



**Contributo dos Centros de Responsabilidade Integrada
para a melhoria do acesso e eficiência em saúde.**

Análise conceptual e enquadramento jurídico.

Curso de Especialização em Administração Hospitalar

Mariana Basto Matos

Julho de 2024

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar realizado sob a orientação científica do Sr. Professor Doutor João Cordeiro e com a coorientação do Sr. Professor Doutor Adalberto Campos Fernandes.

Junho de 2024

Agradecimentos

O presente trabalho de campo só foi possível devido ao contributo dos diversos participantes que disponibilizaram o seu tempo para realizar a entrevista. Agradeço a amabilidade com que me receberam e partilharam os seus conhecimentos.

Quero deixar um agradecimento especial aos Conselhos de Administração e respetivas Comissões de Éticas que apoiaram a realização deste trabalho e aprovaram a recolha dos dados.

Agradeço também às pessoas que me apoiaram durante a investigação sobre os Centros de Responsabilidade Integrada e responderam a todas as minhas dúvidas.

Agradeço ainda à ACSS pela disponibilização da tabela sobre a distribuição dos Centros de Responsabilidade Integrada a nível nacional, na medida em que foi um elemento fundamental na estruturação da investigação e seleção dos participantes.

Deixo um agradecimento ao meu Orientador Professor Doutor João Miguel Valente Cordeiro pela orientação, pelo tempo disponibilizado e pela confiança que depositou em mim e no meu trabalho.

Ao Professor Doutor Adalberto Campos Fernandes, agradeço por ter aceite a coorientação neste trabalho e por se ter mostrado sempre disponível a ajudar, contribuindo com o seu rigor científico e competência.

À Professora Doutora Ana Rita Goes que me auxiliou no momento em que mais precisei e me indicou o caminho na realização da análise qualitativa. Obrigada pelos sábios conselhos.

Aos Professores que ministraram o LII Curso de Especialização em Administração Hospitalar pelos conhecimentos transmitidos e por me abrirem horizontes dentro desta área.

À Escola Nacional de Saúde Pública que tanto contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos eles expresso a minha gratidão.

Resumo

Introdução: Os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) são modelos de gestão intermédia, constituídos por uma equipa multidisciplinar que acompanha o paciente e o coloca no centro da prestação de cuidados. Negoceiam objetivos com o Conselho de Administração da instituição de saúde, sendo recompensados se os cumprirem.

Objetivos: Compreender os processos de criação, implementação, funcionamento e desafios dos CRI na vertente legislativa e segundo as perspetivas dos diretores dos Conselhos de Gestão de CRI, verificando o contributo deste modelo de gestão para a melhoria no acesso e eficiência na saúde.

Metodologia: A investigação é qualitativa. Os participantes do estudo foram os diretores de Conselhos de Gestão de CRI. Utilizou-se uma técnica de amostragem não probabilística e intencional. Realizou-se uma análise documental ao nível da legislação que regula os CRI. Realizou-se uma entrevista semiestruturada aos diretores do CRI.

Resultados: A legislação não auxilia nas etapas de constituição e implementação do CRI. A maioria dos Entrevistados sentiu dificuldades na sua implementação. O CRI trouxe inúmeras mais-valias ao nível da gestão e na coesão da equipa multidisciplinar.

Conclusão: O CRI é um importante modelo de gestão, permite a tomada de decisões mais céleres. Contribuiu para a melhoria no acesso à saúde, na qualidade dos serviços prestados, no aumento da produtividade e eficiência, segundo a perspetiva dos Entrevistados.

Palavras-chave: Centros de Responsabilidade Integrada; Gestão Intermédia; Legislação; Acesso; Eficiência.

Abstract

Introduction: Integrated Responsibility Centers (IRCs) are intermediate management models, composed of a multidisciplinary team that accompanies the patient and places them at the center of care provision. They negotiate objectives with the health institution's Board of Directors and are rewarded if they meet these objectives.

Objectives: To understand the processes of creation, implementation, operation, and challenges of the IRCs from a legislative perspective and according to the perspectives of the IRC directors, assessing the contribution of this management model to improving access and efficiency.

Methodology: The research is qualitative. The study participants were the directors of IRC Management Councils. A non-probabilistic and intentional sampling technique was used. A documentary analysis of the legislation regulating the IRCs was conducted. Semi-structured interviews were carried out with the IRC directors.

Results: The legislation does not provide assistance in the stages of establishing and implementing the IRCs. The majority of interviewees experienced difficulties during implementation. The IRCs brought numerous benefits in terms of management and the cohesion of the multidisciplinary team.

Conclusion: The IRC is an important management model, allowing for faster decision-making. It contributed to improving access to healthcare, the quality of services provided, and increasing productivity and efficiency, according to the perspectives of the interviewees.

Keywords: Integrated Responsibility Centers; Intermediate Management; Legislation; Access; Efficiency.

