primeiro ano após o trauma.⁽⁴³⁾

Portugal é um dos países europeus com maior índice de envelhecimento demográfico, o que agrava a incidência e prevalência das doenças músculo-esqueléticas. Este panorama exige uma resposta articulada por parte do sistema de saúde, com estratégias centradas na prevenção primária e secundária, rastreio sistemático e intervenção precoce. A promoção do envelhecimento saudável passa por programas de atividade física, educação para a saúde, prevenção de quedas e gestão da fragilidade óssea.⁽²⁸⁾

A ortopedia, neste contexto, assume um papel central na implementação de políticas públicas que integram diagnóstico precoce, tratamento eficaz e reabilitação funcional. O reforço dos cuidados continuados, a integração com a reabilitação e os serviços de apoio domiciliário, bem como o desenvolvimento de linhas orientadoras baseadas em evidência, são aspetos-chave para uma abordagem eficaz.

Do ponto de vista estratégico, os dados epidemiológicos sustentam a necessidade de adaptar os recursos humanos e materiais aos desafios emergentes do envelhecimento. A vigilância epidemiológica contínua, aliada à investigação clínica, será fundamental para monitorizar a evolução destas patologias e orientar as decisões políticas de forma sustentada.

2.2.5. Eficiência Assistencial, Desafios de Gestão e Qualidade

A eficiência assistencial em ortopedia é crucial para garantir a sustentabilidade do sistema de saúde, especialmente num contexto de elevada procura por cuidados cirúrgicos programados, como artroplastias da anca e do joelho. Estas intervenções, apesar de altamente eficazes, exigem recursos humanos e materiais significativos, bem como estruturas hospitalares otimizadas. Como consequência, têm-se verificado tempos de espera prolongados, refletindo os desafios na capacidade de resposta do SNS.⁽⁶⁾

Para mitigar estes desafios, diversas estratégias têm sido implementadas, incluindo a reorganização da atividade cirúrgica com criação de centros de cirurgia de ambulatório, a definição de protocolos clínicos padronizados e a utilização de sistemas de triagem baseados em critérios de prioridade clínica. Estas medidas têm como objetivo aumentar a eficiência operacional e assegurar equidade no acesso aos cuidados ortopédicos.⁽⁶⁾

A qualidade assistencial na ortopedia é medida por indicadores como as taxas de infeção pós-operatória, complicações cirúrgicas, reintervenções, duração média de internamento e satisfação dos utentes. A monitorização sistemática destes dados, aliada a auditorias clínicas regulares, permite não só avaliar o desempenho institucional, mas também promover uma cultura de melhoria contínua e segurança do doente.⁽⁶⁾

A digitalização dos processos clínicos, através da integração de registos eletrónicos de saúde e de plataformas de apoio à decisão clínica, tem permitido melhorar a gestão de casos, facilitar a comunicação interprofissional e apoiar a investigação baseada em dados reais. Estas ferramentas, ao permitirem a recolha e análise sistemática de dados clínicos, contribuem também para a monitorização de resultados e a promoção de uma prática clínica baseada em evidência.⁽²⁸⁾

Por outro lado, a gestão eficiente dos recursos humanos e logísticos, a par do financiamento adequado das unidades hospitalares, é determinante para manter a resposta assistencial. A articulação entre os níveis de cuidados, incluindo cuidados primários, hospitalares e continuados, é fundamental para assegurar uma abordagem integrada, desde a prevenção até à reabilitação funcional.⁽²⁶⁾

Neste enquadramento, a ortopedia constitui uma especialidade exemplar na adoção de metodologias de gestão clínica orientadas para resultados, com foco na produtividade, segurança e experiência do doente, elementos centrais para a sustentabilidade do SNS.

2.2.6. Inovação Tecnológica e Cooperação Internacional

A inovação tecnológica tem impulsionado significativamente o desenvolvimento da ortopedia, transformando práticas clínicas tradicionais e melhorando os resultados terapêuticos. Entre os avanços mais marcantes encontram-se a cirurgia robótica, a navegação por imagem intraoperatória, a impressão 3D personalizada de implantes e a aplicação de inteligência artificial no planeamento cirúrgico e diagnóstico por imagem.⁽⁴⁴⁾

A cirurgia assistida por robótica, já adotada em vários centros hospitalares portugueses, permite uma precisão milimétrica na execução de procedimentos complexos, como as artroplastias totais da anca e do joelho. Esta tecnologia reduz a variabilidade técnica entre cirurgias, minimiza o trauma operatório e promove uma recuperação funcional mais rápida, com menor taxa de complicações.⁽⁴⁴⁾

Paralelamente, a impressão 3D tem revolucionado a personalização dos dispositivos médicos, possibilitando a criação de próteses, guias cirúrgicas e modelos anatómicos específicos para cada paciente. Esta tecnologia permite planear com maior precisão a cirurgia, melhorar os resultados funcionais e reduzir o tempo intraoperatório. O uso de biomateriais avançados também contribui para a biocompatibilidade e integração óssea mais eficaz.⁽³⁹⁾

A inteligência artificial está a emergir como uma ferramenta poderosa no auxílio ao diagnóstico e no desenvolvimento de algoritmos preditivos para o risco cirúrgico e complicações. A análise de grandes volumes de dados clínicos tem permitido gerar evidência em tempo real, melhorando a tomada de decisão e promovendo uma abordagem personalizada centrada no doente.

No plano internacional, a cooperação entre centros de referência tem fomentado o desenvolvimento de guidelines, projetos de investigação multicêntricos e partilha de boas práticas. A participação ativa de instituições portuguesas em redes como a Fragility Fracture Network (FFN) tem reforçado o compromisso com cuidados integrados para doentes com fraturas por fragilidade, desde a fase aguda até à reabilitação e prevenção de recidivas.⁽⁴⁵⁾

Esta dinâmica internacional permite alinhar a prática ortopédica nacional com padrões globais de excelência, promovendo a atualização científica contínua, o benchmarking institucional e a harmonização de critérios clínicos. Ao mesmo tempo, fortalece a capacidade de inovação e posiciona a ortopedia portuguesa como um parceiro relevante na definição das políticas de saúde a nível europeu e internacional.

2.3. Centros de Responsabilidade Integrados no Serviço Nacional de Saúde: Conceito, Evolução e Aplicação em Ortopedia

A crescente complexidade dos sistemas de saúde contemporâneos tem exigido abordagens inovadoras de gestão e organização dos cuidados. No contexto português, os CRI emergem como uma resposta estratégica aos desafios de eficiência, qualidade e equidade que se colocam ao SNS. Este modelo introduz uma lógica de gestão intermédia assente na autonomia técnica e organizativa, na contratualização de objetivos e na responsabilização direta das equipas envolvidas.⁽⁴⁶⁾

Os CRI visam conciliar a autonomia das equipas clínicas com mecanismos de controlo e avaliação de resultados por parte das administrações hospitalares. Com isso, procuram transformar os modelos convencionais de prestação de cuidados, fomentando uma cultura institucional ancorada nos princípios da transparência, da participação, da governação clínica e da valorização do mérito profissional. A sua implementação tem sido progressiva, refletindo diferentes níveis de maturidade organizacional e variações contextuais entre as instituições do SNS.⁽⁴⁶⁾

2.3.1 Natureza, Evolução e Fundamentos do Modelo CRI

Os CRI constituem uma das mais relevantes inovações organizacionais no SNS. Representam um modelo de gestão intermédia que conjuga descentralização funcional e autonomia operativa com contratualização por resultados. Cada CRI corresponde a uma unidade orgânica hospitalar com autonomia técnica e organizacional, inserida na estrutura formal do hospital, mas subordinada ao respetivo Conselho de Administração.^(10,13)

A sua constituição baseia-se em equipas multiprofissionais – integrando médicos, enfermeiros, técnicos de saúde e administrativos – que assumem responsabilidade direta por objetivos clínicos e financeiros, definidos em contratos-programa e planos de ação trienais. Em troca da autonomia na gestão dos seus recursos, estas equipas beneficiam de incentivos proporcionais ao grau de cumprimento dos objetivos contratualizados, promovendo o desempenho, a governação clínica e a responsabilidade coletiva.⁽¹³⁾

A introdução formal do conceito de CRI remonta ao Decreto-Lei n.º 374/1999, que reconheceu o seu potencial enquanto estrutura intermédia orientada para a eficiência e para a melhoria do acesso.⁽⁹⁾ No entanto, a ausência de regulamentação operacional concreta limitou a sua implementação durante vários anos. A Portaria n.º 330/2017, posteriormente complementada pela Portaria n.º 71/2018, veio estabelecer o modelo-base dos CRI nos hospitais EPE, permitindo a sua adoção voluntária mediante aprovação pelos Conselhos de Administração.^(10,11)

O impulso decisivo ao modelo foi dado pelo Decreto-Lei n.º 118/2023, que criou o regime jurídico dos CRI, consolidando o seu estatuto legal e integrando-os de forma sistemática no corpo

Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado num serviço de ortopedia

normativo do SNS.⁽⁴³⁾ Esta legislação clarifica os procedimentos de criação, adesão e cessação, e reforça a articulação com a política de dedicação plena dos profissionais de saúde. A Tabela II ilustra de uma forma resumida o enquadramento legal dos CRI.

Tabela II - Enquadramento legal dos CRI

Ano	Diploma Legal e Data	Síntese do Conteúdo e Relevância para os CRI
1999	Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro	Estabelece os princípios orientadores da organização e funcionamento dos hospitais e unidades de saúde do SNS. Constitui a base para a futura criação dos CRI, ao prever modelos de gestão mais autónoma e por objetivos.
2017	Portaria n.º 330/2017, de 31 de outubro	Define o modelo de regulamento interno das unidades funcionais do SNS com natureza de entidades públicas empresariais, introduzindo formalmente o conceito de CRI.
2018	Portaria n.º 71/2018, de 8 de março	Primeira alteração à Portaria n.º 330/2017, ajustando o modelo de regulamento interno aplicável aos CRI, reforçando a sua autonomia funcional e organizacional.
2023	Decreto-Lei n.º 103/2023, de 7 de novembro	Estabelece o regime jurídico de dedicação plena no SNS e reorganiza o funcionamento das unidades de saúde familiar, com implicações diretas na gestão integrada e desempenho das equipas em CRI.
2023	Decreto-Lei n.º 118/2023, de 20 de dezembro	Aprova o regime jurídico dos CRI em hospitais do SNS, formalizando a sua integração na estrutura hospitalar e reforçando a sua autonomia e responsabilidade por resultados.
2024	Portaria n.º 28/2024, de 30 de janeiro	Regula o índice de desempenho da equipa e os incentivos institucionais para os CRI com equipas dedicadas ao serviço de urgência, operacionalizando os critérios de avaliação.
2024	Portaria n.º 73/2024, de 29 de fevereiro	Estabelece os indicadores de desempenho e o modelo de incentivos para os CRI de saúde mental, promovendo a eficiência e a melhoria contínua dos cuidados.
2024	Portaria n.º 103/2024/1, de 14 de março	Regula o sistema de avaliação e incentivos aplicáveis aos CRI de gastroenterologia, dando continuidade à uniformização de critérios de desempenho por especialidade.
2024	Despacho n.º 2870/2024, de 18 de março	Define o processo de construção do modelo de avaliação de desempenho das equipas das unidades de hospitalização domiciliária (UHD) integradas em CRI, reforçando a avaliação orientada para resultados.

Em termos de desenvolvimento, a trajetória dos CRI tem sido claramente ascendente: em 2023, estavam em funcionamento cerca de 40 centros, com o objetivo governamental de atingir as 100 unidades até ao final 2025.⁽⁴⁷⁾ A sua expansão tem abrangido várias especialidades clínicas, refletindo uma estratégia de modernização sustentada, centrada na valorização profissional e na melhoria dos cuidados prestados.

A utilidade e aplicabilidade do modelo tornam-se particularmente evidentes em especialidades como a Ortopedia, onde a previsibilidade dos trajetos clínicos, a elevada carga assistencial e a natureza multidisciplinar favorecem a implementação de modelos organizativos orientados para o desempenho.

2.3.2. Funcionamento, Benefícios e Desafios Operacionais

A constituição e operacionalização de um CRI pressupõem um processo estruturado, baseado em documentação normativa e planeamento estratégico alinhado com os objetivos institucionais. O ponto de partida é a elaboração de um Plano de Ação trienal, que define os objetivos assistenciais, económico-financeiros e organizacionais do CRI. Este plano deve apresentar indicadores de desempenho, metas específicas, atividades programadas, recursos humanos e materiais necessários, e mecanismos de monitorização contínua. O Plano de Ação deve demonstrar alinhamento explícito com o Plano de Desenvolvimento Organizacional (PDO) do hospital, assegurando coerência entre a missão global da instituição e os objetivos específicos do CRI.^(10,13)

Complementarmente, é obrigatória a apresentação de um Regulamento Interno, que estrutura o funcionamento diário do centro, e de um Orçamento Anual detalhado. O contrato-programa anual, enquanto documento central, formaliza a contratualização entre o Conselho de Administração e o CRI, fixando os objetivos operacionais, volumes de produção, indicadores de qualidade, planos de investimento e de formação contínua.^(10,11,48) Estes documentos são fundamentais não apenas para garantir a legitimidade do processo, mas também para assegurar a monitorização e a responsabilização da equipa.

Embora não sejam legalmente exigidos de forma autónoma, diversos instrumentos complementares reforçam a qualidade da proposta e são frequentemente integrados nos documentos obrigatórios. Entre estes incluem-se: manuais de boas práticas clínicas, planos de contingência, propostas de articulação interdepartamental e protocolos de colaboração com serviços internos e externos. A sua inclusão, explícita ou implícita, contribui para consolidar a robustez técnica do CRI e a sua capacidade de resposta integrada.

Boas práticas de gestão recomendam também a elaboração de um Mapa Estratégico, que traduza os objetivos do CRI em eixos de intervenção concretos, e de um Balanced Scorecard (BSC), que permita organizar os indicadores por áreas-chave: desempenho assistencial, sustentabilidade financeira, inovação e desenvolvimento profissional. Estes instrumentos favorecem a gestão baseada em valor e suportam a avaliação contínua do desempenho do centro.⁽⁴⁹⁾

A adesão dos profissionais ao CRI é voluntária, mas constitui um pilar essencial do modelo. A integração numa estrutura orientada por objetivos permite aos profissionais exercer maior autonomia, gerir os seus recursos de forma otimizada e participar ativamente na melhoria dos cuidados. Esta responsabilização é acompanhada de incentivos proporcionais ao desempenho coletivo, fomentando a motivação e o espírito de equipa.^(11,48)

Os resultados obtidos nos últimos anos indicam ganhos evidentes em termos de eficiência, redução de listas de espera e envolvimento das equipas. Ao mesmo tempo, a gestão interna mais flexível permite maior agilidade na resposta a necessidades operacionais, redução de tempos de inatividade e melhor aproveitamento dos recursos instalados. A contratualização de metas objetivas e a monitorização rigorosa do desempenho promovem a transparência e o alinhamento com os objetivos institucionais.^(46,49)

Contudo, o modelo não está isento de desafios. A diferenciação nas condições laborais pode gerar tensões entre equipas, sobretudo em instituições onde coexistem serviços com e sem CRI. A articulação entre CRI e restantes serviços exige mecanismos eficazes de coordenação, para evitar fragmentação e garantir continuidade assistencial. A exigência de competências de gestão, bem como a necessidade de sistemas de informação robustos, impõem um esforço acrescido às unidades hospitalares. Finalmente, a sustentabilidade do modelo requer financiamento adequado, calibragem realista dos incentivos e estabilidade nas políticas públicas de saúde.⁽⁴⁹⁾

Os CRI representam um modelo de gestão avançada, baseado na responsabilização, na autonomia e na contratualização de resultados. Quando bem implementados, traduzem-se em melhorias claras para os doentes, os profissionais e as instituições. O seu sucesso depende de uma base documental sólida, de uma cultura organizacional participativa e de uma liderança clínica empenhada em consolidar uma visão estratégica partilhada.⁽⁴⁶⁾

2.3.2. A Aplicação dos CRI na Especialidade de Ortopedia

A Ortopedia é uma das áreas clínicas onde a aplicação do modelo dos CRI tem revelado maior impacto. Pela sua natureza cirúrgica, previsibilidade clínica e necessidade de gestão integrada de recursos — como consultas, bloco operatório, internamento e reabilitação —, a Ortopedia oferece um terreno fértil para a concretização dos princípios organizacionais e estratégicos que sustentam os CRI.

Um exemplo paradigmático é o CRI de Ortopedia da ULS do Médio Tejo, criado em outubro de 2023. Esta unidade definiu como principais metas a realização de 1.511 cirurgias ortopédicas até ao final do ano, representando um acréscimo de 119 intervenções face ao plano inicial (1.392 cirurgias). Com este reforço de atividade, pretende-se reduzir significativamente as listas de espera e melhorar os tempos de resposta cirúrgica. A equipa multidisciplinar, liderada pelo diretor do serviço, foi organizada com autonomia funcional para concretizar este aumento de produção, com enfoque na otimização dos recursos operacionais e na resposta atempada às prioridades clínicas.⁽⁵⁰⁾ Estas metas demonstram como o modelo CRI pode ser instrumental na reorganização dos serviços e na melhoria do acesso a cuidados cirúrgicos especializados.

