



Medição e Gestão do Desempenho e Sistemas de Controlo de Gestão: um estudo de caso no sector público da saúde.

Daniel Fernando da Silva Moreira

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Auditoria, sob orientação do Mestre Paulino Silva

Porto – 2014

**INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE E ADMINISTRAÇÃO DO PORTO
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO**



Medição e Gestão do Desempenho e Sistemas de Controlo de Gestão: um estudo de caso no sector público da saúde.

Daniel Fernando da Silva Moreira

Orientado por: Mestre Paulino Silva

Porto – 2014

**INSTITUTO SUPERIOR DE CONTABILIDADE E ADMINISTRAÇÃO DO PORTO
INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO**

Resumo

A presente dissertação visou o estudo da forma como se mede e gere o desempenho de um conjunto de unidades prestadoras de cuidados de saúde primários do sector público, a fim de compreender melhor o modelo de avaliação de desempenho vigente nessas unidades e compará-la com o enquadramento legal estabelecido pela tutela. Para isso, foi utilizado um modelo extensivo de gestão de desempenho, composto por doze perguntas, de forma a poder questionar os membros de cada Unidade sobre diversas características genéricas da organização em que trabalham, bem como, de forma mais aprofundada e específica, como estão a ser avaliados, tanto de forma individual, coletiva, e, globalmente, como organização.

Depois de uma revisão da literatura e explanação do modelo de análise em questão, procedeu-se à escolha da metodologia mais adequada para poder alcançar os objetivos delineados. Após ponderação, verificou-se que um estudo qualitativo seria o mais indicado, sendo a entrevista a principal forma de recolha de informação.

Ao longo dos últimos anos, existe um crescente interesse pela gestão do desempenho dentro das organizações. Com efeito, este desenvolvimento começa também a chegar à análise do sector público. No entanto, Portugal regista poucos contributos académicos neste campo, pese embora a crescente preocupação da tutela com a avaliação de desempenho, evidenciada pelo enquadramento teórico investigado.

No global, é possível afirmar que o estudo decorreu de forma satisfatória, alcançando-se os objetivos propostos. Foi possível promover um contacto junto de um Agrupamento composto por várias Unidades prestadoras de cuidados de saúde primários, que, perante a sua disponibilidade e características organizativas, demonstraram abertura e responderam ao questionário proposto. O estudo foi capaz, com sucesso, de analisar o funcionamento geral das unidades de saúde, compreender como os seus elementos são avaliados, e detetar concordâncias e alterações, quando comparando com o normativo, abrindo-se algumas perspetivas para trabalhos futuros.

Palavras-chave: Gestão de desempenho, avaliação de desempenho, sector público, cuidados de saúde primários.

Abstract

The present dissertation targeted the study of how a number of primary healthcare service providers in the public sector measure and manage their performance, in order to understand better the current type of performance assessment and compare it with the legal framework established by the government. To do so, it was used an extended framework of performance management, with twelve questions, in order to inquire members of each organization about different features about the way they work, as well as a more deep analysis about the present way of individual, group, and organizational assessment.

After a literature review and analysis of the framework in question, the next step taken was choosing the most adequate research method for pursuing the outlined objectives. After some weighting, the qualitative research method was chosen due to the most used method of collecting information: the interview.

Through the years, there is an increased interest in performance management inside the organizations. These developments are starting to reach the public sector. However, Portugal is yet to register a significant amount of academic contributions in this field, in spite of the increased concern of the government in this matter, particularly with the performance evaluation systems implemented.

In general, it can be said that the initial proposed objectives were achieved. We were able to make contacts with an organization composed by several primary healthcare service providers, which, according to their availability and specific features, they were able to open their doors to us and answer our questions. This study was able to analyse how they operate, understand how their staff is rated and confirm, or not, if the law is being followed, opening some prospects for future research.

Keywords: Performance management, Performance assessment, Public sector, Primary healthcare.

Dedicatória

Nunca ninguém, em nenhum momento, aborda um trabalho desta natureza sem o apoio de pessoas que nos rodeiam. Por isso, gostaria de dedicar a integralidade deste trabalho a toda a minha família, que procuraram de todas as formas me suportar na construção desta dissertação.

Também gostaria de dedicar este trabalho, sem exceção, a todas as pessoas que, num ou outro momento, me perguntaram “Então e o mestrado?” ou “Como vai a dissertação?”. As vossas palavras mantiveram-me sempre concentrado e focado nesta longa e complexa tarefa.

Agradecimentos

Além das pessoas mencionados no ponto anterior, que naturalmente merecem todo o meu agradecimento, dada a sua contribuição decisiva, gostaria de agradecer ao meu orientador, o Professor Paulino Silva, que, numa tarde de Fevereiro, foi intercetado por um jovem ansioso, perdido e precipitado, com pressa em definir o seu tema para a dissertação antes de tempo e sem qualquer ideia do que queria ou podia fazer. Pela sua contribuição, um sincero Obrigado! A certo ponto deste longo pediu-me para “não o desiludir”. Espero que isso não tenha ocorrido.

Gostaria de aproveitar este espaço para endossar um especial agradecimento aos elementos do Agrupamento de Centros de Saúde Póvoa do Varzim | Vila do Conde e das Unidades de Saúde Familiar participantes neste estudo. Abriram as suas portas a um elemento estranho ao serviço e partilharam os seus testemunhos sem qualquer obrigação e com o custo do seu tempo de trabalho com uma imensa amabilidade, simpatia e cortesia.

Lista de Abreviaturas

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ACT – Acordos Coletivos de Trabalho

ARS – Administração Regional de Saúde

LOC – Alavancas de Controlo (*Levers of control*)

NPM – Nova Gestão Pública (*New Public Management*)

PMS – Sistemas de Gestão de Desempenho (*Performance Management Systems*)

SIADAP – Sistema Integrado de gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidades de Saúde Familiar

USF-AN – Associação Nacional de Unidades de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

Índice

Resumo	-II-
Abstract	-III-
Dedicatória	-IV-
Agradecimentos	-V-
Lista de Abreviaturas	-VI-
Introdução	-1-
Capítulo I – A gestão de desempenho no sector público da saúde	-3-
1.1. Gestão de Desempenho: conceitos e definição	-3-
1.2. A Nova Gestão Pública.....	-4-
1.3. Modelos de Gestão de Desempenho e Sistemas de Controlo de Gestão -5-	
1.3.1. Os modelos apresentados por Simons (1995) e Otley (1999).....	-5-
1.3.2. O modelo proposto por Ferreira & Otley (2009)	-8-
1.4. A implementação de um modelo de gestão de desempenho	-16-
1.5. Uma breve descrição sobre o Serviço Nacional de Saúde em Portugal-16-	
1.6. A saúde como exemplo da gestão de desempenho	-17-
Capítulo II – Metodologia	-19-
2.1. O modelo em Análise	-19-
2.1.1. Recolha de Informação Preliminar – Revisão da Literatura	-19-
2.1.2. Definição do problema.....	-19-
2.1.3. Objetivos de estudo.....	-20-
2.1.4. Descrição do Estudo.....	-20-
2.1.5. Escolha da Metodologia.....	-21-
2.1.5.1. Metodologia Qualitativa.....	-21-
2.1.5.2. Escolha da metodologia a seguir	-22-
Capítulo III – Estudo de caso	-23-
3.1. A estrutura organizativa dos cuidados de saúde primários do sector público da saúde.....	-23-
3.1.1. O Agrupamento de Centros de Saúde e as Unidades de Saúde Familiar	-24-
3.2. O enquadramento legal da avaliação de desempenho nos cuidados de saúde primários do sector público da saúde.....	-30-

3.2.1. A avaliação de desempenho nos cuidados de saúde primários do sector público da saúde	-31-
3.2.2. O Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública	-33-
3.2.2.1. O caso específico dos Médicos	-33-
3.2.2.2. O caso específico dos Enfermeiros	-37-
3.2.2.3. A avaliação do Secretariado Clínico	-39-
3.2.3. Outras formas de avaliação: a grelha DiOr	-40-
3.3. Caracterização do Estudo de caso	-41-
3.4. Apresentação do resultado das entrevistas	-42-
3.4.1. Apresentação do resultado das entrevistas em USF Modelo B e no ACeS	-42-
3.4.2. Resultados obtidos na USF Modelo A	-55-
Capítulo IV - Conclusões e discussão dos resultados	-57-
4.1. Sugestões para trabalhos futuros	-63-
Bibliografia	-64-
Anexos	-71-

Índice de Figuras

Figura 01 – O modelo ilustrado de Otley (1999)	-8-
Figura 02 – O modelo ilustrado de Ferreira e Otley (2009)	-15-

Índice de Anexos

Anexo I – Lista detalhada das entrevistas	-72-
Anexo II – Guião das Entrevistas	-73-

“Medição e Gestão do Desempenho e Sistemas de Controlo de Gestão: um estudo de caso no sector público da saúde.”

Introdução

A conjuntura internacional é algo que, particularmente dentro das ciências sociais, não é passada despercebida. A situação económica e financeira entrou em declínio e, com isso, os Estados e os seus constituintes sofreram com a evidente incapacidade financeira. Em particular, o sector público, pela falta de liquidez financeira, viu-se obrigado a reduzir a sua despesa, o que, inevitavelmente, provoca uma diminuição da capacidade das instituições na prestação dos serviços básicos que dispõem à população.

No entanto, além das questões evidentes relacionadas com a gestão da despesa, existem outras questões a serem levantadas, capazes de contribuir para um sector mais eficiente, eficaz e económico. O desempenho dentro do sector público, nomeadamente em Portugal, é um tema muito falado de forma aberta na comunicação social e que passa de boca em boca pela população Portuguesa. Mas, contrariamente à atenção pública que tem, não tem a atenção devida dos investigadores. A pesquisa verifica-se diminuta e os conceitos e modelos relacionados com o desempenho têm uma implementação reduzida em Portugal. Este último facto é possível de contrariar.

Uma nova gestão pública, com a virtude centrada no controlo, virada para as capacidades, decisões e atitudes de todos os intervenientes da atividade poderá demonstrar virtudes capazes de contrariar as limitações financeiras do sector e contribuir para um serviço de melhor qualidade. Por isso, através de um sistema de gestão de desempenho atual e aplicável dentro do sector público, pensa-se ser possível criar condições para a evolução e aperfeiçoamento da forma como se gere uma instituição pública de saúde.

Por outro lado, verifica-se um elevado número de citações, por parte do universo académico, de um modelo extenso criado por Ferreira e Otley, sobre gestão de desempenho capaz de descrever a estrutura existente da organização em estudo nesse campo. O teste dentro do sector público dos cuidados de saúde primários pode contribuir para provar a capacidade deste modelo, que não foi criado especificamente para este campo, mas também para uma melhor compreensão da gestão do desempenho existente nesta área.

Por isso, esta dissertação divide-se em vários capítulos. No primeiro capítulo estará realizada uma revisão da literatura dentro dos campos da medição e gestão do desempenho e sistemas de controlo de gestão, que servirá de base e fundamentação teórica para o caso prático a analisar. Dentro do segundo capítulo, pretende-se analisar e definir o tipo de

metodologia a implementar no sentido de alcançar os objetivos definidos e, assim, responder às questões que a revisão teórica levantou. O terceiro capítulo revela-se o mais extenso, com toda a análise do estudo de caso. Numa primeira fase irá proceder-se à caracterização da estrutura organizativa da área em questão, que está obrigada ao cumprimento de certos parâmetros legais, assim como o levantamento do enquadramento legal sobre tudo o que se relaciona com a avaliação de desempenho aplicável ao campo em questão. Além disso, também serão descritas as organizações onde se incide este estudo, bem como as suas características. Ainda neste capítulo irão ser apresentados os resultados decorrentes do estudo de caso. Finalmente, o quarto capítulo irá procurar fazer uma apreciação global desses resultados, procurando retirar conclusões, sublinhar pontos de vista e explicitar casos particulares, bem como uma menção à prestação do modelo utilizado.

Assim, espera-se criar um contributo válido, tanto para uma melhor avaliação de desempenho, como para o incremento da reputação do modelo utilizado.

Capítulo I – A gestão de desempenho no sector público da saúde

1.1. Gestão de Desempenho: conceitos e definição

“Em termos simples, é a forma de fazer com que as pessoas façam aquilo que queremos e que gostem de o fazer.”

(“*In simplest terms, it's a way of getting people to do what you want them to do and to like doing it. Everywhere*”).

Esta foi a resposta dada por Aubrey C. Daniels, um dos autores mais reconhecidos no campo da gestão de desempenho, em 2000, numa entrevista dada ao “*PM e-Zine: The Performance Management Magazine*” quando questionado sobre o que realmente é a gestão de desempenho. Em conjunto com James E. Daniels publicaram o livro “*Performance Management: Changing Behavior that Drives Organizational Effectiveness*”. Este livro, que no ano de 2004 entrou na sua quarta edição, tem como principal objetivo servir de guia no sentido de compreender os princípios básicos da gestão de desempenho, independentemente da área de quem o consulta - operacional ou de estudo científico - mesmo que a gestão de desempenho tenha como principal alvo o mundo empresarial, no sentido de reunir esforços para retirar o melhor de todos os colaboradores e elevar o nível da organização.

No entanto, para os autores, é importante referir que a gestão de desempenho não é apenas a crítica do desempenho, hierarquia da organização ou congratulação do desempenho, mas sim uma aproximação científica de como gerir o comportamento e a atitude dos colaboradores envolvidos, pois a sua aplicação é possível em inúmeras áreas.

Aubrey C. Daniels e James E. Daniels não são os únicos a tentar avançar com definições sobre o que é o desempenho ou a sua gestão. Neely, Gregory e Platts (1995) definem o desempenho como a eficiência e a eficácia dos atos dentro do contexto profissional. O grau de eficiência é, assim, dado pela quantidade de recursos necessários para satisfazer as exigências dos clientes, enquanto a eficácia verifica-se quando essas mesmas exigências são satisfeitas. Quantificar o desempenho é, por isso, o processo de medir a eficácia e a eficiência. Para isso, é necessário escolher, implementar e monitorizar formas de medir o desempenho, sendo estas uma forma métrica para quantificar a eficiência e/ou a eficácia de certas ações de um processo ou um sistema na persecução de um padrão ou objetivo (Fortuin, 1988; Neely, Mills, Platts, Gregory, e Richards, 1996). Estas devem ser capazes de, o mais fiavelmente possível, medir o verdadeiro desempenho da organização (Gunasekaran, Patel & Mcgaughey, 2004), pois a falta de critérios bem definidos capazes de

avaliar o desempenho da organização e das suas pessoas pode criar dificuldades no planeamento e controlo das operações da organização e motivar os seus colaboradores (Globerson, 1985).

1.2. A Nova Gestão Pública

O conceito de “*New Public Management*” (NPM), em Português “Nova Gestão Pública” surgiu no Reino Unido durante os anos 80, segundo Hood (1995).

Como base da aplicação do NPM, começa-se por determinar certos objetivos como o orçamento operacional e a forma de fixação de recursos, para que a sua utilização possibilite a prestação do melhor serviço possível. Sendo assim, o foco no alcance de resultados e o seu sucesso no cumprimento de determinados objetivos serão os parâmetros a serem avaliados (Babajani, 2010).

Hood (1991), um dos primeiros a conceptualizar sobre o NPM, definiu os sete princípios nos quais este se assenta:

- 1) Ênfase na gestão das competências dos recursos humanos direcionados para um controlo ativo, objetivo e voluntário da organização;
- 2) Definição de normas, padrões e critérios para a avaliação do desempenho, mediante objetivos e indicadores;
- 3) Ênfase na utilização de controlos dos “*outputs*”, em vez dos “*inputs*”;
- 4) Implementação de uma política de descentralização do sector público;
- 5) Incentivo a uma maior competitividade entre as entidades do sector público;
- 6) Comparação com o tipo de gestão existente no sector privado; e
- 7) Foco na eficiência, eficácia e economia dos recursos utilizados.

O cumprimento destes sete princípios garante um maior controlo e uma melhor gestão, fazendo com que os colaboradores envolvidos sejam responsabilizados pelos seus atos em vez de terem de cumprir determinadas ordens. Para isso, os gestores do sector público devem ter conhecimentos semelhantes ao do sector privado (Yamamoto, 2003). O mesmo autor afirma que, observando o terceiro princípio, a eficiência dos atos é mais importante que os processos. Isto acontece pela dificuldade que existe no cálculo da eficiência dos serviços públicos de acordo com os fundos gastos. Por outro lado, a imputabilidade dos “*outputs*” é específica, por via dos seus objetivos, capacidade de sucesso e critério de avaliação do desempenho. Focando-se, em particular, no quarto princípio, Yamamoto reitera que a descentralização é fulcral devido à criação de equipas de gestão

capazes de tomar decisões de forma fácil e rápida. O fomento da competição dentro do sector público tem em vista um aumento da qualidade dos serviços e uma diminuição dos recursos necessários para a sua prestação.

1.3. Modelos de Gestão de Desempenho e Sistemas de Controlo de Gestão

Os sistemas de gestão de desempenho são um dos instrumentos que as organizações têm à sua disposição quando analisam o seu passado, mas também quando querem executar mudanças nos seus processos atuais e futuros. Além disso, a utilização de sistemas de gestão de desempenho dentro de serviços de saúde fornece uma estrutura capaz de assegurar que a estratégia da organização é executada com sucesso e que os resultados são de acordo com o esperado.

Assim, os sistemas de gestão de desempenho tornam-se um componente vital para a gestão e para o concretizar da visão da organização, servindo para múltiplas finalidades. Por exemplo, para um profissional da área da saúde, os dados do sistema ajudam a compreender o impacto do seu trabalho nos seus pacientes. Para a gestão, os dados reunidos podem ser usados para determinar a evolução do plano estratégico da organização, identificar as práticas mais viáveis e, a partir daí, monitorizar as variações ocorridas.

Este tipo de informação pode ser comunicado de forma igual por toda a organização através de “dashboards”¹ criados pela equipa responsável pelo controlo. Os “scorecards”² também podem ser usados para monitorizar objetivos estratégicos, criando processos que identificam a estratégia da organização e assistem na implementação dos objetivos globais, na análise de informação atual e na criação de mecanismos que podem ajustar estratégias para melhor execução dos objetivos pretendidos (Eckerson, 2011). Enuncia-se nos próximos pontos, a evolução de um dos principais modelos de gestão de desempenho.

1.3.1. Os modelos apresentados por Simons (1995) e Otley (1999)

Ao analisar o desenvolvimento da literatura no campo dos sistemas de controlo de gestão ou da gestão de desempenho, será importante destacar dois contributos fundamentais: o modelo de alavancas de controlo de Simons (1995) e o modelo proposto por Otley (1999).

¹ “Dashboards” são painéis de indicadores que fornecem uma representação ilustrada do desempenho dos negócios em toda a organização.

² Os “Scorecards” fornecem uma representação visual dos indicadores-chave de desempenho.

Simons (1995) publicou um livro onde sistematiza uma proposta de alavancas de controlo (LOC) como uma ferramenta destinada à implementação e controlo de estratégias de negócios. De acordo com o autor, este é um modelo de implementação prático e interativo de controlo, que resulta de uma pesquisa de mais de dez anos que incluíram o estudo de casos e discussão com altos membros da gestão de organizações.

Este autor destaca, no seu modelo, quatro aspetos fundamentais: valores nucleares, riscos a evitar, variáveis críticas de desempenho, e incertezas que afetem a estratégia. Cada um destes aspetos é individualmente alavancado por um sistema. Os valores nucleares são alavancados por um sistema de opiniões e convicções, que guia o processo criativo e que explora possíveis oportunidades em aberto. Riscos a evitar são controlados por um sistema de limites, que circunscreve os limites da empresa por onde procura essas oportunidades. As variáveis críticas de desempenho são controladas por um sistema de controlo e diagnóstico cuja função é monitorizar, avaliar e recompensar o cumprimento de metas de desempenho. Por último, as incertezas que afetam a estratégia da empresa são controladas, segundo Simons, por um sistema de controlo interativo, com o objetivo de encorajar o aumento do conhecimento da empresa e a projeção de novas ideias e estratégias (Simons, 1995). Este reitera que implementação com sucesso da estratégia na empresa requer o uso das quatro alavancas em simultâneo.

Este modelo proporciona uma perspetiva abrangente dentro da organização. No entanto, está limitado pelo facto do mesmo mecanismo de controlo poder ser utilizado por mais do que uma alavanca de controlo. A diferença aqui advém da ênfase que é dada a cada mecanismo de controlo (Ferreira, 2002). Outros autores estudaram este modelo, nomeadamente Weidner (2007), que destaca a interdependência e complementaridade destas quatro LOC, pelo que, quando a gestão se debruça no desenho do sistema de controlo da empresa, deve considerar a integração de todos para uma maior eficácia. Como fraquezas ou defeitos, Collier (2005) destaca o foco excessivo no controlo da gestão de topo e, por isso, não dá atenção suficiente aos controlos operacionais e informais presentes nos níveis hierárquicos mais baixos (Ferreira, 2002) A ambiguidade de certos conceitos como os “valores nucleares” ou o que são “controlos interativos” limitam os resultados deste modelo. Assim, é razoável concluir que existe possibilidade deste modelo não explicar na sua totalidade e de forma adequada o funcionamento do sistema de controlo de uma organização.