Índice

1.	Introdução.....	25
1.1.	Pergunta de partida e a finalidade do estudo	26
2.	Enquadramento teórico	29
2.1.	CRI – Origem e evolução legislativa	29
2.1.2.	CRI - evolução legislativa	30
2.1.	Panorama de distribuição dos CRI a nível nacional	33
3.	Objetivos.....	35
4.	Metodologia	37
4.1.	Desenho.....	37
4.2.	Participantes	37
4.3.	Recolha de dados.....	38
4.4.	Análise documental.....	39
4.5.	Análise das entrevistas semiestruturadas	40
5.	Resultados.....	42
5.1.	Enquadramento jurídico dos CRI.....	42
5.1.1.	Conceção e implementação do CRI	44
5.1.1.1.	Contrato-programa e plano de ação	45
5.1.1.2.	Estrutura orgânica.....	45
5.1.1.2.1.	Diretor do CRI	46
5.1.1.2.2.	Conselho de Gestão	46
5.1.1.2.3.	Conselho Geral	47
5.1.2.	Recursos materiais e financeiros.....	48
5.1.3.	Prestação de trabalho e profissionais de saúde.....	48
5.1.4.	Incentivos.....	51
5.1.5.	Avaliação após a implementação do CRI	52
5.1.5.1.	Monitorização e controlo do CRI.....	52
5.2.	Perspetivas dos Diretores dos Conselhos de Gestão de CRI	53
5.2.1.	Organização interna.....	53

5.2.2.	Motivações e expectativas.....	56
5.2.2.1.	Autonomia.....	56
5.2.3.	Profissionais de saúde.....	58
5.2.3.1.	Recetividade	58
5.2.3.2.	Recrutamento.....	62
5.2.4.	Conceção do CRI e implementação	63
5.2.5.	Avaliação após implementação do CRI	64
5.2.5.1.	Partilha de recursos.....	64
5.2.5.2.	Cumprimento dos indicadores e objetivos.....	65
5.2.5.3.	Listas de espera	66
5.2.5.4.	Mais-valias do modelo de gestão	67
5.2.5.5.	Acesso e Eficiência.....	68
5.2.6.	Incentivos	71
5.2.6.1.	Incentivos profissionais.....	71
5.2.6.2.	Incentivos institucionais	76
5.2.7.	Legislação	77
5.2.7.1.	Nova legislação e desafios	79
6.	Discussão de resultados.....	83
6.1.	Limitações do estudo	84
7.	Conclusão.....	85
8.	Bibliografia	87
Anexo 1:	Distribuição geográfica e por especialidade dos CRI.....	90
Anexo 2:	Modelo de Consentimento Informado	99
Anexo 3:	Comparação e síntese da Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro e Decreto-Lei nº 118/2023 de 20 de dezembro.....	101
Anexo 3:	Guião da entrevista	104

Lista de tabelas

Tabela 1: Correspondência dos tópicos das entrevistas com os assuntos questionados	38
Tabela 2: Categorias de análise da legislação	39
Tabela 3: Categorias de análise e subcategorias de análise da entrevista semiestruturada	40

Lista de abreviaturas

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
Al.	Alínea
Als.	Alíneas
ARS	Administração Regional da Saúde
Art.	Artigo
Arts.	Artigos
CA	Conselho de Administração
Cfr.	Conferir
CG	Conselho de Gestão do CRI
CR	Centro de Responsabilidade
CRI	Centro(s) de Responsabilidade Integrada
CSH	Cuidados de Saúde Hospitalares
DESNS	Direção-Executiva do SNS
DL	Decreto-Lei
ESNS	Estatuto do Serviço Nacional de Saúde
LdB	Lei nº 95/2019 de 4 de setembro. Lei de Bases da Saúde
MRIS	Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro. Modelo do Regulamento Interno dos Serviços
MS	Ministério da Saúde
RJCRI	Decreto-Lei nº 118/2023 de 20 de dezembro. Regime Jurídico dos CRI
SNS	Serviço Nacional de Saúde

1. Introdução

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem vindo a deparar-se com inúmeros problemas, nomeadamente o desperdício, a ineficiência e perda de profissionais de saúde¹, que afetam o acesso e a qualidade dos serviços prestados. O desperdício e a ineficiência advêm essencialmente da desorganização e “inabilidade de gestão”, da incapacidade de comunicação entre as classes profissionais, bem como da desatualização e má remuneração das carreiras². Este último fator não se coaduna com as exigências profissionais a que estão sujeitos, nem com a responsabilidade que possuem. Desta forma, muitos profissionais tendem a sair do SNS, em virtude das melhores condições de trabalho que o sector privado oferece. A má gestão hospitalar no que toca aos recursos humanos e materiais é evidente². A falta de autonomia dos órgãos de gestão asfixia o funcionamento das instituições de saúde e, em particular, os diretores de serviço que apenas ficam circunscritos a gerir os profissionais. Por todos estes motivos, surgiu a necessidade de implementar um modelo de gestão intermédia.

Os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) caracterizam-se como modelos de organização das unidades de saúde ao nível da gestão intermédia. O legislador desenhou este modelo com o intuito de melhorar o acesso, a eficiência e a qualidade dos serviços prestados. Do ponto de vista estratégico, visam melhorar as respostas de saúde, tornando-as mais céleres e adaptando-as às necessidades dos cidadãos². A criação dos CRI tiveram como pressuposto o incremento da produtividade e da eficiência, a par de uma melhoria na integração de cuidados e nos níveis de satisfação e realização dos profissionais (tal como iremos demonstrar ao longo deste trabalho). São, portanto, unidades constituídas por equipas multidisciplinares, as quais intervêm ao longo de todo o ciclo de prestação de cuidados. Os profissionais que os integram trabalham em conjunto de modo que seja possível alcançar um objetivo comum, potenciando os melhores resultados para o utente³.

Os CRI caracterizam-se pela descentralização no processo de decisão. Os níveis de desempenho são estabelecidos através de um processo de contratualização interna estabelecido entre o Conselho de Gestão do CRI e o Conselho de Administração (CA) do hospital o qual prevê um momento de avaliação no fim de um período de 3 anos. Este modelo altera a estrutura hierárquica tradicional, na medida em que cria uma ligação direta entre o CRI e o CA, com impacto ao nível da gestão de recursos. O legislador preconiza o pagamento de incentivos profissionais e institucionais, de modo a reconhecer o desempenho dos membros da equipa multidisciplinar, motivando-os por

esta via e criando condições para que se mantenham no SNS. Por todos estes motivos, é relevante analisar qual o seu impacto na melhoria no acesso e eficiência e qual o papel da legislação durante a fase de criação, implementação e funcionamento do CRI, verificando se se coaduna com as necessidades práticas do Conselho de Gestão durante estas etapas.