Outro caso notável é o CRI de Ortopedia da ULS do Litoral Alentejano, que introduziu procedimentos inovadores, como a cirurgia endoscópica da coluna, numa região com menor densidade populacional e tradicionalmente menos diferenciada. Esta inovação clínica,

concretizada em fevereiro de 2023, evidencia o potencial dos CRI para desenvolver competências técnicas avançadas fora dos grandes centros urbanos, valorizando os profissionais e promovendo maior equidade no acesso aos cuidados.⁽⁵¹⁾

Na ULS de São José, os CRI foram aplicados a duas subáreas ortopédicas específicas: o CRI de Traumatologia Ortopédica (CRITO), focado em fraturas complexas, e o CRI da Coluna, com uma abordagem multidisciplinar que articula ortopedistas, neurocirurgiões e fisiatras.^(52,53) Este último surgiu para dar resposta a mais de 800 doentes em lista de espera para cirurgia à coluna e está orientado para reduzir drasticamente os tempos de espera, através da alocação exclusiva de recursos e da padronização de trajetos clínicos.⁽⁵⁴⁾

Estas experiências nacionais comprovam que o modelo CRI, quando aplicado à Ortopedia, favorece a reorganização dos serviços em função de metas assistenciais concretas, promove ganhos de eficiência e qualidade, e potencia a fixação de profissionais em regiões tradicionalmente menos atrativas. A combinação entre autonomia, contratualização e responsabilização mostra-se particularmente eficaz numa especialidade com elevada procura e forte impacto na qualidade de vida dos utentes.

Assim, os CRI de Ortopedia representam não apenas instrumentos de gestão, mas também motores de inovação organizacional, formação especializada e melhoria contínua, constituindo-se como um dos exemplos mais robustos da capacidade transformadora deste modelo dentro do SNS.

3. Metodologia

3.1. Enquadramento metodológico

Na fase inicial da elaboração desta dissertação, o plano era conduzir uma revisão sistemática da literatura sobre os CRI e a sua possível aplicação num hipotético serviço de Ortopedia. Em Outubro de 2024, em reunião com a equipa de orientação, decidiu-se que seria mais pertinente e inovador explorar a ideia de criar um projeto específico para criar um CRI no Serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira.

A presente investigação inscreve-se assim, no domínio da pesquisa qualitativa, exploratória, de natureza aplicada, tendo como finalidade a formulação de estratégias para a criação e implementação de um CRI no serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira.

Segundo Yin, a abordagem qualitativa é especialmente adequada quando o investigador procura compreender fenómenos complexos num contexto real, sem manipular variáveis, enfatizando a descrição e a interpretação a partir de fontes documentais, entrevistas ou observações.⁽⁵⁵⁾ Este estudo adota especificamente a estratégia metodológica de estudo de caso único, aplicada a uma instituição concreta, o que permite uma análise aprofundada e contextualizada de um fenómeno singular: a viabilidade e pertinência da criação de um CRI na especialidade de ortopedia.

A natureza exploratória do estudo justifica-se pelo facto de a temática em análise – a operacionalização de Centros de Responsabilidade Integrados em unidades hospitalares do interior do país – constituir ainda uma realidade emergente em Portugal, com poucos exemplos concretos, especialmente fora das grandes áreas metropolitanas. Assim, pretende-se gerar conhecimento e compreender o fenómeno, mais do que testá-lo quantitativamente, alinhando-se com os objetivos exploratórios característicos deste tipo de investigação.⁽⁵⁶⁾

A investigação qualitativa, nesta dissertação, contribui para explorar em profundidade os fatores contextuais, organizacionais e estratégicos que influenciam a implementação de um CRI, reconhecendo a complexidade das interações entre profissionais, gestão hospitalar, estruturas de governação clínica e políticas públicas de saúde.

3.2. Caracterização da unidade de estudo

A unidade de análise deste estudo é o **Serviço de Ortopedia da Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, E.P.E.**, localizada na região centro-interior de Portugal. A ULS Cova da Beira resulta da fusão do antigo Centro Hospitalar da Cova da Beira com os cuidados de saúde primários da região, sendo atualmente composta por dois polos hospitalares (Hospital Pêro da Covilhã e Hospital do Fundão) e diversas unidades de saúde familiar e cuidados continuados.⁽¹⁴⁾

A ULS Cova da Beira serve uma população estimada de cerca de 80 mil habitantes, distribuídos por três concelhos – Covilhã, Fundão e Belmonte – caracterizados por baixa densidade

populacional e um índice elevado de envelhecimento.⁽¹⁶⁾ A organização em ULS permite uma articulação funcional entre os níveis de cuidados (primários e hospitalares), o que representa uma vantagem estrutural para a implementação de modelos integrados como os CRI.⁽²⁷⁾

O serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira presta cuidados diferenciados em consulta externa, cirurgia programada e de urgência, internamento e apoio ao serviço de urgência. Em 2023, enfrentava desafios típicos de instituições do interior: dificuldades de recrutamento, limitações na capacidade cirúrgica e tempos de espera elevados para consulta e cirurgia, justificando-se assim a análise da sua reestruturação organizacional com vista à eficiência e acessibilidade.

3.3. Estratégia e Processo de recolha de dados

Para dar resposta ao problema de investigação, a recolha de dados centrou-se em duas fontes principais:

1. **Revisão de literatura para a contextualização teórica:** A revisão de literatura foi conduzida com base em bases de dados académicas de reconhecida relevância científica, nomeadamente *PubMed*, *Scopus*, *B-on*, *SciELO* e o *RCAAP* (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal), bem como em fontes institucionais fidedignas, incluindo a ACSS, a DGS, o Diário da República, entre outras. O principal objetivo consistiu em estabelecer o enquadramento teórico e político do SNS, da especialidade de Ortopedia e dos CRI no contexto nacional, assim como em identificar e analisar evidência empírica relativa a experiências prévias de implementação de CRI em unidades hospitalares, com especial enfoque na área da ortopedia. Foram privilegiadas publicações científicas, dissertações académicas, relatórios técnicos e diplomas legais considerados pertinentes para a temática em análise.
2. **Documentação interna da ULS Cova da Beira:** No âmbito do presente estudo, foram utilizados dados provenientes de fontes de acesso público, bem como informação disponibilizada internamente pela ULS Cova da Beira, mediante parecer favorável da Comissão de Ética e autorização expressa do respetivo Conselho de Administração. Todo o processo foi conduzido em estrita observância dos princípios éticos e legais aplicáveis. A tramitação processual seguiu as seguintes etapas:
 - Em outubro de 2024, foi submetido ao Gabinete de Investigação e Inovação da ULS Cova da Beira o resumo do Estudo n.º 93/2024 – “*Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado num serviço de ortopedia*”;
 - Em 27 de novembro de 2024, o referido estudo foi encaminhado para apreciação da Comissão de Ética;
 - Em 30 de dezembro de 2024, foi emitido parecer favorável à realização do estudo, sem quaisquer observações (Parecer n.º 78/2024 – Anexo I);

- Em 31 de janeiro de 2025, foi concedida a autorização definitiva pelo Conselho de Administração;
- Subsequentemente, foi remetido ao Gabinete de Estudos, Planeamento e Informação para a Gestão (GEPI) o pedido formal de disponibilização dos dados requeridos;
- Entre o início do mês de março e o final do mês de maio, os dados solicitados foram facultados de forma faseada pelos diversos departamentos da ULS.

A documentação requerida e objeto de análise compreendeu: relatórios de atividade do Serviço de Ortopedia referentes ao ano de 2023; dados operacionais (produção clínica, tempos de espera, taxa de ocupação); documentação relativa à gestão de recursos humanos e financeiros (custos operacionais, horas trabalhadas, taxa de absentismo, distribuição demográfica dos profissionais); bem como instrumentos de planeamento estratégico da instituição, designadamente o Plano de Atividades, Contrato-Programa e Relatórios de Contas.

A triangulação entre a literatura científica e a evidência documental interna permitiu uma abordagem abrangente e rigorosa do fenómeno em estudo, respeitando os princípios de validade e fiabilidade em investigação qualitativa.

3.4. Técnicas de tratamento e análise de dados

A análise dos dados foi conduzida segundo uma abordagem qualitativa, integrando metodologias de análise de conteúdo e de análise documental, com o intuito de identificar significados latentes, padrões recorrentes e relações relevantes entre variáveis implicadas na conceção e implementação de um CRI no âmbito do serviço de ortopedia.

No que se refere à revisão da literatura, a informação foi organizada em categorias temáticas previamente definidas, incluindo: o Sistema de Saúde Português, a sua história e evolução, reformas, financiamento e modelos de governação; a Ortopedia no Contexto da Medicina Contemporânea e o seu enquadramento histórico, funcional e sistémico; e conceptualização e fundamentos dos CRI, o seu enquadramento legislativo, a evidência empírica de experiências anteriores, fatores críticos de sucesso e limitações identificadas na sua implementação. Esta estruturação temático-conceitual permitiu a construção do referencial teórico que sustenta e orienta a proposta metodológica adotada no presente estudo de caso.

A análise da documentação institucional interna baseou-se na interpretação contextualizada dos dados fornecidos pela ULS Cova da Beira, sendo operacionalizada através do cruzamento entre indicadores de desempenho assistencial (ex.: número de cirurgias realizadas, tempos de espera), recursos humanos e materiais disponíveis (ex.: número de profissionais, carga horária efetiva) e dados financeiros (ex.: custos operacionais e receitas associadas ao serviço). Esta análise foi sistematizada em cinco eixos estruturantes:

- Caracterização sociodemográfica da população utente;

- Indicadores operacionais de desempenho;
- Estrutura de custos e modelo de financiamento;
- Recursos humanos afetos ao serviço;
- Barreiras e oportunidades para a implementação de um CRI.

Não foram aplicadas técnicas estatísticas inferenciais ou multivariadas, dado que o objetivo central residiu na exploração compreensiva do funcionamento do serviço e na identificação de desafios organizacionais, e não na quantificação de relações de causalidade. Contudo, recorreu-se a estatísticas descritivas elementares (tais como médias e percentagens), com o propósito de sustentar a apresentação e interpretação dos dados qualitativos obtidos a partir da documentação institucional.

A interpretação dos resultados foi realizada à luz dos objetivos específicos da investigação e do quadro conceptual subjacente aos CRI, visando identificar constrangimentos estruturais e potencialidades organizacionais do serviço de ortopedia, de forma a fundamentar a viabilidade da sua reestruturação e a delinear os requisitos necessários à implementação de um modelo de gestão adaptado à realidade da ULS Cova da Beira.

4. Resultados da análise da situação atual do Serviço de Ortopedia

4.1. Caracterização da ULS Cova da Beira

A Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, E.P.E. constitui uma estrutura organizacional integrada no SNS, resultante da fusão entre o CHUCB, E.P.E. e o Agrupamento de Centros de Saúde da Cova da Beira, conforme estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro.⁽⁵⁷⁾ Esta integração insere-se num movimento nacional de reforma estrutural do SNS, orientado para uma prestação de cuidados de saúde mais eficiente, articulada e centrada no utente, através da integração vertical dos cuidados primários e hospitalares. No contexto do panorama atual do SNS, a criação das ULS responde aos desafios impostos pelo envelhecimento populacional, pela cronicidade das doenças e pelas desigualdades no acesso aos cuidados, adotando uma gestão baseada em resultados em saúde, eficiência e sustentabilidade.

A missão da ULS Cova da Beira consiste em prestar cuidados de saúde personalizados e integrados à população da região da Cova da Beira, promovendo a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação com qualidade técnico-científica, em tempo útil e com respeito pela dignidade humana. A instituição integra duas unidades hospitalares (Hospital Pêro da Covilhã e Hospital do Fundão) e várias unidades funcionais de cuidados de saúde primários (USF, UCSP, UCC e USP), abrangendo os concelhos da Covilhã, Fundão, Belmonte e parte do concelho de Penamacor.⁽¹⁴⁾



Figura 1 - Região da Cova da Beira

Fonte: PORDATA

Esta unidade presta serviços numa área demográfica, ilustrada na Figura 1, com uma população de cerca de 80 mil habitantes, dominada por um índice de envelhecimento superior a 300 idosos por cada 100 jovens (valor muito superior ao índice envelhecimento nacional de 188,1) e uma

densidade populacional situa-se abaixo de 60 habitantes por km² (inferior ao valor de densidade populacional de 72,9 habitantes por km² da Região Centro e de 115,4 habitantes por km² do território nacional), o que reforça a natureza marcadamente rural e envelhecida da região.(14–16,58) A figura 2 demonstra exatamente este fenómeno, realçando a predominância das faixas etária mais elevadas. Esta configuração demográfica resulta numa elevada prevalência de doenças crónicas, polimedicação e necessidades acrescidas em termos de cuidados continuados e paliativos. Estas características impõem desafios significativos à prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no que se refere à acessibilidade, continuidade assistencial e sustentabilidade dos serviços, exigindo respostas adaptadas ao contexto territorial. Estas características demográficas impõem desafios significativos à prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no que se refere à acessibilidade, continuidade assistencial e sustentabilidade dos serviços, exigindo respostas adaptadas ao contexto territorial.

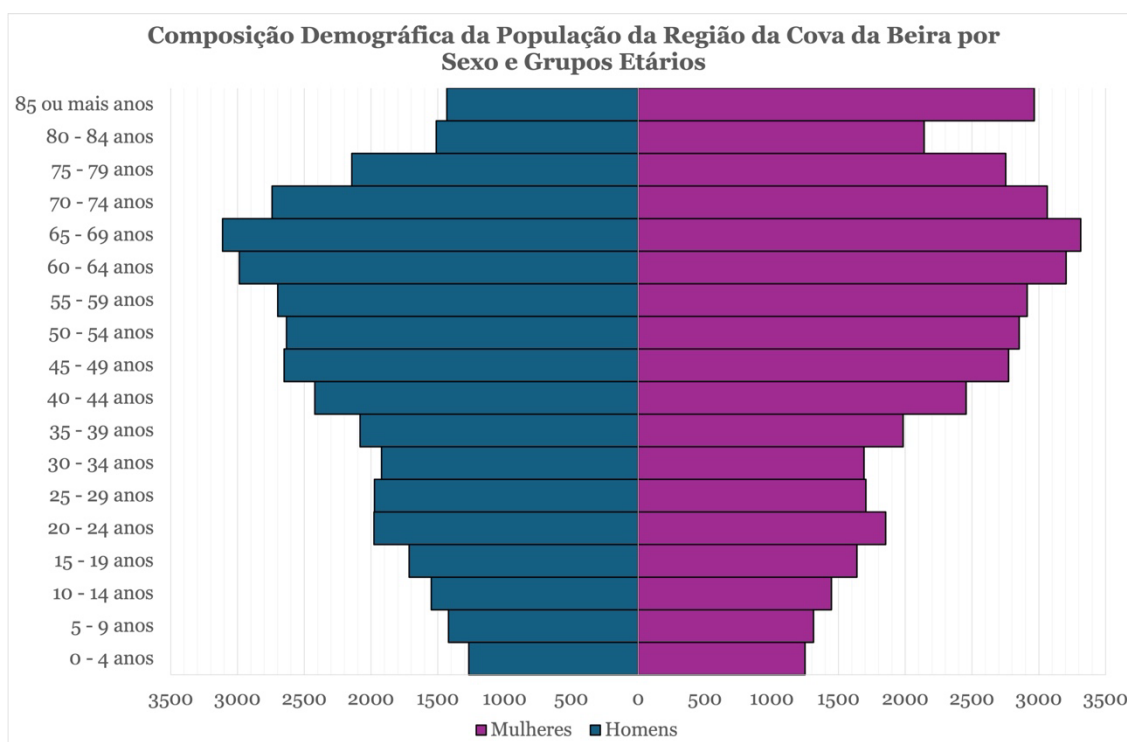


Figura 2 - Estrutura Etária e por Sexo da População da Cova da Beira

Fonte: Instituto Nacional de Estatística

A sua vocação académica manifesta-se na colaboração com a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, reforçando a vertente de ensino e investigação clínica.

No plano financeiro, o exercício de 2023 revela um resultado líquido negativo de 12,5 milhões de euros, traduzindo, ainda assim, uma melhoria face ao ano anterior. Persistem, contudo, sinais de fragilidade, como o património líquido negativo e um passivo corrente que se aproxima dos 76 milhões de euros, com expressão significativa em adiantamentos de clientes e dívidas a fornecedores. Embora se registre um reforço de capital e transferências do Orçamento do Estado, a sustentabilidade financeira continua limitada pela rigidez das despesas com pessoal e pela

dependência de financiamento público.⁽⁵⁹⁾ Torna-se, assim, imprescindível adotar modelos de contratualização baseados em indicadores de desempenho ajustados ao risco populacional.