Por sua vez, Otley, através de um artigo científico publicado em 1999, propôs um novo modelo de análise dos sistemas de controlo de gestão. Este autor reitera que a forma como anteriormente se avaliava o desempenho em empresas, mas também noutro tipo de

organizações, focava-se apenas no desempenho económico e financeiro, o que não é suficiente para ilustrar a realidade da organização, nomeadamente as suas atividades. Os comportamentos, decisões ou atitudes dos colaboradores não eram, assim, tidos em conta, o que resultava num conjunto de informações para a gestão deficientes. Este artigo vem contrariar isso mesmo.

O autor começou por assumir que a organização trabalha de uma forma correta, mantendo bons níveis de desempenho e alcançando os objetivos pretendido, apesar da aparente necessidade de atenção dos “*stakeholders*” para a verdadeira definição de desempenho. Por outro lado, o mesmo preferiu uma postura mais indutiva, retirando exemplos do passado no sentido de apurar diferentes mas importantes aspetos de maior relevância no campo dos sistemas de controlo. O proveito retirado do uso deste modelo foi demonstrado através do estudo de três exemplos de técnicas de controlo já existentes, identificando aplicações até agora não usadas, tanto por profissionais como por investigadores.

Estudando o trabalho de Otley, é possível verificar que este destaca um conjunto de cinco questões com uma presença fundamental na criação de um modelo de gestão desempenho de qualquer organização. Apesar destas questões se manterem iguais ao longo do tempo, é necessário perceber que a organização deve periodicamente atualizar as suas respostas, pois tanto o contexto dentro da organização – estratégia, objetivos, visão – como o ambiente competitivo que a rodeia pode modificar.

Estas questões, segundo o autor, relacionam-se, de certa forma, com as problemáticas mais recentes da gestão. A primeira está relacionada com a definição de objetivos e a avaliação de como se realizaram, não só a nível financeiro, mas também de acordo com as aspirações da organização. A segunda relaciona-se com os problemas de criação e implementação de estratégia com várias questões práticas da atividade e gestão operacional. A terceira questão, relacionada com as metas estabelecidas, caracteriza-se por ser mais tradicional e tem um longo registo de pesquisa sobre o assunto, não deixando de ser importante. Já a quarta questão, a dos prémios, tem sido, de certa maneira, esquecida por quem se importa pela mensuração do desempenho, pois teria mais a ver com gestão de recursos humanos. No entanto, a conexão entre as duas áreas é fundamental no sentido de prevenir situações em que a visão de curto prazo impulsionada por incentivos financeiros se imponha. A questão final, segundo o autor, foi considerada por especialistas na gestão de sistemas de informação e de sistemas de controlo de gestão na perspetiva de uma organização que aprende, colaboradores com responsabilidades e outros tipos de estratégia emergentes.

A figura 01 ilustra as relações entre os temas e as respetivas perguntas presentes.



Figura 01 – O modelo ilustrado de Otley (1999)

Fonte: Figura baseada no artigo de Ferreira e Otley (2005)

Especificamente, dentro dos cuidados de saúde primários, é possível explicitar exemplos da aplicação deste modelo. Perante o crescente interesse na área da gestão de desempenho, mas com uma limitada incidência em relação ao sector da saúde, Silva e Ferreira (2010) focaram os seus esforços no sentido de, com base no modelo de Otley (1999) e, a partir de um conjunto de entrevistas e outros dados, analisar que gestão de desempenho existe no sector público da saúde primária. Este estudo foi feito em três centros de saúde pertencentes à Administração Regional de Saúde do Norte, durante os anos de 2004 e 2005, com reuniões com responsáveis da região Norte da área da saúde, no sentido de perceber quais os esforços feitos no campo da gestão de desempenho e, posteriormente, com um conjunto de profissionais de cada centro de saúde, com e sem responsabilidades de gestão.

Como principais conclusões deste estudo, os autores destacaram o facto do modelo apresentado por Otley (1999) ser vantajoso em diversas perspetivas, dada a possibilidade de obter mais informações sobre aspetos importantes da gestão de desempenho. Por outro lado, o modelo apoia-se na estrutura da informação, comprovando a sua utilidade em organizações sem um fim lucrativo, tanto neste, como em outros estudos (Ferreira & Otley, 2005, 2009). Por fim, foi detetado que existia uma falta de visão e pensamento estratégico na organização, bem como a falta de mecanismos de gestão de desempenho.

1.3.2. O modelo proposto por Ferreira & Otley (2009)

Ferreira e Otley (2009), através de um artigo científico publicado em 2009, propuseram um novo modelo de gestão de desempenho capaz de descrever a estrutura e forma operacional como uma organização gere o seu desempenho. Os autores reiteram que, apesar das questões a envolverem os sistemas de controlo de gestão e, particularmente, a gestão de desempenho serem complexas, a pesquisa nestes campos acaba por ser demasiado básica e parcial, não abordando todos os pontos necessários, pelo que os resultados acabam por ser ambíguos e, por vezes, contraditórios. No sentido de mitigar estes problemas, estes

autores propuseram este novo modelo, que esperam que possa descrever os esforços da organização nestes campos de uma forma mais global e completa.

Este novo esquema tem como base o extensivo trabalho feito por Otley, particularmente o modelo de cinco questões introduzido no ano de 1999, expandindo-o para um total de doze questões e integrando aspetos baseados no esquema de controlo de Simons (1995).

As publicações nestas duas áreas reconhecem uma necessidade crescente de pesquisa com base em fundamentos teóricos mais coerentes (Chenhall, 2003; Covaleski, Evans, Luft & Shield, 2003, citados em Ferreira & Otley, 2009), sugerindo para tal que esses fundamentos sejam usados no sentido de contextualizar as conclusões, e, por isso, ofereceriam ao campo de investigação um desenvolvimento mais regular (Chapman, 1997, citado em Ferreira & Otley, 2009). Por outro lado, outros autores acabam por denotar dificuldades em fazer progressos de forma significativa, pois, pelo facto das pesquisas neste campo se basearem em questões empíricas, existe a tendência de se focarem apenas em aspetos mais específicos e não adotar um método mais abrangente (Dent, 1990; Malmi & Brown, 2008, citados em Ferreira & Otley 2009). Outro ponto interessante destacado no trabalho de Ferreira & Otley (2009) foi o facto deste progresso se manter lento, pois esta mesma pesquisa empírica ignora a evidente interdependência entre os diferentes mecanismos de controlo dentro da organização (Abernethy & Brownell, 1997, citados em Ferreira & Otley, 2009). Por isso, os autores acreditam nos efeitos positivos da aplicação deste modelo, na medida em que proporciona uma perspetiva mais abrangente dos principais aspetos dos sistemas de controlo de gestão, e que dá a oportunidade aos investigadores de terem uma visão mais global e completa de uma forma mais eficaz.

Assim, os autores esperam que este modelo, que designaram-no como um sistema de gestão de desempenho (PMS), possa contribuir para uma mudança da atual perspetiva, mais tradicional, do controlo das organizações – como o caso de Anthony (1965) – para uma perspetiva mais abrangente sobre que é o controlo e a gestão do desempenho dentro das mesmas, dada a ênfase no campo da gestão e a integração de outras atividades de gestão dentro do sistema de controlo.

Produz-se, na seguinte descrição, uma tradução dos doze pontos abordados, com a respetiva pergunta, que são os seguintes:

1. Missão e Visão

Qual é a visão e a missão da organização e como é apresentada à gestão e colaboradores? Quais os mecanismos, processos e redes usados para transmitir os objetivos aos seus membros?

A gestão de desempenho começa com os princípios básicos. Foi estabelecido por diversos autores que a existência de objetivos é um princípio fundamental para avaliar o desempenho (Otley & Berry, 1980). As organizações são obrigadas a cumprir vários objetivos, normalmente ditados pela gestão no sentido de cumprir com as expectativas geradas pelos “*stakeholders*” em seu torno (Otley, 2008). A visão faz parte do processo de definição da organização (El-Namaki, 1992), enquanto que a missão visa identificar as necessidades a serem cumpridas no sentido de atrair e manter acionistas, colaboradores e clientes (Chenhall, 2003). Assim, esta questão visa compreender o impacto da visão e da missão influencia o trabalho da gestão e dos restantes colaboradores.

2. Fatores-chave de sucesso

Quais são os fatores-chave que são considerados como vitais para o sucesso futuro da organização e como são apresentados à gestão e colaboradores?

Os fatores-chave são as atividades, atributos e competências mais críticas para o sucesso de uma organização dentro da sua área (Sousa de Vasconcellos e Sá & Hambrick, 1989; Thompson & Strickland, 2003), mas também objetivos mais específicos, como metas ou alvos, sendo que, sem estas, a organização não poderá cumprir com a sua visão (Rockart, 1979).

3. Estrutura organizacional

Qual é a estrutura da organização e que impacto tem no planeamento e aplicação dos sistemas de gestão de desempenho? Como influencia e é influenciada pelos processos de gestão estratégica?

Um ponto de vista mais tradicional de uma organização sugere que estas se formam no sentido de cumprir certas atividades capazes de criar negócio, mantendo a um custo reduzido, gerando lucro através de um custo baixo. A estrutura de uma organização é, assim, criada no sentido de, delegando a cada um dos colaboradores a sua responsabilidade individual (Chenhall, 2003). As formas da estrutura de uma organização são numerosas e exigem decisões no grau de centralização da tomada de decisão, de diferenciação, e o nível de formalidade e burocracia dos procedimentos e regras dentro da própria organização

(Johnson, Scholes & Whittington, 2005). Assim, a estrutura organizacional é considerada como um elemento importante de controlo, que se reflete nos PMS. Por isso, o desenho da estrutura da organização é fundamental, pois não só condiciona a estratégia da organização, mas também é condicionada pela mesma (Mintzberg, Lampel, Quinn, & Ghoshal, 2003).

4. Plano e Estratégia

Que estratégias e planos adotou e que processos e atividades a organização apurou serem necessários para alcançar o sucesso? Como é que estes são gerados, adotados e comunicados à gestão e colaboradores?

A estratégia é a direção que a organização escolhe no sentido de concretizar os seus objetivos (Johnson, et al. 2005; Thompson & Strickland, 2003). A literatura, neste campo, sugere que toda a organização tem de desenvolver a estratégia necessária para cumprir os seus objetivos (Porter, 1998; Sousa de Vasconcellos e Sá & Hambrick, 1989), pondo em prática no campo operacional os objetivos estratégicos (Chenhall, 2003; Kaplan & Norton, 1996). O foco desta questão será nas ações que a gestão identificou como necessárias para o crescimento da organização e cumprimentos de objetivos mais gerais, mas também mais específicos ou detalhados, daí a ênfase no tipo de ações que tenham resultados práticos, mas também na forma de as comunicar.

5. Medição do desempenho

Quais as principais formas de medir o desempenho da empresa, tendo em conta os objetivos, fatores de sucesso, estratégias e planos? Como são apresentados e qual o seu papel na avaliação do desempenho? Existem omissões?

A capacidade de medir o desempenho, seja financeiro ou não-financeiro são usados em diferentes níveis da organização para avaliar o sucesso no cumprimento de objetivos, fatores-chave, estratégia e planos e, assim, satisfazer as exigências dos diferentes “stakeholders”. Esta questão relaciona-se com as variáveis críticas de desempenho enumeradas por Simons (1995), englobando também o uso de controlo de sistemas usados pela gestão e como estes influenciam o comportamento dos restantes colaboradores. Recomenda-se um cuidado especial na observação de onde estas avaliações estão a ser limitadas ou simplesmente inexistentes.

6. Níveis de desempenho

Quais os níveis de desempenho que a organização necessita de alcançar em cada mensuração (tendo em conta as questões anteriores) e como são fixados os objetivos de desempenho? Quão difícil é atingi-los?

A fixação de objetivos é um aspeto crítico dentro da gestão de desempenho (Otley, 1999). Por isso, é natural que o seu uso, para definir o desempenho dentro da organização, seja um aspeto de discussão e reflexão (Covaleski et al., 2003). É uma questão igual à original, proposta por Otley (1999), e que reflete os problemas existentes entre aquilo que é desejável e o que é executável no que toca ao desempenho dentro da organização. Pesquisas neste campo concluíram que objetivos moderadamente difíceis podem ter um efeito positivo no desempenho dos colaboradores (Fisher, Peffer, & Sprinkle, 2003). Em contraste, objetivos demasiado elevados em situações em que grupos dentro da organização necessitam de comunicar e trabalhar em conjunto têm resultados negativos (Chan, 1998).

7. Avaliação do desempenho

Se existirem, que processos a organização segue para avaliar o desempenho tanto de forma individual, coletiva como geral? Estas avaliações são geralmente objetivas ou subjetivas e quão importantes são as informações e controlos, formais e informais, desses processos?

Perante o que já foi dito, a avaliação de desempenho é considerada como algo relevante nas atividades de controlo. A gestão foca-se, assim, nas áreas consideradas como mais importantes, vitais para o sucesso da organização. Por isso, todo o tipo de avaliação de desempenho é tido como relevante, quer sejam formais ou informais, individuais, por grupos ou avaliando a organização na sua globalidade. A avaliação subjetiva destaca-se pela possibilidade dos responsáveis poderem identificar problemas na forma como a avaliação se processa (Gibbs, Merchant, van-der-Stede, & Vargus, 2004). Por outro lado, com uma avaliação objetiva, não existe a possibilidade para ambiguidades, dado que é baseada em resultados e estatísticas, não sendo possível, durante o processo, fazer ajustes ao modelo.

8. Sistema de incentivos

Que tipo de recompensas (financeiras e não-financeiras) a gestão e os restantes colaboradores podem auferir se cumprirem os objetivos definidos para o desempenho (e, ao invés, que consequências negativas podem sofrer se os falhar)?

As recompensas são as consequências da avaliação do desempenho de cada um e a forma como são atribuídas deve ser abordada neste modelo. Estas podem ser de todo o tipo, pelo que não existe um modelo a seguir sobre como defini-las. Esta questão vem do texto original de Otley (1999), no entanto, inclui a distinção entre recompensa financeira e não financeira, e compreende como possibilidade as consequências negativas, sugeridas por Simons (1995). A relação entre as recompensas, motivação e desempenho mostra-se complexa, pois apesar das recompensas motivarem qualquer colaborador, este tende a proteger os seus próprios objetivos, e, por vezes, esquecer aquilo que é esperado de si dentro de uma organização (Hopwood, 1972). Por outro lado, recompensas de grupo têm sido comprovadas pelas publicações da área como algo positivo, dadas as exigências do trabalho em equipa e da constante comunicação (Hope e Fraser, 2003).

9. Fluxos de comunicação

Que canais de informação (“feedback” e “feed-forward”) a organização tem no ativo no sentido de suportar o funcionamento dos PMS?

Os canais de informação são considerados essenciais pelas organizações para um sistema de gestão de desempenho funcional (Otley, 1999). A questão denota a diferença entre o “*feedback*” (informação com o objetivo de corrigir ou adaptar as ações em curso) e “*feed-forward*” (informação que permite à organização aprender com a sua própria experiência e reorganizar a sua estratégia e plano).

10. Uso dos sistemas de gestão de desempenho

Que tipo de uso é dado à informação e aos vários mecanismos de controlo implementados? Podem ser caracterizados em tipologias? O seu uso pode é diferente de acordo com a hierarquia?

O uso dado à informação retirada é das partes mais importantes de um sistema de gestão de desempenho. Estudos sugerem que o uso da informação com origem nos controlos pode ser mais significativo do que do que aquela retirada através da utilização de sistemas de controlo formais (Ferreira, 2002). Por outro lado, segundo Simons (1995), a sua utilização poderá ser de forma diferente de acordo com o seu consumidor: intensivo para a gestão, operacional ou de topo; ou extensiva quando utilizada em debate de ideias.

11. A alteração de sistemas de gestão de desempenho

Como é que os PMS alteraram a dinâmica da organização e o seu ambiente? As mudanças nos sistemas foram pró-ativas ou recativas?

As alterações e as suas dinâmicas também foram incluídas neste sistema. É um facto reconhecido que o ambiente competitivo muda, a própria organização também muda, e, por isso, os PMS também têm de estar preparados para mudar, mantendo a sua utilidade e relevância dentro da organização. Esta ideia aplica-se ao seu desenho, processos, e utilização da informação retirada. No entanto, o foco da pergunta não tem tanto a ver com a mudança em si, mas sim com a sua dimensão e o tipo de mudança necessária em resposta, ou até à antecipação de alterações dentro e fora da organização.

12. Robustez e Coerência dos sistemas de gestão de desempenho

Quão fortes ou coerentes estão as ligações entre os componentes dos PMS e a forma como cada um é usado (como denotados pelas 11 questões anteriores)?

Por último, é fundamental que existe uma forte articulação entre os diversos componentes dos sistemas de gestão de desempenho. Como qualquer sistema, os PMS são sempre mais do que apenas a soma das partes. Por isso, a comunicação e coordenação são fundamentais para a manutenção dos níveis de eficiência e eficácia. Apesar de, de forma individual, os vários componentes do PMS estarem a funcionar, o facto de, em conjunto, poderem não se correlacionar, origina falhas no controlo (Ferreira, 2002). O desenvolvimento teórico promovido por este modelo com as onze primeiras questões fornece uma base firme para a análise mais crítica nesta última questão sobre o PMS implementado.

Estas doze questões formam, assim, este modelo. Num comparativo entre as duas contribuições de Otley, é possível denotar algumas semelhanças, evoluções e diferenças entre os dois modelos. Em primeiro lugar, como o próprio nome indica, é um modelo mais extensivo, alargando o espectro de análise e, por consequência, o número de questões: de cinco para doze. Por isso, acabam por abordar grande parte dos temas que o primeiro modelo já tratava. No entanto, embora exista uma ligeira mudança na ordem de abordagem, sequenciando os objetivos com as metas e fatores-chave de sucesso, o que acaba por ser um sinal de evolução, a diferença mais importante relaciona-se com o espaço para um "feedback" direto, que parece acabar por ficar de fora no modelo mais atual. Mesmo assim, ressaltam-se novos subtemas relacionados com o sistema de gestão de desempenho, nomeadamente o seu uso e alteração, os níveis exigidos, e os meios de comunicação utilizados pelo sistema, que anteriormente não se daria tanta atenção ou importância. É de

notar que esta pesquisa deve ser classificada como empírica, pois consegue investigar as consequências de diferentes controlos em diferentes contextos. Por outro lado, os autores denotam que não é expectável que se registre uma enorme consistência entre cada parte da organização, sublinhando-se as diferenças que possam existir entre cada unidade, mas também entre cada nível hierárquico. Mesmo assim, pela capacidade de adaptação deste mesmo modelo, os autores acreditam que pode perfeitamente ser utilizado em qualquer circunstância, oferecendo ao utilizador uma ilustração de todos os processos ativos num dado momento e a sua evolução ao longo do tempo.

A figura 02 ilustra as relações entre os temas e as respetivas perguntas presentes.