Tendo em conta o impacto ao nível da gestão de recursos humanos, financeiros e materiais, bem como dos resultados que a organização pode retirar, afigura-se pertinente e oportuna a realização de estudos de modo a verificar a viabilidade da criação destas estruturas, analisando os seus principais desafios e oportunidades bem como as debilidade e fragilidades.

O Estatuto do SNS (DL nº 52/2022 de 4 de Agosto⁴) reforça a necessidade e importância do CRI para a melhoria dos serviços prestados e acessibilidade dos doentes.

Existem diversos estudos relativos a avaliações de desempenho de CRI em áreas díspares^{3,5,6}. Todavia, a análise legislativa que rodeia a temática e a sua implementação prática tem sido descuidada. Desta forma, procurou realizar-se um trabalho de investigação pertinente e inovador no âmbito da administração hospitalar. Pretendeu-se deixar um contributo relativo ao enquadramento jurídico existente, bem como realizar uma abordagem baseada na evidência das dificuldades práticas sentidas pelos diretores dos CRI.

1.1. Pergunta de partida e a finalidade do estudo

A pergunta de partida neste estudo visa verificar se as normas que delimitam a criação e o funcionamento dos Centros de Responsabilidade Integrada são adequadas à realidade vivenciada no terreno e quais as dificuldades sentidas pelos diretores destes modelos de gestão.

As finalidades do estudo visam contribuir com uma análise jurídica, identificar os pontos descuidados pelo legislador e eventualmente propor alterações, indo ao encontro das necessidades sentidas pelos dirigentes e profissionais dos CRI.

O presente trabalho contém um capítulo dedicado ao enquadramento teórico, o qual descreve a evolução legislativa dos Centros de Responsabilidade Integrada desde a sua criação pelo legislador em 1988 até 2017, ano em que entrou em vigor a Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro. Analisa-se também a distribuição dos CRI a nível nacional

com dados fornecidos pela ACSS. Ainda neste capítulo, são referidos os objetivos (geral e específicos) do trabalho.

O capítulo da metodologia menciona o desenho de estudo utilizado, os participantes, a técnica de recolha de dados e os critérios utilizados na análise dos resultados.

Os resultados incluem uma análise comparativa da Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro (diploma através do qual a constituição dos CRI analisados se regeu) e o Decreto-Lei nº 118/2023 de 20 de dezembro que aprova o regime jurídico dos Centros de Responsabilidade Integrados. Incluem também os resultados das entrevistas realizadas a diretores de Conselhos de Gestão de CRI.

Na discussão há uma análise crítica dos resultados, identificando as principais conclusões do estudo, não descurando a apresentação das limitações da investigação e a sugestão de novas pesquisas.

A conclusão reúne as principais conclusões do estudo, considerando as ideias apresentadas e discutidas ao longo do trabalho.

2. Enquadramento teórico

2.1. CRI – Origem e evolução legislativa

O direito à saúde está constitucionalmente consagrado no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (CRP)⁷. O legislador consagra, neste artigo, que todos têm direito à proteção da saúde através de um “serviço nacional de saúde universal e geral” tendencialmente gratuito. Cabe ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, bem como garantir uma cobertura racional e eficiente dos recursos humanos e unidades de saúde a nível nacional (art. 64º nº 3 da CRP). Este direito vem também consagrado na Base 1 do Anexo da Lei de Bases da Saúde⁸. Segundo este diploma, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) pauta a sua atuação, pelos princípios consagrados na Base 20 nº 2 do Anexo da Lei de Bases da Saúde⁸ (LdB) nomeadamente: universalidade (garante a prestação de cuidados a todas as pessoas), geral (assegura os cuidados para a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação dos doentes), tendencialmente gratuito. Pugna ainda pela integração de cuidados (Base 20 nº 3 alínea d) do Anexo da LdB⁸) e pela qualidade com a prestação de cuidados eficientes, humanizados e baseados em evidência (Base 20 nº 3 alínea f) do Anexo da LdB⁸). Outro princípio de relevo, prende-se com a sustentabilidade financeira, tendo em consideração uma utilização eficiente, efetiva e de qualidade dos recursos públicos disponíveis (Base 20 nº 3 alínea h) do Anexo da LdB⁸). É neste contexto em que se insere os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), já que os mesmos visam responder a estes princípios consagrados. Note-se que o Anexo da LdB⁸ vem consagrar na Base 22 nº 3 que a organização interna dos serviços do SNS se deve basear “em modelos que privilegiam a autonomia de gestão, os níveis intermédios de responsabilidade e o trabalho de equipa”. Como veremos ao longo deste trabalho, o CRI enquadra-se nesta alínea.

O Estatuto do SNS⁴ (ESNS) vem estabelecer não só o funcionamento do SNS, como também aprova os Estatutos dos hospitais, centros hospitalares, institutos portugueses de oncologia e unidades locais de saúde (ULS), de acordo com o art. 1º do Estatuto⁴. De referir que o ESNS vem também regular a constituição e o funcionamento dos CRI nos artigos 90º e 91º.

Perante o enquadramento inicial, torna-se relevante compreender como os Centros de Responsabilidade Integrada nasceram e evoluíram ao longo do tempo.

2.1.2. CRI - evolução legislativa

Desde 1988 que o legislador tem impulsionado os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), sofrendo alterações ao nível da nomenclatura [inicialmente conhecidos como Centros de Responsabilidade (CR)] e de configuração. Todavia o seu âmago tem permanecido inalterável, tal como iremos demonstrar com uma análise da evolução legislativa.