A organização interna da ULS Cova da Beira estrutura-se, em conformidade com o Decreto-Lei n.º 52/2022, em torno de um Conselho de Administração, diretores clínicos para os cuidados primários e hospitalares, um enfermeiro diretor e diversas comissões técnicas e estruturas multidisciplinares, abrangendo áreas como ética, qualidade, humanização e segurança.⁽²⁹⁾ A gestão de recursos humanos constitui um dos principais desafios, espelhado na dificuldade em captar e reter profissionais de saúde em zonas do interior. A escassez de médicos especialistas em áreas críticas e os constrangimentos associados ao regime de dedicação plena limitam a capacidade de resposta clínica.

A atividade assistencial registou um ligeiro aumento em 2023, sinalizando uma recuperação progressiva após a fase pandémica. Contudo, persistem dificuldades de acesso em várias especialidades, como oftalmologia, ortopedia e urologia, com tempos de espera elevados para consultas e intervenções cirúrgicas. Iniciativas como a hospitalização domiciliária e a consulta aberta têm contribuído para diversificar a resposta assistencial, embora ainda careçam de consolidação estrutural e de alargamento do seu alcance populacional. A articulação entre os diversos níveis de cuidados, embora favorecida pela integração organizacional, encontra-se numa fase embrionária de desenvolvimento.

O envolvimento da ULS Cova da Beira em atividades de ensino e investigação é promovido no âmbito do Centro Académico Clínico das Beiras. Esta colaboração constitui uma oportunidade estratégica para a inovação clínica e tecnológica, bem como para a formação de profissionais de saúde. Apesar das potencialidades, a produção científica mantém-se modesta, o que sublinha a necessidade de reforçar estruturas de apoio técnico e mecanismos de financiamento para investigação aplicada.

A aproximação à comunidade local tem sido concretizada através de programas de promoção da saúde, vigilância epidemiológica e cuidados no domicílio. Contudo, o envelhecimento da população e a dispersão geográfica da área de influência impõem exigências acrescidas. Estruturas como o Gabinete do Cidadão e o Provedor do Utente, apesar da sua relevância, carecem de maior autonomia e visibilidade, essenciais para reforçar a participação cívica e a confiança dos utentes na instituição.

Em suma, a ULS da Cova da Beira, E.P.E. representa uma organização em plena fase de transformação. Alinhada com os princípios da reforma do SNS, assenta numa lógica de integração de cuidados, promoção da qualidade e valorização da vertente académica. A consolidação de modelos assistenciais centrados na pessoa, o reforço da gestão baseada na evidência e a valorização dos recursos humanos configuram-se como pilares fundamentais para garantir a

sustentabilidade, a equidade no acesso e a obtenção de ganhos efetivos em saúde para a população servida.

4.1.1. Análise SWOT da ULS Cova da Beira

Com base no diagnóstico efetuado, é possível sintetizar os principais aspetos da organização através de uma análise SWOT. A análise SWOT constitui uma ferramenta estratégica amplamente utilizada para avaliar os principais fatores que influenciam o desempenho de uma organização, projeto ou iniciativa, sendo particularmente relevante no contexto da gestão em saúde. O acrónimo SWOT corresponde a quatro dimensões fundamentais: Strengths (forças), Weaknesses (fraquezas), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças). Esta metodologia permite uma análise integrada de elementos internos, as forças e as fraquezas, relacionados com os recursos, capacidades, estrutura e processos internos, e de fatores externos, nomeadamente oportunidades e ameaças provenientes do ambiente envolvente, como o contexto político, económico, social, tecnológico e regulatório. No âmbito académico, especialmente na área das ciências da saúde, a análise SWOT assume particular relevância ao possibilitar uma compreensão abrangente das condições que influenciam a implementação e o sucesso de políticas, programas ou intervenções. Ao identificar pontos fortes e fragilidades internas, bem como tendências e riscos externos, esta abordagem oferece um suporte robusto à tomada de decisões estratégicas e à otimização da prática clínica e da gestão em saúde.⁽⁶⁰⁾ A Tabela III ilustra esta análise.

Tabela III - Análise SWOT da ULS

		Fatores Internos			
		Forças (S)	Fraquezas (W)		
Fatores positivos		<ul style="list-style-type: none"> Integração vertical dos cuidados de saúde primários e hospitalares Colaboração com a Universidade da Beira Interior como hospital universitário Presença de estruturas multidisciplinares e comissões técnicas Participação no Centro Académico Clínico das Beiras 	<ul style="list-style-type: none"> Resultado líquido negativo e património líquido deficitário Dificuldade na captação e retenção de profissionais de saúde Dependência de financiamento público e rigidez das despesas com pessoal Limitações no acesso a cuidados em especialidades críticas 	Fatores negativos	
		<th>Oportunidades (O)</th> <th>Ameaças (T)</th>	Oportunidades (O)		
		<ul style="list-style-type: none"> Implementação de modelos de contratualização baseados em indicadores de desempenho Desenvolvimento de programas de hospitalização domiciliária e consulta aberta Reforço da cultura de investigação e inovação clínica Fortalecimento da articulação entre níveis de cuidados Maximização e otimização da estrutura operatória 	<ul style="list-style-type: none"> Envelhecimento demográfico e dispersão populacional Escassez de médicos especialistas em zonas do interior Persistência de tempos de espera elevados Fragilidade na visibilidade e autonomia das estruturas de envolvimento comunitário 		
		Fatores Externos			

A análise SWOT revela uma instituição com um forte potencial estrutural e académico, mas cuja operacionalização ainda enfrenta desafios consideráveis.

Entre as forças, destaca-se a integração dos cuidados de saúde primários e hospitalares, que, embora recente, cria oportunidades significativas de coordenação e continuidade assistencial e permite uma maior articulação entre estes. A associação à Universidade da Beira Interior (UBI) como hospital universitário confere uma mais-valia potenciando a formação académica e a investigação científica, essencial num contexto de inovação em saúde. A existência de comissões técnicas e estruturas multidisciplinares bem definidas, bem como a participação no Centro Académico Clínico das Beiras, representam vantagens competitivas significativas.

Contudo, estas potencialidades são travadas por fragilidades estruturais, sobretudo no domínio financeiro. O défice orçamental, aliado à dependência de financiamento público, compromete a sustentabilidade e a margem de investimento da unidade. A dificuldade em reter profissionais, comum às regiões do interior, agrava os constrangimentos operacionais, sendo crucial a adoção de estratégias que tornem a instituição atrativa do ponto de vista profissional. A limitação no acesso a especialidades clínicas e os tempos de espera elevados persistem como barreiras ao desempenho assistencial.

No que respeita às oportunidades, o atual contexto de reorganização do SNS pode ser um catalisador de mudança através da implementação de novos modelos. A contratualização baseada em indicadores de desempenho ajustados ao risco e às necessidades da população, bem como o desenvolvimento de modelos alternativos de prestação de cuidados (como a hospitalização domiciliária e a consulta aberta) são caminhos promissores que podem mitigar algumas limitações do sistema tradicional. A valorização da investigação clínica e o reforço da articulação entre níveis de cuidados podem traduzir-se em melhorias na eficiência e qualidade dos serviços prestados.

Ainda assim, a efetividade destas soluções dependerá da capacidade de investimento e de uma cultura organizacional orientada para a inovação.

Por fim, as ameaças identificadas, como o envelhecimento populacional acentuado, a baixa densidade populacional e a dispersão geográfica, não são facilmente superáveis sem uma política de saúde territorial robusta, pois estas aumentam os custos e dificultam a acessibilidade. A escassez de profissionais especializados em regiões do interior agrava as dificuldades operacionais e a manutenção de estruturas comunitárias com fraca visibilidade e autonomia compromete o envolvimento dos utentes e da sociedade civil.

A resposta a estas ameaças exigirá uma abordagem multissetorial, onde o envolvimento comunitário, a colaboração institucional e a utilização criteriosa dos recursos assumam um papel determinante.

A reflexão crítica sobre esta análise revela uma organização com potencial relevante, sustentado na sua vocação académica e na capacidade de articulação entre níveis de cuidados. Contudo, a sustentabilidade futura da ULS Cova da Beira dependerá da sua aptidão para enfrentar os constrangimentos demográficos, financeiros e organizativos que marcam a sua área de influência. Estratégias de gestão centradas na valorização de recursos humanos, inovação assistencial e reforço da ligação à comunidade serão determinantes para assegurar a qualidade e equidade dos cuidados prestados.

4.2. Diagnóstico do Serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira

A análise do desempenho do Serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira, referente ao ano de 2023, evidencia um cenário marcado por uma atividade assistencial em crescimento, contrastando com limitações significativas ao nível do acesso aos cuidados, da gestão de recursos humanos e do cumprimento de metas de qualidade clínica definidas a nível nacional.

Esta avaliação baseia-se em dados oficiais disponibilizados pela instituição, complementada por parâmetros de referência nacional definidos pela legislação vigente e orientações da Direção-Geral da Saúde.

Esta realidade exige uma leitura crítica sustentada em indicadores operacionais, dados de produção e parâmetros de contratualização institucional, considerando simultaneamente as exigências do Serviço Nacional de Saúde e as especificidades do contexto hospitalar regional.

O Serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira desenvolve a sua atividade assistencial em diversos contextos, incluindo o internamento, a consulta externa, o hospital de dia, o bloco operatório e o ambulatório médico, assegurando uma abordagem multidisciplinar, integrada e centrada no doente ortopédico, desde o diagnóstico até à fase de reabilitação.

A unidade dispõe de uma capacidade instalada de 26 camas de internamento, registando uma taxa de ocupação de 139%, valor que ultrapassa largamente os padrões de utilização recomendados e reflete uma pressão assistencial significativa, com implicações diretas na capacidade de resposta do serviço. Esta situação obriga frequentemente ao recurso a vagas de internamento noutros serviços da instituição, o que pode comprometer a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados, aumentar o risco de eventos adversos e dificultar a gestão integrada dos utentes ortopédicos.

A Figura 3 apresenta os principais indicadores de qualidade, permitindo uma apreciação global do desempenho clínico do serviço.

Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado num serviço de ortopedia

OBJETIVOS NACIONAIS - ACESSO	Meta 2023	Realizado	Resultado
Percentagem de Utentes em Lista de Espera para Consulta (LEC) Dentro do TMRG	90%	39%	Não Atingido
Percentagem de Consultas CTH Realizadas Dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG's)	60%	25%	Não Atingido
Percentagem de Utentes em Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) Dentro dos TMRG's	67%	49,9%	Não Atingido
Percentagem de Doentes Operados Dentro dos TMRG's	65%	74,6%	Atingido
OBJETIVOS NACIONAIS - QUALIDADE	Meta 2023	Realizado	Resultado
Percentagem de cirurgias da anca efectuadas nas primeiras 48h	45,0%	25,1%	Não Atingido
Taxa Mortalidade	1,1%	0,7%	Atingido
OUTROS INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL	Meta 2023	Realizado	Resultado
Demora Média	9,5	11,70	Não Atingido
% EPISÓDIOS CODIFICADOS			91%

Figura 3 - Indicadores de Qualidade do Serviço de Ortopedia

No que respeita à atividade cirúrgica, foram operados 2.638 doentes em 2023, o que representa um acréscimo de 8% relativamente a 2022. A mediana do tempo de espera para cirurgia foi de 6,0 meses, com 74,6% dos doentes intervencionados dentro dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), superando a meta nacional de 65%. No entanto, 49,9% dos utentes inscritos para cirurgia permaneciam fora dos prazos legais, sendo que 25,9% aguardavam há mais de nove meses e 14,5% (197 doentes) há mais de doze meses.

Adicionalmente, a demora média dos episódios de internamento foi de 11,7 dias, excedendo o valor de referência nacional de 9,5 dias, o que poderá refletir constrangimentos na articulação com os cuidados pós-agudos, dificuldades no planeamento atempado da alta hospitalar e uma possível inadequação da resposta instalada para doentes em transição de cuidados, sendo esta considerada uma das principais causas estruturais deste desfasamento.

A Figura 4 oferece uma representação estruturada dos tempos de espera para cirurgia, evidenciando o peso relativo dos casos tratados fora dos prazos clínicos recomendados e permitindo inferir a pressão acumulada nos segmentos de espera mais prolongados.

ÁREA / INDICADOR	Acumulado
Bloco	
Ortopedia	1 355
Ortopedia	
Doentes Ativos	1 355
Doentes Pendentes	2
Total de Doentes em LIC	1 357
Nº Doentes em LIC > 9 Meses	351
% Doentes à espera há mais de 9 Meses no Total de doentes	25,9%
Nº Doentes em LIC > 12 Meses	197
Tempo Máximo de Espera LIC (meses)	25,8
Tempo Médio de Espera por Serviço (meses)	6,0
Nº Pedidos em LIC Tempo espera <= TMRG	767
Percentagem de inscritos em LIC Tempo espera <= TMRG	57%

Figura 4 - Tempos de Espera para cirurgia

Relativamente à atividade em consulta externa, a Figura 5 apresenta a distribuição do número de consultas por tipo (primeiras e subsequentes) e por unidade hospitalar, permitindo perceber o volume de atividade assistencial nos dois polos da instituição. No total, foram realizadas 16.280 consultas ortopédicas durante o ano, representando um aumento de 7,6% face a 2022.

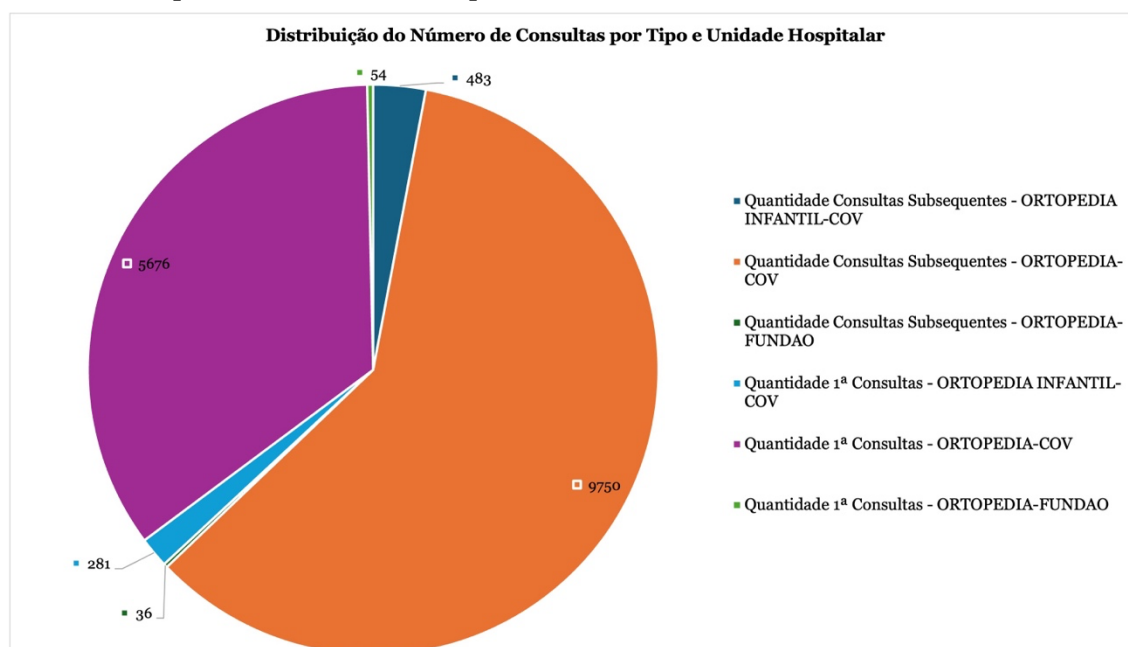


Figura 5 - Distribuição do Número de Consultas por Tipo e Unidade Hospitalar

Apesar deste crescimento, a acessibilidade aos cuidados continua comprometida. Apenas 39% dos utentes inscritos em lista de espera para consulta foram observados dentro dos TMRG, muito aquém da meta nacional de 90%. No âmbito da Consulta a Tempo e Horas (CTH), o cumprimento

dos TMRG foi de apenas 25%, inferior ao objetivo institucional de 60%. A Figura 6 ilustra os tempos médios de espera para a realização da primeira consulta, com valores especialmente elevados na unidade da Covilhã (311 dias) e no Hospital do Fundão (236 dias), sendo a média global de 191,2 dias. Estes dados evidenciam uma discrepância significativa entre a procura existente e a capacidade de resposta instalada.

ÁREA / INDICADOR	Acumulado
Consulta	
CIRURGIA DA MAO	
Número de Doentes em espera para 1ª consulta	2
Tempo Máximo de Espera para 1ª Consulta	97
Tempo Médio de Espera Previsto (Dias)	95
ORTOPEDIA INFANTIL-COV	
Número de Doentes em espera para 1ª consulta	68
Tempo Máximo de Espera para 1ª Consulta	385
Tempo Médio de Espera Previsto (Dias)	125
ORTOPEDIA-COV	
Tempo Máximo de Espera para 1ª Consulta	602
Tempo Médio de Espera Previsto (Dias)	311
ORTOPEDIA-FUNDAO	
Tempo Máximo de Espera para 1ª Consulta	462
Tempo Médio de Espera Previsto (Dias)	236

Figura 6 - Tempos de Espera para realização da 1ª consulta

O serviço contava, em 2023, com um total de 52 profissionais: 9 médicos especialistas, 7 médicos internos (3 dos quais em formação externa), 22 enfermeiros, 14 assistentes operacionais e 4 assistentes técnicos. A composição da equipa encontra-se representada na Figura 7.