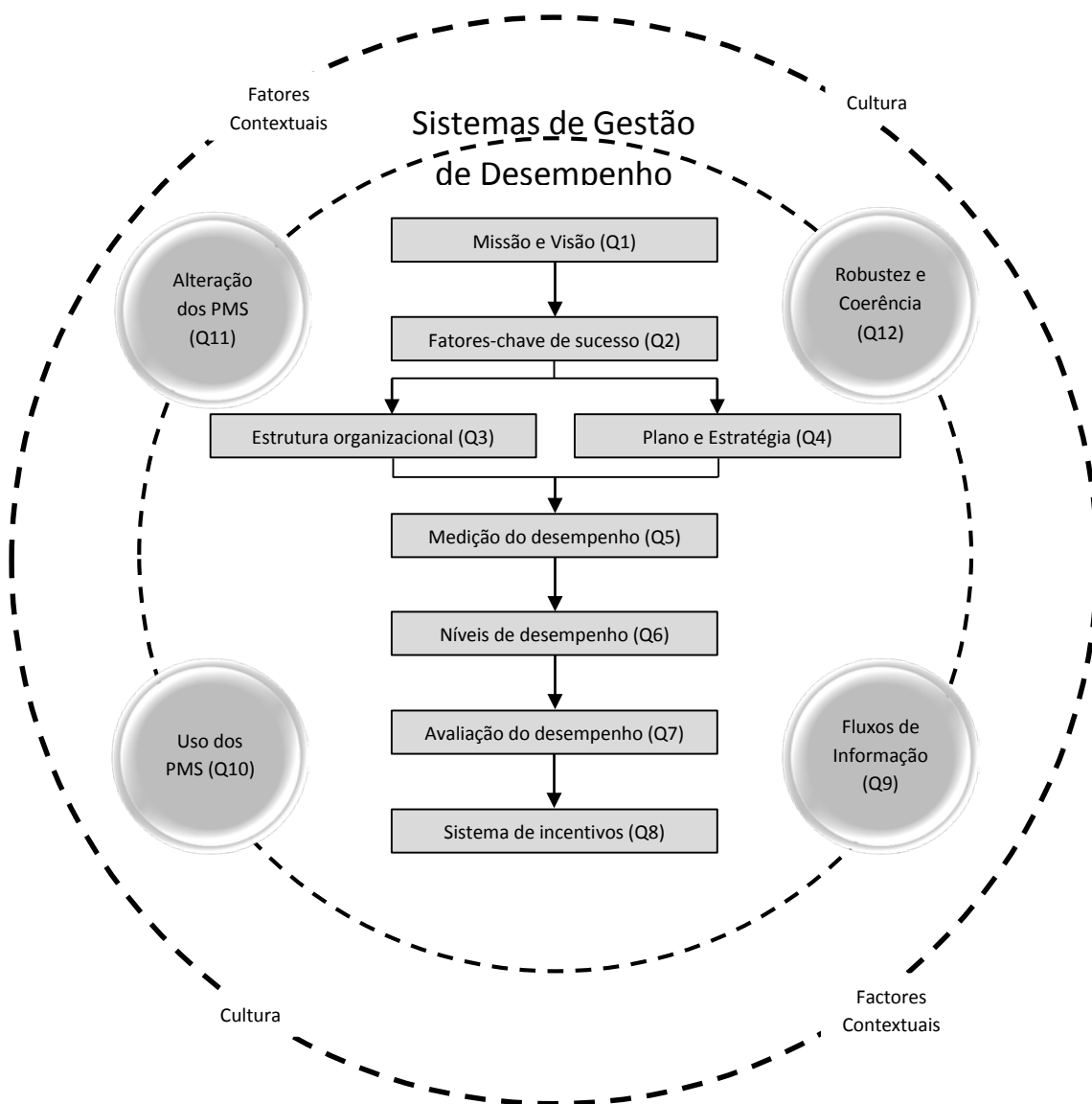


Figura 02 – O modelo ilustrado de Ferreira e Otley (2009)
 Fonte: Figura adaptada e traduzida do artigo de Ferreira e Otley (2009)

1.4. A implementação de um modelo de gestão de desempenho

Durante a revisão de literatura, verificou-se uma tendência interessante: diversos autores parecem concordar no que toca às características principais necessárias para medir o desempenho. Boas formas de medir o desempenho são quantitativas, ou seja, têm valores objetivos em vez de subjetivos. Devem ser diretos e de fácil compreensão no sentido de proporcionar uma rápida percepção do que como e o que está a ser mensurado ou avaliado, a escala deve ser apropriada e consistente, e claros no que toca aos seus objetivos. A avaliação do desempenho, segundo diversos autores, tem tendência a encorajar boas práticas. De sublinhar que a forma de mensurar o desempenho tem de ser do conhecimento geral, e compreendido e definido para todos os envolvidos. Também deve oferecer, além dos “*outputs*”, a capacidade de introduzir “*inputs*” por parte de qualquer dos envolvidos. A mensuração deve focar-se no mais importante, mas ser multidimensional, demonstrando os “*trade-offs*”³ existentes e ter uma relação custo-benefício positiva, dando prioridade a custos mais gerais e conseguir analisar o tipo e a qualidade dos resultados gerados (Fortuin, 1988, Globerson, 1985; Neely, et al,1996, Neely, Richards, Mills, Platts, & Bourne, 1997; Coyle, Bardi e Langley, 2002).

Outro aspeto considerado fundamental é a definição dos atributos da avaliação do desempenho. Arquitetar um sistema de mensuração do desempenho envolve mais do que apenas um grupo de complexas fórmulas. Problemas como a origem da avaliação, a sua frequência e a capacidade de retirar dados do local certo devem ser fortemente considerados (Neely et al.,1997).

1.5. Uma breve descrição sobre o Serviço Nacional de Saúde em Portugal

Em Portugal, a maioria da população recorre ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) quando necessita de assistência ao nível de saúde.

O Serviço Nacional de Saúde, criado em 1979, é a entidade pública que garante a todos os cidadãos o direito constitucional à proteção e à promoção da saúde. É o núcleo essencial do sistema de saúde português, constituindo-se como um serviço solidário e universal, decisivo para manter e melhorar os níveis de saúde de toda a população e contribuindo para o seu bem-estar e qualidade de vida. É, também, um fator de coesão social

³ “*trade-offs*” existem quando se regista um conflito na escolha entre duas ou mais coisas, sendo que ambas são impossíveis de se executar ao mesmo tempo.

na sociedade portuguesa. Tem como objetivo a satisfação das necessidades de saúde da população, com custos reduzidos e, por vezes, nulos, para o utente, dado que o SNS é financiado por impostos.

Em paralelo com o SNS, existem outros serviços de saúde privados à disposição da população. A Organização Mundial de Saúde afirma que, em 2010, os gastos relacionados com o sector privado de saúde estão entre os 27% e os 29%, sendo que 18% da população tem uma dupla cobertura de saúde. Em 2011, segundo o PORDATA, Portugal Continental contava com 80 hospitais gerais e 29 especializados, 358 centros de saúde e 1.063 extensões de centros de saúde. Em particular, os utentes têm o direito de escolher o seu médico de família, um clínico de medicina geral do centro de saúde da área de residência na qual estão registados.

1.6. A saúde como exemplo da gestão de desempenho

Os recursos tecnológicos e modelos de negócio atualmente disponíveis para melhoramento das organizações serão fundamentais para elevar a qualidade dos serviços de saúde (Bernstein, Chorpita, & Daleiden, 2008; Eckerson, 2011; Kaplan & Norton, 1992; Chamberlain, Landsverk, McCue Horwitz, & Mullican, 2010; Davis, Pecora, Seelig & Zirps, 1996). Dados estes progressos, é possível aproveitar este momento para ter disponível, em tempo real, informação sobre os serviços. Este conhecimento pode ser utilizado para gerar “*feedback*” instantâneo, particularmente dentro do sector da saúde, onde no caso do sector público, a base da avaliação individual e institucional se concentram em indicadores quantitativos.

Dentro da saúde, podemos verificar alguns esforços, particularmente no estrangeiro, para medir o desempenho dos profissionais da área. Smith, Mossialos, Papanicolas & Leatherman (2009) publicam um livro onde fazem um extensivo apanhado de exemplos de gestão de desempenho na saúde. Particularmente dentro dos cuidados de saúde primários, destacam, a título de exemplo, que existia uma noção espalhada que os médicos eram todos iguais, não existindo diferenças entre eles a nível de desempenho. No caso britânico, quando o seu governo, em 1986, decidiu implementar um conjunto de formas de medir o desempenho dos profissionais, isso foi considerado como “político e provocativo”. Os autores referem também que se começou a registar métodos e procedimentos usados de forma errada (McGlynn, Naylor, Anderson, Leape, Park, Hilborne, Bernstein, Goldman, Armstrong, Keesey, Pinfold, Damberg, Sherwood, & Brook, 1994, citados por Smith et. al.,

2009) e diferentes níveis de qualidade do serviço prestado (Mangione-Smith, DeCristofaro, Setodji, Keeseey, Klein, Adams, Schuster, & McGlynn, 2007; McGlynn, 2003; Seddon, Marshall, Campbell, & Roland, 2001, citados por Smith et. al., 2009).

Por isso, no início do milênio, foram vários os países que implementaram diversos mecanismos e regulamentos no normativo no sentido de avaliar o desempenho dos prestadores de serviço no sector público. Assinala-se, desta forma, uma renovada exigência de governantes e utentes por uma maior eficiência na prestação de cuidados, com um custo inferior.

Concentrando no tipo de avaliação existente no momento, a literatura aponta determinadas vantagens e desvantagens ao modelo de avaliação através dos indicadores de resultados.

Como vantagens, pode-se registar um foco e atenção direta no paciente, em vez do serviço, dando uma perspetiva mais abrangente do sistema. Este tipo de indicadores representam melhor os objetivos da saúde nacional, contendo um maior significado para prestadores e utentes. A inovação e a visão a longo-prazo também poderão contribuir para uma melhor prestação e cumprimentos dos indicadores.

No entanto, também é possível apontar algumas desvantagens ao processo. Dependendo do indicador, a sua ambiguidade poderá trazer dificuldades à sua mensuração, mas também à sua interpretação. Além disso, este tipo de sistema fica sempre sujeito a alguns fatores externos. A amostra também deve ser de tamanho significativo para que se possa afirmar que existam problemas na prestação de cuidados, tendo em conta que, para certos indicadores, pode não ser necessário prestar um serviço de qualidade para os cumprir.

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

2.1. O Modelo de Análise

2.1.1. Recolha de Informação Preliminar - Revisão da Literatura

A fase anterior, que constitui todo o primeiro capítulo deste documento, teve como principal objetivo a reunião de um conjunto de informações, relatos, estatísticas, e pontos de vistas publicados, exigíveis pelo próprio exercício da dissertação e tendo em conta os seguintes temas principais abordados:

- ✓ Gestão de desempenho
- ✓ O sector público da saúde em Portugal
- ✓ Modelos, esquemas e sistemas de gestão de desempenho e controlo aplicáveis na saúde.

Apenas depois de esmiuçar a literatura existente, foi possível gerar um panorama teórico que apoiasse a análise do caso prático, mas que sirva também de comparativo na discussão dos resultados.

2.1.2. Definição do problema

Perante a revisão da literatura feita no capítulo I deste documento, foi necessária uma reflexão profunda sobre a problemática em estudo, nomeadamente a sua pertinência e relevância. Seria necessário a melhor conclusão possível, a começar pelo título deste documento:

“Medição e Gestão do Desempenho e Sistemas de Controlo de Gestão: um estudo de caso no sector público da saúde.”

Só depois da definição da sua direção foi possível avançar com o restante trabalho. Seria aceitável, até pelo desenrolar do estudo e desenvolvimento da matéria em causa, que o objeto e o objetivo do trabalho pudessem sofrer algumas alterações, dado que o foco de atenção do investigador, dentro deste tipo de trabalhos, vai sendo cada vez maior, esmiuçando o geral para poder apresentar resultados mais concretos e válidos de um tema em particular. Pese embora esta problemática, o título espelha as atividades desenroladas ao longo da sua duração.

2.1.3. Objetivos do Estudo

Depois da definição do estudo em particular, foi possível começar a delinear os objetivos para este trabalho. Assim, este projeto compromete-se a utilizar o modelo apresentado por Ferreira e Otley (2009) e aplicá-lo em unidades de saúde de cuidados primários, inseridas na Área Metropolitana do Porto. Assim, esta dissertação tem como objetivos responder às seguintes questões:

- ✓ Qual o estado do centro de saúde a nível do desempenho?
- ✓ Existe um modelo implementado para o medir ou avaliar?
- ✓ É possível aplicar o modelo proposto?
- ✓ Este modelo reflete de forma fidedigna o que se passa dentro da entidade?
- ✓ A avaliação de desempenho está de acordo com o enquadramento legal?

2.1.4. Descrição do Estudo

No sentido de cumprir os objetivos propostos no ponto anterior, de acordo com as exigências estruturais do presente documento, será necessário destacar as várias possibilidades metodológicas em aberto e, perante as especificidades de cada, escolher uma ou uma combinação, realçando os pontos positivos e negativos, limitações e potencialidades (Quivy & van Campenhoudt, 2005).

Para este trabalho, há que confrontar os pressupostos da abordagem qualitativa e os métodos de recolha de dados que serão utilizados:

- ✓ **Entrevista**: Fazer uso do conjunto de doze questões discriminadas no capítulo anterior, questionando diversos colaboradores da organização, com diferentes responsabilidades e diferentes hierarquias. Foi a principal forma de recolha de informação.
- ✓ **Análise Documental**: Neste campo, foi necessário fazer um levantamento de todos os documentos da organização sobre como ela desenrola a sua atividade normal, bem como aqueles que se possam relacionar com o desempenho e a sua gestão e avaliação.
- ✓ **Verificação da Legislação**: Pelo facto do tipo de entidade proposta ser de natureza pública, há que considerar as exigências e limitações legais a que está sujeita. Assim, foi indispensável fazer um levantamento de toda a legislação que se relacione com o campo desta dissertação.

Especificamente falando da principal forma de recolha de informação, durante todo o estudo de caso, realizado entre os meses de maio e setembro de 2014, foram efetuadas entrevistas profissionais dentro de 5 Unidades de Saúde Familiar (USF) Modelo B⁴, sendo que três estão situadas no concelho da Póvoa do Varzim e outras duas no concelho de Vila do Conde. Em todas as USF procedeu-se às entrevistas do médico coordenador da Unidade, do enfermeiro membro do conselho técnico e de um secretário clínico, totalizando-se um conjunto de 15 elementos entrevistados pertencentes às USF. Além disso, foram entrevistados um total de 5 profissionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS), totalizam um conjunto de 20 entrevistas elegíveis para este estudo de caso. Além disso, foram realizadas um total de 3 entrevistas dentro de uma USF Modelo A, também pertencente a este ACeS. No anexo I estão presentes mais detalhes sobre as entrevistas efetuadas.

2.1.5. Escolha da Metodologia

Neste ponto vão ser discriminados pressupostos, vantagens e limitações da metodologia apresentada anteriormente, procurando apurar a sua eficiência no acompanhamento e execução do estudo em particular.

2.1.5.1. Metodologia Qualitativa

A metodologia qualitativa é um tipo de método de investigação, ligado às ciências sociais, geralmente associado com a compreensão e interpretação, em vez da mensuração da realidade tal como ela é, nomeadamente os seus valores, representações, crenças, opiniões, atitudes ou hábitos.

Estudos qualitativos têm como principais formas de pesquisa as seguintes:

- ✓ **Entrevistas qualitativas**: normalmente semiestruturadas, de resposta aberta, com possibilidade de discussão e conversação;
- ✓ **Observação direta**: presencial ou não-presencial (registos de vídeo, áudio); e
- ✓ **Estudo de caso**: combinando diferentes métodos no sentido de criar uma análise mais geral do alvo em questão (indivíduo, grupo, comunidade ou instituição).

⁴ Na página 27 são explicadas, com maior detalhe, as características de cada um dos modelos de USF. Neste momento, importa apenas salientar que as USF Modelo B estão sujeitas a um maior escrutínio e exigência na avaliação de desempenho do que as USF Modelo A.

Como qualquer método de pesquisa, este também tem os seus princípios básicos. Procura uma análise geral, ou seja, considera as diferentes divisões da organização, incluído a forma como se relacionam entre si. Assim, reconhece múltiplas áreas onde a realidade da organização parece ser subjetiva, pois o foco esteja na forma de percepção de como certos comportamentos e atitudes influenciam a atividade normal da organização.

A análise interpretativa procura sempre solução, evoluindo dentro das suas pré-disposições, no sentido de dar a melhor resposta ao problema em questão, começando por uma familiarização do contexto e progredindo na compreensão dos processos da organização. Por isso, este método requer um trabalho de campo, não sendo recomendável delegar funções ou dividir partes do estudo entre diversas pessoas (Yin, 2011).

Devido a estas características distintas, a metodologia qualitativa procura desenvolver a compreensão do que realmente se passa dentro da organização, quem é afetado e de que forma pelas ações e processos da mesma, e o porquê de certos resultados ocorrerem. Por último, os resultados da pesquisa devem sempre trazer conclusões sobre como melhorar os processos dentro da organização (Denzin & Lincoln, 2011).

No entanto, também é verdade que a utilização desta metodologia é potencializada como um método complementar de pesquisa com estudos quantitativos e particulares.

2.1.5.2. Escolha da metodologia a seguir

Tendo em linha de conta os pontos fortes e fracos, virtudes e defeitos da metodologia, e, acima de tudo, tendo em conta as formas de recolha de informação elegíveis para a persecução do caso prático, já citadas anteriormente, chegou-se à conclusão que, perante os pressupostos estabelecidos, é possível afirmar que a metodologia mais apropriada a seguir durante o desenrolar da dissertação seria a abordagem qualitativa.

Embora outros métodos de recolha de dados fossem passíveis de serem utilizados, julga-se serem estes os instrumentos que dão melhores garantias ao desenrolar do estudo de caso. Pese embora este decisivo e assertivo passo dado neste momento, pensamos que também é importante não descartar na totalidade a possibilidade de, num momento em particular ou por força de uma alteração do paradigma, no sentido de cumprir o rigor e aumentar a compreensão do objeto de estudo, utilizar uma técnica associada à metodologia quantitativa, fazendo uma abordagem mista ao trabalho a desenrolar.

Capítulo III – Estudo de caso

Como mencionado na Introdução, propõe-se neste terceiro capítulo, o mais extenso, abordar as várias áreas associadas ao estudo de caso, começando pela estrutura organizativa dos cuidados de saúde primários, a seguir destacando as obrigações legais do sector, descrevendo posteriormente o estudo de caso em questão, bem como os resultados das respetivas entrevistas.

Na presente dissertação pretende-se aplicar o modelo de gestão de desempenho de Ferreira e Otley (2009) num conjunto de instituições dentro do sector público de cuidados de saúde primários. Com isto, deseja-se fazer um teste real ao modo como o modelo caracteriza a estrutura e forma operacional da organização, a forma de apurar o seu desempenho, e fazer um comparativo entre a teoria escrita no enquadramento legal e a sua aplicação dentro das instituições abrangidas, auditando, em certa maneira a sua aplicação.

Por isso, perante uma análise prévia da situação real, foi promovido um contacto junto do ACeS Póvoa do Varzim | Vila do Conde, no sentido de perceber a disponibilidade do Agrupamento para participar neste estudo de caso, tendo sido obtido um parecer favorável pelo Conselho Clínico e de Saúde. Posteriormente, de forma individual, foi promovido um contacto junto das USF que constituem o ACeS, a fim de verificar a sua disponibilidade para participar neste estudo de caso. Nem todas mostraram a melhor das recetividades, sendo que apenas parte destas decidiu participar.

Tendo em conta que as organizações participantes serão o ACeS e as USF, será importante, numa primeira abordagem, caracterizá-las na sua estrutura e forma de operar. Por outro, também irá ser feita uma descrição dos seus profissionais, bem como das obrigações de ambos no que toca à avaliação de desempenho. Posteriormente, como já referido, ainda neste capítulo, proceder-se-á à apresentação dos resultados do estudo.

3.1. A estrutura organizativa dos cuidados de saúde primários do sector público da saúde.

A legislação referente ao funcionamento dos centros de saúde datava de 1971, tendo sido reformulada em diversas ocasiões, ao longo dos vários governos, no sentido de criar o modelo ideal do centro de saúde. No entanto, e com a última alteração feita pelo Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, registou-se um insucesso em melhorar o acesso aos cuidados de saúde primários. Desde então, a tutela estudou aquela que considera ser a melhor forma

de incrementar o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assim como a melhor forma de os gerir, sem esquecer os ganhos em saúde conseguidos pelas unidades de saúde familiar. Deste estudo resultou o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. Uma das suas principais novidades consiste na criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), dentro de cada Administração Regional de Saúde (ARS), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, e que têm por missão garantir a sua prestação à população de determinada área geográfica.

3.1.1. O Agrupamento de Centros de Saúde e as Unidades de Saúde Familiar

Os ACeS são serviços descentrados da respetiva Administração Regional de Saúde e desenvolvem também atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

Os ACeS podem compreender Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), bem como outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva ARS, aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários.

São órgãos do ACeS o Diretor Executivo, o Conselho Executivo, o Conselho Clínico e de Saúde e o Conselho da Comunidade.

O Diretor Executivo gere as atividades, os recursos humanos, financeiros e de equipamentos do ACeS, competindo-lhe a sua representação, bem como a celebração dos contratos-programa com a ARS e planos anuais e plurianuais do Agrupamento. O Diretor Executivo designa um coordenador para cada unidade funcional como seu representante. O Diretor Executivo é designado por um período não superior a três anos, renovável por iguais períodos.

O Conselho Executivo é composto pelo Diretor Executivo, que preside, pelo Presidente do Conselho Clínico e pelo Presidente do Conselho da Comunidade. São competências do Conselho Executivo aprovar os planos anuais e plurianuais de atividades das várias unidades funcionais, preparar o relatório anual de atividades e submetê-lo à aprovação da ARS, elaborar o regulamento interno do funcionamento do Agrupamento e assegurar a articulação com os municípios da área geográfica.

O Conselho Clínico é composto por um presidente e três vogais, sendo que o presidente é forçosamente um médico da especialidade de medicina geral e familiar a exercer funções no ACeS. Todos os membros deste conselho são designados pela ARS, por um período de três anos. São competências do conselho clínico avaliar a efetividade dos cuidados de saúde prestados, dar diretivas e instruções para o cumprimento das normas técnicas, fixar procedimentos que garantam a melhoria contínua dos cuidados de saúde, aprovar orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos ou meios complementares de diagnóstico, propor ao Diretor Executivo a realização de auditorias externas, ao cumprimentos de orientações e protocolos, e apoiar o Diretor Executivo em assuntos de natureza técnico-profissional e de gestão clínica.

O Conselho da Comunidade é constituído por um conjunto de treze membros da comunidade em redor, eleitos por três anos, que têm como competências, entre outras, dar parecer sobre os planos de atividade do ACeS, acompanhar a sua execução e alertar o Diretor Executivo para deficiências graves na prestação de cuidados. O seu presidente é indicado pelas câmaras municipais da área do ACeS.