O Decreto-Lei (DL) nº 19/88 de 21 de Janeiro⁹ alertava para a existência de uma dinâmica específica e complexa, com a produção de bens e serviços dentro do sistema hospitalar, o qual deveria ser gerido de acordo com princípios de natureza empresarial ao nível da sua organização e administração. Pela primeira vez é referido pelo legislador a necessidade de organizar os hospitais através de centros de custo e de responsabilidade. Estes centros de responsabilidade eram estruturas funcionais, as quais devem agrupar variados centros de custos que desempenhem atividades análogas ou semelhantes, de modo a construírem níveis intermédios de administração (art. 9º nº 2 do diploma). É-lhes atribuída autonomia, permitindo a desconcentração de poderes e tomada de decisão, repartindo, deste modo, a responsabilidade (art. 9º nº 3). Por outro lado, o nº 4 do mesmo preceito consagra a imprescindibilidade de nomear um “responsável profissionalizado”, o qual prosseguirá a sua ação em uníssono com a direção e chefia dos departamentos e serviços correspondentes.

O DL nº 151/98 de 5 de Junho¹⁰ altera o estatuto jurídico aplicável ao Hospital de São Sebastião em Santa Maria da Feira. Refere-se aos Centros de Responsabilidade (CR) no art. 6º, o qual plasma que deverão ser criados “com base numa matriz coerentemente organizada, que cobrindo a totalidade do Hospital, permita a repartição e imputação com regras uniformes dos custos e, se possível, dos proveitos por cada unidade funcional” (art. 6º nº 2). Para além disto, refere-se que a gestão que inclua recursos destinados a investimento, deverá conter estruturas profissionalizadas de carácter multidisciplinar (art. 6º nº 4).

O Despacho nº 12781/98¹¹ defende a relevância de estimular o aparecimento de dinâmicas inovadoras, com novos métodos de organizar e estruturar a atividade assistencial. Devido ao facto de se considerar que a criação dos CR pode proporcionar ganhos ao nível da qualidade e eficiência, estimulando os profissionais, o Ministério da Saúde criou uma Equipa de Projeto. Esta tinha como intuito definir os princípios base, identificar cenários de financiamento e remuneração, desenvolver instrumentos de informação e gestão. Pretendia ainda aplicar de forma experimental planos por região,

não descurando a implementação de programas de acompanhamento e de apoio. Tinham como objetivo realizar uma revisão dos regulamentos hospitalares no que concerne aos CR e a elaboração de um projeto (art. 1º). Prevvia-se que o CR fosse uma unidade funcional, com o delinear de objetivos próprios, integrado na estratégica e orgânica do hospital. Era relevante que fosse coordenado por uma equipa com poder de decisão sobre os meios imprescindíveis à prossecução desses objetivos.

Segue-se o DL nº 374/99 de 18 de Setembro¹², o qual estabelece o regime geral para a criação dos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) nos hospitais e centros de saúde. No preâmbulo do diploma é mencionado que a dinâmica da gestão empresarial que se queria imprimir, não se coadunava com a concentração do processo de tomada de decisões no sistema institucional vigente até então. Pretendia-se melhorar a acessibilidade, eficiência, qualidade, produtividade (art. 3º do DL), não descurando a responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos que estavam a seu cargo. Iriam agrupar (com base em critérios de complementaridade, afinidade e homogeneidade) unidades ou serviços, proporcionando uma maior competitividade, articulando operativamente as diversas especialidades médicas e, consequentemente diminuir os custos. Visavam ainda um “processo de reengenharia hospitalar”. Note-se que este diploma regula não só os princípios sob os quais o CRI terá que pautar a sua atuação, mas também questões ligadas à sua constituição e procedimento de criação, sua avaliação e recursos financeiros (arts. 13º a 18º). Por conseguinte, o CRI deveria ser constituído por dois órgãos: diretor (artigos 5º a 9º deste diploma) e a comissão consultiva (arts. 10º e 11º). Estão plasmados os moldes em como o contrato-programa deve ser negociado e o que deve conter (art. 13º), as receitas que o CRI poderá arrecadar (art. 14º) e a discriminação dos custos diretos e indiretos resultantes do seu funcionamento (art. 15º). Menciona a necessidade de aprimorar o sistema de codificação e classificação de doentes em GDH, assim como as tabelas de preços relativos a exames e técnicas de diagnóstico e terapêutica para se proceder a uma melhor adaptação ao sistema de financiamento direto da atividade desenvolvida pelos CRI (art. 16º/3). Estão ainda consagradas as modalidades de incentivos com vista a impulsionar o desempenho dos profissionais do CRI (art. 18º).

A Lei nº 27/2002¹³ de 8 de Novembro aprova o novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar. Consagra a existência de quatro regimes jurídicos sobre os quais os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados podem funcionar, sendo consagrado o regime dos Hospitais SA (sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, transformados em EPE pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29

de Dezembro¹⁴). De referir que apenas os hospitais relativos ao sector público administrativo, têm a prerrogativa de se organizar em CRI (art. 11º/3 da Lei nº 27/2002¹³).

Por sua vez, o DL nº 188/2003 de 20 de Agosto¹⁵ vem revogar a organização da gestão hospitalar sob a forma de CRI (art. 42º nº 1 al. c) do DL nº 188/2003), sem prejuízo da manutenção das estruturas que foram constituídas ao abrigo do DL nº 374/99 de 18 de Setembro¹².

O Despacho nº 5882/2013 de 24 de Abril¹⁶ cria um grupo de trabalho para analisar a eventual constituição e implementação de unidades autónomas de produção clínica.