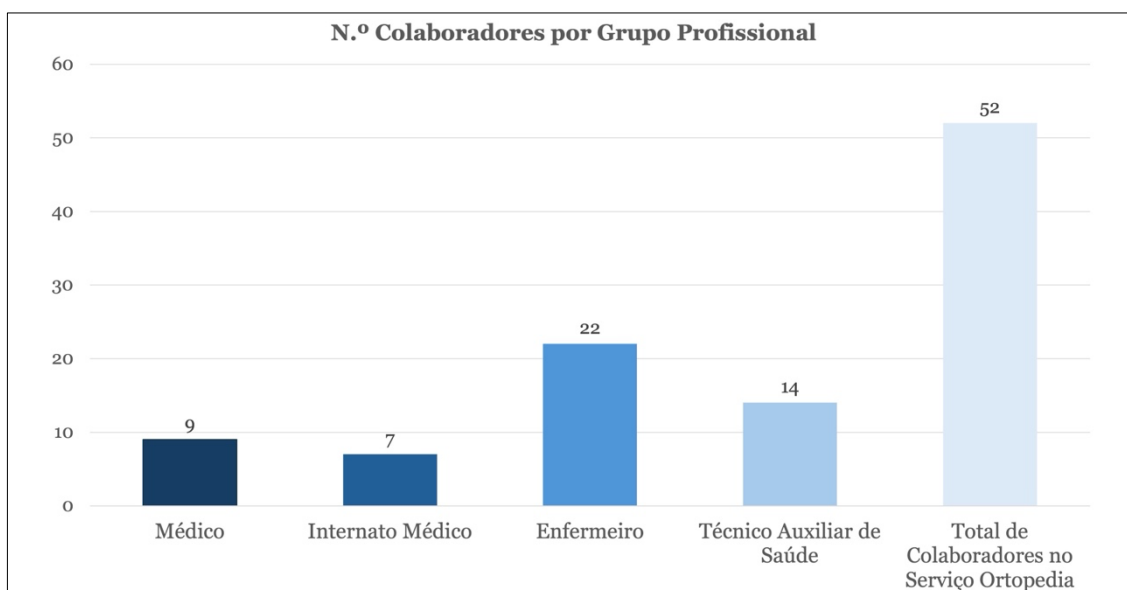


Figura 7 - Distribuição da equipa por grupos profissionais

Do ponto de vista etário e de género, verifica-se uma predominância de profissionais com mais de 40 anos, conforme apresentado na Figura 8, o que levanta preocupações quanto à renovação geracional e à sustentabilidade funcional do serviço a médio prazo.

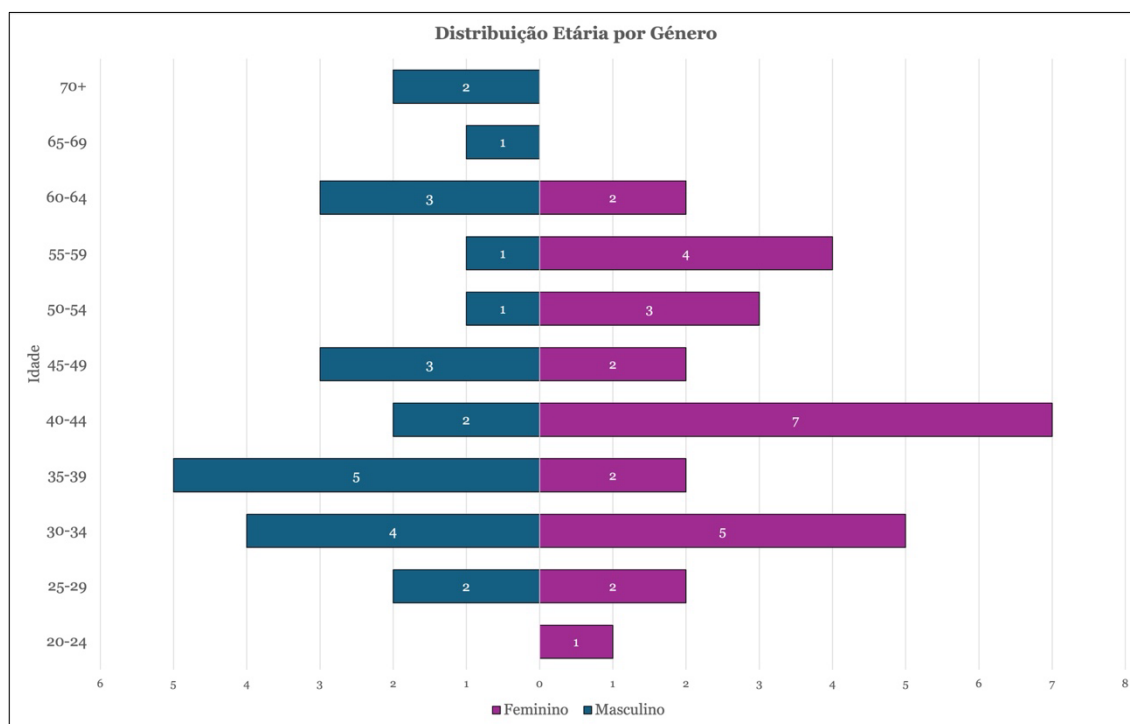


Figura 8 - Distribuição etária da equipa por género

A taxa de absentismo global foi de 9,29%, valor elevado que compromete a continuidade assistencial. A ausência de dados desagregados por grupo profissional limita a interpretação das causas subjacentes, embora a sobrecarga de trabalho e o envelhecimento da equipa possam constituir fatores contribuintes.

Do ponto de vista da qualidade assistencial, a taxa de mortalidade hospitalar foi de 0,7%, inferior ao limiar de 1,1%, constituindo um indicador positivo de segurança clínica. A taxa de codificação de episódios foi de 91% em dezembro de 2023, o que demonstra maturidade administrativa e compromisso com a documentação clínica. Contudo, apenas 25,1% das cirurgias da anca foram realizadas nas primeiras 48 horas após fratura, valor que fica aquém da meta estabelecida de 45%. Este dado levanta preocupações quanto à capacidade de resposta operativa do serviço, sobretudo em situações urgentes e em doentes frágeis com elevada vulnerabilidade.

Em termos financeiros, os custos totais do serviço em 2023 ascenderam a cerca de 5,33 milhões de euros, com previsão de crescimento para 5,62 milhões em 2024. A principal rubrica orçamental corresponde ao material de consumo clínico (cerca de 2 milhões de euros), seguida pelos encargos com pessoal (aproximadamente 2,48 milhões).

A Figura 9 apresenta o relatório financeiro detalhado do serviço.

Conta	2023	2024 (p)	Var. (%)	Var. (€)
61 - Consumos	2 251 560 €	2 512 811 €	12%	261 252 €
Medicamentos	219 404 €	215 232 €	-2%	-4 173 €
Reagentes	1 486 €	0 €	-100%	-1 486 €
Material de consumo clínico	2 011 217 €	2 276 116 €	13%	264 898 €
Outros consumos	19 452 €	21 464 €	10%	2 012 €
62 - Fornecimentos e Serviços Externos	591 396 €	781 891 €	32%	190 496 €
MCDT's Exterior - Anatomia patológica	0 €	0 €		0 €
MCDT's Exterior - Imagiologia	382 725 €	385 274 €	1%	2 549 €
MCDT's Exterior - Medicina Nuclear	360 €	2 509 €	597%	2 149 €
MCDT's Exterior - Patologia clínica	412 €	544 €	32%	132 €
Outros MCDT's/subcontratos	12 365 €	13 705 €	11%	1 340 €
Transporte de doentes	74 026 €	82 716 €	12%	8 690 €
Prestação de serviços médicos	68 448 €	248 911 €	264%	180 463 €
Conservação e reparação	0 €	4 955 €		4 955 €
Outros FSE	53 060 €	43 276 €	-18%	-9 784 €
63 - Custos Com Pessoal	2 479 853 €	2 325 802 €	-6%	-154 051 €
RCP - Médico	556 392 €	529 664 €	-5%	-26 728 €
RCP - Enfermagem	537 173 €	567 888 €	6%	30 715 €
RCP - TSDT	0 €	0 €		0 €
RCP - Técnico Superior	385 €	1 997 €	418%	1 612 €
RCP - AO / TAS	160 348 €	164 970 €	3%	4 622 €
RCP - Assistente técnico	41 912 €	29 299 €	-30%	-12 613 €
RCP - Outro pessoal	0 €	0 €		0 €
Subsídio de refeição	67 213 €	66 267 €	-1%	-946 €
Horas Extraordinárias	426 003 €	349 771 €	-18%	-76 232 €
Prevenções	77 220 €	19 283 €	-75%	-57 937 €
Noites e Suplementos	120 859 €	135 006 €	12%	14 147 €
SIGIC	0 €	-6 €		-6 €
Abonos variáveis ou eventuais	350 €	233 €	-33%	-117 €
Encargos sobre remunerações	447 213 €	409 583 €	-8%	-37 630 €
Outros Custos Com Pessoal	44 784 €	51 848 €	16%	7 064 €
64 - Amortizações	3 455 €	4 221 €	22%	766 €
Amortizações	3 455 €	4 221 €	22%	766 €
Total Geral	5 326 264 €	5 624 726 €	6%	298 462 €

(RCP - Remunerações certas e permanentes)

(p) - Previsto

Figura 9 - Relatório financeiro do Serviço de Ortopedia relativo ao ano de 2023

Verificou-se também um crescimento expressivo na rubrica de prestação de serviços médicos externos, com uma previsão de aumento de 264% para o ano seguinte. O aumento registado justifica-se pela necessidade de reforçar a capacidade de resposta assistencial no serviço de urgência, motivada pelo apoio continuado que a ULS Cova da Beira tem vindo a assegurar na gestão das urgências ortopédicas provenientes da ULS da Guarda. Os encargos com trabalho suplementar e com prevenções foram igualmente significativos, traduzindo a insuficiência da dotação de recursos humanos para responder à procura assistencial regular.

Em síntese, o desempenho global do serviço de Ortopedia do ULS Cova da Beira em 2023 apresentou um desempenho assimétrico. Se por um lado se verifica uma expansão da atividade assistencial e bons resultados em termos de taxa de mortalidade e cumprimento de TMRG em cirurgias realizadas, por outro lado persistem dificuldades estruturais que comprometem o acesso e a qualidade dos cuidados. A elevada demora no acesso à primeira consulta, a ineficácia na gestão das listas de espera cirúrgicas, a escassez de recursos humanos e a crescente dependência de serviços médicos contratados são elementos que requerem uma atenção estratégica urgente.

Estes dados sugerem a necessidade de uma estratégia de intervenção integrada que contemple a reestruturação dos processos assistenciais, o reforço das equipas clínicas, otimização da gestão do bloco operatório, a melhoria da eficiência operacional e o investimento em mecanismos de

Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado num serviço de ortopedia

monitorização e avaliação contínua do desempenho, com vista a garantir a equidade, a qualidade e a sustentabilidade dos cuidados prestados nesta especialidade cirúrgica.

A correção destes défices é essencial para assegurar equidade no acesso, eficiência nos cuidados prestados e segurança clínica aos utentes do Serviço Nacional de Saúde.

4.2.1. Análise SWOT do Serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira

A análise SWOT apresentada na Tabela IV resume os principais fatores internos e externos que influenciam o desempenho do Serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira. Estruturada a partir do diagnóstico assistencial, organizacional e financeiro, esta ferramenta orienta a definição de estratégias de intervenção e reforça a necessidade de um modelo de gestão mais eficiente e adaptado à realidade do serviço.

Tabela IV - Análise SWOT do Serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira

Fatores Internos	
Forças (S)	Fraquezas (W)
<ul style="list-style-type: none"> Tendência consistente de crescimento da atividade assistencial, com aumento significativo de consultas e cirurgias. Elevada percentagem de doentes operados dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (74,6%), superando as metas nacionais. Baixa taxa de mortalidade (0,7%), indicador de qualidade e segurança clínica. Codificação clínica eficaz (91%), reveladora de maturidade administrativa e organizacional. Capacidade técnica instalada no bloco operatório e experiência acumulada da equipa. 	<ul style="list-style-type: none"> Tempos de espera excessivos para primeira consulta (média de 191,2 dias), com máximos superiores a 600 dias. Cumprimento insuficiente dos TMRG em consulta (25%) e em inscrição cirúrgica (49,9%). Dificuldades na resposta a situações urgentes, nomeadamente fraturas da anca, com apenas 25,1% das cirurgias realizadas nas primeiras 48 horas. Taxa de absentismo elevada (9,29%), com impacto na continuidade assistencial. Dependência significativa de trabalho suplementar e de serviços médicos
Oportunidades (O)	Ameaças (T)
<ul style="list-style-type: none"> Reorganização dos circuitos de consulta e cirurgia com base em ferramentas digitais e integração dos sistemas de triagem e referenciação. Potencial de crescimento da cirurgia de ambulatório como resposta eficiente e custo-efetiva. Melhoria dos mecanismos de gestão da agenda cirúrgica e das listas de espera através de maior articulação entre serviços. Possibilidade de atrair profissionais jovens e renovar a estrutura etária da equipa. Utilização de indicadores de desempenho para promover cultura de monitorização contínua e autorregulação. Reestruturação física para melhorar a resposta assistencial face à sobrecarga 	<ul style="list-style-type: none"> Envelhecimento progressivo da equipa médica, com risco de perda de capacidade funcional. Crescente pressão da procura sem aumento proporcional da capacidade de resposta. Limitações orçamentais que comprometem o investimento em recursos humanos e infraestruturas. Sobrecarga da capacidade instalada, com impacto potencial na qualidade assistencial, segurança do doente e bem-estar das equipas. Risco de desmotivação interna face à sobrecarga assistencial e à ausência de mecanismos de reconhecimento formal. Dificuldade em reter ortopedistas devido à atratividade de instituições concorrentes.
Fatores Externos	

A análise SWOT do Serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira evidencia a coexistência de elementos de robustez assistencial com fragilidades operacionais que comprometem, de forma sistemática, a capacidade de resposta atempada e eficaz aos utentes. A produção crescente de consultas e cirurgias, aliada a indicadores clínicos positivos, como a baixa mortalidade e a elevada codificação, traduz uma dinâmica de trabalho consolidada e um corpo clínico experiente. Estas dimensões devem ser preservadas e reforçadas, garantindo a continuidade dos cuidados com qualidade e segurança.

Contudo, é nas dimensões do acesso e da eficiência organizacional que se identificam os maiores desafios. Os tempos médios de espera para consulta e cirurgia revelam-se excessivos, colocando em causa o cumprimento dos objetivos nacionais de resposta em tempo útil. O baixo desempenho na triagem e na intervenção cirúrgica urgente, especialmente em casos de fratura da anca, levanta preocupações clínicas relevantes, dado o impacto prognóstico que a morosidade nestas situações acarreta. Estas debilidades sugerem uma limitação estrutural na gestão do fluxo assistencial e na articulação entre serviços, à qual acrescem fatores de ordem humana, como a elevada taxa de absentismo e a dependência reiterada de trabalho extraordinário.

Paralelamente, o serviço apresenta oportunidades concretas para reformulação interna. A reorganização dos processos de consulta externa, o reforço da cirurgia de ambulatório e a modernização dos sistemas de planeamento e triagem constituem pontos de partida sólidos para uma transição rumo a modelos mais eficientes e orientados por resultados. A atração de novos profissionais e a renovação geracional são igualmente estratégicas, não apenas para a continuidade funcional do serviço, mas também para a introdução de uma cultura organizacional mais adaptativa e resiliente.

Importa, no entanto, reconhecer que estas oportunidades estão condicionadas por ameaças persistentes. O envelhecimento da equipa clínica, a limitação dos recursos financeiros e a crescente pressão da procura hospitalar exigem uma abordagem planeada, sustentada em dados objetivos e com envolvimento direto dos profissionais. Sem uma resposta coordenada e orientada para a sustentabilidade, existe o risco de agravamento das disfunções já identificadas, com implicações sérias na qualidade dos cuidados prestados e na confiança dos utentes.

Em suma, o Serviço de Ortopedia do ULS Cova da Beira dispõe de alicerces clínicos e assistenciais sólidos, mas carece de uma estratégia integrada que promova a eficiência, reforce os recursos humanos e introduza uma lógica de gestão baseada em desempenho e responsabilidade. O futuro do serviço dependerá da sua capacidade de mobilizar estas forças e oportunidades para superar as fragilidades atuais e mitigar os riscos iminentes, consolidando-se como uma estrutura diferenciada e eficaz no seio do SNS.

A instituição demonstra um compromisso com a qualidade e o cumprimento dos objetivos assistenciais propostos a nível nacional, refletido na robustez dos instrumentos de planeamento

e monitorização, bem como na consolidação de processos de contratualização alinhados com os eixos estratégicos do PNS. No entanto, persistem desafios relevantes em termos de desempenho operacional, particularmente no que respeita ao acesso e eficiência na resposta à procura.