Além dos órgãos de administração e fiscalização acima referenciados, o ACeS conta com a Unidade de Apoio à Gestão e o Gabinete do Cidadão como serviços de apoio. Estes estão dependentes do Diretor Executivo. A Unidade de Apoio à Gestão, organizada numa lógica de concentração dos serviços não assistenciais do ACeS, presta apoio administrativo e geral ao Diretor Executivo, ao Conselho Clínico e às unidades funcionais e exerce as suas funções em articulação com os serviços de apoio da respetiva ARS. O seu responsável é designado pelo Diretor Executivo. O Gabinete do Cidadão organiza canais de comunicação com cada centro de saúde do ACeS, verificando as condições de acesso e satisfação dos utentes.

Estão à dispor do ACeS, como instrumentos de gestão, o regulamento interno, os planos anuais e plurianuais de atividades, bem como os respetivos orçamentos e relatórios, e o contrato-programa. O contrato-programa é o acordo celebrado anualmente entre o Diretor Executivo do ACeS e o Conselho Diretivo da ARS, pelo qual se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objetivos do ACeS e os recursos afetados ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à respetiva execução.

Depois do Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, ter estabelecido o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, e reconhecendo a necessidade da reformulação do respetivo quadro legal para a evolução da prestação de cuidados de saúde primários, o Despacho Normativo nº 9/2006, de 16 de Fevereiro, alterado pelo Despacho

Normativo nº 10/2007, de 26 de Janeiro, estabelece a disciplina de lançamento e implementação das USF. O despacho considera uma USF como a célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa, funcional e técnica, e integrada em rede com outras unidades funcionais dentro de um ACeS, dirigida à ARS.

Assim, o Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, bem como o regime de incentivos, e determina que as USF têm por missão a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.

Existe um conjunto de documentos associados a cada USF. O plano de ação da USF traduz o seu programa de atuação na prestação de cuidados de saúde de forma personalizada e contém o compromisso assistencial, os seus objetivos, indicadores e metas a atingir nas áreas da acessibilidade, desempenho assistencial, qualidade e eficiência. Já o compromisso assistencial das USF é constituído pela prestação de cuidados incluídos na carteira de serviços, e é formalizado anualmente, mediante carta de compromisso acordada entre o coordenador da USF e o centro de saúde, da qual deve ainda constar a afetação dos recursos necessários ao cumprimento do plano de ação, o manual de articulação centro de saúde/USF e as atividades específicas dos médicos, contratualizadas anualmente (art.º 29º). Este compromisso deve ainda ter outras informações, como os serviços da USF, o horário de funcionamento ou sistema de marcações e atendimentos, e varia de acordo com as características da população abrangida, dos períodos de funcionamento e cobertura assistencial e das atividades da carteira adicional de serviços, contratualizada à parte da carteira básica. A organização e funcionamento da USF constam do seu regulamento interno. Cada USF elabora o seu regulamento interno que deve estar em conformidade com o plano de ação. Este documento consagra a missão, valores, visão, estrutura orgânica e o seu funcionamento, as intervenções e áreas de atuação de cada grupo profissional, a carta de qualidade, a formação contínua, bem como outras informações que também podem estar presentes no compromisso assistencial.

A estrutura orgânica das USF é constituída pelo coordenador da equipa, o conselho técnico e o conselho geral. O coordenador da equipa é o médico identificado na candidatura e designado pelo despacho que aprova a constituição da USF. O conselho técnico é constituído por um médico e por um enfermeiro, preferencialmente detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de

saúde primários, escolhidos pelos elementos de cada grupo profissional. Finalmente, o conselho geral é constituído por todos os elementos da equipa multiprofissional, constando o seu funcionamento do regulamento interno da USF.

O princípio geral da reorganização dos cuidados personalizados dos centros de saúde promovida pela tutela assenta na criação de pequenas unidades funcionais multiprofissionais, Unidades de Saúde Familiar, com autonomia organizativa, funcional e técnica, num quadro de contratualização interna, envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade.

Por fatores conjunturais ou por opção, nem todas as USF se posicionam no mesmo modelo organizacional. Umas tenderão a estabilizar-se num nível menos complexo de contratualização, enquanto que outras procurarão um modelo que privilegie maior autonomia. O Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto, que estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, bem como o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem e a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de Modelo B, reitera, no nº 1 do artigo 3º, que as USF se podem organizar em três modelos de desenvolvimento. A cada um destes modelos correspondem processos e modelos distintos de retribuição do desempenho, a nível de incentivos institucionais e financeiros, e acreditação da USF, pelo que importava criar uma lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as USF em três modelos de desenvolvimento, criados pela Missão para os Cuidados de Saúde Primários, em articulação com as ARS e a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Assim, o Despacho nº 24101/2007, de 8 de Outubro, aprova a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as USF em três modelos de desenvolvimento: A, B e C. Segundo o anexo do mesmo despacho, a diferenciação entre os modelos de unidades de USF resulta do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico. Os três modelos assumem diferentes patamares de autonomia, aos quais correspondem distintos graus de partilha de risco e de compensação retributiva.

O Modelo A corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar. Compreende as USF do sector público administrativo com regras e remunerações

definidas pela Administração Pública, aplicáveis ao sector e às respetivas carreiras dos profissionais que as integram e com possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços, paga em regime de trabalho extraordinário, bem como contratualizar o cumprimento de metas, que se traduz em incentivos institucionais a reverter para as USF;

O Modelo B, indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva, e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF, num período máximo de três anos, e abrange as USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais, integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho, definido no capítulo VII do Decreto-Lei n.º 298/2007.

Já o Modelo C é considerado um modelo experimental, ainda a regular por diploma próprio, com um carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS, sendo as USF a constituir definidas em função de quotas estabelecidas pelas ARS e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído. Este modelo abrange as USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica, baseando a sua atividade num contrato-programa estabelecido com a respetiva ARS e sujeitas a controlo e avaliação externa, com a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos. Até ao momento aguarda-se a publicação do referido diploma, para que as unidades de saúde possam formalizar a sua candidatura a USF-C e assim desenvolver, em articulação com o Serviço Nacional de Saúde, um conjunto de sinergias que potenciem a obtenção de resultados em saúde.

No sentido de proporcionar a escolha do modelo mais adequado o referido despacho destaca que é permitida, mediante a verificação dos termos de acesso e a metodologia, a transição de um modelo para outro em qualquer momento, bem como o número estabelecido de USF que podem transitar.

De referir que o Despacho n.º 6080-B/2014, de 09 de Maio foi publicado no sentido de limitar, durante o presente ano, o número máximo de USF a constituir, bem como o número a transitar de Modelo A para Modelo B, por Administração Regional.

Especificamente destacando o Modelo B, o Decreto-Lei n.º 298/2007 cria um modelo que aplica aos profissionais da equipa nuclear um regime de suplementos associados à dimensão mínima da lista de utentes ponderada, de acordo com suas características, com a contratualização anual de atividades específicas de vigilância a utentes considerados mais

vulneráveis e de risco, e, quando necessário, com o alargamento do período de cobertura assistencial e com a carteira adicional de serviços.

A avaliação das USF é um dos seus princípios, indicado no artigo 5º do Decreto-Lei n.º 298/2007. Com a criação das USF, a tutela desenvolve, em conjunto com as agências de contratualização, os termos de referência para a contratualização e painel de indicadores de monitorização. Estes indicadores serão estruturados por áreas: disponibilidade, acessibilidade, produtividade, qualidade técnico-científica, efetividade, eficiência e satisfação. Posteriormente, cada ARS desenvolverá, em conjunto com a tutela e as agências de contratualização, um modelo de avaliação das diversas USF que conduza à correção e ajustamentos de eventuais desvios da implementação das USF. O modelo de avaliação deve ser gizado no sentido de uma uniformidade de critérios em todo o território nacional, com as necessárias adaptações às características de cada região.

Além da remuneração base, o Decreto-Lei n.º 298/2007 consagra um conjunto de suplementos para cada um dos profissionais de cada USF. Comum a todos é o suplemento relacionado com o aumento das unidades ponderadas de cada USF, ou seja, está dependente do número de inscritos na USF. No entanto, o valor do suplemento varia de acordo com a função, já que as unidades ponderadas de médicos e enfermeiros são diferente das do pessoal administrativo.

Depois existem outros suplementos, direcionados para cada uma das funções. Para a função de médico, o Decreto-Lei prevê suplementos relacionados com a realização de cuidados domiciliários e com o alargamento do horário ou da cobertura assistencial. Por outro lado, o nº 4 do artigo 28º prevê uma compensação aos médicos por atividades específicas contratualizadas como vigilância de utentes vulneráveis ou de risco, ou pela carteira adicional de serviços.

No caso dos enfermeiros e do pessoal administrativo, estes têm direito a suplementos de acordo com o alargamento do horário ou da cobertura assistencial. No entanto, o valor por unidade ponderada difere. Existem também compensações previstas relacionadas com o desempenho no caso da existência de uma carteira adicional de serviços e com a atribuição de incentivos financeiros (art.º 38º) que são atribuídos com base no cumprimento de objetivos e parâmetros de produtividade e qualidade.

Paralelamente, a Unidade pode também receber incentivos institucionais como distribuição de informação técnica, participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades praticadas na USF, apoio à investigação,

aumento das amenidades de exercício de funções da equipa multiprofissional ou melhoria das infraestruturas e material à disposição na USF.

A Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril, alterada posteriormente pela Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de Dezembro, são publicadas no sentido de regular os critérios e condições para a atribuição dos incentivos institucionais, bem como dos incentivos financeiros dos profissionais relacionados com o cumprimento de parâmetros de produtividade e qualidade.

Neste mesmo diploma está também prevista a atribuição de incentivos financeiros aos profissionais das USF enquadradas em Modelo B, sendo os incentivos dos médicos aferidos pela compensação das atividades específicas e os dos restantes profissionais — enfermeiros e pessoal administrativo — integrados na compensação pelo desempenho. O quadro geral aplicável aos trabalhadores da Administração Pública consagra a possibilidade da implementação de sistemas de recompensa do desempenho, com a natureza de prémios, ajustados em alguns aspetos às realidades funcionais das tarefas incorporadas nas carreiras a que pertençam. Neste contexto, os incentivos financeiros a atribuir, nos termos da Portaria n.º 301/2008, ao pessoal da carreira de enfermagem e ao pessoal da carreira de assistente administrativo têm, necessariamente, de estar delimitados pelos valores remuneratórios fixados para as escalas indiciárias das respetivas carreiras.

A autonomia organizativa e funcional para as USF inspirou-se nas experiências inovadoras anteriormente desenvolvidas nos centros de saúde, e que deram corpo a novas formas de organização dos cuidados de saúde, entre as quais se salienta o regime remuneratório experimental estabelecido para os médicos (Decreto-Lei n.º 117/98, de 05 de Maio).

3.2. O enquadramento legal da avaliação de desempenho nos cuidados de saúde primários do sector público da saúde.

Tendo em conta que as Unidades de Saúde Familiares que compõe o Agrupamento analisado são entidades públicas, estão naturalmente obrigadas ao cumprimento do enquadramento legal emitido pela tutela. Este respeito pela lei também se verifica quando se observa a avaliação de desempenho, tanto das entidades, como dos colaboradores que nela exercem funções. Por isso, torna-se necessário fazer um levantamento de todo esse enquadramento legal, começando pela pesquisa das obrigações relacionadas com o desempenho e com as USF no seu global, e, posteriormente, analisar, através de um estudo

individual, as várias características particulares de cada função, já que, no momento atual, a função de médico, enfermeiro e secretário clínico têm formas de avaliação diferentes.

3.2.1. A contratualização dos indicadores de desempenho.

Como já referido, o Decreto-Lei n.º 298/2007 consagra um conjunto de suplementos para cada um dos profissionais de cada USF. Em particular, o capítulo VII, aplicável apenas às USF Modelo B, prevê que possam existir outros incentivos institucionais e financeiros. Destacados no n.º 3 do artigo 38.º do Decreto-Lei supracitado, estes incentivos são atribuídos após avaliação da USF. A metodologia de contratualização concebida para as USF de Modelo A, em funcionamento desde 2006, já contemplava a existência de incentivos institucionais para aplicação nas respetivas USF. Agora, o Decreto-Lei n.º 298/2007 vem consagrar e ampliar esta possibilidade.

Em consequência, a Portaria n.º 301/2008, posteriormente alterada pela Portaria n.º 377-A/2013, vêm regular os critérios e condições para a atribuição dos incentivos institucionais, bem como dos incentivos financeiros dos profissionais relacionados com o cumprimento de parâmetros de produtividade e qualidade. Assim, surgem um conjunto de indicadores - metas numéricas e em percentagem - que as USF são obrigadas a cumprir, a fim de obterem resultados positivos na sua avaliação, bem como a respetiva recompensa financeira.

Na contratualização de metas de desempenho com as USF, procura-se conduzir a esforços tangíveis na melhoria dos níveis da acessibilidade, do desempenho assistencial e económico e da satisfação dos utentes, bem como distinguir as USF que atinjam as metas contratualizadas com a atribuição de recompensas, suportadas por ganhos de eficiência. Para o efeito, o processo de contratualização deve pautar-se por níveis adequados de exigência e responsabilização dos prestadores, e, simultaneamente, favorecer a criação de ambientes de trabalho motivadores, com base na discriminação positiva. A gestão por objetivos, decorrente do processo de contratualização, para ser efetiva, implica que aos mecanismos de avaliação sejam associados incentivos, quer para as equipas de saúde, quer para os profissionais que as integram.

Assim, o n.º 2 da Portaria n.º 377-A/2013 define que, para que as USF tenham acesso a incentivos financeiros, deverão ser contratualizados, entre cada USF e o seu respetivo ACeS, anualmente, um total de 22 indicadores, entre os constantes do anexo I da Portaria:

- a) 12 Indicadores comuns a todas as USF, definidos a cada três anos pela ACSS, de acordo com as prioridades da Política de Saúde;
- b) 4 Indicadores selecionados a cada três anos pela Administração Regional de Saúde (ARS), comuns às respetivas USF da região de saúde;
- c) 2 Indicadores selecionados a cada três anos pelos ACeS, específicos para cada USF; e
- d) 4 Indicadores propostos pela USF para o triénio.

Estes podem ser revistos anualmente pela ACSS, ouvidas as Ordens profissionais, os sindicatos e as sociedades científicas.

No que toca aos indicadores escolhidos pelo ACeS e pelas USF, sublinhe-se que a sua superação por três anos consecutivos leva à obrigatoriedade de escolha de um novo indicador, cujo único critério deve refletir uma área de melhoria.

No que toca aos incentivos financeiros, são atribuídos aos enfermeiros e ao pessoal administrativo em função dos resultados obtidos pela respetiva equipa profissional, como parte da remuneração prevista para os profissionais das USF. A atribuição de incentivos financeiros depende da concretização das metas contratualizadas, segundo métrica de avaliação e critérios constante no anexo II da já referida Portaria.

O ACeS apura os resultados finais da contratualização que determinam a atribuição dos incentivos institucionais e financeiros, sendo que cada USF elabora um relatório de atividades, com base nas metas dos indicadores contratualizados e pelos dados fornecidos automaticamente pelo sistema de informação.

Caso haja lugar à atribuição de incentivos financeiros, a ARS procede à sua entrega, aos profissionais, até 15 de Julho de cada ano. Caso haja lugar à atribuição de incentivos institucionais, a USF apresenta uma proposta de plano de aplicação dos incentivos, que remete para o Diretor Executivo do ACeS, que, após parecer do conselho clínico e de saúde, submete à aprovação do conselho diretivo da ARS.

Cada USF, com o apoio do Conselho Clínico e de Saúde do ACeS, elabora um plano de acompanhamento interno que deve constar na carta de compromisso. O acompanhamento interno é executado pelo Conselho Clínico e de Saúde do ACeS, com apoio do departamento de contratualização com apoio do departamento de contratualização da ARS e da ACSS, trimestralmente. O acompanhamento externo é assegurado, em cada ARS, por uma comissão de acompanhamento.

3.2.2. O Sistema Integrado de gestão e Avaliação do Desempenho na Administração pública.

O Sistema Integrado de gestão e Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP) é um instrumento de gestão que visa promover uma cultura de avaliação e de responsabilização, tendo por desiderato a promoção do mérito, o desenvolvimento contínuo da formação dos trabalhadores e a melhoria da qualidade dos serviços prestados, em consonância com os princípios e regras consagrados na Lei n.º 66-B/2007, de 28 de Dezembro, e respetivas alterações, como a Lei n.º 66-B/2012, de 31 de Dezembro.

O Sistema de Avaliação do Desempenho, traçado pela Lei n.º 66-B/2007 e respetivas alterações, tem três componentes, a saber:

- a) SIADAP 1 – subsistema de avaliação do desempenho dos serviços da Administração Pública;
- b) SIADAP 2 – subsistema de avaliação do desempenho dos dirigentes da Administração Pública;
- c) SIADAP 3 – subsistema de avaliação do desempenho dos trabalhadores da Administração Pública. Este subsistema foi adaptado aos trabalhadores médicos.

Os subsistemas têm de se articular entre si, sendo essencial, ao nível do SNS, a articulação com todos os instrumentos de gestão existentes nos estabelecimentos e serviços de saúde, nomeadamente, os contratos-programa dos Hospitais e ACeS, planos de atividades, mapas de pessoal e orçamentos. A articulação deve fazer-se com a participação de todos os envolvidos no processo, passando pela promoção de reuniões, contratualização de objetivos e acompanhamento ao longo do ciclo de avaliação, que culmina, em particular na e autoavaliação e avaliação final dos médicos.

3.2.2.1 O caso específico dos Médicos

O processo de avaliação dos trabalhadores médicos obedece a princípios, como a coerência e integração, a ação alinhada entre serviços, dirigentes e trabalhadores na prossecução dos objetivos e das políticas do sector da saúde, a transparência e imparcialidade com critérios objetivos e públicos, a eficácia e orientação para a obtenção dos resultados pretendidos na contratualização dos objetivos, a eficiência visando a melhor utilização dos recursos na relação bens produzidos e serviços prestados, a orientação para a qualidade da

prestação de cuidados de saúde, e a confrontação entre os objetivos fixados e os resultados obtidos.

Segundo o Manual de Apoio da adaptação do SIADAP 3, a avaliação do desempenho tem os efeitos previstos nos artigos 52º a 54º da Lei n.º 66-B/2007 e na redação dada pelo artigo 49º da Lei n.º 66-B/2012, designadamente a identificação das potencialidades pessoais e profissionais do trabalhador médico e as competências e comportamentos profissionais que devam ser desenvolvidas e merecedores de melhoria, diagnosticar as necessidades de formação e melhorar os processos associados ao posto de trabalho ou alterar o posicionamento remuneratório na carreira do trabalhador e atribuição de prémios de desempenho, nos termos da legislação aplicável.

A alteração de posicionamento remuneratório por opção gestionária, bem como a atribuição de prémios de desempenho, encontram-se condicionadas à disponibilidade orçamental para o efeito (artigos 47º e 75º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro). A alteração de posicionamento remuneratório pode ser uma alteração obrigatória ou gestionária.

São deveres do avaliado participar na reunião geral de médicos para analisar os objetivos do serviço ou unidade funcional e negociar e contratualizar, com a equipa de avaliação, os objetivos individuais e as competências de desempenho bem como os resultados a atingir e efetuar a autoavaliação. Constituem direitos do avaliado, entre outros, conhecer os critérios de avaliação dos respetivos parâmetros e as suas ponderações, solicitar a intervenção da Comissão Paritária de avaliação, fazer uso dos meios impugnatórios ao seu dispor (reclamação, recurso e impugnação jurisdicional) bem como a confidencialidade dos resultados da avaliação do desempenho.

A avaliação dos trabalhadores médicos tem carácter bienal, com início em 2013 (respeitando deliberações tomadas pelas Comissões Paritárias dos Acordos Coletivos de Trabalho (ACT), nomeadamente o ACT nº 12/2011), face à alteração ao artigo 41º da Lei n.º 66-B/2007 levado a cabo pela Lei n.º 66-B/2012. Esta deve ser feita por uma equipa de avaliação que, respeitando o art.º 15º da Portaria n.º 206/2011, de 25 de Maio, bem como a cláusula 16ª do ACT, é constituída por 4 médicos: o superior hierárquico direto do avaliado, que preside; dois médicos designados pelo dirigente ou órgão máximo do ACeS, e um médico eleito pelos médicos da equipa onde o avaliado está integrado.

Assim, a avaliação do trabalhador médico respeita aos dois anos civis anteriores. A avaliação dos trabalhadores médicos pressupõe, como regra, a existência de um contrato de trabalho em funções públicas ou contrato individual de trabalho, estar integrado nas carreiras

médicas e ter no biénio em avaliação, pelo menos, um ano de exercício efetivo de funções em contacto direto com o superior hierárquico.

A avaliação do desempenho dos trabalhadores médicos faz-se com base nos seguintes parâmetros:

- a) Objetivos individuais, os quais têm de estar articulados com os do departamento, serviço, unidade funcional e equipa médica, uma vez que os objetivos são definidos em cascata, a partir dos objetivos fixados àquelas unidades orgânicas. A articulação referida impõe que os objetivos das unidades orgânicas e das equipas médicas têm de ser previamente analisados em reunião com todos os avaliados que as integram; e
- b) Competências de desempenho, que avaliam a adequação da conduta às boas práticas médicas e comportamentais compatíveis com o exercício das funções. A lista de competências é aprovada pelo Conselho Coordenador de Avaliação.