O DL nº 18/2017 de 10 de Fevereiro¹⁷ veio revogar o DL nº 188/2003 de 20 de Agosto. O DL nº 18/2017¹⁷ (atualmente revogado pelo Estatuto do SNS⁴) consagra que os CRI podem ser criados por entidades públicas, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira, patrimonial, com natureza empresarial. Ao abrigo deste diploma, os CRI seriam constituídos por equipas multidisciplinares, nomeadas pelo Conselho de Administração (CA) por 3 anos (art. 10º nº 1 e 2). A sua criação, bem como o seu regulamento interno eram criados pelo CA (arts. 10º nº 3 e 11º nº 1) de acordo com os princípios elencados no nº2 do mesmo preceito. Pretendia-se, portanto, uma descentralização de competências e responsabilidades por parte do CA, com a execução de objetivos anteriormente contratados, em que estava presente o controlo dos custos, bem como da utilização dos recursos materiais e humanos (art. 11º nº 2 als. a), b) e j) do DL nº 18/2017¹⁷). No que concerne ao financiamento estava prevista uma “linha específica a ser incluída no contrato programa a celebrar entre o Estado e as entidades referidas” (art. 12º).

A Portaria nº 207/2017 de 11 de Julho¹⁸ aprova os regulamentos e as tabelas de preços das instituições e serviços integrados no SNS, nos quais se inclui a produção adicional realizada no CRI.

A Portaria nº 330/2017 de 31 de Outubro¹⁹ define o modelo do regulamento interno dos serviços ou unidades funcionais das Unidades de Saúde do SNS, que sejam EPE, dotadas de personalidade jurídica, autonomia financeira, administrativa e patrimonial, que se organizem em CRI. Neste diploma estão reguladas as competências dos órgãos que compõem o CRI, mas também o seu funcionamento, a negociação do contrato-programa, financiamento e sua extinção (analisado adiante). Em 2023, o DL nº 118/2023 de 20 de Dezembro²⁰ (RJCRI) veio revogar o diploma de 2017 (analisado adiante).

Os hospitais são por natureza organizações complexas que praticam uma macrogestão, na medida em que gerem recursos humanos, técnicos, materiais e financeiros²¹. Para além da organização destes recursos, é responsável pela prestação de cuidados de saúde nas mais diversas áreas. A gestão que é exercida no modelo tradicional torna-se muito centralizada, burocrática, com processos de decisão morosos. Ao passo que, a descentralização altera a hierarquia vertical de estruturas, reduzindo o “percurso entre o local da ação e o local da decisão”²². Desta forma é possível os gestores tomarem decisões consentâneas à realidade vivenciada no serviço, que sejam exequíveis e de acordo com os objetivos propostos, algo que é possibilitado pela implementação dos CRI. O estabelecimento de objetivos negociados e contratualizados entre o Conselho de Gestão do CRI e o Conselho de Administração, mostra o caminho a seguir, envolvendo os profissionais no seu cumprimento (especialmente com a entrada em vigor do RJCRI). É necessário que os diretores tenham conhecimentos de gestão para melhor gerir os recursos que são alocados ao CRI. Esta proximidade entre a gestão e tomada de decisão é possível nos CRI. O facto do Conselho de Gestão realizar a própria gestão, permite um melhor aproveitamento dos recursos técnicos, humanos e materiais.

A desmotivação dos profissionais de saúde tem sido uma constante ao longo dos últimos anos²³. A fuga destes para o setor privado é uma realidade, daí que seja necessário implementar medidas não só que os motivem a permanecer no SNS, mas também que lhes deem condições para que isso seja possível. O CRI permite que haja mais autonomia face à hierarquia tradicional existente, como também reconhece o trabalho desempenhado por esses profissionais, distribuindo incentivos pela equipa no caso de cumprirem os resultados. Com a legislação de 2023 (como iremos analisar adiante), os profissionais de saúde são envolvidos na discussão dos objetivos e na tomada de decisão. Desta forma, é possível verificar o grande impacto que os CRI têm ao nível da gestão hospitalar e a alteração da estrutura hierárquica tradicional.

2.1. Panorama de distribuição dos CRI a nível nacional

O legislador tem vindo a promover a criação de CRI. A necessidade de introduzir modelos de gestão intermédia no contexto hospitalar é visível através da distribuição de CRI em funcionamento a nível nacional. No âmbito do presente trabalho, foi possível apurar que existem 40 CRI em atividade (número atualizado à data de 30 de Novembro de 2023) (ACSS, comunicação pessoal, cfr. Anexo 1). Estão concentrados em maior número na Administração Regional da Saúde (ARS) de Lisboa e Vale do Tejo (com 26), seguindo-se a ARS Norte (com 15).

3. Objetivos

Este estudo tem por objetivo geral:

- Compreender os processos de criação, implementação, funcionamento e desafios dos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), numa perspetiva legislativa e na ótica dos diretores de Conselhos de Gestão de CRI.

Os objetivos específicos são:

- Analisar a Portaria nº 330/2017 de 31 de Outubro¹⁹ e o Decreto-Lei nº 118/2023 de 20 de Dezembro²⁰ quanto à criação, funcionamento, implementação dos CRI;
- Descrever as motivações e expetativas dos Diretores na constituição do CRI;
- Identificar as maiores dificuldades dos Diretores de Conselhos de Gestão de CRI durante a constituição e a implementação do CRI;
- Caracterizar o contributo do CRI para a melhoria no acesso e eficiência, na perspetiva dos Diretores de Conselhos de Gestão de CRI;
- Analisar a avaliação que os Diretores de Conselhos de Gestão de CRI fazem após a implementação do CRI.