O serviço de Ortopedia, em específico, apresenta-se como um dos mais produtivos da instituição em volume de consultas, cirurgias e internamentos, contribuindo significativamente para os resultados globais do centro hospitalar. A elevada taxa de ocupação e produção cirúrgica demonstra uma atividade assistencial intensa, contudo, os indicadores de acesso revelam fragilidades preocupantes, nomeadamente nos tempos de espera para primeira consulta e cirurgia, com valores médios que ultrapassam claramente os TMRG em várias subespecialidades.

No plano organizacional, verifica-se uma desarticulação entre o potencial assistencial da equipa clínica e a sua capacidade instalada, condicionada por limitações estruturais e de recursos humanos. As elevadas listas de espera e tempos de internamento superiores à média nacional sugerem um modelo de funcionamento que, embora resiliente, carece de reestruturação para responder adequadamente às exigências atuais em termos de acesso, qualidade e eficiência.

O financiamento, apesar de ser globalmente equilibrado em termos institucionais, revela margem de melhoria na afetação de recursos ao serviço de Ortopedia, especialmente se considerados os custos com a produção adicional e a necessidade de reforço dos incentivos à atividade assistencial fora do horário habitual, como preconizado nos regimes legais aplicáveis.

Do ponto de vista estratégico, importa reconhecer que a Ortopedia possui um elevado potencial de desenvolvimento, sendo uma especialidade com forte expressão epidemiológica, impacto funcional na vida dos doentes e elevado valor clínico-económico. A criação de mecanismos de maior responsabilização, autonomia e valorização da produção poderá permitir a transformação de um modelo centrado na resposta à procura para um modelo proativo, baseado na gestão integrada do percurso assistencial.

Em síntese, o diagnóstico revela um serviço com um desempenho quantitativo robusto, mas marcado por constrangimentos organizacionais que limitam a sua eficiência e equidade de acesso. A sua reconfiguração deve privilegiar uma abordagem centrada no doente, com maior articulação entre níveis de cuidados, reforço da governação clínica e adoção de modelos organizacionais que permitam alinhar a atividade assistencial com os objetivos estratégicos do SNS, nomeadamente através da valorização da autonomia operacional e da contratualização interna baseada em resultados.

Este panorama constitui, simultaneamente, um alerta e uma oportunidade para a transformação do serviço de Ortopedia num modelo mais eficaz, sustentável e centrado em resultados em saúde.

5. Projeto de Intervenção: *CRI-ORTO ULS Cova da Beira*

5.1. Justificação e Enquadramento

O presente projeto de intervenção propõe a criação de um CRI no Serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira, tendo por base um conjunto de evidências clínicas, organizacionais e financeiras que sustentam a necessidade de reorganização do modelo assistencial vigente. A proposta insere-se numa lógica de modernização do SNS, alinhada com os princípios de autonomia, responsabilização, contratualização interna e monitorização por resultados, tal como preconizado pelo Decreto-Lei n.º 18/2017 e pela Portaria n.º 330/2017.^(8,10)

O Serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira enfrenta atualmente vários constrangimentos operacionais que limitam a sua capacidade de resposta eficaz às necessidades da população da sua área de influência. Os dados de produção assistencial referentes ao ano de 2023 evidenciam tempos de espera prolongados para primeiras consultas hospitalares, tempos médios de espera para cirurgia significativamente acima dos TMRG, e uma taxa de ambulatorização cirúrgica abaixo da média nacional. Estes indicadores comprometem não apenas a acessibilidade e a equidade dos cuidados, mas também a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos utentes.

A criação de um CRI inscreve-se numa lógica de modernização da gestão hospitalar, visando reforçar a articulação entre os objetivos estratégicos institucionais e a autonomia dos serviços clínicos. Visa introduzir uma lógica de governação clínica orientada para resultados, com base na contratualização de objetivos quantitativos e qualitativos, na responsabilização das equipas pela gestão dos recursos e na adoção de modelos de financiamento e avaliação baseados na performance. Pretende criar um novo paradigma organizacional, centrado no doente, que privilegie a continuidade de cuidados, a integração funcional das diferentes unidades e a autonomia responsável das equipas multiprofissionais.

Neste contexto, a escolha do modelo de CRI apresenta-se como uma solução adequada e sustentada, permitindo a superação das limitações identificadas no atual modelo de organização e gestão, potenciando ganhos em saúde, eficiência operacional e sustentabilidade financeira. Este projeto encontra-se, ainda, alinhado com as orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde e com os compromissos assumidos pelo Estado Português no âmbito da contratualização interna e externa com os serviços e estabelecimentos do SNS.

A pertinência da intervenção proposta justifica-se, portanto, pela conjugação de três fatores determinantes: i) a necessidade identificada de melhorar o desempenho assistencial do serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira; ii) a existência de um quadro normativo e institucional favorável à criação de CRI; iii) a evidência empírica de que modelos de gestão autónoma com

responsabilização por resultados contribuem para melhores indicadores de acesso, qualidade, eficiência e satisfação.

5.2. Missão, Visão e Valores

A missão do *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* assenta na prestação de cuidados de saúde ortopédicos de excelência, suportados nos mais elevados padrões da prática clínica baseada na evidência. Pretende-se garantir que todos os utentes tenham acesso equitativo a cuidados especializados, em tempo útil, com segurança, continuidade e humanização em todas as fases do seu percurso assistencial. A sua atuação pauta-se pela centralidade no utente, promovendo uma abordagem integral e continuada ao longo do percurso assistencial, com o envolvimento ativo de equipas multidisciplinares motivadas, competentes e responsáveis. Esta missão é indissociável da necessidade de promover não apenas a recuperação funcional dos indivíduos, mas também a sua plena reintegração social, valorizando o bem-estar físico, psicológico e emocional.

A visão estratégica do *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* é afirmar-se como uma unidade de excelência e referência, tanto a nível regional como nacional, no domínio da ortopedia. Pretende-se afirmar uma cultura organizacional assente na inovação contínua, na excelência clínica e na governação responsável, valorizando o papel das equipas multidisciplinares como pilares fundamentais do sucesso assistencial. A articulação eficiente entre os diferentes níveis de cuidados, a adoção de soluções tecnológicas inteligentes e a aposta em processos clínicos otimizados permitirão consolidar um modelo sustentável, eficaz e centrado no utente, com obtenção de ganhos em saúde mensuráveis. Simultaneamente, a visão integra o compromisso com a formação profissional, a investigação e a adaptação proativa aos desafios emergentes da saúde pública.

Neste quadro de missão e visão, emergem os valores fundamentais que orientam a atuação do CRI:

- Humanização dos cuidados: promover uma relação terapêutica empática, centrada na dignidade, conforto e autonomia dos utentes.
- Qualidade e segurança clínica: garantir a prestação de cuidados baseados em evidência, através da adesão sistemática às melhores práticas e da monitorização rigorosa de indicadores de desempenho.
- Responsabilidade e transparência: refletidas na gestão rigorosa de recursos e na prestação de contas à comunidade, a ética na decisão clínica e a gestão responsável dos recursos.
- Cooperação e multidisciplinaridade: fomentar a articulação entre diferentes áreas profissionais, promovendo a integração de saberes e práticas complementar e reconhecendo o contributo de todos os membros da equipa.

- Inovação e melhoria contínua: apostar na atualização científica e na reestruturação permanente dos processos e resultados, com vista à excelência organizacional.
- Utilização responsável dos recursos públicos: promover a sustentabilidade do sistema.

5.3. Identidade Organizacional

A identidade institucional do *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* deve refletir a missão assistencial e o compromisso com a excelência. O slogan escolhido, "Confiança, inovação, movimento.", encerra de forma sintética o duplo objetivo da unidade: garantir um elevado padrão de qualidade clínica e restaurar, com celeridade e eficácia, a mobilidade funcional dos utentes, promovendo a sua autonomia e qualidade de vida. Esta expressão representa igualmente uma cultura organizacional dinâmica, centrada na ação, na melhoria e no progresso contínuo.

O logotipo do CRI, de autoria própria, foi inspirado em elementos simbólicos que remetem tanto para a especialidade ortopédica como para a identidade territorial da instituição. A representação gráfica inclui referências ao sistema musculoesquelético, enquanto que o enquadramento geográfico é evocado através de daquele que será um dos elementos mais icónicos da Cova da Beira, a silhueta da Serra da Estrela. Esta identidade visual, apresentada na Figura 10, visa reforçar a coesão interna da equipa, consolidar o sentimento de pertença e facilitar a comunicação externa com os diferentes stakeholders institucionais e comunitários.



Figura 10 - Logotipo do *CRI-ORTO ULS Cova da Beira*

5.4. Estrutura e Organização Funcional

O modelo organizacional delineado para o *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* assenta na conceção de uma estrutura funcional moderna, centrada na governação clínica, na eficiência operativa e na integração dos cuidados. Esta estrutura visa assegurar a prestação de cuidados contínuos, multidisciplinares e coordenados, desde o primeiro contacto do utente com o sistema até à sua

reabilitação final, promovendo ganhos em saúde e uma utilização racional dos recursos disponíveis.

A autonomia funcional, técnica e financeira parcial do CRI será conferida através da celebração de um contrato-programa trianual, com objetivos específicos negociados com o Conselho de Administração da ULS Cova da Beira, renovados e avaliados anualmente com base num sistema de indicadores previamente definidos e monitorizados.

Este instrumento de contratualização interna define os objetivos assistenciais, os indicadores de desempenho, os critérios de monitorização e os mecanismos de responsabilização. A estrutura proposta favorece a flexibilização da gestão de recursos humanos e materiais, bem como a adoção de modelos de planeamento centrados no valor em saúde. Será também garantida a articulação com as restantes unidades da instituição e com os cuidados de saúde primários, favorecendo a continuidade assistencial. Esta estrutura permitirá implementar uma gestão orientada para resultados, baseada na contratualização de metas assistenciais e financeiras, na responsabilização das equipas e na valorização do desempenho.

A estrutura de governação do CRI será composta por três elementos com responsabilidades distintas, mas complementares: O Diretor Clínico do CRI, um médico especialista em Ortopedia com experiência em liderança, será responsável pela supervisão clínica e pela definição estratégica da unidade; O Vogal Clínico, representativo da equipa multidisciplinar e que por norma é o enfermeiro gestor e que assegurará a operacionalização da atividade clínica, a articulação entre unidades e o apoio direto às equipas; O Vogal de Gestão, com formação específica em gestão de saúde ou economia, terá a seu cargo a execução orçamental, o planeamento operativo, o controlo de indicadores e a articulação com os serviços administrativos centrais.

Este órgão será responsável pela coordenação da atividade clínica e organizacional, pela articulação com o Conselho de Administração da ULS Cova da Beira e pela supervisão do cumprimento do contrato-programa.

O CRI será constituído por quatro unidades funcionais especializadas que garantem a cobertura de todo o ciclo assistencial ortopédico:

- A unidade de Consulta Externa assegurará a realização de primeiras consultas, seguimentos e avaliações pré-operatórias, sendo também o ponto de entrada para referência para reabilitação.
- A atividade cirúrgica será organizada através do Bloco Operatório, com capacidade para cirurgia programada e em regime de ambulatório, permitindo uma gestão eficiente de recursos humanos, físicos e tecnológicos. Prevê-se, sempre que exequível, a afetação de uma sala do bloco operatório dedicada à atividade de traumatologia, de forma a otimizar o fluxo assistencial e a resposta cirúrgica a situações agudas.

- O Internamento contará com uma unidade de enfermaria organizada segundo modelos de co-gestão clínica, protocolos estandardizados e planos individualizados de cuidados.
- Por fim, a unidade de Reabilitação e Fisioterapia será responsável pela reabilitação precoce, recuperação funcional e reintegração do utente, assegurando a continuidade de cuidados e a otimização dos resultados funcionais.

A equipa multidisciplinar do *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* será composta por um conjunto de profissionais com competências clínicas, assistenciais, técnicas e administrativas, cuja atuação articulada assegura a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Serão privilegiadas as relações horizontais e colaborativas, fomentando a comunicação interna e a coesão entre os vários grupos profissionais. A estrutura organizativa do CRI permitirá, assim, assegurar a integração dos cuidados, a continuidade assistencial e a eficiência operacional.

Os profissionais da equipa devem ser selecionados com base na afinidade funcional com a especialidade e na motivação demonstrada para integrar um modelo de governação por objetivos. O regime de afetação será preferencialmente exclusivo, assegurando o alinhamento entre os objetivos individuais e os objetivos do coletivo.

O corpo clínico será constituído por nove médicos especialistas em Ortopedia, que terão a seu cargo a atividade cirúrgica e de consulta externa, bem como a supervisão da formação dos internos. Estes últimos, em número de sete, encontram-se em diferentes fases da formação específica e integram-se plenamente nas atividades clínicas do serviço, sob orientação direta dos especialistas.

O apoio à gestão de doentes com patologias concomitantes será assegurado por um médico especialista em Medicina Interna, que atuará em articulação estreita com a equipa de Ortopedia, reforçando a segurança clínica e a abordagem holística dos casos mais complexos. Esta estratégia tem demonstrado benefícios claros ao nível da redução de complicações, diminuição do tempo de internamento e melhoria dos resultados clínicos, sobretudo em contextos de co-gestão clínica intra-hospitalar.⁽⁶¹⁾

A equipa de enfermagem será composta por vinte e dois profissionais, enfermeiros generalistas e enfermeiros especialista em reabilitação, que assumem um papel central na prestação de cuidados diretos, no acompanhamento em bloco operatório, internamento e ambulatório, e na execução de protocolos assistenciais. Atendendo à especificidade e complexidade da atividade cirúrgica ortopédica, deverá ser constituída uma equipa de enfermagem com formação diferenciada em traumatologia, capacitada para assegurar a assistência cirúrgica especializada e reforçar a segurança e eficácia dos procedimentos no contexto do bloco operatório.⁽⁶²⁾

Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado num serviço de ortopedia

Os assistentes operacionais, num total de catorze, garantem o apoio logístico e operacional nas diversas áreas funcionais, assegurando a manutenção de condições de segurança, higiene e suporte à atividade clínica.

Os assistentes técnicos, em número de quatro, assumem funções administrativas de apoio à consulta, agendamento cirúrgico, processamento documental e interface com os utentes.

Por fim, a componente de reabilitação será assegurada por um técnico superior de fisioterapia, responsável pela implementação dos planos de recuperação funcional no internamento e ambulatório, em articulação com a restante equipa clínica. Numa fase mais avançada do projeto seria importante passar a integrar a equipa profissionais de outras áreas como Psicologia, Nutrição, Serviço Social e Farmácia.

Esta organização permitirá aumentar a produtividade, promover a polivalência funcional, e melhorar a capacidade de resposta assistencial da unidade.

5.5. Instrumentos de Gestão

A implementação do *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* requer a adoção de um modelo integrado de gestão estratégica que permita articular, de forma eficaz, a missão e os objetivos da unidade com a sua prática clínica e organizativa. Para garantir uma governação clínica eficiente, é imprescindível dispor de mecanismos robustos de planeamento, execução e controlo, assentes em princípios de transparência, accountability e melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A coerência interna e o alinhamento com as prioridades institucionais dependem diretamente da operacionalização de instrumentos de gestão que sustentem a atividade do CRI com base em dados objetivos, metas realistas e metodologias partilhadas entre os diferentes níveis da organização.

Nesse sentido, propõe-se uma arquitetura de gestão estruturada em quatro componentes principais. Em primeiro lugar, a definição de um mapa estratégico que represente, de forma clara e coerente, os objetivos assistenciais, operacionais e financeiros da unidade, refletindo a sua missão, visão e valores fundamentais. Em segundo lugar, a construção e operacionalização de um sistema de indicadores de desempenho baseado na metodologia do BSC, permitindo a tradução da estratégia em objetivos mensuráveis e monitorizáveis, organizados em torno das quatro perspetivas principais: cliente, processos internos, aprendizagem e sustentabilidade financeira. Em terceiro lugar, a instituição de um modelo de avaliação de desempenho, tanto individual como coletivo, que promova o reconhecimento do mérito, estimule a responsabilização e contribua para a progressiva consolidação de uma cultura de excelência e de rigor organizacional. Finalmente, será implementado um sistema de incentivos, que incluirá componentes financeiras e não financeiras, orientado para a valorização do desempenho profissional, a motivação das equipas e a retenção de talento no seio da unidade.

Estes quatro pilares serão implementados de forma articulada, estando sujeitos a processos periódicos de revisão e ajuste, à luz dos resultados obtidos e da evolução das necessidades institucionais e do contexto assistencial envolvente. A gestão baseada em resultados, suportada por instrumentos metodologicamente robustos, permitirá ao *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* posicionar-se como um exemplo de governação clínica moderna, orientada para a qualidade, eficiência e humanização dos cuidados.