A contratualização dos parâmetros de avaliação deve ocorrer no período legalmente fixado, ou seja, durante o mês de Fevereiro do ano em que se inicia o ciclo de avaliação. Os objetivos individuais são fixados pela Equipa de Avaliação e pelo trabalhador médico, em conjunto, na sequência de proposta do superior hierárquico do mesmo, tendo em conta as orientações do Conselho Coordenador de Avaliação.

Os indicadores de medida devem permitir a superação do objetivo mas de forma a salvaguardar a diferenciação de desempenhos. A cada objetivo deve estar associada uma métrica que permite definir uma meta para cada objetivo. Também podem ser fixados objetivos de responsabilidade partilhada.

Nas situações em que não haja acordo entre a equipa de avaliação e o trabalhador médico, quanto aos objetivos individuais a fixar, podem os mesmos ser fixados sem o acordo do avaliado. Neste caso, a fixação tem de ser fundamentada, reduzida a escrito e comunicada ao avaliado.

São obrigatoriamente contratualizados objetivos de âmbito assistencial ou produtividade e atitude profissional e de comunicação, devendo, no que respeita ao primeiro dos âmbitos referidos, ser concretamente fixados objetivos de qualidade da atividade desenvolvida e de quantificação de atos médicos. O número de objetivos individuais a contratualizar é, no mínimo, de 3 e, no máximo, de 7. A ponderação dos objetivos individuais é fixada pelo Conselho Coordenador de Avaliação, mesmo existindo certos limites obrigatórios.

A avaliação dos objetivos individuais faz-se tendo em conta o grau de cumprimento de cada um deles, de acordo com a avaliação dos respetivos indicadores, avaliação esta que tem de ser convertida para a escala de valoração dos objetivos individuais prevista nos instrumentos legais e convencionais em vigor. Com vista à mencionada conversão deve ser estabelecida uma fórmula de correspondência entre a avaliação dos indicadores e a pontuação dos objetivos (1, 3, 5). Nos casos em que seja necessário um trabalho de equipa ou esforço convergente para uma finalidade de determinado serviço ou unidade funcional, podem ser fixados objetivos de responsabilidade partilhada.

Os indicadores de medida fixados para cada um dos objetivos individuais não são classificados. Esses indicadores devem ser avaliados em conformidade com uma fórmula que estabeleça uma correspondência entre a avaliação dos indicadores e a pontuação a atribuir a cada objetivo (a qual se traduz em 1, 3 e 5).

Os objetivos individuais podem ser reformulados, por motivos supervenientes, não imputáveis ao trabalhador médico, que afetem a realização dos objetivos. Considera-se que há reformulação de objetivos individuais sempre que exista alteração ou remoção dos objetivos já contratualizados ou alteração das respetivas metas e indicadores de medida.

As competências de desempenho são aprovadas pelo Conselho Coordenador de Avaliação, que deverá elaborar uma lista de “competências de desempenho”, com os comportamentos exigidos para cada nível de avaliação, os quais deverão permitir a utilização de indicadores mensuráveis. Estas competências são características pessoais e comportamentais requeridas para o desempenho de uma função e que devem ter por base padrões de atividade observáveis. As competências de desempenho são escolhidas, no âmbito da contratualização, no mês de Fevereiro do ano em que se inicia o ciclo de avaliação, por acordo entre a equipa de avaliação e o trabalhador médico. São fixadas em número mínimo de 5.

A avaliação final efetua-se nos seguintes termos:

- a) A avaliação final é o resultado da média ponderada das pontuações atribuídas nos dois parâmetros de avaliação (objetivos individuais e competências de desempenho).
- b) Os objetivos individuais têm uma ponderação mínima de 60%;
- c) As competências de desempenho têm uma ponderação máxima de 40%.

A avaliação de cada um dos parâmetros de avaliação obtém-se por votação da maioria dos elementos da equipa de avaliação, prevalecendo, em caso de empate, a avaliação do

superior hierárquico direto que deve fundamentar, por escrito, a sua discordância quanto ao proposto por outros elementos da equipa com posição diferente da sua.

A avaliação final expressa-se em menções qualitativas, em função das pontuações finais de cada parâmetro de avaliação.

De salientar ainda que a avaliação prevê algumas situações especiais, como a avaliação a nível regional, situações em que o trabalhador está em mobilidade especial ou a avaliação por ponderação curricular, quando este permaneça em situação que inviabilize a sua avaliação do desempenho por objetivos individuais e competências de desempenho.

3.2.2.2. O caso específico dos Enfermeiros.

A avaliação do desempenho dos trabalhadores enfermeiros, detentores de contrato de trabalho em funções públicas, inseridos na carreira especial de enfermagem, que foi instituída e regulada pelo Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro, deveria reger-se pelo sistema adaptado do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho na Administração Pública (SIADAP) estabelecido na Portaria n.º 242/2011, de 21 de Junho. A mesma Portaria também previa que o regime de avaliação de desempenho teria como início o ano de 2012.

No entanto, de acordo com a Circular Normativa n.º 37/2012/DRH-URT, de 17 de Outubro, esta esclarece que, na altura, ainda não estavam criadas as condições necessárias para a realização da avaliação de desempenho de acordo com os termos legais da Portaria n.º 242/2011, nomeadamente no que toca à regularização da matéria referente à direção de enfermagem, nos termos do n.º 3 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 122/2010, de 11 de Novembro. Dada essa lacuna, durante o ano de 2012, continuou a vigorar o regime constante do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, e no Regulamento da Avaliação do desempenho da carreira de enfermagem aprovado pelo Despacho n.º 2/93, de 19 de Fevereiro.

Considerando que a regulamentação da matéria referente à direção de enfermagem, condição essencial à aplicação do regime de avaliação do desempenho dos enfermeiros da carreira especial de enfermagem adaptado, apenas entrou em vigor em Agosto de 2013, a Circular Normativa n.º 18/2014/DRH/URT/ACSS, de 19 de Maio, define que o novo regime deverá ser aplicado ao biénio de 2015/2016, sendo que, no que respeita à avaliação do desempenho dos enfermeiros, quer ao ano de 2013, quer ao de 2014, deve-se continuar a observar-se o regime constante. Assim, durante todo esta dissertação, iremos abordar a

situação atual, pese embora, a partir de 2015, a realidade da avaliação do desempenho dos enfermeiros irá se modificar.

Assim, o artigo 43º e seguintes do Decreto-Lei n.º 437/91 definem e caracterizam a avaliação de desempenho dos enfermeiros ainda em vigor. O artigo refere que esta serve para atribuição uma menção qualitativa periódica à avaliação contínua do profissional. Tem como principais objetivos contribuir para que o enfermeiro melhore o seu desempenho, através do conhecimento das suas potencialidades e necessidades, e contribuir para a valorização do profissional, a fim de possibilitar a progressão da carreira. Assim, é possível detetar os fatores que influenciam o rendimento do enfermeiro e as eventuais necessidades de formação.

As avaliações possíveis são de “Satisfaz” ou “Não Satisfaz”. Esta avaliação decorre através de entrevistas periódicas de orientação, efetuadas pelo menos uma vez por ano pelo enfermeiro superior hierárquico, bem com outras entrevistas periódicas para atribuição da respetiva menção qualitativa correspondente à avaliação de desempenho referente a um período de 3 anos. Esta atribuição tem como base a análise e discussão de um relatório crítico das atividades desenvolvidas pelo profissional durante o triénio. Para efeitos da mesma atribuição, é necessário que exista uma entrevista efetuada por enfermeiros avaliadores e onde é discutido esse mesmo relatório crítico de atividade.

O artigo 49º dá especial importância à menção qualitativa “Não Satisfaz”. Ou porque existiu um deficiente desempenho do conteúdo funcional, ou pela insuficiente ou deficiência do relacionamento com o utente ou pessoal no local de trabalho, esta menção determina que o período avaliado dessa forma não conte para efeitos de progressão e promoção na carreira. A simples falta da avaliação poderá ser suprida através da ponderação do currículo profissional durante o período não avaliado.

O avaliado deve entregar o referido relatório a cada um dos avaliadores até ao dia 31 de Janeiro do ano seguinte à conclusão do triénio em avaliação, sendo que a respetiva entrevista deverá decorrer até ao 31 de Maio seguinte. O relatório crítico deve descrever as atividades inerentes à sua função que mais contribuíram para o seu desenvolvimento, os fatores que influenciaram o seu rendimento profissional, as necessidades de formação e as expectativas futuras do profissional.

O Decreto-Lei supra referido reitera que a avaliação dos enfermeiros só pode ser feita por enfermeiros, sendo que os avaliadores devem ter uma categoria superior à do avaliado. O enfermeiro-chefe deve ser o primeiro avaliador, sendo que este deve ser avaliado pelo

enfermeiro-supervisor, e, por sua vez, avaliado pelo enfermeiro-diretor, que não está sujeito a esta avaliação de desempenho.

O Despacho n.º 2/93, que regula a Avaliação de Desempenho na carreira de Enfermagem, pressupõe a existência de normas de atuação profissional e de critérios de avaliação do desempenho, para cada categoria, aprovadas pelo órgão máximo, sob proposta do enfermeiro diretor, um contacto funcional de, pelo menos, um dos enfermeiros avaliadores, registos periódicos do desempenho do enfermeiro avaliado. Este despacho prevê também uma revisão, pelo menos no termo de cada triénio, das normas de atuação profissional e dos critérios de avaliação do desempenho. Todo o processo de avaliação de desempenho é confidencial.

3.2.2.3. A avaliação do Secretariado Clínico.

Com a entrada em vigor da Lei n.º 66-B/2007, os secretários clínicos, como administrativos da função, passaram a ser abrangidos pelo SIADAP. Assim, tendo por base a legislação inicial, e respeitando as alterações a subsequentes, o secretariado clínico tem sido avaliado de forma individual através deste sistema.

A avaliação do desempenho dos trabalhadores é de carácter anual (art.º 41º), respeitante ao desempenho do ano civil anterior (art.º 42º). A avaliação do desempenho dos trabalhadores integra-se no ciclo de gestão de cada serviço e incide sobre os resultados obtidos na prossecução de objetivos individuais em articulação com os objetivos da respetiva unidade, e sobre as competências que visam avaliar os conhecimentos, capacidades técnicas e comportamentais adequadas ao exercício da função. Os objetivos podem ser de produção, de qualidade, eficiência e de aperfeiçoamento e desenvolvimento das competências. Anualmente são fixados pelo menos três objetivos para cada trabalhador.

Para os resultados a obter em cada objetivo são previamente estabelecidos indicadores de medida do desempenho (art.º 45º). De acordo com os respetivos indicadores previamente estabelecidos, a avaliação dos resultados obtidos em cada objetivo é expressa em três níveis:

- a) «Objetivo superado», a que corresponde uma pontuação de 5;
- b) «Objetivo atingido», a que corresponde uma pontuação de 3; e
- c) «Objetivo não atingido», a que corresponde uma pontuação de 1.

A pontuação final a atribuir ao parâmetro «Resultados» é a média aritmética das pontuações atribuídas aos resultados obtidos em todos os objetivos.

A avaliação de cada competência é expressa em três níveis:

- a) «Competência demonstrada a um nível elevado», com uma pontuação de 5;
- b) «Competência demonstrada», a que corresponde uma pontuação de 3; e
- c) «Competência não demonstrada ou inexistente», com a pontuação de 1.

A pontuação final a atribuir ao parâmetro «Competências» é a média aritmética das pontuações atribuídas às competências escolhidas para cada trabalhador.

A avaliação final é o resultado da média ponderada das pontuações obtidas nos dois parâmetros de avaliação, com ponderação mínima de 60 % para o parâmetro «Resultados» e uma ponderação máxima de 40 % para o parâmetro «Competências». A avaliação final é expressa em menções qualitativas em função das pontuações finais em cada parâmetro, nos seguintes termos:

- a) Desempenho Relevante, correspondendo a uma avaliação final de 4 a 5;
- b) Desempenho Adequado, correspondendo a uma avaliação final de desempenho positivo de 2 a 3,999; e
- c) Desempenho Inadequado, correspondendo a uma avaliação final de 1 a 1,999 (art.º 50º).

A atribuição da menção qualitativa de Desempenho Relevante é objeto de apreciação pelo Conselho Coordenador da Avaliação, para efeitos de eventual reconhecimento de mérito de Desempenho Excelente, por iniciativa do avaliado ou do avaliador (art.º 51º). Esta diferenciação é garantida pela fixação da percentagem máxima de 25% para as avaliações finais qualitativas de Desempenho Relevante e 5% para o reconhecimento de Desempenho Excelente (art.º 75º).

A avaliação é da competência do superior hierárquico imediato ou, na sua ausência ou impedimento, do superior hierárquico de nível seguinte. No caso das USF, é do coordenador da Unidade. No início de cada período anual de avaliação, no começo do exercício de um novo cargo ou função, bem como em todas as circunstâncias em que seja possível a fixação de objetivos a atingir, é efetuada uma reunião entre avaliador e avaliado, no sentido de fixar e registar na ficha de avaliação tais objetivos e as competências a demonstrar, bem como os respetivos indicadores de medida e critérios de superação.

3.2.3. Outras formas de avaliação: a grelha DiOr

Além da atual avaliação de desempenho, existem outras formas de analisar o trabalho das USF. Um exemplo concreto é a grelha DiOr. Segundo a Associação Nacional de

Unidades de Saúde Familiar (USF-AN), a grelha DiOr-USF (Diagnóstico do desenvolvimento Organizacional nas Unidades de Saúde Familiar) surge na sequência de experiências obtidas com a aplicação de outros instrumentos semelhantes no acompanhamento e nas auditorias de candidatura a Modelo B das USF, como foi o caso do MoniQuOr adaptado, a grelha ZZ e a grelha DiQuOr-USF. Aliado ao início do plano nacional de acreditação, originou-se a necessidade de reajustar o instrumento de diagnóstico de desenvolvimento organizacional, tornando-o mais adequado.

Assim, pretende-se desenvolver uma ferramenta que permita, de forma sistemática e rigorosa, implementar linhas de orientação, de monitorização e avaliação da organização dos serviços, tendo em vista a melhoria do desempenho das USF, a satisfação dos seus utentes e profissionais. Esta ferramenta permite a autoavaliação de cada USF, acompanhada pelo Conselho Clínico do respetivo ACeS e pelas Equipas Regionais de Apoio. Os seus resultados influenciam o acesso e manutenção em Modelo B, bem como o desempate nas candidaturas a processos de acreditação.

A grelha pode ser consultada no sítio oficial na “*Internet*” da USF-AN.

3.3. Caracterização do Estudo de caso

O Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto IV – Póvoa de Varzim | Vila do Conde, contido na Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., tem por missão a prestação de cuidados de saúde primários à população, otimizando os recursos, com vista à obtenção de ganhos em saúde com qualidade e segurança. Pretende ser reconhecido como um serviço de referência na prestação de cuidados de saúde de proximidade, oferecendo acessibilidade, qualidade técnica e de serviço, equidade, ética, eficácia e eficiência (Sitio da “*Internet*” do ACeS). Com sede no concelho de Vila do Conde, abrange uma população residente de 143.090 pessoas, representando cerca de 4% da população da região Norte (Perfil Local de Saúde, 2014). Em 2013, o ACeS tinha um conjunto de 150.631 utentes registados, representando uma cobertura de cerca 105,4% da população, ou seja, existem mais utentes inscritos nas USF do que habitantes nas respetivas áreas de cobertura. Durante este ano 123.331 utentes foram consultados numa USF, ou seja, uma taxa de utilização de cerca de 81,9%. Sendo o primeiro ACeS dentro da ARS Norte a ver todas suas UCSP serem convertidas para Unidades de Saúde Familiar, conta de momento com 14 USF dentro do Agrupamento, 8 Modelo B e 6 Modelo A.

Durante o ano de 2013, as 5 USF Modelo B onde foram realizadas as entrevistas estavam inscritos nestas USF um total de 68.190 utentes, o que representam 45,3% dos utentes do Agrupamento, e foram realizadas total de 55.027 primeiras consultas (cerca de 44,6% do total do ACeS), e 156.543 consultas subsequentes (cerca de 47,3% do total do ACeS). Nestas 5 USF exercem funções um total de 103 profissionais.

3.4. Apresentação do resultado das entrevistas

Nesta secção irá proceder-se à apresentação dos resultados das entrevistas realizadas durante o estudo de caso.

Perante o número de entrevistas referido anteriormente, tanto a elementos com responsabilidade como sem responsabilidade de gestão, foi possível apurar o ponto de vista e visão de cada um dos colaboradores dos USF que decidiram participar neste estudo, bem como os responsáveis pelo Agrupamento. Assim, propõe-se uma exposição que respeita o questionário feito a todos os entrevistados, organizando o apuramento de informação por temas. Posteriormente ocorrerá uma discussão destes mesmos resultados, apontando conformidades e não-conformidades com a legislação, atividades e iniciativas positivas e negativas, caso existam, bem como discussões de outras questões relacionadas com o funcionamento entre as várias entidades.

Como foram feitas 3 entrevistas que não são elegíveis para este estudo em concreto, foi criada uma subsecção neste capítulo para também apresentar os resultados obtidos através desses questionários. No entanto, os depoimentos destes profissionais não irão ser tidos em conta nas conclusões redigidas no capítulo seguinte.

Os resultados das entrevistas elegíveis são apresentados por pergunta.

3.4.1. Apresentação do resultado das entrevistas em USF Modelo B e no ACeS

1. Missão e visão

“Sabe qual é o objetivo da organização em que trabalha? Como obteve essa informação? Existem outros objetivos?”

Nesta primeira abordagem, regista-se, por parte dos entrevistados, alguma informalidade. Servir os utentes é a resposta mais imediata dos entrevistados. No entanto, quando pedido um grau superior de formalidade na resposta, os participantes são inequívocos em identificar o principal objetivo da organização em que trabalha: a prestação

de cuidados de saúde. Dependendo do entrevistado, outros pormenores complementares são sublinhados, como a qualidade, a segurança, a referência à saúde familiar e à população inscrita, bem como o salientar dos cuidados de saúde primários. Também não se registam dificuldades na identificação dos documentos formais da entidade que definem este objetivo central. O Regulamento Interno é o documento mais destacado, com algumas referências ao Plano de Ação. Foi também interessante registar o sublinhar imediato das reuniões multiprofissionais semanais feitas por elementos de cada USF, o que explicita a sua importância para os seus elementos. A sua referência foi feita diversas vezes ao longo das entrevistas. No que toca à referência de outros objetivos, existe uma complementaridade por parte dos entrevistados. Uns preferem focar-se na especial atenção dada aos grupos de risco, como diabéticos ou hipertensos, outros focam a existência dos indicadores de desempenho que a entidade (USF e/ou ACeS) tem de cumprir.

Um membro do ACeS afirmou que “... *existem outros objetivos, de acordo com as necessidades da população, com uma adaptação à realidade...*”.

Por último, foi também sublinhado o objetivo final que é a acreditação, que comprova a qualidade dos serviços prestados pela USF.

É interessante verificar que existe uma convergência geral, mas não específica, de respostas por parte de cada um dos grupos profissionais, sendo que cada profissional, independentemente da sua função, focou o ponto que achou mais adequado. Mesmo assim, constata-se uma consciência geral de qual é o objetivo principal tanto da USF, como do ACeS.

2. Fatores-chave de sucesso

“Tem conhecimento dos fatores-chave ou metas mais importantes para o sucesso da organização? Como obteve essa informação?”

De uma forma geral, ao fazer esta questão, os profissionais destacam de imediato o cumprimento dos indicadores contratualizados pela USF como as metas mais importantes para o sucesso. A grande maioria não só compreende esta realidade, como também consegue descrever o tipo de indicadores acordados, seja ao nível da saúde, seja a nível financeiro. No entanto, existem quem responda que “*O mais importante é a satisfação dos profissionais e dos utentes, no entanto existem os indicadores...*”, o que também demonstra a persecução de um atendimento de qualidade e um bom ambiente de trabalho. Uma vez mais, a informação é passada dentro das reuniões semanais onde todos os profissionais de cada USF se juntam para discutir a contratualização desses mesmos indicadores, caso seja esse o

período, mas também para fazer o respetivo acompanhamento do seu cumprimento, já previsto pela legislação. Mesmo assim, também há quem sublinhe a presença dos indicadores nos documentos formais da USF, como o Plano de Ação e a Carta de Compromisso, que “*é discutida, aprovada e negociada pela equipa.*”. Por outro lado, é interessante verificar que alguns dos profissionais também destacam a especial importância da vigilância dos grupos de risco, mesmo que não existissem indicadores associados. Embora rara, a referência à geral satisfação dos profissionais e dos utentes, bem como a criação de atividades para a população também foram consideradas por entrevistados. Uma vez mais, não é possível registar uma diferenciação da resposta perante a função que cada profissional ocupa.