4. Metodologia

4.1. Desenho

A investigação é qualitativa, na medida em que teve como fulcro compreender e interpretar o fenómeno que estava a ser observado (CRI). Os pressupostos deste tipo de metodologia foram cumpridos: foco no processo, no significado que os entrevistados deram às suas experiências e na compreensão das suas palavras; foram produzidos conceitos e teorias através dos detalhes analisados; fomos ao encontro dos participantes na instituição²⁴. A investigação foi conduzida de forma sistemática, rigorosa, estratégia, mas simultaneamente contextual e flexível²⁴.

A utilização desta metodologia permitiu-nos ainda ter acesso às perspetivas dos participantes (diretores dos Conselhos de Gestão) sobre os CRI, explorando as suas opiniões, experiências e expectativas durante o processo de criação, implementação e funcionamento do CRI. Compreendemos, desta forma, os conceitos, o modelo de gestão intermédia do CRI e o impacto da legislação em todo o processo.

4.2. Participantes

Os participantes neste estudo foram os diretores de Conselhos de Gestão de Centros de Responsabilidade Integrada.

Utilizamos uma técnica de amostragem não probabilística e intencional. Foi criada a partir de critérios previamente definidos de modo a garantir o máximo de diversidade, perspetivas e experiências dos diretores. Esses critérios foram definidos após o levantamento do número de CRI existentes, a sua distribuição geográfica a nível nacional, através de uma base de dados fornecida pela ACSS (dados atualizados à data de 30 de Novembro de 2023, cfr. anexo 2). Foram entrevistados 10 participantes correspondentes a duas ULS selecionadas, com diversos CRI médicos, cirúrgicos e médico-cirúrgicos. Os participantes (Diretores dos Conselhos de Gestão do CRI) foram escolhidos tendo por base essa distribuição geográfica, a ULS onde se inseriam e a tipologia de CRI (médico, cirúrgico ou médico-cirúrgico). Refira-se que existem dois CRI da mesma especialidade patentes nas ULS analisadas. Este facto foi relevante para compreender os estádios em que se encontravam e suas principais diferenças ao nível de funcionamento. Os restantes CRI são de especialidades e patologias diversas.

4.3. Recolha de dados

Como técnica de recolha de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada. Escolheu-se esta técnica em virtude de possibilitar um conhecimento aprofundado²⁴ sobre a criação, implementação, funcionamento e desafios dos CRI a partir da experiência dos Entrevistados. Para além disso, a entrevista semiestruturada permite recolher dados qualitativos confiáveis e comparáveis²⁴. Foi elaborado um guião para a entrevista (cfr. Anexo 2) que contemplou os tópicos descritos na Tabela 2.

Tabela 1: Correspondência dos tópicos das entrevistas com os assuntos questionados

Tópicos do guião da entrevista semiestruturada	Assuntos questionados
Organização interna, motivações e expectativas na criação do CRI	• Modo como o serviço estava organizado antes do CRI; • Aspetos positivos e negativos antes da implementação do CRI; • Grau de receptividade dos profissionais de saúde face à implementação do CRI; • Expectativas com a criação do CRI.
Conceção do CRI	• Preocupações que estiveram por trás da definição dos objetivos estratégicos aquando da estruturação do CRI; • Existência entraves legislativas na constituição; • Critérios de seleção dos Recursos Humanos; • Definição de incentivos profissionais.
Implementação do CRI	• Dificuldades sentidas durante a implementação; • Impacto do CRI ao nível do acesso e eficiência; • Auxílio da legislação.
Avaliação após a implementação	• Mais-valias alcançadas; • Interação e coordenação entre o CRI e os restantes serviços ao nível da partilha de recursos (humanos e materiais); • Incentivos institucionais; • Impacto da entrada em vigor da nova legislação.
Considerações finais	

4.4. Análise documental

Na análise documental, foram incluídos os diplomas que regulam os Centros de Responsabilidade Integrada. Utilizou-se a base de dados do Diário da República²⁵. No motor de pesquisa colocaram-se as expressões “Centros de Responsabilidade Integrada” e “CRI”, selecionando-se a Portaria nº 330/2017 de 31 de Outubro¹⁹, legislação em vigor no início desta investigação e sendo ao abrigo desta que se constituíram os CRI estudados. O Decreto-Lei nº 118/2023 de 20 de Dezembro²⁰ entrou em vigor em 2023, revogando a legislação anterior, motivo pelo qual é importante ser analisado. Foi ainda incluída a Portaria nº 207/2017 de 11 de julho¹⁸ que aprova os regulamentos e as tabelas de preços das instituições e serviços integrados no SNS, procede à regulamentação do Sistema Integrado de Gestão de inscritos para cirurgia (SIGIC) e define os preços e as condições em que se pode efetuar a remuneração da produção adicional. Foi ao abrigo desta portaria que se remunerou a produção adicional nos CRI, motivo pelo qual foi relevante estudar a mesma.

Utilizamos uma técnica de análise de conteúdo. Partimos de um raciocínio dedutivo, na medida em que a partir da análise de normas gerais e abstratas, interpretamos o conteúdo e tentamos aplicar ao caso concreto.

Tabela 2: Categorias de análise da legislação

Categorias de análise	Subcategorias de análise
Conceção e implementação do CRI	Contrato-programa (CP) e plano de ação
	Estrutura orgânica
	Recursos materiais e financeiros
	Profissionais de saúde
	Incentivos
Avaliação após a implementação do CRI	Monitorização e controlo do CRI

4.5. Análise das entrevistas semiestruturadas

Nas entrevistas semiestruturadas, recorreremos também a uma abordagem dedutiva, mas partimos de grandes categorias que orientaram a análise do guião da entrevista.