5.5.1. Mapa Estratégico

O mapa estratégico do *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* constitui uma representação estruturada da sua missão, visão e objetivos estratégicos, traduzindo-os em linhas de ação concretas e coerentes entre si. Este instrumento de gestão baseia-se na metodologia do BSC, integrando quatro perspetivas fundamentais: cliente, processos internos, aprendizagem e crescimento, e sustentabilidade financeira.⁽⁶³⁾ Cada uma destas dimensões contempla objetivos específicos que, em conjunto, permitem orientar a organização para o cumprimento da sua missão institucional e para a criação de valor em saúde. Assim sendo:

- **Perspetiva do Cliente:** o foco principal reside na melhoria da acessibilidade e na elevação dos níveis de satisfação dos utentes. Pretende-se garantir que todos os doentes tenham acesso atempado aos cuidados ortopédicos, em conformidade com os TMRG, e que a experiência de utilização dos serviços seja pautada pela empatia, comunicação eficaz e confiança nos cuidados prestados.
- **Perspetiva dos Processos Internos:** esta dimensão visa otimizar os circuitos assistenciais, reduzir os tempos médios de espera, aumentar a taxa de ambulatorização cirúrgica e assegurar a eficiência clínica dos cuidados prestados. Estão previstos projetos de reengenharia de processos, padronização de protocolos clínicos e reforço da articulação entre unidades funcionais.
- **Perspetiva de Aprendizagem e Crescimento:** contempla o desenvolvimento de competências das equipas, a promoção da investigação e inovação, o acesso a formação contínua, a valorização do desempenho individual, o reforço do espírito de equipa e o fortalecimento da cultura organizacional. Esta perspetiva reconhece que o capital humano é um ativo estratégico da organização e que a sua qualificação contínua é essencial para a inovação e excelência assistencial.
- **Perspetiva Financeira:** pretende assegurar a sustentabilidade económico-financeira do CRI, através da monitorização rigorosa dos custos e da maximização dos proveitos assistenciais. Implica o controlo orçamental, a utilização criteriosa dos recursos, o combate ao desperdício e a identificação de fontes adicionais de financiamento.

A articulação entre estas quatro dimensões permitirá garantir que os resultados obtidos no plano operacional contribuam efetivamente para a concretização da missão institucional e para o alcance da excelência clínica e organizacional pretendida.

Este mapa será operacionalizado através de indicadores específicos definidos no BSC, integrando-se na contratualização interna com o Conselho de Administração da ULS Cova da Beira. A sua revisão será efetuada anualmente, em função dos resultados obtidos e da evolução do contexto institucional e assistencial.

5.5.2. Balanced Scorecard

O BSC constitui um instrumento essencial de gestão estratégica, permitindo traduzir a visão e os objetivos do CRI em indicadores operacionais que orientam a ação e monitorizam o desempenho ao longo do tempo. Estruturado em quatro perspetivas interdependentes: cliente, processos internos, aprendizagem e crescimento, e sustentabilidade financeira; o BSC permite alinhar os resultados esperados com a atividade quotidiana dos profissionais e com os compromissos contratualizados com a gestão de topo da ULS Cova da Beira.

A seleção dos indicadores fundamentou-se na revisão dos dados históricos da ULS Cova da Beira e na evidência disponível na literatura sobre modelos de gestão em contexto hospitalar. Cada um dos indicadores reflete objetivos e metas alcançáveis, mas ambiciosos, visando induzir mudanças sustentadas na organização dos cuidados, na eficiência dos processos e nos resultados em saúde. A monitorização será efetuada trimestralmente e reportada ao Conselho de Gestão e ao Conselho de Administração, servindo de base para a tomada de decisão, ajustamentos de estratégia e ativação de mecanismos de incentivo.

Tabela V - BSC do CRI-ORTO ULS Cova da Beira

Perspetiva	Objetivo Estratégico	Indicador de Desempenho	Meta ano 1	Meta ano 2	Meta ano 3
Cliente	Cumprimento dos TMRG	% de consultas e cirurgias dentro dos prazos legais	≥ 80%	≥ 90%	≥ 95%
Cliente	Aumento da satisfação dos utentes	Índice NPS (Net Promoter Score)	≥ 80%	≥ 85%	≥ 90%
Processos Internos	Melhoria da eficiência assistencial	Tempo médio de espera para consulta e cirurgia	< 120	< 90	< 60
Processos Internos	Incremento da ambulatorização cirúrgica	% de cirurgias realizadas em regime ambulatorio	≥ 50%	≥ 60%	≥ 65%
Processos Internos	Cirurgia de fraturas em tempo útil	% de fraturas da anca operadas em ≤ 48 horas	≥ 35%	≥ 45%	≥ 60%
Aprendizagem e Crescimento	Promover o bem-estar, motivação e envolvimento dos profissionais	Taxa global de absentismo (%)	< 9%	< 7%	< 6%
Sustentabilidade Financeira	Equilíbrio económico-operacional	Rácio entre custos diretos e proveitos atribuíveis	≤ 1,1	= 1,0	< 1,0

5.5.3. Avaliação de Desempenho

A avaliação de desempenho dos profissionais integrados no *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* constitui um instrumento central para a valorização do mérito, a responsabilização pelas metas contratualizadas e a promoção de uma cultura de excelência organizacional. O modelo adotado articula a dimensão quantitativa dos resultados com a apreciação qualitativa das competências técnicas, relacionais e organizacionais, permitindo um acompanhamento contínuo e integrador da evolução de cada colaborador e da equipa no seu conjunto.

O sistema de avaliação será anual e incluirá mecanismos de autoavaliação, heteroavaliação (por chefias funcionais) e avaliação entre pares, garantindo a equidade e a transparência do processo. Serão utilizadas fichas normalizadas adaptadas às especificidades funcionais de cada grupo profissional, com ponderação diferenciada das dimensões avaliadas conforme o perfil de atividade.

Tabela VI - Parâmetros de Avaliação do Desempenho

Dimensão de Avaliação	Critério	Grupos Profissionais Abrangidos
Produção Assistencial	Cumprimento dos objetivos assistenciais definidos no contrato-programa (consultas, cirurgias, tempo de resposta)	Médicos, enfermeiros, assistentes técnicos
Qualidade e Segurança	Taxa de complicações, reoperações, adesão a protocolos clínicos e indicadores de boas práticas	Médicos, enfermeiros, técnicos de fisioterapia
Desenvolvimento Profissional	Participação em ações de formação, reuniões clínicas, projetos de investigação ou melhoria contínua	Todos os profissionais
Relacionamento Interpessoal e Colaboração	Trabalho em equipa, comunicação, cumprimento de orientações	Toda a equipa, incluindo assistentes operacionais
Contributo Organizacional	Participação ativa na gestão interna, sugestões de melhoria, inovação de processos	Profissionais com funções de coordenação ou envolvimento estratégico

A monitorização será feita através de relatórios periódicos de desempenho, que permitirão aferir o grau de cumprimento dos objetivos e implementar medidas corretivas sempre que necessário. Este sistema será um instrumento essencial para garantir a transparência e a equidade no reconhecimento do mérito, bem como para apoiar a tomada de decisões estratégicas sobre a afetação de recursos, evolução funcional e acesso a incentivos.

A análise dos resultados da avaliação será discutida em reuniões de equipa e individualmente, servindo de base para o reconhecimento do desempenho, a definição de planos de desenvolvimento individual e a elegibilidade para os incentivos institucionais definidos.

5.5.4. Sistema de Incentivos

O sistema de incentivos constitui um dos pilares do modelo de governação clínica e organizacional do CRI-ORTO ULS Cova da Beira. Tem como objetivo reconhecer e valorizar o desempenho individual e coletivo, estimular a motivação intrínseca e extrínseca dos profissionais, e alinhar os comportamentos com os resultados estratégicos contratualizados. O sistema será construído com base na equidade, na objetividade e na transparência, com critérios previamente definidos e auditáveis, divulgados a todos os elementos da equipa.

Os incentivos serão atribuídos em função da concretização dos objetivos estabelecidos no contrato-programa, das avaliações de desempenho e do cumprimento de indicadores de qualidade e eficiência. A estrutura de incentivos será diferenciada por categorias profissionais e tipos de contribuição, conjugando componentes financeiras e não financeiras.

De seguida, na Tabela VII, explana-se de acordo com o tipo de incentivo e a descrição dos mesmos a que grupo profissional de destina.

Tabela VII - Sistema de Incentivos

Tipo de Incentivo	Descrição	Destinatários
Financeiro	Remuneração adicional por cumprimento de metas assistenciais e organizacionais (produção, qualidade, formação)	Médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica
Financeiro	Participação nos ganhos de eficiência obtidos com redução de custos operacionais e melhoria de processos	Toda a equipa multidisciplinar
Não financeiro	Acesso prioritário a programas de formação contínua, estágios e participação em congressos	Todos os profissionais
Não financeiro	Reconhecimento institucional através de menções públicas, distinções internas e valorização curricular	Todos os profissionais
Não financeiro	Integração em grupos de trabalho estratégicos e oportunidades de progressão funcional	Profissionais com desempenho excelente

A implementação dos incentivos será acompanhada por uma comissão de acompanhamento interna, garantindo o cumprimento dos critérios e a equidade do processo. Os incentivos financeiros serão distribuídos anualmente, condicionados à disponibilidade orçamental e aos resultados efetivamente alcançados.

Este sistema será regularmente revisto e ajustado com base nos resultados obtidos e na evolução das necessidades institucionais, de forma a garantir a sua relevância e eficácia na promoção de uma cultura organizacional centrada na excelência e na responsabilidade.

5.6. Plano de Ação

O plano de ação do CRI-ORTO será delineado para um horizonte trianual, com revisões formais e sistemáticas a realizar-se anualmente. Este plano integrará um conjunto de iniciativas estratégicas alinhadas com os objetivos estipulados no contrato-programa.

Estas iniciativas incidirão sobre domínios cruciais como a reorganização dos circuitos assistenciais, a otimização da utilização do bloco operatório, a expansão da cirurgia em ambulatório, a implementação de protocolos clínicos baseados na melhor evidência científica disponível, e o reforço da articulação com os cuidados de saúde primários e continuados.

No plano operacional, cada iniciativa será acompanhada de um cronograma detalhado, com identificação de responsáveis, alocação de recursos e definição de indicadores de desempenho. A monitorização será contínua, com avaliações trimestrais que permitirão aferir o progresso, identificar desvios e implementar medidas corretivas em tempo útil. Estas avaliações trimestrais culminarão numa revisão anual global do plano.

Adicionalmente, serão integradas ações específicas para a redução dos tempos de espera, nomeadamente através da reorganização da gestão das listas de espera, da programação cirúrgica orientada por critérios de prioridade clínica e do reforço da atividade cirúrgica em períodos de menor pressão assistencial.

5.6.1. Perfil Assistencial

O perfil assistencial do *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* é caracterizado pela prestação de cuidados de saúde diferenciados, centrados nas patologias do aparelho locomotor, incluindo doenças degenerativas, inflamatórias, traumáticas e congénitas. As valências clínicas abrangem a traumatologia geral, a ortopedia pediátrica, as artroplastias (anca, joelho, ombro), a cirurgia da coluna, a cirurgia do pé, a medicina desportiva e a ortogeriatría, assegurando uma abordagem abrangente ao ciclo de vida do utente.

As patologias da mão e do punho, por sua vez, passaram a ser acompanhadas de forma autónoma e especializada através do Centro de Responsabilidade Integrado de Punho e Mão, recentemente

implementado em 2025 nesta instituição, o que permite uma resposta mais diferenciada e eficiente nesta subespecialidade da Ortopedia.⁽⁶⁴⁾

A complementaridade entre as diferentes modalidades de internamento, cirurgia de ambulatório, hospital de dia, consultas e reabilitação garante a continuidade e integralidade dos cuidados, cumprindo os princípios da equidade, acessibilidade e qualidade assistencial.

Para além destas modalidades convencionais, está prevista a articulação com equipas de hospitalização domiciliária e com unidades de cuidados pós-agudos. Estas estruturas permitem dar continuidade ao acompanhamento clínico e funcional após a alta hospitalar, em contextos menos intensivos mas adequados às necessidades de reabilitação, promovendo a autonomia do utente, a racionalização de recursos e a redução do risco de reinternamento.

5.6.2. Plano de Implementação do CRI

A implementação do *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* será realizada de forma faseada, tal como é figurado na Tabela VIII, garantindo a consolidação progressiva das estruturas organizativas, a capacitação das equipas e a operacionalização dos instrumentos de gestão. A estratégia de execução assenta numa lógica incremental, com etapas bem definidas e cronograma ajustado às exigências institucionais e aos recursos disponíveis.

Tabela VIII - Proposta do Plano de Implementação do CRI

Etapa	Atividades-chave	Prazo
Fase Preparatória	- Aprovação institucional do projeto - Constituição da equipa de governação - Elaboração do regulamento interno do CRI	1.º Trimestre
Contratualização	- Definição dos indicadores e metas a atingir - Celebração do contrato-programa interno com o Conselho de Administração	2.º Trimestre
Capacitação	- Formação da equipa de gestão e operativa em áreas-chave (gestão, qualidade, indicadores, SIGIC, etc.) - Desenvolvimento dos sistemas de informação e reporting	2.º Trimestre
Implementação	- Início da atividade formal do CRI com autonomia funcional - Ativação dos instrumentos de monitorização e avaliação - Divulgação pública do projeto e envolvimento dos stakeholders internos e externos	3.º Trimestre

Esta abordagem visa assegurar a viabilidade técnica e financeira do projeto, promover a apropriação do modelo pelos profissionais e minimizar os riscos associados à mudança organizacional. A cada fase serão estabelecidos marcos operacionais específicos, cuja

concretização será monitorizada pelo Conselho de Gestão do CRI e pelo Conselho de Administração da ULS Cova da Beira.

Este plano será objeto de reavaliação contínua, podendo ser ajustado conforme a evolução dos contextos assistenciais e institucionais, assegurando a adequação e sustentabilidade do modelo.

5.6.3. Investimentos

A dotação de recursos materiais constitui um eixo estratégico fundamental para a consolidação da eficiência operativa do CRI. Embora o bloco operatório já se encontre tecnicamente equipado com mesas cirúrgicas articuladas, sistemas de navegação intraoperatória e instrumentais específicos para artroplastia e cirurgia minimamente invasiva, os investimentos futuros incidirão na renovação tecnológica de áreas complementares. Em particular, prevê-se o reforço das unidades de reabilitação e imagiologia funcional, com a introdução de tecnologias digitais avançadas para avaliação biomecânica e monitorização evolutiva da recuperação funcional.

Será igualmente priorizada a informatização integral dos registos clínicos e a interoperabilidade dos sistemas, potenciando a integração dos dados ao longo de todo o percurso assistencial. A capacitação contínua da equipa multidisciplinar constitui outro vetor estratégico, com a implementação de programas de formação avançada em técnicas cirúrgicas, segurança clínica e gestão por objetivos.

Importa salientar que os equipamentos adquiridos no âmbito do CRI poderão, sempre que tecnicamente viável, ser partilhados com outras valências hospitalares, promovendo a racionalização do investimento, a interoperabilidade dos recursos e o reforço da articulação interdepartamental. Estes investimentos serão distribuídos de forma faseada ao longo dos primeiros três anos de atividade, assegurando uma execução sustentável e alinhada com as metas assistenciais e organizacionais definidas no plano de ação do CRI.

5.6.4. Financiamento

O modelo de financiamento do CRI-ORTO será assente numa linha orçamental autónoma, integrada no contrato-programa celebrado com a ULS da Cova da Beira. Este modelo contempla a aplicação de majorações nos preços unitários dos atos relativos à produção adicional, em conformidade com o disposto na Portaria n.º 207/2017, incentivando a eficiência produtiva.⁽¹²⁾

A contratualização da atividade adicional, que inclui consultas, intervenções cirúrgicas e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, será objeto de negociação com a ACSS, devendo ser definidos parâmetros claros de volume, qualidade e valor financeiro.

Paralelamente, o CRI poderá aceder a fontes de financiamento complementares, através da geração de receitas próprias, nomeadamente pela prestação de cuidados a utentes abrangidos por subsistemas de saúde (como a ADSE, SAD ou SAMS) ou ao abrigo de convenções específicas.

O acesso ao financiamento estará intrinsecamente condicionado ao cumprimento rigoroso dos objetivos contratualizados, de natureza quantitativa (produção assistencial) e qualitativa (indicadores de desempenho e resultados em saúde), promovendo assim uma cultura de responsabilização, transparência e melhoria contínua.