3. Estrutura Organizacional

“Existe uma hierarquia complexa? Esta afeta ou é afetada por sistemas de gestão de desempenho? Como influencia e é influenciada por processos de gestão?”

De acordo com as respostas dos entrevistados, dentro de cada USF, não existe uma hierarquia complexa. Aliás, há quem refira a inexistência de uma hierarquia, pelo menos visível ou acentuada. Evidentemente que a legislação, que foi referida por alguns profissionais, prevê a existência de um coordenador. No entanto, embora esse coordenador exista, não é possível detetar patamares rígidos de difícil acesso por parte dos profissionais da cada USF, vendo a figura do coordenador mais como um representante da USF e não tanto como um superior hierárquico. Citando um secretário clínico: “*Não se nota uma hierarquia. A colaboração de todos é fundamental.*”. Assim, pode-se afirmar que existe uma hierarquia simples e de fácil compreensão dentro das USF, respeitante com a legislação vigente, que, no ponto de vista dos entrevistados, veio ajudar nessa mesma simplificação, diluindo a hierarquia e promovendo uma gestão partilhada. A promoção da organização e comunicação dentro das USF é, por isso, feita de outras formas, com especial relevo para as reuniões multiprofissionais. O mesmo se verifica com a ligação entre cada uma das USF e o ACeS. Os profissionais entrevistados compreendem a hierarquia existente dentro do ACeS, e vice-versa, sabendo a quem se devem dirigir, dependendo do assunto que pretendem tratar, sem intermediários. Os entrevistados sublinham a facilidade que existe em comunicar com os elementos pertencentes à gestão do agrupamento. A proximidade geográfica registada por determinadas USF foi considerada como relevante para a fácil comunicação. No entanto, não é possível registar que o contrário, ou seja, a distância geográfica entre o ACeS e a respetiva USF seja um fator que prejudique o funcionamento das respetivas organizações.

A Diretora Executiva do Agrupamento sublinha que *“As USF vieram trazer uma responsabilidade partilhada, diluindo a hierarquia.”*

Assim, regista-se uma hierarquia dependente da lei, e não dos processos de gestão implementados. Embora seja possível afirmar que existe uma hierarquia positiva e não impeditiva da boa relação entre as organizações, houve quem aproveitasse esta pergunta para comentar sobre, na sua perspetiva, a elevada burocracia ainda existente em alguns processos de gestão.

4. Plano e estratégia

“Existe um plano, uma estratégia, atividades planeadas para cumprir os objetivos? Como é que estes são gerados, adotados, e comunicados à gestão e aos colaboradores?”

Todos os profissionais, tendo ou não responsabilidade de gestão, e fazendo parte das USF ou do ACeS, confirmam a existência de atividades planeadas no sentido de cumprir os objetivos. Foi possível registar a liberdade das USF em definir as estratégias e as atividades mais adequadas para, segundo o seu próprio julgamento, mas respeitando orientações técnicas definidas pela tutela, a consecução dos indicadores definidos. Assim, cabe às USF registar na sua Carta de Compromisso e no Plano de Ação os objetivos a cumprir e as respetivas atividades planeadas. A estratégia é ponderada antes da contratualização dos indicadores, por todos os elementos da USF, nomeadamente no que toca ao conjunto de indicadores definidos pela própria Unidade. Nesse momento, já se regista uma ponderação sobre quais as estratégias a definir, tendo em conta os indicadores propostos e os meios disponíveis, alcançando, segundo alguns profissionais, uma escolha mais acertada dos indicadores e uma melhor gestão dos recursos. As reuniões das respetivas equipas de saúde são o principal mecanismo para o efeito, onde todos os seus elementos são chamados a colaborar na criação de um plano para cada indicador. Um membro de um conselho técnico refere que *“... existem estratégias definidas para objetivo, respeitando as orientações...”*. Posteriormente, as conclusões são comunicadas nas reuniões multiprofissionais de cada Unidade, onde se podem registar pequenos ajustamentos ao plano já definido. Tudo que é definido é posto à aprovação do ACeS, que assume apenas um papel de controlo nesta matéria, embora também chegasse a ser sublinhado a sua contribuição com os Manuais de Procedimentos para cada área de saúde. A monitorização, ao longo do período de avaliação, possibilita o reajuste do plano, tendo em conta os resultados já obtidos. Assim, pode concluir-se que existe uma colaboração de todos os elementos de cada USF para o cumprimento dos objetivos contratualizados, onde todos estão informados sobre esses

objetivos, as estratégias definidas e a situação atual, onde o ACeS define um papel de supervisão e orientação, sendo que apenas intervirá diretamente caso se registre um incumprimento dos objetivos. Uma vez mais, não se registam divergências significativas entre as respostas e as funções que os entrevistados desempenham.

5. Medição do desempenho

“Como é apurado o seu desempenho? De que forma? Existe uma avaliação do desempenho?”

Pelo facto dos entrevistados terem diferentes funções, quer nas USF, quer no ACeS, registaram-se diferentes respostas a esta questão. Analisando em primeiro lugar as respostas dos médicos da USF, podemos verificar que o SIADAP está a ser implementado de acordo com a legislação em vigor. Embora com atrasos e ainda algumas dúvidas por parte de alguns profissionais, estes têm consciência de que têm indicadores individuais contratualizados, além dos gerais da USF. Por outro lado, além dos serviços de saúde prestados, os médicos entrevistados acumulam responsabilidades de gestão, sendo coordenadores da respetiva USF. Nesse campo, não foi possível apurar a existência de uma avaliação formal do desempenho do coordenador. Existe, de facto, uma apreciação global do seu desempenho, por parte de todos os elementos da USF, cujos resultados podem levar à recondução ou ao afastamento do coordenador, sendo para isso necessária uma nova nomeação, de forma democrática. Examinado, posteriormente, a situação atual dos enfermeiros, através das entrevistas conduzidas, é possível também considerar que a avaliação de desempenho está a decorrer de acordo com o explicitado na legislação. Os entrevistados referem que, embora constatem a fase de transição que está a decorrer, sublinham a existência de muitas dúvidas acerca do novo processo de avaliação, nomeadamente no que toca à sua implementação. Esta curta reação de um enfermeiro à pergunta feita evidencia isso mesmo: *“É complicado...”*. Assim, ainda persiste a avaliação através do relatório periódico de atividades, sendo que, segundo os entrevistados, os avaliadores são pessoas que não conhecem de forma suficiente o trabalho dos avaliados, o que leva a querer que existem deficiências na forma da avaliação atual. Os enfermeiros entrevistados acumulam, além dos serviços de saúde prestados, funções no conselho técnico da USF em que desenvolvem funções. No entanto, tal como no caso dos coordenadores, não existe uma avaliação formal dos membros do conselho técnico, registando-se apenas uma apreciação global da prestação dos seus membros, que pode levar à sua recondução ou ao afastamento do cargo. Por fim, no que toca ao secretariado clínico, regista-se também uma avaliação de acordo com a legislação. Os secretários clínicos estão

a ser avaliados de acordo com grelha de avaliação individual. Em todos os casos, foi possível apontar queixas particulares por parte dos avaliados, sendo que, em nenhum momento, segundo eles, existe uma consulta dos vários colegas de trabalho, porque são estes que realmente observam o desempenho do avaliado. Analisando as entrevistas feitas aos elementos do ACeS, verificam-se novamente diferentes formas de avaliação. Primeiro, é necessário perceber que há quem simplesmente não seja formalmente avaliado, sendo que a avaliação do seu trabalho apenas será feita depois de apurados os resultados dos indicadores contratualizados pelo Agrupamento. Por outro lado, foi possível também verificar uma situação de acumulação de funções de dirigente superior e prestador de serviços de saúde, que, embora existam dois sistemas de avaliação, apenas um é aplicado. Por outro lado, o secretariado que apoia a gestão do Agrupamento é avaliado segundo um conjunto de objetivos individuais negociados com o avaliador, segundo a sua função específica. Em conclusão, é possível apurar que os elementos conseguem descrever com pormenor a avaliação de desempenho a que estão sujeitos, sendo que existe uma heterogeneidade significativa das formas de avaliação por função. No entanto, também é verdade que nem todos os que desempenham funções dentro do ACeS estão a ser individualmente avaliados, o que prejudica o apuramento do seu real desempenho.

6. Níveis de desempenho

“Quais os níveis de desempenho necessários em cada mensuração e como são fixados os objetivos de desempenho? Quão difícil é atingi-los?”

Esta pergunta registou, pela primeira vez neste questionário, algumas divergências significativas nas respostas dos entrevistados. A totalidade dos entrevistados, sejam elementos do ACeS ou das USF, reitera que os indicadores, fator-chave na definição e mensuração do desempenho, têm níveis bastante elevados. Porém, a grande maioria também admite que, embora a exigência seja elevada, é possível alcançar os indicadores contratualizados. No entanto, alguns entrevistados, principalmente com responsabilidade de gestão, apontam que a exigência elevada desses mesmos indicadores causa diversos problemas ao desenrolar normal das atividades de saúde. Situações-limite como a dificuldade do cumprimento das boas práticas para a consecução dos objetivos, o desajustamento existente entre os indicadores e as características da população, o efeito prejudicial na qualidade do trabalho, bem como alguma falta de colaboração de doentes que afetam os indicadores são fatores que afetam o desempenho das várias Unidades e que foram explicitados por alguns dos entrevistados. Por outro lado, embora a maioria dos indicadores

sejam numéricos, existem metas com determinada subjetividade, e que também dificultam a percepção da sua dificuldade.

Uma resposta interessante foi registada por um dos coordenadores entrevistados: *“Como coordenador, parecem-me adaptados. Como médico, acho que são pouco racionais e contra a saúde dos trabalhadores. A qualidade no trabalho está a ser afetada.”*

Outro ponto levantado durante as entrevistas foi a contraprodução de alguns indicadores. Se a constante exigência dos indicadores de saúde é notória, os indicadores económicos são cada vez mais apertados, o que dificulta o cumprimento dos indicadores de saúde. Os entrevistados também aproveitaram esta oportunidade para referir que seria positiva a existência de indicadores que diferenciassem melhor o desempenho individual dos elementos da USF, criando uma distinção entre os avaliados. É pertinente destacar uma última observação sobre a mensuração. Como já dito, cada indicador tem um conjunto de orientações e boas práticas que o acompanham, no sentido de garantir a qualidade dos serviços de saúde durante o seu cumprimento. Por vezes o indicador de saúde é acompanhado por um indicador económico, que limita os gastos de saúde. Ora, quando ocorre uma mudança das orientações e boas práticas que fazem aumentar os gastos exigidos, é crucial que os indicadores relacionados sejam revistos. Embora já tenham ocorrido alterações nas práticas exigidas, o que é facto é que a respetiva renegociação dos indicadores ainda não ocorreu, o que pode por em causa o seu cumprimento por parte da USF. Embora não exista uma tendência totalmente definida, pode dizer-se que o secretariado tem uma visão mais otimista no que toca ao cumprimento dos indicadores do que os restantes profissionais das USF.

7. Avaliação do desempenho

“Existem formas de avaliar o desempenho, tanto de forma individual, coletiva, como geral? Descreva essas avaliações e a sua importância para si e para a organização (objetivas ou subjetivas, formais e informais).”

Por ser uma pergunta com uma resposta complexa e partida, foram várias as respostas obtidas. Para melhor compreensão das respostas dos entrevistados, esclareça-se que a avaliação individual consiste na apreciação do trabalho desenvolvido pelo profissional, independentemente da que função ocupe, a avaliação coletiva consiste na análise do desempenho do grupo de médicos, enfermeiros ou secretariado clínico, e a avaliação geral faz um levantamento do desempenho da USF ou do ACeS no seu todo. As várias formas de avaliação foram descritas de acordo com a legislação em vigor, sendo que, em algumas das

entrevistas, até foi possível obter as informações necessárias sobre esta questão em perguntas anteriores. No que toca às formas existentes de avaliação do desempenho, nem todos os entrevistados são capazes de as caracterizar da melhor forma. Nem todos conseguem concordar na existência ou não existência de uma avaliação individual e coletiva. Na realidade, objetivamente, existe uma avaliação individual em todas as funções da USF. Quer os médicos, pelos objetivos individuais contratualizados, quer os enfermeiros, através da apresentação e escrutínio do relatório periódico de atividades, quer os secretários clínicos, através da grelha de avaliação individual, estão a ser avaliados de forma direta, tendo em conta a sua prestação. No entanto, no que toca a uma avaliação coletiva, nem todos os pontos de vista estão corretos, sendo que uns corrigem os outros. Não existe, objetivamente, uma avaliação só e apenas coletiva. Se é verdade que existem indicadores médicos ou de enfermagem, a contribuição das outras funções para o seu cumprimento é suficientemente significativa para que não se possa falar numa avaliação coletiva. Por isso, a avaliação geral, nomeadamente o cumprimento dos indicadores de desempenho contratualizados, ganha um novo peso na leitura do desempenho dos elementos das USF. Aliás, no geral, os entrevistados admitem que existe um real e indispensável trabalho em equipa para o concretizar desses mesmos objetivos. Esta avaliação geral também é levada em conta na avaliação dos elementos com responsabilidade de gestão, como a coordenação e o conselho técnico. Uma situação semelhante acontece quando analisamos as formas de avaliação dos elementos do ACeS. Na realidade, a gestão só é avaliada em termos indiretos, através dos resultados obtidos nos indicadores contratualizados pelo Agrupamento, sendo a sua recondução ou demissão condicionada ao seu cumprimento. No entanto, dentro da Unidade de apoio à gestão, existe uma avaliação com semelhanças ao secretariado clínico das USF. No que toca à importância da existência de uma avaliação de desempenho, todos os profissionais, sem exceção, compreendem a sua importância, apontando como principal benefício a existência de um “*feedback*” real sobre o desempenho, em vez de uma ideia geral, evitando uma entrada em rotina diária sem uma tentativa de apurar os aspetos a melhorar.

Citando um membro de uma USF: “... *é importante porque o próprio profissional tem de estar ciente do que tem de alcançar. É um desafio.*”

Outros preferem sublinhar que a avaliação de desempenho deve conseguir destacar as melhores USF. Contudo, a maioria não indica o escrutínio da avaliação de desempenho como um fator de motivação para o exercício da sua função dentro da organização, sendo que a progressão das carreiras está, por enquanto, congelada.

8. Sistema de incentivos

“Que tipo de recompensa (financeira e não-financeira) a gestão e os restantes colaboradores podem auferir se cumprirem os objetivos definidos para o desempenho (e, ao invés, que consequências negativas podem sofrer se os falhar)?”

A revisão do enquadramento legal já tinha sido uma oportunidade para fazer um confronto sobre as consequências positivas e negativas, financeiras e não financeiras, da avaliação de desempenho dentro da USF. Por isso, na pergunta oito do questionário, deu-se um foco superior à verificação das obrigações das duas partes no que toca ao sistema de prémios estabelecidos. Tendo por base a diferença que existe entre os prémios dos médicos e os restantes elementos da USF, podem afirmar que, de momento, a tutela cumpre apenas com parte das suas obrigações a nível de pagamentos de suplementos e incentivos aos elementos da USF. Essa lacuna irá ser abordada de forma mais contundente no capítulo seguinte. Pese embora esta menção, é possível, nesta secção, sublinhar que cada USF poderá se candidatar a um conjunto de incentivos para um melhoramento das condições de trabalho, mas também para um investimento acrescido na formação dos seus elementos. Ora, todos os elementos pertencentes às USF que entrevistamos referiram que, embora a USF tivesse cumprido com todas as exigências legais na candidatura a esses incentivos, bem como o cumprimento dos indicadores, ainda não obtiveram qualquer incentivo do género. Isto releva um incumprimento por parte do avaliador, que acaba por adular, em certa medida, a avaliação de desempenho e o sistema de prémios. Durante as entrevistas a elementos do Agrupamento, foi possível confrontá-los com esta realidade, confirmando a ausência de entrega destes incentivos na maioria das USF do Agrupamento, mas fazendo sublinhar que a adjudicação dos fundos inerentes aos incentivos não é da responsabilidade do ACeS, sendo que este problema já foi diversas vezes reportado à ARS Norte. Dado que, segundo os entrevistados, não existem recompensas não financeiras definidas, inerentes ao bom desempenho ou ao cumprimento de objetivos, a receção a esta pergunta em particular foi especialmente confusa, sendo que alguns entrevistados consideram que uma progressão da carreira do futuro pode depender das avaliações atuais. A satisfação dos utentes com a prestação de serviços de saúde de qualidade também é considerada pelos profissionais com uma recompensa. No entanto, foi possível detetar a implementação de um sistema de banco de horas numa das USF que se disponibilizou em participar no estudo de caso. Embora não exista uma recompensa propriamente dita, o simples facto da sua existência é considerada de extrema importância para a boa gestão dos horários dos profissionais e das consultas, influenciando de forma positiva o desempenho dos profissionais e a prestação dos cuidados.

Por outro lado, não parecem existir qualquer consequência negativa, financeira ou não financeira, direta ou indireta, para os elementos pertencentes à USF. A nível individual, os entrevistados preferiram destacar que, embora não seja algo formal, caso exista um elemento do quadro que esteja a ter um desempenho deficiente, pode correr o risco de ser despedido. No entanto, a principal indicação dos entrevistados aponta para a possibilidade de recuo da USF do Modelo B para Modelo A, o que forçosamente teria consequências negativas no que toca aos objetivos e respetivos incentivos. Esta possibilidade é considerada como real, caso não sejam alcançados os indicadores contratualizados. Um membro de uma USF comentou: *“Existe uma nuvem negra de passagem para o Modelo A”*.

No que toca aos elementos entrevistados do ACeS, estes não são abrangidos por qualquer tipo de recompensa ou consequência negativa, financeira ou não financeira. Perante os resultados das entrevistas, foi possível apurar que os entrevistados conhecem o enquadramento legal, bem como a funcionamento na prática, do sistema de prémios estabelecido.

9. Fluxos de comunicação

“De que forma é feita a passagem de informação relacionada com os sistemas de gestão de desempenho?”

Além da passagem de informação relacionada com os sistemas de gestão de desempenho, foi pertinente questionar sobre os vários fluxos de comunicação dentro da USF e do ACeS, mas também para fora das organizações. Destacando apenas as USF, os entrevistados destacaram o telefone e o correio eletrónico como formas de passagem de informação dentro e para fora das USF. De uso exclusivo dentro da USF foi destacado um serviço gratuito de mensagens instantâneas, que, segundo os entrevistados, permite uma maior liberdade e agilidade de comunicação entre os elementos das USF, bem como um sistema de pastas e arquivo no que toca aos documentos em formato físico.

No que toca aos sistemas de gestão de desempenho, os fluxos de informação respeitam as exigências da lei. O programa informático disponibilizado para as USF permite o acompanhamento dos indicadores de desempenho, enquanto que a preferência dos enfermeiros pela entrega dos relatórios aos avaliadores é a forma presencial. Dentro da USF, também foi possível apurar que, além da conferência pessoal, durante as reuniões de equipa e multiprofissionais, existe um acompanhamento e discussão da informação fornecida sobre o cumprimento dos indicadores por parte de todos os elementos da Unidade. Dentro das várias áreas de gestão do Agrupamento verifica-se uma situação semelhante à das USF, com

o uso do telefone, correio eletrónico e sistemas de pastas e arquivo para a passagem de informação. A comunicação entre as USF e o ACeS é feita maioritariamente por correio eletrónico, sendo que é apenas utilizado o correio físico quando assim a legislação o exige. A discussão do cumprimento dos objetivos propostos é feita em reuniões com os coordenadores de cada USF no ACeS na sede do Agrupamento. Denota-se, entre todos os entrevistados, um conhecimento geral sobre os meios de comunicação à disposição, bem como o seu uso, quando necessário, o que releva uma predisposição para a partilha e passagem de informação. No entanto, tanto o ACeS como as USF reconhecem ainda algumas dificuldades na comunicação entre si. Um membro do Agrupamento assim o admite: *“Existe uma dificuldade da informação chegar a cada profissional”*. Tal parece suceder-se pelo excesso de informação que circula entre as organizações, cujas USF têm dificuldade em processar, dada a concentração que têm nas suas tarefas diárias de prestação de serviços aos utentes. Embora exista esta perceção, não conseguimos apurar que soluções alternativas o Agrupamento estará a estudar para contornar este problema, que, durante o estudo de caso, também foram sentidos durante os contactos feitos, junto das entidades, acerca da participação neste estudo.

10. O uso de sistemas de gestão de desempenho

“Que tipo de uso é dado à informação e aos vários mecanismos de controlo implementados? Podem ser caracterizados? O seu uso é diferente de acordo com a hierarquia?”