Tabela 3: Categorias de análise e subcategorias de análise da entrevista semiestruturada

Tópicos entrevistas	Categorias de análise	Subcategorias de análise
Organização interna antes do CRI, motivações e expectativas	Organização interna	
	Motivações e expectativas	Autonomia
	Profissionais de saúde	Recetividade
		Recrutamento
Conceção do CRI	Conceção do CRI e implementação do CRI	
Implementação do CRI		
Avaliação após a implementação	Partilha de recursos	
	Cumprimento dos indicadores e objetivos	
	Mais-valias do modelo de gestão	
	Acesso e Eficiência	
	Incentivos	Incentivos profissionais

		Incentivos institucionais
	Legislação	Constituição do CRI
		Implementação e funcionamento do CRI
		Nova legislação e desafios

As entrevistas foram gravadas e integralmente transcritas. Nas transcrições transpostas para o trabalho, indicaram-se anotações em parênteses retos para fornecer informação adicional que torne mais perceptível o conteúdo das mesmas.

O presente estudo obteve autorização dos Conselhos de Administração das ULS onde foi realizado, bem como das respectivas Comissões de Ética. Como forma de garantir a manutenção do anonimato dos entrevistados e respectivas instituições de origem, indicam-se o número dos pareceres dos processos em causa (originais disponíveis para consulta): Processo nº 156/2024 e Processo nº 1543/2024 com o extrato da ata nº RCA/29/2024.

Este estudo cumpriu rigorosamente os princípios éticos da investigação, em particular aqueles constantes na declaração de Helsínquia, protegendo a dignidade e a privacidade dos indivíduos que aceitaram participar no mesmo, através da prestação de consentimento informado (cfr. Anexo 2).

5. Resultados

5.1. Enquadramento jurídico dos CRI

A essência do CRI manteve-se com as sucessivas alterações. É, portanto, uma estrutura orgânica de gestão intermédia, a qual estará sempre dependente do Conselho de Administração (CA). Os objetivos a prosseguir são negociados entre o Conselho de Gestão (CG) do CRI e o CA por um período de 3 anos. Com o CRI, pretendeu-se envolver equipas multidisciplinares, visando a transparência dos processos e a responsabilização das partes envolvidas, algo que se manteve nos dois diplomas (Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro¹⁹ e o Decreto-Lei nº 118/2023 de 20 de dezembro²⁰). Por outro lado, o reconhecimento do desempenho da equipa constituiu-se um elemento motivador dos profissionais. Desta forma, prevê-se uma reorganização interna das instituições de saúde, o primar pela qualidade dos serviços prestados nestas estruturas, mas também a prossecução de uma gestão eficiente que garanta a sustentabilidade financeira e económica do sistema.

Foi ao abrigo da Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro¹⁹ (doravante designada MRIS) que os CRI analisados foram constituídos, legislação através da qual se rege o seu funcionamento.

O preâmbulo do MRIS²⁶ remetia para o art. 10º/3 do Decreto-Lei nº 18/2017 de 10 de fevereiro¹⁷ a aprovação do regulamento interno pelo Conselho de Administração (CA). O DL nº 18/2017 de 10 de fevereiro foi revogado pelo Estatuto do SNS⁴ (ESNS).

O ESNS⁴ consagra que o CA deve prover das condições necessárias para que a implementação e consequente organização interna do CRI seja possível (art. 71º nº 1 al. f) e 90º nº1 do ESNS). Para além disso, verifica-se a intenção do legislador no que concerne à criação de incentivos para os profissionais de saúde que trabalhem no CRI, os quais serão negociados entre o CA e o CRI. Estes são definidos posteriormente no contrato-programa (CP) subjacente (art. 90º nº3 do ESNS). O reconhecimento resultante da avaliação dos elementos que trabalham na equipa, deve ser público (art. 91º nº3 al. g) do ESNS). Há a possibilidade de haver uma delegação de competências por parte do CA nos CRI (art. 91º nº3 al. a) do ESNS com as limitações previstas pelo art. 71º nº 2 do ESNS).

Ainda no decurso da investigação, foi promulgado o DL nº 118/2023 de 20 de Dezembro²⁷, o qual aprova o regime jurídico dos CRI em hospitais do SNS (doravante

designado RJCRI quando aplicados os artigos do Anexo II deste diploma), revogando, desta forma, o MRIS²⁶ (cfr. anexo 3). O novo regime aplica-se aos estabelecimentos e serviços integrados no SNS, desde que EPE e aos profissionais que integrem o CRI, independentemente do vínculo laboral estabelecido, salvo nos casos descritos no capítulo VII (art. 2º nº2 do RJCRI). Aplica-se ainda em casos muito específicos: CRI que se venham a constituir em áreas consideradas prioritárias (saúde mental, medicina interna, serviços de urgência, pediatria, gastroenterologia, hospitalização domiciliária e dermatovenereologia). Os CRI constituídos ao abrigo do regime anterior continuam a reger-se pela legislação de 2017 (analisada supra) até terminarem o triénio ou a sua renovação (art.7º nº3 das disposições gerais do DL nº 118/2023 de 20 de Dezembro²⁰). A lei dispõe para o futuro e o RJCRI não possui efeito retroativo.

Segundo o regime jurídico da organização e funcionamento dos CRI integrante do novo diploma (RJCRI), estes continuam a ser definidos como estruturas orgânicas de gestão intermédia, dependentes do CA. Visam potenciar resultados na prestação de cuidados de saúde, melhorar a acessibilidade dos utentes, a qualidade dos serviços prestados, aumentar a produtividade, eficiência dos recursos, eficácia e elevar a satisfação dos utentes e profissionais do SNS (art. 3º nº1 do RJCRI²⁰). São constituídos por equipas multiprofissionais (art. 91º nº1 do ESNS⁴), as quais se irão organizar consoante a realidade concreta de cada instituição e de acordo com as necessidades em saúde que sejam verificadas (art. 3º nº2 do RJCRI²⁰).