5.6.5. Demonstração da Sustentabilidade Financeira

A sustentabilidade financeira do *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* será avaliada com base em indicadores económicos (rácio de produção/consumo de recursos, margem operacional, custos por doente equivalente) e assistenciais (produtividade clínica, taxas de reintervenção, tempo médio de internamento). A implementação de práticas de controlo de gestão e de auditoria clínica permitirá acompanhar a execução orçamental e introduzir medidas corretivas.⁽⁴⁹⁾

A previsão aponta para um equilíbrio financeiro no final do segundo ano de atividade, com autofinanciamento parcial crescente a partir do terceiro ano, associada à melhoria da capacidade de resposta assistencial e à adoção de modelos de gestão baseados em desempenho. Esta expectativa decorre da racionalização dos processos clínico-administrativos, da otimização da utilização do bloco operatório e do incremento da produção assistencial em regime de ambulatório, com menor custo unitário associado.⁽⁴⁶⁾

A par disso, a implementação de um sistema de contratualização interna orientado por objetivos assistenciais e económico-financeiros, suportado por instrumentos de controlo de gestão e contabilidade analítica, permitirá monitorizar a execução orçamental de forma contínua, identificar desvios e introduzir medidas corretivas atempadas, potenciando uma gestão mais rigorosa e eficiente dos recursos. A evidência empírica proveniente da aplicação do modelo CRI noutras unidades hospitalares do SNS demonstra que, em contextos semelhantes, é possível alcançar equilíbrio orçamental ao fim de dois anos de funcionamento, com início de autofinanciamento parcial no terceiro ano, sustentado pela rentabilização da capacidade instalada e pela redução progressiva da dependência de financiamento externo.⁽⁴⁶⁾

5.6.6. Resultados Operacionais

Os resultados esperados abrangem a melhoria do acesso aos cuidados ortopédicos, o cumprimento dos TMRG, a redução das listas de espera cirúrgicas e o aumento da satisfação dos utentes. A articulação entre internamento, cirurgia ambulatória e reabilitação permitirá diminuir o tempo médio de recuperação e promover a alta precoce com segurança. No plano institucional, antecipa-se o reforço da atratividade do serviço para profissionais diferenciados, o aumento da retenção de talentos e a valorização da imagem institucional da ULS Cova da Beira como unidade de referência.

5.6.7. Monitorização e Avaliação

A monitorização e avaliação do desempenho do *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* constituem componentes estruturantes da sua governação clínica e organizacional. Através de um sistema

Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado num serviço de ortopedia

robusto de recolha, análise e utilização de indicadores, será possível avaliar a execução dos objetivos contratualizados, identificar áreas críticas de melhoria e suportar a tomada de decisão baseada em evidência.

Este processo será coordenado pelo Conselho de Gestão do CRI, em articulação com a unidade de controlo de gestão da ULS Cova da Beira, envolvendo todos os profissionais em práticas regulares de reflexão, auditoria e melhoria contínua. A avaliação basear-se-á em dados quantitativos e qualitativos, permitindo aferir tanto a produção assistencial como os resultados em saúde, a eficiência económica e a satisfação dos utentes.

Os indicadores (Tabela IX) serão estruturados por domínios estratégicos e associados a fontes de informação fiáveis e a uma periodicidade de recolha previamente definida:

Tabela IX - Indicadores de Qualidade

Domínio	Indicador	Fonte / Periodicidade
Produção Assistencial	Número de consultas e cirurgias realizadas	BI SClínico – Trimestral
Acessibilidade	% de cumprimento dos TMRG	SIGA SNS – Trimestral
Qualidade e Segurança	Taxas de infeção, complicações e reoperações	SINUS / Comissão da Qualidade – Trimestral
Eficiência Operacional	Tempo médio de internamento e % de ambulatorização	SClínico/Internamento – Trimestral
Satisfação dos Utentes	Índice composto de experiência e resultados reportados pelo utente (QSU-DGS adaptado, PREM, PROM, NPS)	Inquérito interno padronizado – Semestral (PREM/NPS/QSU) + Trimestral (PROM)
Formação Profissional	Horas de formação por colaborador	Gabinete de Formação – Anual
Sustentabilidade Financeira	Rácio entre custos e proveitos	Contabilidade Analítica – Trimestral

Este sistema de monitorização será revisto anualmente, permitindo a reformulação de metas, a incorporação de novos indicadores e a melhoria progressiva dos instrumentos de reporte e análise. Os resultados serão apresentados em relatórios trimestrais e anuais, acompanhados de recomendações para ação corretiva, quando aplicável.

5.6.8. Ensino e Investigação

O *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* assumirá um papel central na consolidação de uma cultura de ensino e investigação, articulando a sua atividade assistencial com a formação contínua dos profissionais de saúde e com a produção de conhecimento científico relevante. Esta articulação será realizada em estreita cooperação com a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI), garantindo a integração do CRI na rede académica e científica da região.

No domínio do ensino, o *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* acolherá regularmente estudantes do Mestrado Integrado em Medicina da FCS-UBI, bem como alunos de outros ciclos de estudo na área da saúde, nomeadamente Enfermagem, Fisioterapia e Ciências Biomédicas.

A atividade pedagógica incluirá estágios curriculares e extracurriculares, sob supervisão de profissionais do serviço com competências reconhecidas. Serão organizadas sessões clínicas regulares, de natureza interdisciplinar, bem como seminários mensais dedicados a temas específicos da ortopedia e áreas correlacionadas, com o objetivo de promover o raciocínio clínico, a atualização científica e a partilha de boas práticas. Paralelamente, será instituído um plano anual de formação interna, ajustado às necessidades identificadas através do BSC e da avaliação de desempenho individual, de forma a potenciar o desenvolvimento profissional contínuo. Os membros do CRI poderão ainda ser convidados a integrar a docência universitária e a orientação de estágios e dissertações de mestrado, consolidando a sua ligação ao meio académico.

No que respeita à investigação, o *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* fomentará a realização de estudos clínicos aplicados à prática assistencial, com particular enfoque nas áreas da cirurgia ortopédica, traumatologia, reabilitação funcional e gestão clínica. A participação em redes multicêntricas de investigação será incentivada, permitindo o alinhamento com projetos nacionais e internacionais. Será também promovida a produção científica, nomeadamente através da publicação de artigos em revistas indexadas e da apresentação de comunicações em congressos. Para apoiar esta atividade, o CRI constituirá um núcleo interno de apoio metodológico e estatístico, destinado a orientar os profissionais nas etapas de planeamento, análise e divulgação científica. Anualmente, será elaborado um relatório de produção científica, integrado no relatório de desempenho global do CRI.

A valorização da componente de ensino e investigação representará, assim, um eixo estratégico essencial para o reforço da atratividade e prestígio do *CRI-ORTO ULS Cova da Beira*, garantindo não só a qualificação contínua das suas equipas, mas também a produção de conhecimento com impacto na melhoria da prestação de cuidados e na sustentabilidade do SNS.

5.6.9. Centros de Referência

O desenvolvimento de áreas de elevada diferenciação permitirá ao *CRI-ORTO ULS Cova da Beira* candidatar-se a Centro de Referência nacional, nos termos da legislação em vigor. A elegibilidade dependerá do cumprimento de critérios de volume mínimo de atividade, desfechos clínicos

Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado num serviço de ortopedia

superiores aos benchmarks nacionais, existência de protocolos de articulação em rede e participação em registos clínicos nacionais e internacionais. A obtenção deste estatuto reforçará a visibilidade do serviço, atrairá casos clínicos complexos e consolidará a sua posição como polo de excelência assistencial e académica no SNS.

6. Resultados Esperados

A criação e implementação de um CRI no Serviço de Ortopedia da ULS Cova da Beira representa uma oportunidade estratégica para transformar estruturalmente o modelo organizacional vigente, promovendo uma abordagem mais eficaz, responsável e adaptada às exigências assistenciais contemporâneas. Partindo da caracterização exaustiva do contexto institucional, da identificação das principais limitações operacionais e da análise crítica das dinâmicas organizacionais que condicionam o funcionamento do serviço, delineiam-se resultados esperados coerentes com os objetivos deste projeto de reestruturação.

Em primeiro lugar, antecipa-se uma reconfiguração profunda do modelo de governação clínica, com a atribuição de maior autonomia à equipa do serviço de Ortopedia na gestão dos seus recursos humanos, financeiros e logísticos. Esta autonomia será formalizada através de um contrato-programa trianual, ancorado em objetivos negociados com o Conselho de Administração, e traduzir-se-á numa maior agilidade na resposta às necessidades da população local, garantindo simultaneamente o cumprimento dos princípios de equidade, eficiência e sustentabilidade que norteiam o SNS.

No plano assistencial, a introdução do modelo CRI deverá permitir uma melhoria substancial da eficiência operacional, através da racionalização dos circuitos de atendimento, da otimização dos tempos cirúrgicos e da gestão mais criteriosa das agendas clínicas. Esta reorganização, sustentada em princípios de contratualização interna e responsabilização coletiva, visa reduzir os tempos médios de espera para consulta e cirurgia e diminuir a taxa de cancelamentos de intervenções programadas por motivos logísticos ou de organização.

Num horizonte de 24 meses, correspondente ao ponto de maturação intermédia do modelo, prevê-se o cumprimento de, pelo menos, 90% dos TMRG para consulta e cirurgia, face aos atuais 39% e 74,6%, respetivamente. Estima-se uma redução de 30% nas listas de espera cirúrgica, o que corresponde a cerca de 400 utentes a menos em espera. Paralelamente, a reorganização dos fluxos assistenciais e o reforço da cirurgia em regime de ambulatório permitirão aumentar a taxa de ambulatorização para mais de 60% das intervenções elegíveis, com impacto direto na redução do tempo médio de internamento de 11,7 para menos de 9 dias. Esta estratégia deverá também permitir que 45% das fraturas proximais do fémur sejam operadas nas primeiras 48 horas, melhorando substancialmente o desempenho atual (25,1%) e aproximando-se das metas clínicas recomendadas.

Para além da eficiência, espera-se um impacto significativo na qualidade assistencial. A criação de trajetos clínicos bem definidos, a padronização de protocolos, a monitorização sistemática da atividade e a incorporação de indicadores de desempenho contribuirão para aumentar a segurança do doente, garantir maior previsibilidade nos cuidados e reforçar a continuidade assistencial. Estes resultados deverão refletir-se tanto em métricas objetivas (como taxas de

complicações, infeções pós-operatórias e reinternamentos), como na perceção subjetiva de confiança e satisfação por parte dos utentes.

No plano organizacional, o modelo CRI constitui também um instrumento de valorização dos profissionais de saúde. Ao serem chamados a participar ativamente na definição de metas, planificação da atividade e avaliação do desempenho, os profissionais serão corresponsáveis pelo sucesso do projeto, o que deverá resultar num maior compromisso institucional e num reforço do sentimento de pertença. Esta participação ativa está associada ao aumento da motivação, à redução da rotatividade e à diminuição do absentismo. Espera-se, neste contexto, uma redução da taxa de absentismo para valores inferiores a 7% até ao final do segundo ano, bem como o reforço da atratividade do serviço para profissionais diferenciados, potenciado pela adoção de sistemas de incentivo baseados em mérito e desempenho.

No domínio económico-financeiro, a introdução de um sistema de gestão por objetivos, apoiado por instrumentos de contabilidade analítica e controlo de gestão, permitirá implementar um modelo orçamental mais transparente, eficiente e orientado para resultados. A previsão é que, ao fim de dois anos, o serviço alcance um equilíbrio orçamental sustentado, com um rácio entre custos e receitas próximo de 1, sinalizando uma utilização racional dos recursos disponíveis. Este objetivo é particularmente relevante num contexto de pressão orçamental crescente sobre o SNS, demonstrando que é possível articular qualidade assistencial e rigor financeiro sem comprometer a acessibilidade ou a equidade.

Ao fim do triénio contratual, o CRI-ORTO deverá ter consolidado os ganhos operacionais, organizacionais e financeiros, entrando numa fase de estabilização e expansão progressiva. Estima-se, nessa altura, o cumprimento de pelo menos 95% dos TMRG, uma redução acumulada de 50% nas listas de espera cirúrgica, a diminuição do tempo médio de internamento para menos de 8 dias e o aumento da taxa de ambulatorização para mais de 65%. Prevê-se também que 60% das fraturas do fémur proximal sejam operadas dentro das primeiras 48 horas. A nível institucional, estima-se uma taxa de absentismo inferior a 6% e um índice de satisfação dos utentes (NPS) igual ou superior a 90%. Estas metas deverão traduzir-se na obtenção de saldo operacional positivo e justificar a candidatura do CRI a centro de referência nacional, abrindo caminho à replicação do modelo noutros contextos do SNS.

Por fim, espera-se que a criação do CRI favoreça o desenvolvimento de uma cultura organizacional orientada para a avaliação contínua e a melhoria permanente do desempenho. A sistematização de indicadores, a análise periódica dos resultados e a implementação de mecanismos de feedback e auditoria clínica deverão potenciar uma aprendizagem institucional sustentada, permitindo a correção de disfunções, a identificação de boas práticas e a sua replicação de forma estruturada. Este processo de monitorização contínua constitui um pilar essencial para a consolidação de um modelo assistencial centrado no valor, no rigor e na responsabilidade.

Assim, os resultados esperados com a criação do CRI-ORTO na ULS Cova da Beira não se limitam a ganhos conjunturais em produtividade ou capacidade de resposta, mas integram uma visão transformadora de longo prazo, alicerçada na inovação organizacional, na capacitação das equipas, na eficiência dos processos e no compromisso institucional com a melhoria contínua dos cuidados prestados à população.

7. Conclusões

A presente dissertação teve como objetivo central a identificação de estratégias para a criação e implementação de um CRI no serviço de Ortopedia da ULS da Cova da Beira. Através de uma análise aprofundada do contexto assistencial, organizativo e territorial desta unidade de saúde, procurou-se delinear uma proposta exequível e sustentada, capaz de responder aos desafios que têm condicionado a eficiência e a qualidade dos cuidados ortopédicos na região.

O diagnóstico realizado evidenciou constrangimentos estruturais significativos, nomeadamente a escassez de recursos humanos, a rigidez dos processos de gestão e os obstáculos no acesso à cirurgia programada. Estas limitações, comuns a muitas unidades em todo país, adquirem uma gravidade acrescida num território marcado por um elevado índice de envelhecimento populacional e uma prevalência crescente de patologia músculo-esquelética.

Neste contexto, o modelo dos CRI assume particular relevância, ao combinar autonomia organizacional com contratualização de metas e responsabilização por resultados. A proposta apresentada neste trabalho pretendeu precisamente adaptar esse modelo à realidade específica da ULS Cova da Beira, através da reorganização de fluxos assistenciais, da valorização da interdisciplinaridade e da adoção de mecanismos de monitorização e avaliação contínua.

Importa destacar que, durante a elaboração desta investigação, ocorreram desenvolvimentos institucionais altamente significativos, que reforçam a pertinência e atualidade da temática. Em 2025, a ULS Cova da Beira viu aprovados e implementados dois Centros de Responsabilidade Integrados: o CRI de Punho e Mão (CRI-PM), integrado na área da Ortopedia, e o CRI de Hospitalização Domiciliária (CRI-HD), este último constituindo-se como o primeiro do género em Portugal.^(64,65) Estes avanços ilustram o compromisso da instituição com a modernização organizacional e a adoção de modelos de gestão centrados na autonomia, na eficiência e na prestação de cuidados mais próximos do cidadão.

A criação do CRI-PM, já mencionado previamente neste trabalho, centra-se numa subespecialidade de elevada diferenciação técnica, representando uma aposta estratégica na reorganização da resposta cirúrgica e na otimização dos recursos assistenciais. Este modelo, ao permitir maior previsibilidade nos trajetos clínicos e uma gestão autónoma dos meios afetos, configura-se como um exemplo promissor da aplicação prática do paradigma dos CRI em áreas clínicas com forte componente técnica.⁽⁶⁴⁾ Já o CRI-HD traduz uma mudança paradigmática na forma de prestar cuidados, promovendo a desinstitucionalização da hospitalização e a sua substituição por modelos centrados na proximidade, autonomia funcional e foco na humanização.⁽⁶⁵⁾ Particular relevo assume, neste contexto, a criação de um CRI precisamente na área da Ortopedia, que constitui o objeto de estudo desta dissertação. Ambos os projetos, surgidos no decurso desta dissertação, não só legitimam empiricamente os pressupostos teóricos aqui defendidos, como conferem um valor acrescido à proposta apresentada, reforçando a sua

aplicabilidade concreta e relevância institucional. A sua implementação demonstra que, mesmo em contextos demograficamente adversos e geograficamente periféricos, é possível inovar e transformar estruturalmente os modelos de prestação de cuidados.

Do ponto de vista científico, esta investigação constitui um contributo relevante para o alargamento do conhecimento sobre mecanismos de governação clínica aplicáveis a unidades hospitalares do interior do país. Ao propor soluções concretas, fundamentadas na evidência e adaptadas às especificidades territoriais, o estudo contribui para uma melhor compreensão das condições organizacionais e estratégicas necessárias à implementação de um CRI. A metodologia adotada, estudo de caso único, revelou-se particularmente adequada à complexidade do fenómeno analisado, permitindo uma leitura integrada das dimensões clínicas, estruturais e operacionais da instituição em causa.

Apesar da robustez da análise documental e do diagnóstico institucional efetuado, importa reconhecer que a escolha metodológica implicou algumas limitações relevantes. A opção por um estudo de caso único circunscreve a generalização dos resultados, ainda que os desafios identificados, como a escassez de recursos humanos e os constrangimentos no acesso, sejam comuns a várias unidades do SNS em todo o país. Acresce que a ausência de entrevistas a profissionais de saúde, gestores e utentes impediu a integração de perspetivas subjetivas, que poderiam ter enriquecido a compreensão das dinâmicas internas e validado empiricamente as propostas apresentadas.