Perante as respostas dadas, é possível afirmar que os elementos das USF estão informados sobre os sistemas de controlo implementados, bem como as informações que resultam do sistema de gestão de desempenho. Alguns entrevistados destacam, como exemplo, o facto dos manuais de boas práticas e orientações serem diferentes para cada equipa de saúde. No entanto, embora cada equipa de saúde constata uma importância acrescida às boas práticas de saúde que são obrigados a cumprir, os resultados das entrevistas apontam para um conhecimento geral dos elementos sobre toda a informação, reforçada pela sua disponibilidade global. As reuniões multiprofissionais também registam um contributo fundamental neste campo, consonante com a política do ACeS de divulgação da informação. Por outro lado, é também reconhecido um conhecimento mais extenso por partes dos elementos da USF com responsabilidades de gestão, dado que *“... as responsabilidades são acrescidas...”*. No entanto, é possível também verificar um excesso de informação disponível, sendo, por isso, complicado para alguns dos elementos, assimilar toda a

informação existente. Regista-se, por isso, em algumas situações, um esforço da triagem no tipo e quantidade de informação que é essencial ter conhecimento. Algo de semelhante também se verifica com os elementos do ACeS. As suas responsabilidades de gestão obrigam a uma análise mais aprofundada das matérias relacionadas com o controlo e com o desempenho.

11. A alteração dos sistemas de gestão de desempenho

“Como é que os sistemas de gestão de desempenho alteraram a organização? As mudanças nos sistemas foram pró-ativas ou reativas?”

Os sistemas de gestão de desempenho, implementados nas USF do ACeS, estão obrigados ao cumprimento da legislação aplicável publicada pela tutela. Assim, segundo os entrevistados, existe um respeito pelo enquadramento legal atual, nomeadamente pela contratualização dos indicadores de desempenho. O surgimento desses mesmos indicadores veio trazer uma responsabilidade acrescida à organização, bem como uma direção mais detalhada do que anteriormente. Pelo cumprimento desse enquadramento legal, as possíveis alterações revelam-se forçosamente reativas, sendo que, em todo o caso, os elementos entrevistados que exercem a sua função no ACeS não reconhecem alterações significativas ao funcionamento das Unidades, preferindo sublinhar que os cuidados de saúde estão acima dos indicadores e que seria difícil conceber uma ideia de trabalho apenas com o foco no seu cumprimento. *“Há mais vida para além dos indicadores”*, refere um membro do ACeS.

No entanto, um outro membro do ACeS sublinha que, quanto a alterações, *“em termos abstratos, não. A prestação de cuidados está à parte. No entanto, em termos objetivos, por causa dos indicadores, pode haver um condicionalismo para as áreas mais influentes.”*

No entanto, dentro das USF, nem todos os entrevistados conseguem concordar na totalidade, daí que se exige uma decomposição dos depoimentos por função.

Os médicos e coordenadores têm como ponto de vista geral que a avaliação, quer individual, quer geral, não alterou de forma significativa a organização das USF. No entanto, houve quem aproveitasse este espaço para deixar algumas conclusões particularmente direcionadas para o SIADAP, criticando, por exemplo, a lenta e atrapalhada implementação da avaliação, sublinhando a falta de informação relacionada que chega aos profissionais, ou pedindo alterações à avaliação, com especial atenção para um foco mais qualitativo da prestação dos médicos.

Evidentemente, os enfermeiros têm uma perspectiva diferente, devido à transição de modelo de avaliação individual que se avizinha. No entanto, analisando o paradigma registado na legislação, que grande parte dos enfermeiros ainda não estão totalmente informados, antecipam poucas alterações ao exercício da função de desempenham. Um membro do conselho técnico destaca que a alteração será, “*na prática, nenhuma*”. Por outro lado, aproveitaram este espaço para confessar algumas questões sobre o que já conhecem do que pode vir, no futuro, em termos de avaliação. A título de exemplo, destacam a inexistência de uma figura que coordene o trabalho dos enfermeiros, dentro da USF, capaz de também participar na avaliação. Segundo os entrevistados, essa figura do avaliador ainda não está definida.

Quanto ao ponto de vista do secretariado clínico, existe uma concordância com os restantes membros da USF, pois também assinalam poucas alterações ao modo de operar. Registou-se uma concordância maior das respostas dos elementos do secretariado clínico do que com os restantes entrevistados, sendo, no entanto, curioso perceber que fazem a ressalva da atenção especial, por parte da USF, do cumprimento dos indicadores contratualizados.

Estes pontos de vistas díspares também se justificam pelas fases diferentes de implementação do SIADAP nas várias funções desenvolvidas na USF.

Objetivamente registam-se mudanças reativas à alteração das exigências dos sistemas de gestão de desempenho, dado que, como já sublinhado anteriormente, a alteração dos indicadores contratualizados resultam de indicações feitas pela tutela, não sendo possível registar mudanças pró-ativas dentro das instituições que participaram no estudo de caso.

12. Robustez e coerência dos sistemas de gestão de desempenho

“Quão fortes ou coerentes estão as ligações entre os componentes dos sistemas de gestão de desempenho e a forma como cada um é usado (como denotados pelas 11 questões anteriores)?”

Por ser uma questão que se reveste de alguma complexidade, visto que nem todos os entrevistados têm formação ou responsabilidade relacionadas com a gestão, esta pergunta nem sempre foi colocada diretamente aos entrevistados. Por outro lado, o facto de a entrevista ser do tipo semiestruturada e qualitativa, é possível obter informações adicionais que vão para além das questões colocadas. Mesmo assim, por vezes, não obtendo diretamente esclarecimentos sobre a robustez e coerência dos sistemas de gestão de desempenho, perante as informações retiradas nas onze perguntas anteriores, e até indo ao

encontro do enquadramento teórico explicitado pelos criadores deste questionário, é possível retirar conclusões sobre o tema em particular.

Analisando as respostas dadas, existem diversos prismas por onde esta questão deve ser escrutinada. Primeiro, perceber se existe uma articulação entre aquilo que é exigido pela tutela e aquilo que na realidade é contratualizado e registado nos documentos oficiais das USF e do ACeS. Perante as respostas dadas, existe uma concordância entre a teoria e a prática. Por outro lado, compreender se existe um caminho de princípio, meio e fim no pensamento estratégico do ACeS e das USF. Ou seja, para cada objetivo, existe uma estratégia, um plano e um resultado, se possível positivo. Também é possível verificar que existe um esforço por parte das organizações em construir um caminho para o sucesso. Por último, também é importante fazer um levantamento da adaptação da contratualização periódica dos objetivos à realidade. Aqui, pelas entrevistas feitas, não é possível confirmar essa mesma situação. Os profissionais das USF reclamam da excessiva exigência dos indicadores propostos pela tutela, sublinhando o desequilíbrio existente entre aquilo que é exigido às USF com maior e com menor sucesso. Mesmo procurando obter o melhor possível de cada Unidade, em vez de promover uma aproximação do desempenho das Unidades dentro do Agrupamento em causa, a tutela prefere elevar, de forma constante, a exigência das USF com maior sucesso, potenciando ainda maiores desequilíbrios. Neste aspeto em particular, regista-se um sublinhar enfático por parte dos profissionais com responsabilidade de gestão dentro de cada organização.

3.4.2. Resultados obtidos na USF Modelo A

Na apresentação dos resultados do estudo de caso, foi mais interessante, pela disparidade existente na avaliação de desempenho individual e geral, bem como os incentivos dos profissionais, mas também pelo tipo de capacidade e maturidade da organização, incidir o foco apenas nos resultados relativos às entrevistas feitas em USF Modelo B. No entanto, foi também promovido, dentro dos mesmo parâmetros das USF Modelo B, um conjunto de 3 entrevistas numa USF Modelo A. Pretendeu-se, com isto, explicitar algumas diferenças ou semelhanças no desenvolvimento das funções, mas também na forma de avaliar o desempenho dos profissionais e da Unidade, assim como fazer um levantamento da perspetiva diferente de um modelo diferente.

Tendo em conta o enquadramento legal, é possível afirmar que a forma de trabalhar dos Modelos A e B não são muito diferentes, mesmo considerando os diferentes objetivos

relacionados com o desenvolvimento organizacional. Estando num ponto mais inicial do processo de maturação, as USF Modelo A têm como principal objetivo alcançar o estatuto de USF Modelo B. No entanto, segundo as próprias diretrizes da tutela, reconhece-se uma dificuldade cada vez maior em fazer essa transição, dado que a tutela limita cada vez mais essa transição: *“A tutela mudou completamente a sua política”* Pese embora essa posição, os elementos da USF afirmam manter a concentração nesse objetivo, já que o incremento da responsabilidade e da compensação financeira justifica o esforço acrescido. Mesmo assim, pela disparidade da recompensa financeira em cada Modelo, existe quem não compreenda este sistema de avaliação. Foi possível registar também as queixas em relação a dificuldades com o sistema informático, utensílio praticamente obrigatório no cumprimento diário das suas funções, não só pelo excesso de diferentes programas informáticos e a sua complexidade, mas também pelas dificuldades de conexão com a rede, que dificultam o desenrolar normal da atividade da USF em particular. Um membro da USF refere que *“...quebra-se a comunicação com o utente por causa do computador. Nalguns caso é absurdo. A falta de um clique pode fazer com que a consulta nunca tenha acontecido...”*. De facto, certos indicadores baseiam-se nas informações introduzidas pelos profissionais. Neste aspeto em particular, foi chamada à atenção da possibilidade da existência de resultados dos indicadores falseados, pois o sistema informático assim deixa-o em aberto, fruto de um deficiente controlo implementado num campo tão fundamental para o funcionamento das Unidades, desvirtuando, em certa medida, o modelo de avaliação implementado, particularmente dentro das USF.

Se é verdade que, por si só, isto não implica que isso se concretize, também não foi possível, com rigor, perceber se realmente esta situação ocorre. Além disso, ainda ao nível dos sistemas informáticos, foram registadas outros problemas como o fraco acesso à rede de *“Internet”*.

Capítulo IV - Conclusões e discussão dos resultados

A conjuntura económica e social atual exige do Estado um rigor orçamental severo e um critério apertado na distribuição dos fundos públicos, já de si escassos. Por isso, a perseguição por um desempenho público alto, que justifique a atribuição de recursos públicos, mesmo em áreas que são, muitas vezes, indispensáveis para a manutenção da qualidade de vida e equilíbrio económico da população, bem como da conservação de um estado social presente, é classificado como um desafio de elevado nível de complexidade. Para isso, devem contribuir, de forma decisiva, os sistemas de avaliação do desempenho, capazes de escrutinar, analisar e premiar, de forma justa e equilibrada, a prestação dos organismos públicos e respetivos profissionais, destacando os melhores, perseguindo um caminho constante de progresso na qualidade dos serviços prestados e apagando a ideia do público em geral da falta de exigência dentro do sector público. O sector da saúde, com toda a sua influência no bem-estar da população e na correção de desequilíbrios sociais, não pode fugir a esta regra.

Com efeito, o Estado tem vindo a aplicar, de forma faseada e com acordo dos respetivos sindicatos e comissões de trabalhadores, um conjunto de sistemas de avaliação de desempenho, baseados na contratualização de indicadores de desempenho periódicos, quer a nível individual, quer a nível institucional, no sentido de apurar o desempenho das várias organizações, nomeadamente dentro das instituições de prestação de cuidados de saúde primários, como o caso das USF. Assim, a partir de um modelo de análise da gestão do desempenho, foi possível ir além das obrigações escritas na legislação aplicável, percebendo a realidade atual dentro das instituições avaliadas de forma objetiva, ressaltando as concordâncias e disparidades da teoria da lei com a prática, indicando as suas virtudes e defeitos e apontando as sempre importantes opiniões dos avaliados. Por isso, a verificação da sua eficiência e eficácia deve ser periódica, tanto por parte do avaliador, o Estado, através de auditorias periódicas, como por parte de académicos e investigadores, que contribuam para o seu constante aperfeiçoamento. Assim, também é possível afirmar que existe um exercício de auditoria neste estudo de caso, dado que regista-se uma verificação de uma dada matéria, tendente a analisar a sua conformidade com o enquadramento legal em vigor.

Por isso, regista-se nesta dissertação uma componente fundamental de complemento do trabalho académico, nomeadamente no teste prático do extensivo modelo de análise de gestão de desempenho construído por Ferreira & Otley (2009), dentro de um ambiente de entidade pública de prestação de cuidados de saúde, pois uma das características

fundamentais e inovadoras deste modelo é o expandir da análise de um ponto de vista apenas economicista para uma exame completo da organização a nível económico, estratégico e das atividades planeadas e executadas.

Reunindo toda a informação, que, em larga escala, já foi exposta no ponto anterior com a divulgação dos resultados, exige-se neste momento uma conclusão capaz de condensar todo o conhecimento recolhido através do levantamento do enquadramento legal, bem como da análise da implementação prática do sistema de avaliação de desempenho dentro das USF e do respetivo ACeS, oferecendo uma contribuição para o seu aperfeiçoamento, bem como um parecer sobre a eficiência do modelo aplicado, colaborando para o desenvolvimento da literatura neste campo ainda menos explorado.

Começando pela questão relacionada com a literatura, foi possível, através deste teste prático, confirmar a validade do modelo de análise de sistemas de gestão de desempenho, criado por Ferreira & Otley (2009), no tipo de organização estudada, ou seja, nos prestadores de cuidados de saúde primários. É possível avaliar de forma positiva o modelo testado, com especial elogio para a sua extensão e o número de áreas que aborda, que se revelam, em larga escala, úteis e apropriadas. A capacidade de abordagem dos vários temas, começando por uma análise mais geral da organização, com os objetivos, metas e estratégias, passando pelo aprofundar do tema em concreto: a avaliação, e os seus moldes, graus e consequências, não deixando de consultar outras questões inerentes ao processo de avaliação como a sua informação e adaptação, torna-o completo. Assim, este modelo é capaz de disponibilizar ao seu utilizador um quadro que ilustra, com alta resolução, o sistema de avaliação de desempenho implementado.

No entanto, também é possível apontar algumas limitações, tendo em conta o caso estudado. A principal característica deste modelo, a sua extensão, acaba por trair, de certa forma, a sua aplicação. Além da pouca disponibilidade de tempo demonstrada pelas organizações abordadas para participar no estudo, o questionário aborda subtemas que são de difícil resposta por parte dos entrevistados, principalmente se não tiverem uma ligação à gestão. A pergunta doze, em particular, reveste-se de tal complexidade que, não raras vezes, coube ao entrevistador desdobrar a pergunta e recolher informações de respostas anterior no sentido de perceber se a questão em particular foi respondida, não adulterando, evidentemente, os resultados do estudo. Por outro lado, embora a sua extensão seja reconhecida, até pelo número de citações feitas até à data, a verdade é que não é um modelo completo. O foco apresenta-se na implementação do sistema de gestão de desempenho que testa. No entanto, na teoria, não existe, nas suas doze questões, um momento de recolha

direta da opinião, por parte do utilizador, independentemente do entrevistado, quer este seja um avaliado ou um avaliador. É verdade que a pergunta seis e sete questionam o entrevistado sobre a importância da existência de uma avaliação, ou sobre os níveis exigidos. Mas esta pergunta restringe a sua abordagem apenas à sua existência, sem considerar a opinião existente sobre as virtudes e defeitos do sistema implementado, bem como senso de, em particular, cada indicador. Por isso, caberá ao entrevistador questionar o entrevistado sobre o seu ponto de vista, opinião ou apreciação, caso o entrevistado não a expresse de forma deliberada ao longo da entrevista. Embora, em termos práticos, na grande maioria das vezes, não tenha sido necessário propor ao entrevistado que expressasse a sua opinião, o que é facto é que o modelo deveria consagrar um espaço, de forma mais objetiva, para a opinião do entrevistado, seja este avaliado ou avaliador.

Desta forma, o modelo acaba por ignorar a opinião dos entrevistados, descartando a importância do “*feedback*” para as conclusões retiradas, algo em que se difere do modelo de Otley (1999), que serviu de base para a construção deste novo modelo. Em termos sucintos, há uma avaliação do sistema a nível teórico, com a abordagem de inúmeras áreas cruciais para a sua existência, mas, caso este seja desajustado para o modelo de organização ou de negócio, esse desajuste poderá, eventualmente, não ser denotado. Uma questão extra sobre a opinião do entrevistado, ou mesmo um levantamento mais assertivo da mesma dentro dos vários subtemas não só resolvia esta limitação em termos teóricos, como recolhia mais informação relevante para o próprio escrutínio do modelo implementado, criando mais uma oportunidade para a existência de “*feedback*”. Não quer dizer com isto que este sistema seja incapaz de reproduzir uma imagem integral do sistema de gestão de desempenho implementado. No entanto, existem ainda alguns aperfeiçoamentos a aplicar no sentido de potencializar a sua eficácia, nomeadamente a recolha de opiniões dos entrevistados.

Analisando o desenvolvimento do estudo, podemos afirmar que este decorreu de forma satisfatória. Embora seja possível apontar alguma falta de receptividade por parte de algumas entidades, no global, foi possível compreender essa postura pela falta de recursos a disponibilizar para a participação no estudo, dado o número reduzido de recursos humanos que constituem cada Unidade para as exigências dos utentes. O estudo vem confirmar este paradigma, com as USF com mais elementos a terem, normalmente, uma maior disponibilidade para participar. Mesmo assim, apesar de poder ser reconhecida como uma limitação ao estudo esta generalização da realidade, até pela pouca disparidade de respostas, é possível afirmar que as pessoas entrevistadas constituem uma amostra suficientemente representativa para ilustrar o quadro atual. Além disso, também foi possível entrevistar

elementos importantes na gestão do ACeS, o que incrementa a validade do estudo concretizado.

Começando pelos aspetos mais gerais abordados pelo questionário, é possível afirmar que a organização das USF é significativa. Os entrevistados reconhecem os objetivos e metas principais, bem como a forma para os alcançar. Além disso, regista-se uma comunicação dentro das USF de elevado nível. As informações mais importantes espalham-se de forma fluída, fruto das constantes reuniões de pessoal que existem dentro das Unidades. Por isso, todos os elementos, independentemente da sua função, têm uma palavra a dizer sobre os indicadores contratualizados, particularmente os que são da iniciativa da USF. Isto resulta numa maior união de esforços por parte de todos, no sentido de alcançar os objetivos da Unidade, algo também referido pelos entrevistados. Por outro lado, é importante sublinhar e ordenação existente quando falamos das metas estabelecidas. Existe um princípio, meio e fim na estratégia geral implementada, bem como um conjunto de atividades delineadas, com o apoio do Agrupamento, para a consecução de cada objetivo.

Assim, é possível afirmar que as USF têm em mente a obrigatoriedade do cumprimento dos objetivos, mantendo a prestação de cuidados de saúde primários de qualidade. Neste campo, o apoio de gestão do ACeS releva-se também importante, como entidade de apoio e controlo, como já sublinhado anteriormente. No entanto, o desenho da estratégia e das atividades mais específicas ficam sob a responsabilidade de cada USF, o que, perante o implementado, pode-se classificar de forma muito positiva. Mesmo assim, também foi possível apontar alguns defeitos ao funcionamento das USF, particularmente na sua comunicação com o exterior. Durante o período de sondagem da disponibilidade das USF para a participação neste estudo, registaram-se diversas ausências de resposta durante o primeiro contacto via correio eletrónico, tendo sido necessário explorar outras vias de comunicação. Através das entrevistas, conseguimos verificar que é um problema reconhecido tanto pelas USF como pelo ACeS, principal emissor de informações para as Unidades. Estas entidades sublinham que são passadas grandes quantidades de informação via correio eletrónico do ACeS para as USF. Foi relatado que existe uma atenção, por parte do Agrupamento em destacar o que é mais importante, bem como um esforço, por parte das Unidades, de fazerem uma triagem de toda a informação e fazer passá-la para os respetivos interessados. No entanto, também é verdade que as próprias Unidades admitem que não é possível tratar toda a informação, que por si só é demasiada. Um outro ponto importante a analisar são os sistemas informáticos. Estes revestem-se, por vezes, de alguma complexidade, o que, não raras vezes, dificultam a normal execução de algumas tarefas dos

profissionais. Em particular, o acesso à rede de “*Internet*”, nalgumas USF, é deficitário. Isto é um problema com consequências duras para as USF que o sofrem, pois acumulam atrasos e incapacidade de execução de tarefas, dado que a sua realização tem um forte suporte informático. Este problema, segundo informações recolhidas, já chegou à ARS, que ainda se mostrou incapaz de resolver o problema junto do provedor do serviço. Esta situação tem como principal causa o local da Unidade, pois USF mais longe dos centros urbanos registam maiores dificuldades e limitações deste tipo.

No que toca à avaliação propriamente dita, a complexidade releva-se ampla. Como já referido anteriormente, existe uma avaliação individual, mas também geral. Ou seja, no momento atual, existe um escrutínio individual do desempenho de cada elemento da USF, mas também um levantamento do desempenho da Unidade no seu global, através dos indicadores contratualizados. Pela recolha de informações através do questionário, mas também através da análise do enquadramento legal a que as USF estão sujeitas, podemos afirmar que o sistema de avaliação não está a ser cumprido na sua totalidade, pois, na comparação feita entre a lei e a sua aplicação prática, é possível ainda detetar partes por executar. No que toca ao ato de contratualização, não foi registado por parte dos entrevistados qualquer tipo de erro ou desvio. O ato de contratualização decorre de acordo com o previsto na lei.