Não obstante essas limitações, o modelo analítico delineado apresenta-se como potencialmente replicável noutros contextos com características semelhantes, podendo servir de base a futuras investigações com maior profundidade empírica. A ausência de uma fase de implementação do modelo constitui, contudo, uma restrição adicional à avaliação do seu impacto. Por esse motivo, recomenda-se o acompanhamento dos CRI já em funcionamento na ULS Cova da Beira, com especial atenção à sua eficácia assistencial, sustentabilidade económico-financeira e impacto na experiência dos profissionais e utentes. Seria igualmente pertinente explorar a replicabilidade do modelo noutras especialidades ou unidades hospitalares, contribuindo para o refinamento contínuo desta abordagem de gestão intermédia no SNS.

Para além dos resultados obtidos, abrem-se novas e relevantes perspetivas de investigação. A análise longitudinal dos CRI, a partir de dados assistenciais, financeiros e organizacionais, permitirá uma compreensão mais robusta do seu impacto. Adicionalmente, a adoção de metodologias participativas, com envolvimento ativo das equipas na monitorização e melhoria contínua dos processos, poderá gerar conhecimento útil e validado em contexto real. A comparação entre diferentes experiências institucionais, bem como a articulação dos CRI com a saúde digital e os cuidados primários, constitui outro campo promissor, com potencial para informar políticas públicas centradas na integração, equidade e sustentabilidade.

Os Centros de Responsabilidade Integrados representam, assim, uma via estruturante para a reforma dos serviços hospitalares no Serviço Nacional de Saúde. A sua adoção progressiva, acompanhada por monitorização rigorosa e sustentada na evidência, poderá contribuir decisivamente para a modernização do sistema, a valorização dos profissionais e, sobretudo, para uma resposta mais eficaz e humanizada às necessidades da população. A proposta aqui apresentada pretende ser um contributo para esse caminho, conciliando inovação, responsabilidade e compromisso com o serviço público de saúde.

Bibliografia

1. Serviço Nacional de Saúde. História do SNS [Internet]. 2024 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns>
2. Nunes JM. O Essencial sobre o Serviço Nacional de Saúde [Internet]. 1ª edição. Mendes P, editor. Lisboa: Imprensa Nacional; 2024 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: https://impresanacional.pt/wp-content/uploads/2024/09/O-essencial-sobre-o-Servico-Nacional-de-Saude_IN.pdf
3. Instituto Nacional de Estatística. Tábuas da Mortalidade para Portugal 2021-2023 [Internet]. 2023 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646027819&DESTAQUESmodo=2
4. PORDATA. Esperança de vida aos 65 anos por sexo [Internet]. 2023 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/esperanca-de-vida-e-obitos/esperanca-de-vida-aos-65-anos-por-sexo>
5. Instituto Nacional de Estatística (INE). Dia Mundial do Doente: 42,3% com doença crónica ou problema de saúde prolongado - 2024 [Internet]. 2025 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=712229598&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
6. Felicíssimo P, Doutor F, Fonseca EPE, Doutor A, Gomes ODM, Oliveira A, et al. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência Ortopedia Grupo de Trabalho. 2018 [citado 1 de Junho de 2025]; Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/02/RNEHR-Ortopedia-Para-CP.pdf>
7. Serviço Nacional de Saúde. Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas [Internet]. 2019 [citado 21 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/home/relatorios-de-acesso-cuidados-de-saude/>
8. Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro [Internet]. Diário da República, 1.ª série, N.º30. Saúde; 2017 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/18-2017-106434234>
9. Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro [Internet]. Diário da República, 1.ª série, N.º219. 1999 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/374-569893>
10. Portaria n.º 330/2017, de 31 de outubro [Internet]. Diário da República, 1.ª série, N.º210. Saúde; 2017 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/330-2017-114133885>
11. Portaria n.º 71/2018, de 8 de março [Internet]. Diário da República, 1.ª série, N.º48. Saúde; 2018 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/71-2018-114832292>
12. Portaria n.º 207/2017, de 11 de julho [Internet]. Diário da República, 1.ª série, N.º132. Saúde; 2017 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/207-2017-107669157>
13. Decreto-Lei n.º 118/2023, de 20 de dezembro [Internet]. Diário da República, 1.ª série, N.º223. Presidência do Conselho de Ministros; 2023 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2023-808125339>
14. Serviço Nacional de Saúde. Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, EPE [Internet]. [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/unidade-local-de-saude-da-cova-da-beira/>

15. PORDATA. Índice de envelhecimento e outros indicadores demográficos [Internet]. 2023 [citado 23 de Maio de 2025]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>
16. PORDATA. População residente por sexo e grupo etário [Internet]. 2023 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/populacao-residente-por-sexo-e-grupo-etario>
17. Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira. Tempos Médios de Espera – ULS da Cova da Beira [Internet]. [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://www.chcbeira.min-saude.pt/transparencia/tempos-medios-de-espera/>
18. De Sousa PAF. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. Acta Paulista de Enfermagem [Internet]. 2009 [citado 1 de Junho de 2025];22(SPEC. ISSUE):884–94. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/MCCCbvMtwRBpNxvZZnqZpzt/?lang=pt>
19. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Evolução do sistema de saúde [Internet]. Lisboa; 2003 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://opss.pt/node/141>
20. Constituição da República Portuguesa - CRP - Artigo 64.º [Internet]. Diário da República, 1ª série, N.º86. 1976 Abr [citado 20 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775-49467775>
21. Lei n.º 56/79, de 15 de setembro [Internet]. Diário da República, 1ª série, N.º214. Assembleia da República; 1979 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/56-1979-369864>
22. Tulchinsky TH. Bismarck and the Long Road to Universal Health Coverage. Case Studies in Public Health [Internet]. 1 de Janeiro de 2018 [citado 1 de Junho de 2025];131–79. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128045718000317?via%3Dihub>
23. Lei n.º 48/90, de 24 de agosto [Internet]. Diário da República, 1ª série, N.º195. Assembleia da República; 1990 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/48-1990-574127>
24. Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro [Internet]. Diário da República, 1ª série, N.º258. Assembleia da República; 2002 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/27-2002-425487>
25. Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro [Internet]. Diário da República, 1ª série, N.º38. Ministério da Saúde; 2008 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>
26. OECD, European Observatory on Health Systems Policies. Portugal: Country Health Profile 2023 [Internet]. Paris: OECD; 2023 Dez [citado 1 de Junho de 2025]. (State of Health in the EU). Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/portugal-country-health-profile-2023_069af7b1-en.html
27. Ministério da Saúde. Relatório final sobre o modelo de implementação e desenvolvimento das Unidades Locais de Saúde [Internet]. Lisboa; 2024 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/04/Relatorio-Final_ULS.pdf
28. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2021–2030 [Internet]. Lisboa; 2020 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/pns-2021-2030>
29. Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto [Internet]. Diário da República, 1ª série, N.º150. Presidência do Conselho de Ministros; 2022 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

30. Hippocrates. The genuine works of Hippocrates, Vol. 1 (of 2): Translated from the Greek, with a preliminary discourse and annotations. Adams F, editor. New York: William Wood and Company; 1886.
31. Bois-Regard NA de. L'Orthopédie ou l'art de prévenir et de corriger dans les enfants les difformités du corps. Paris: Chez la Veuve Alix; 1741.
32. Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia. Quem somos: História da SPOT [Internet]. Lisboa: SPOT; [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://spot.pt/quem-somos/o-que-e-a-spot/>
33. Antonia Rocha Fiorott M, Siqueira Neto J, Martins Eller L, Brandão Coelho I, Dadalto Scarpato E, Sarlo Pinheiro A, et al. ADVANCES IN ORTHOPEDIC SURGERY. Health and Society [Internet]. 11 de Novembro de 2024 [citado 1 de Junho de 2025];4(06):1–11. Disponível em: <https://www.periodicojs.com.br/index.php/hs/article/view/2295>
34. RT M, SL W. Lovell and Winter's Pediatric Orthopaedics. 7.^a ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2013.
35. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. The Lancet [Internet]. Abril de 2019 [citado 1 de Junho de 2025];393(10182):1745–59. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673619304179>
36. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. The Lancet [Internet]. Outubro de 2016 [citado 1 de Junho de 2025];388(10055):2023–38. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616301738>
37. Lew DP, Waldvogel FA. Osteomyelitis. The Lancet [Internet]. Julho de 2004 [citado 1 de Junho de 2025];364(9431):369–79. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673604167275>
38. Court-Brown CM, Caesar B. Epidemiology of adult fractures: A review. Injury [Internet]. Agosto de 2006 [citado 1 de Junho de 2025];37(8):691–7. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020138306003238>
39. Wixted CM, Peterson JR, Kadakia RJ, Adams SB. Three-dimensional Printing in Orthopaedic Surgery: Current Applications and Future Developments. JAAOS: Global Research and Reviews [Internet]. Abril de 2021 [citado 1 de Junho de 2025];5(4):e20.00230-11. Disponível em: <https://journals.lww.com/10.5435/JAAOSGlobal-D-20-00230>
40. Portaria n.º 212/2018, de 17 de julho [Internet]. Diário da República, 1.^a série, N.º. Saúde; 2018 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/212-2018-115712187>
41. Organização Mundial de Saúde. Musculoskeletal health [Internet]. 2023 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
42. Branco JC, Rodrigues AM, Gouveia N, Eusébio M, Ramiro S, Machado PM, et al. Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt—a national health survey. RMD Open [Internet]. 19 de Janeiro de 2016 [citado 1 de Junho de 2025];2(1):e000166. Disponível em: <https://rmdopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/rmdopen-2015-000166>
43. Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, Reginster JY. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. Osteoporosis International [Internet]. 18 de Janeiro de 2019 [citado 1 de Junho de 2025];30(1):3–44. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s00198-018-4704-5>
44. Siddiqi A, Horan T, Molloy RM, Bloomfield MR, Patel PD, Piuze NS. A clinical review of robotic navigation in total knee arthroplasty: historical systems to modern design. EFORT Open Rev [Internet]. Abril de 2021 [citado 1 de Junho de 2025];6(4):252–69. Disponível em: <https://eor.bioscientifica.com/view/journals/eor/6/4/2058-5241.6.200071.xml>

45. Dreinhöfer KE, Mitchell PJ, Bégué T, Cooper C, Costa ML, Falaschi P, et al. A global call to action to improve the care of people with fragility fractures. *Injury* [Internet]. Agosto de 2018 [citado 1 de Junho de 2025];49(8):1393–7. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020138318303255>
46. Carvalho J, Campos Fernandes A. Avaliação do Efeito da Implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado de Obesidade no Desempenho Hospitalar em Portugal. *Acta Med Port* [Internet]. 30 de Agosto de 2024 [citado 19 de Junho de 2025];37(11):787–91. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/22103>
47. Serviço Nacional de Saúde. Novos Centros de Responsabilidade Integrados – SNS [Internet]. 2023 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2023/06/05/novos-centros-de-responsabilidade-integrados/>
48. Portaria n.º 73/2024, de 29 de fevereiro [Internet]. Diário da República, 1.ª série, N.º 43. Presidência do Conselho de Ministros, Finanças e Saúde; 2024 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/73-2024-853918463>
49. Nunes Da Mota Biscaia Da Silva AH. CONCEPTUALIZAÇÃO DE UM CENTRO DE RESPONSABILIDADE INTEGRADO PARA O SERVIÇO DE ORL DO IPO LISBOA [dissertação de mestrado]. [Lisboa]: ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa; 2021.
50. Centro Hospitalar do Médio Tejo. CHMT com primeiro CRI de Ortopedia – SNS [Internet]. 2023 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2023/10/26/chmt-avanca-com-primeiro-cri-na-ortopedia/>
51. ULS do Litoral Alentejano. ULSLA REALIZA CIRURGIA ENDOSCÓPICA DA COLUNA – ULS do Litoral Alentejano [Internet]. 2024 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://www.ulsla.min-saude.pt/noticias/ulsla-realiza-cirurgia-endoscopica-da-coluna/>
52. ULS de São José. Centro de Responsabilidade Integrado de Traumatologia Ortopédica – ULS de São José [Internet]. [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://www.chlc.min-saude.pt/centros-de-responsabilidade-integrados/centro-de-responsabilidade-integrado-de-traumatologia-ortopedica/>
53. Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central. Centro de Responsabilidade Integrado da Coluna – ULS de São José [Internet]. [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://www.chlc.min-saude.pt/centros-de-responsabilidade-integrados/centro-de-responsabilidade-integrado-da-coluna/>
54. Agência Lusa. Centro integrado quer responder aos 800 doentes que aguardam cirurgia à coluna – Observador. Observador [Internet]. 8 de Maio de 2023 [citado 1 de Junho de 2025]; Disponível em: <https://observador.pt/2023/05/08/centro-integrado-quer-responder-aos-800-doentes-que-aguardam-cirurgia-a-coluna/>
55. Yin RK. Case Study Research and Applications: Design and Methods [Internet]. SAGE Publications; 2017 [citado 23 de Maio de 2025]. Disponível em: <https://books.google.pt/books?id=6DwmDwAAQBAJ>
56. Green J, Thorogood N. Qualitative Methods for Health Research [Internet]. SAGE Publications; 2018 [citado 1 de Junho de 2025]. (Introducing Qualitative Methods series). Disponível em: <https://books.google.pt/books?id=HUhLDwAAQBAJ>
57. Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro [Internet]. Diário da República, 1.ª série, N.º215. Portugal: Presidência do Conselho de Ministros; 2023 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
58. PORDATA. Densidade populacional [Internet]. 2023 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/densidade-populacional>

59. Centro Hospitalar Cova da Beira. Relatório e Contas 2023 [Internet]. Covilhã; 2023 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: https://www.chcbeira.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/31/2024/12/RC_2023_VF.pdf
60. Gürel E. SWOT Analysis: A Theoretical Review. *Journal of International Social Research* [Internet]. 30 de Agosto de 2017 [citado 1 de Junho de 2025];10(51):994–1006. Disponível em: http://sosyalarastirmalar.com/cilt10/sayi51_pdf/6iksisat_kamu_isletme/gurel_emet.pdf
61. Johnson SA, Whipple M, Kendrick DR, Gouttsoul A, Eppich K, Wu C, et al. Clinical Outcomes of Orthopedic Surgery Co-Management by Internal Medicine Advanced Practice Clinicians: A Cohort Study. *Am J Med*. Novembro de 2024;137(11):1097-1103.e3.
62. Zhong H, Zhou L, Liao S, Tang J, Yue L, Mo M, et al. Effects of a fixed nurse team in the orthopaedic surgery operating room on work efficiency and patient outcomes: a propensity score-matched historically controlled study. *BMC Nurs*. 6 de Setembro de 2022;21(1):248.
63. Kaplan RS, Norton DP. The balanced scorecard--measures that drive performance. *Harv Bus Rev*. 1992;70(1):71–9.
64. ULS da Cova da Beira. CRI – Punho e Mão [Internet]. 2025 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://www.chcbeira.min-saude.pt/centros-de-responsabilidade-integrados-cri/cri-mao-e-punho/>
65. ULS da Cova da Beira. CRI – Hospitalização Domiciliária Dr. Delfim Rodrigues [Internet]. 2025 [citado 1 de Junho de 2025]. Disponível em: <https://www.chcbeira.min-saude.pt/centros-de-responsabilidade-integrados-cri/cri-hospitalizacao-domiciliaria-dr-delfim-rodrigues/>

Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado
num serviço de ortopedia

Anexos

Anexo I - Parecer n.º 78/2024	72
--	-----------

Anexo I - Parecer n.º 78/2024



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COVA DA BEIRA

IMPRESSO

Parecer da Comissão de Ética

Código: IMP.COMET.01

Edição: 5

Revisão: 2

Parecer n.º: 78/2024	Data: 2024/12/30
Assunto: Estudo n.º 93/2024 – “Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado num serviço de ortopedia”	

Membros da CE da ULSCBeira:

Prof. Doutor Manuel Passos Morgado
(Presidente,
Farmacêutico)

Dra. Ana Paula Torgal Carreira
(Vice-Presidente, Assistente
Social)

Dra. Maria Teresa Bordalo Santos
(Psicóloga)

Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro
(Jurista)

Dr. António Luciano Costa
(Teólogo)

Exma. Senhora Investigadora:
Soraia Micaela Ferreira Martins

A Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde Cova da Beira, em reunião realizada em 2024/12/30 deliberou emitir parecer relativamente ao Estudo n.º 93/2024 – “Identificação das estratégias para a criação e implementação de um Centro de Responsabilidade Integrado num serviço de ortopedia”

Membros da Comissão de Ética presentes:

Prof. Doutor Manuel Passos Morgado

Dra. Ana Paula Torgal Carreira

Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro

Parecer:

Apreciado o projeto do estudo, foi decidido por unanimidade dos votantes emitir parecer favorável à sua realização.

Este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e proteção de dados.

A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Exmo. Conselho de Administração da ULSCBEIRA e no seu decurso pode ser sujeito a auditorias.

O Presidente da CE da ULSCBEIRA


(Prof. Doutor Manuel Passos Morgado)