No entanto, alguns elementos da USF não deixam de tecer algumas críticas ao sistema de avaliação, a vários níveis, dependendo também da sua função e existência de responsabilidades na gestão. A principal queixa dos profissionais aponta para, na prática, a inexistência de uma contratualização propriamente dita. A tutela começa por indicar um conjunto de indicadores a cumprir. No entanto, posteriormente, embora ocorra uma negociação, esta resulta em pouco sucesso para as USF e ACeS, pois a tutela demonstra alguma intransigência. Por isso, os indicadores são vistos mais como “impostos” aos profissionais, e não propriamente contratualizados. Talvez por isso, a exigência mais aclamada é a da flexibilidade, que é curta, segundo os entrevistados. O número de indicadores já predefinidos, que na realidade não são passíveis de negociação expansiva, delimita o raio de ação das Unidades. Além disso, nos indicadores propostos pela própria USF, já existe uma lista predeterminada pela tutela, de onde as Unidades podem escolher, assim como a sua respetiva meta. Por tudo isto, compreende-se estas observações feitas ao modelo de avaliação. Dependendo da função, outras observações mais específicas são referidas.

Por outro lado, é necessário também compreender as limitações desta mesma avaliação. Analisando o enquadramento legal e as entrevistas feitas, dependendo das situações, é possível apontar alguma impessoalidade no sistema e dificuldades em avaliar os profissionais de forma qualitativa. Elaborando este problema por partes, dadas as diferentes formas de avaliação por cada função, e, começando pelos médicos, existem essas limitações, sublinhadas já anteriormente. Os médicos, de forma individual, são avaliados apenas pelos indicadores, ficando de fora a possibilidade de escrutínio de alguém com quem trabalham de emitir uma opinião, pese embora a existência da figura do coordenador. Embora exista uma objetividade no modelo de avaliação, este apresenta-se limitado ao nível da auditoria, o que delimita a capacidade de julgamento do desempenho do profissional. Limitações mais acentuadas registam-se no caso dos enfermeiros. Com o desaparecimento da figura de “enfermeiro-chefe”, deixa de existir um elemento supervisor em contacto permanente com o profissional, capaz de o avaliar. Embora exista, atualmente, um escrutínio mais pessoal, este perde pela falta de objetividade e observância da realidade. O secretariado clínico é aquele que parece estar dentro um regime de avaliação mais completo, mesclando a objetividade dos indicadores com a opinião decisiva do coordenador da USF para a sua avaliação.

Por último, é crucial sublinhar os incumprimentos, por parte do Estado, no que toca ao pagamento de incentivos, tanto à USF como aos seus profissionais. Já foi referido anteriormente, embora as USF entrevistadas se tenham candidato a incentivos institucionais, no sentido de poderem melhorar as condições de trabalho e aumentar a formação dos seus profissionais, a maioria ainda não obteve qualquer tipo de incentivo relativo ao cumprimento dos indicadores associados. Se esta situação se pode adjectivar de grave, não é, de todo, a mais preocupante. Além dos incentivos institucionais, os enfermeiros e secretários clínicos, em Modelo B, têm direito a receber um conjunto de incentivos financeiros. Pelo facto do seu prazo de pagamento ser posterior ao início do estudo, apenas podemos verificar a falta de pagamento destes incentivos a estes profissionais, com total direito de os auferir numa fase mais tardia da execução das entrevistas. Por isso, a tutela acaba por não cumprir as suas obrigações, mesmo depois de exigir bom desempenho às USF e aos seus profissionais.

Em suma, é possível afirmar, com a introdução do SIADAP, a avaliação do desempenho deu um passo extremamente importante no caminho da elevação da exigência dos cuidados de saúde prestados. No entanto, também é importante sublinhar as limitações e defeitos ainda existentes, para os quais a tutela ainda não dá resposta, principalmente a nível financeiro. O caminho avizinha-se longo e tumultuoso, não só pelo registo de alguma

contestação e incerteza dos profissionais abrangidos por este novo sistema e avaliação, mas também pelas dúvidas existentes dos que irão, no futuro, transitar para o mesmo, com entrada em vigor ainda a definir.

4.1. Sugestões para trabalhos futuros

Embora o estudo desenvolvido possa, em certa maneira, contribuir para um incremento da validade e constante melhoramento do modelo utilizado, bem como de uma adequada e atual avaliação de desempenho, é sempre possível melhorar a pesquisa efetuada. Em primeiro lugar, é necessário denotar que o estudo de caso trabalha sobre uma amostra algo reduzida, pelo que apenas 18 profissionais das USF foram entrevistados num universo total de mais de 230, se considerarmos as USF Modelo A e Modelo B. Por isso, embora não se preveja um desvio significativo das conclusões apresentadas, ampliar a pesquisa a todas as USF, entrevistando também mais profissionais em cada Unidade, poderá incrementar a validade deste estudo, mas também comparando, de forma mais alargada, opiniões e posições das USF de diferentes modelos. Por outro lado, seria interessante também alargar a pesquisa para outros Agrupamentos dentro da ARS Norte, nomeadamente dentro do Grande Porto, que conta, de momento, com oito Agrupamentos. Assim, seria possível uma comparação mais transversal dentro da ARS, no sentido de compreender o estado da implementação dos vários mecanismos da avaliação de desempenho, bem como a criação de um “*feedback*” instantâneo e estruturado sobre o tema. Seria também interessante executar uma extensão da análise. O alargamento do estudo seria fundamental se feito dentro de outras ARS, que, por força de circunstâncias inerentes ou alheias ao local do estudo desenvolvido, possuem metas e objetivos diferentes, não só em objeto, como na sua dimensão, o que forçosamente gerará uma perspetiva diferente por parte dos profissionais.

Bibliografia

- Abernethy, M. A. & Brownell, P., (1999). The role of budgets in organizations facing strategic change: an exploratory study. *Accounting, Organizations and Society* 24, 189–204.
- Anthony, R., (1965). *Planning and Control Systems: A Framework for Analysis*. Boston, NY: Harvard Business Press.
- Babajani, J. (2010). Challenges of public sector financial reporting. *Hesabras*, 48, 96-97.
- Bernstein, A., Chorpita, B. F. & Daleiden, E. L. (2008). Driving with roadmaps and dashboards: Using information resources to structure decision models in service organizations. *Administration and Policy in Mental Health*, 35, 114–123.
- Chamberlain, P., Landsverk, J. McCue Horwitz, S. & Mullican, C. (2010). Improving the mental health of children in child welfare through the implementation of evidence-based parenting interventions. *Adm Policy Men Health*, 37, 27–39.
- Chan, C.W. (1998). Transfer pricing negotiation outcomes and the impact of negotiator mixed-motives and culture: empirical evidence from the U.S. and Australia. *Management Accounting Research* 9, 139–161.
- Chapman, C.S. (1997). Reflections on a contingent view of accounting. *Accounting, Organizations and Society* 22, 189–205.
- Chenhall, R.H. (2003). Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future. *Accounting, Organizations and Society* 28, 127–168.
- Collier, P.M. (2005). Entrepreneurial control and the construction of a relevant accounting. *Management Accounting Research*, 16, 321-339.
- Covaleski, M.A., Evans Iii, J.H., Luft, J.L. & Shields, M.D. (2003). Budgeting research: three theoretical perspectives and criteria for selective integration. *Journal of Management Accounting Research* 15, 3–49.
- Coyle, J.J., Bardi, E.J. & Langlely, C.J. (2002). *The Management of Business Logistics — A Supply Chain Perspectives* (7ª Edição). Canada: Thomson Learning.
- Daniels, Aubrey C. & Daniels, James E. (2004) *Performance Management: Changing Behavior that Drives Organizational Effectiveness*, (4ª Edição) Atlanta, GA: Performance Management Publications.

- Davis, S. M., Pecora, P. J., Seelig, W. R. & Zirps, F. A. (1996). *Quality improvement and evaluation in child and family services: Managing into the next century*. Washington, D.C.: CWLA Press.
- Descombe, M. (2001), *Ground Rules for Social Research: Guidelines for Good Practice*, (2ª Edição), Berkshire: Open University Press
- Dent, J.F. (1990). Strategy, organization and control—some possibilities for accounting research. *Accounting, Organizations and Society* 15, 3–25.
- Denzin, N. K. & Lincoln Y. S. (2011). *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications, Inc
- Eckerson, W. W. (2011). *Performance dashboards: Measuring, monitoring, and managing your business* (2ª Edição). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- El-Namaki, M.S.S. (1992). Creating a corporate vision. *Long Range Planning* 25, 25–29.
- Ferreira, A. (2002). *Management accounting and control systems design and use: an exploratory study in Portugal*. PhD Thesis. Department of Accounting and Finance, Lancaster University.
- Ferreira, A. & Otley, D. (2005), The design and use of management control systems: an extended framework for analysis, *Social Science Research Network*, disponível em: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=682984
- Ferreira, A. & Otley, D. (2009), The design and use of performance management systems: an extended framework for analysis, *Management Accounting Research*, 20 (4), 263-282.
- Silva, P. & Ferreira, A (2010). Performance management in primary healthcare services: evidence from a field study. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 7, 424-449.
- Fisher, J.G., Pfeffer, S.A. & Sprinkle, G.B. (2003). Budget-based contracts, budget levels, and group performance. *Journal of Management Accounting Research* 15, 71-94.
- Fortuin, L. (1988). Performance indicators: why, where and how? *European Journal of Operational Research* 34 (1), 1–9.
- Gibbs, D.M., Merchant, A.K., van-der-Stede, A.W. & Vargus, E.M. (2004). Determinants and effects of subjectivity in incentives. *The Accounting Review* 79, 409-436.
- Globerson, S. (1985). Issues in developing a performance criteria system for an organization *International Journal of Production Research* 23 (4), 639–646.

- Gunasekaran, A., Patel, C. & Mcgaughey, R.E. (2004). A framework for supply chain performance measurement. *International Journal of Production Economics* 87 (3), 333–347.
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons?, *Public Administration* 69, 3-19.
- Hood, C. (1995). The ‘new public management’ in the 1980s: variations on a theme, *Accounting, Organizations and Society*, 20 (2/3), 93-109.
- Hope, J. & Fraser, R. (2003). New ways of setting rewards: the beyond budgeting model. *California Management Review*, 45, 104–119.
- Hopwood, A.G. (1972). An empirical study of the role of accounting data in performance evaluation. *Journal of Accounting Research*, 10, 156– 182.
- Johnson, G., Scholes, K. & Whittington, R. (2005). *Exploring Corporate Strategy: Text and Cases* (7^a Edição). Harlow, England: Prentice-Hall/Financial Times/Pearson Education Limited.
- Kaplan, R.S. & Norton D.P. (1992). The Balanced Scorecard – Measures That Drive Performance, *Harvard Business Review*, 70, 71-79.
- Kaplan, R.S. & Norton, D.P. (1996). *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Malmi, T. & Brown, D.A. (2008). Management control systems as a package - opportunities, challenges and research directions. *Management Accounting Research*, 19, 287–300.
- Mangione-Smith, R., DeCristofaro, A.H., Setodji, C.M., Keeseey, J., Klein, D.J., Adams, J.L., Schuster, M.A. & McGlynn, E.A. (2007). The quality of ambulatory care delivered to children in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357, 1515–1523.
- McGlynn, E.A. (2003). Introduction and overview of the conceptual framework for a national quality measurement and reporting system. *Medical Care*, 41, 1–7.
- McGlynn, E.A., Naylor, C.D., Anderson, G.M., Leape, L.L., Park, R.E., Hilborne, L.H., Bernstein, S.J., Goldman, B.S., Armstrong, P.W., Keeseey, J.W., Pinfold, S.P., Damberg, C., Sherwood, M.J. & Brook, R.H, (1994). Comparison of the appropriateness of coronary angiography and coronary artery bypass surgery between Canada and New York State. *Journal of the American Medical Association*, 272, 934–940.
- Mintzberg, H., Lampel, J. Quinn, J.B. & Ghoshal, S. (2003). *The Strategic Process: Concepts, Contexts, Cases* (4^a Edição). Saddle River, NJ: Pearson Education Limited

- Neely, A.D., Gregory, M. & Platts, K. (1995). Performance measurement system design: a literature review and research agenda. *International Journal of Operations and Production Management* 15 (4), 80–116.
- Neely, A.D., Mills, J., Platts, K., Gregory, M. & Richards, H. (1996). Performance measurement system design: should process based approaches be adopted? *International Journal of Production Economics*, 46-47, 423–431.
- Neely, A.D., Richards, H., Mills, J., Platts, K. & Bourne, M. (1997). Designing performance measures: a structured approach. *International Journal of Operations and Production Management* 17 (11), 1131–1152
- Otley, D. & Berry, A. (1980). Control, organization and accounting. *Accounting, Organizations and Society*, 5, 231–244.
- Otley, D. (1999), Performance management: a framework for management control systems research, *Management Accounting Research*, 10 (4), 363-382.
- Otley, D. (2008). Did Kaplan and Johnson get it right? *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 21, 229–239.
- Porter, M. (1998). *Competitive Strategy: Techniques for Analysing Industries and Competitors*. New York: The Free Press.
- Quivy, R. & van Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4ª edição). Lisboa: Editora Gradiva.
- Rockart, J.F. (1979). Chief executives define their own data needs. *Harvard Business Review*, 57, 81–93.
- Seddon, M.E., Marshall, M.N., Campbell, S.M. & Roland, M.O. (2001). Systematic review of the quality of clinical care provided in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Quality in Health Care*, 10, 152–158.
- Simons, R. (1995). *Levers of Control: How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*. Boston: Harvard Business School Press.
- Smith, P.C., Mossialos, E., Papanicolas, I. & Leatherman, S. (2009). *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects* (1ª edição). New York, NY: Cambridge University Press.
- acedido em <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/studies/performance-measurement-for-health-system-improvement-experiences,-challenges-and-prospects>,
no dia 26/09/2014 às 23h19m

- Sousa de Vasconcellos e Sá, J.A. & Hambrick, D.C. (1989). Key success factors: test of a general theory in the mature industrial-product sector. *Strategic Management Journal*, 10, 367–382.
- Thompson Jr., A. & Strickland III, A.J. (2003). *Strategic Management: Concepts and Cases* (13ª Edição). New York, NY: McGraw-Hill Higher Education.
- Widener, S.K. (2007). An empirical analysis of the levers of control framework. *Accounting, Organizations and Society* 32, 757–788.
- Yamatomo, H. (2003). New Public Management – Japan’s Practice. *Institute for International policy studies 293E*. 1-10
- Yin, R. K. (2011). *Qualitative research from start to finish*. New York, NY: Guilford Press.

Legislação

- Acordo coletivo de trabalho n.º 12/2011. Diário da República n.º 236/11 – 2ª Série. Ministério das Finanças. Lisboa.
- Circular Normativa n.º 18/2014/DRH/URT/ACSS, de 19 de Maio.
- Circular Normativa n.º 37/2012/DRH-URT, de 17 de Outubro.
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. Diário da República n.º 38/08 – I Série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril. Diário da República n.º 77/03 – I Série A. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 117/98, de 05 de Maio. Diário da República n.º 103/98 – I Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 122/2010, de 11 de Novembro. Diário da República n.º 219/10 – 1ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio. Diário da República n.º 108/99 – I Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 248/2009, de 22 de Setembro. Diário da República n.º 184/09 – 1ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto. Diário da República n.º 161/07 – 1ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro. Diário da República n.º 257/91 – I Série-A. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 2/93, de 19 de Fevereiro. Diário da República n.º 75/93 – 2ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 6080-B/2014, de 09 de Maio. Diário da República n.º 89/14 – 2ª Série. Ministérios das Finanças e da Saúde. Lisboa.

Despacho n.º 24101/2007, de 08 de Outubro. Diário da República n.º 203/07 – 2ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro. Diário da República n.º 34/06 – I Série-B. Ministério da Saúde. Lisboa.

Despacho Normativo n.º 10/2007, de 26 de Janeiro. Diário da República n.º 19/07 – 2ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro. Diário da República n.º 41/07 – 1ª Série. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 66-B/2007, de 28 de Dezembro. Diário da República n.º 250/07 – 1ª Série. Assembleia da República. Lisboa.

Lei n.º 66-B/2012, de 31 de Dezembro. Diário da República n.º 252/ – 1ª Série. Assembleia da República. Lisboa.

Portaria n.º 206/2011, de 23 de Maio. Diário da República n.º 99/11 – 1ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 242/2011, de 21 de Junho. Diário da República n.º 118/11 – 1ª Série. Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril. Diário da República n.º 77/08 – 1ª Série. Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. Lisboa.

Portaria n.º 377-A/2013, de 30 de Dezembro. Diário da República n.º 252/14 – 1ª Série. Ministérios das Finanças e da Saúde. Lisboa.

Pesquisas Online

Manual de Apoio da adaptação do SIADAP 3:

acedido em <http://www.hdanadia.min-saude.pt/ficheiros/ManualSIADAP.pdf>

no dia 24/08/2014, 17h16

Estabelecimentos de Saúde no SNS:

acedido em <http://www.pordata.pt/Portugal/SNS+estabelecimentos+de+saude+++>

Continente-158

no dia 22/01/2014, às 20h10

Entrevista a Aubrey Daniels, em 2000

acedido em <http://aubreydaniels.com/pmezine/what-performance-management-interview-aubrey-daniels>

no dia 22/09/2014, às 20h10

Perfil Local de Saúde de 2014 do ACeS Póvoa do Varzim | Vila do Conde

acedido em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/PLS_2014/PLS2014_A15_PovoaVarzimVilaConde.pdf

no dia 22/09/2014, às 20h15

Publicação da nova grelha DiOr-USF

acedido em <http://www.usf-an.pt/index.php/em-noticia/173-mourinho-usf>

no dia 18/09/2014, às 15h45

Sítio da “*Internet*” do ACeS Póvoa do Varzim | Vila do Conde

acedido em <https://sites.google.com/site/acespvarzimvconde/home>

no dia 21/09/2014, às 11h42

Anexos

Anexo I – Lista detalhada das entrevistas

Descrição	Duração aproximada (minutos)	Tipo	Forma de recolha de dados
Agrupamento de Centros de Saúde Povoá do Varzim Vila do Conde (ACeS)			
Diretor Executivo	50	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Presidente do Conselho Clínico e Saúde	55	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Vogal de Enfermagem do Conselho Clínico e Saúde	45	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Responsável pela Unidade de Apoio à Gestão	45	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Membro do Conselho de avaliação dos enfermeiros	35	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Unidade de Saúde Familiar Modelo B 1 (USF-B 1)			
Coordenador / Médico	50	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Membro do Conselho Técnico / Enfermeiro	60	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Secretário Clínico	45	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Unidade de Saúde Familiar Modelo B 2 (USF-B 2)			
Coordenador / Médico	55	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Membro do Conselho Técnico / Enfermeiro	50	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Secretário Clínico	45	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Unidade de Saúde Familiar Modelo B 3 (USF-B 3)			
Coordenador / Médico	55	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Membro do Conselho Técnico / Enfermeiro	90	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Secretário Clínico	50	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Unidade de Saúde Familiar Modelo B 4 (USF-B 4)			
Coordenador / Médico	55	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Membro do Conselho Técnico / Enfermeiro	50	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Secretário Clínico	45	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Unidade de Saúde Familiar Modelo B 5 (USF-B 5)			
Coordenador / Médico	60	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Membro do Conselho Técnico / Enfermeiro	35	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Secretário Clínico	40	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Unidade de Saúde Familiar Modelo A 1 (USF-A 1)			
Coordenador / Médico	60	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Membro do Conselho Técnico / Enfermeiro	30	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão
Secretário Clínico	35	Entrevista semiestruturada	Notas escritas à mão

Anexo II – Guião das entrevistas

Questões a colocar:

1. Sabe qual é o objetivo da organização em que trabalha? Como obteve essa informação? Existem outros objetivos?
2. Tem conhecimento dos fatores-chave ou metas mais importantes para o sucesso da organização? Como obteve essa informação?
3. Existe uma hierarquia complexa? Esta afeta ou é afetada por sistemas de gestão de desempenho? Como influencia e é influenciada pelos processos de gestão?
4. Existe um plano, uma estratégia, atividades planeadas para cumprir os objetivos? Como é que estes são gerados, adotados, e comunicados à gestão e aos colaboradores?
5. Como é apurado o seu desempenho? De que forma? Existe uma avaliação do desempenho?
6. Quais os níveis de desempenho necessários em cada mensuração e como são fixados os objetivos de desempenho? Quão difícil é atingi-los?
7. Existem formas de avaliar o desempenho, tanto de forma individual, coletiva, como geral? Descreva essas avaliações e a sua importância para si e para a organização (objetivas ou subjetivas, formais e informais).
8. Que tipo de recompensa (financeira e não-financeira) a gestão e os restantes colaboradores podem auferir se cumprirem os objetivos definidos para o desempenho (e, ao invés, que consequências negativas podem sofrer se os falhar)?
9. De que forma é feita a passagem de informação relacionada com os sistemas de gestão de desempenho?
10. Que tipo de uso é dado à informação e aos vários mecanismos de controlo implementados? Podem ser caracterizados? O seu uso é diferente de acordo com a hierarquia?
11. Como é que os sistemas de gestão de desempenho alteraram a organização? As mudanças nos sistemas foram pró-ativas ou reativas?
12. Quão fortes ou coerentes estão as ligações entre os componentes dos sistemas de gestão de desempenho e a forma como cada um é usado (como denotados pelas 11 questões anteriores)?