A missão que serve de base ao CRI mantém-se na legislação atual. Há o foco na centralidade no utente, a acessibilidade, continuidade, tempestividade, segurança, eficiência, efetividade na prestação de cuidados, visando-se uma melhoria ao nível dos resultados, mas também de ganhos em saúde.

Há uma delegação de competências e responsabilidade dos órgãos de administração dos estabelecimentos de saúde EPE nos CRI (art. 91º nº3 al. a) do ESNS⁴). O regulamento interno do CRI é aprovado pelo CA no ato da sua criação, tendo por base o modelo aprovado por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da ACSS, I. P. (art. 91º nº2 do ESNS⁴).

O ESNS define ainda outros princípios que orientam a atividade (art. 91º nº3 do ESNS⁴ ex vi o art. 5 do RJCRI²⁰), nomeadamente a publicação de resultados e das auditorias clínicas e administrativas (internas e externas); a articulação do CRI com os restantes serviços e estruturas da instituição. Menciona ainda a necessidade de garantir a sustentabilidade (numa tripla vertente de conciliação entre os objetivos contratados, o

controlo de custos e o reconhecimento dos profissionais). A avaliação realizada deve ser objetiva, transparente e contratualizada entre as partes, a qual terá impacto ao nível do CRI, bem como de toda a equipa, reconhecendo-se o mérito de cada profissional (art. 91º nº3 als. f) e g) do ESNS⁴). Os objetivos a prosseguir têm que ser quantificados, programados, calendarizados, controlando-se a utilização dos recursos materiais e humanos que estão destinados ao CRI (art. 91º nº3 als. h) e i) do ESNS⁴). Tal como ocorria na legislação anterior (MRIS), a contratualização é realizada entre o CA e os diretores do CRI. Nesta fixam-se os objetivos e mecanismos a atingir no CP, com avaliações periódicas. Deve ainda constar o plano de atividades anual do CRI, o projeto de orçamento-programa anual, o plano de investimentos, de formação e investigação (art. 91º nº3 al. j) do ESNS⁴).

5.1.1. Conceção e implementação do CRI

Ao abrigo da Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro (MRIS), o funcionamento do CRI pautava-se pela centralidade no doente, tempestividade, eficiência e qualidade, acessibilidade na prestação desses cuidados. Os objetivos finais prendiam-se com melhoria de resultado, propiciando ganhos em saúde (art. 4º do MRIS ¹⁹). Para exercerem a sua atividade, eram dotados de recursos materiais imprescindíveis para levar a cabo os objetivos definidos no CP. O Regulamento inteiro era aprovado por deliberação do Conselho de Administração (CA) nos termos do art. 2º desta portaria, constando em Anexo, o modelo que deveria seguir.

Uma das inovações do Decreto-Lei nº 118/2023 de 20 de dezembro (RJCRI)²⁰ prende-se com o facto de serem instituídos projetos piloto em áreas prioritárias (cfr. preâmbulo do RJCRI²⁰) que englobam serviços. Uma das particularidades do regime anterior (Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro – MRIS) era o facto de poderem ser constituídos micro CRI de patologias que necessitassem de uma maior atenção. A formação destes modelos de gestão teve a ver com a falta de resposta às necessidades da população dentro dos serviços de especialidade, o que fez com que se autonomizassem. A nova legislação, não veda a possibilidade de se criarem unidades orgânicas inferiores nos termos do art. 3º nº 2 *in fine* do RJCRI, ainda que a título excecional. A organização e funcionamento do CRI constam do regulamento interno, aprovado pelo CA no ato de constituição do CRI e da nomeação da equipa que o irá compor (art. 11º do RJCRI²⁰). No art. 11º nº2 do RJCRI²⁰ remete-se para uma portaria que irá ser aprovada pelo membro do Governo responsável pela área da saúde.

5.1.1.1. Contrato-programa e plano de ação

O contrato-programa (CP) anual (art. 9º do MRIS¹⁹) era negociado entre o Conselho de Gestão (GC) e o CA, devendo constar deste documento os elementos patentes no art. 9º nº1 do MRIS. De referir a necessidade de se incluir não só os parâmetros para a avaliação dos resultados clínicos e operacionais, mas também a produção base e a produção adicional contratada, o orçamento anual, o qual contém a previsão dos custos e proveitos. O planeamento da atividade a desempenhar pelo CRI, devia englobar uma utilização eficiente dos recursos técnicos, humanos e materiais alocados ao CRI, de modo a aumentar os níveis de produtividade da instituição e cumprir os tempos máximos de resposta garantidos que estavam definidos. A exigência do cumprimento do plano de ação está dependente da disponibilização dos serviços e recursos definidos aquando da celebração deste plano.

Na legislação de 2023, o legislador estabelece no art. 7º do RJCRI²⁰ as diretrizes para a celebração do contrato programa (CP) anual (negociado pelo Conselho de Gestão do CRI e o Conselho de Administração). No planeamento (art.8º do RJCRI²⁰) verificam-se que os elementos que devem ser garantidos são iguais aos que constavam no diploma anterior (MRIS). Os padrões de produtividade esperados serão publicados anualmente nos relatórios emanados pela Direção Executiva do SNS (DESNS), valores que devem servir de referência na contratualização interna realizada entre os CRI e os CA (art. 8º/3 do RJCRI²⁰), algo que difere da legislação de 2017.

Na legislação atual (RJCRI), o plano de ação é aprovado por deliberação do CA, devendo constar dele a definição dos objetivos estratégicos e operacionais, as principais medidas a executar e os resultados que se pretende almejar (art. 6º nº 1 al. a) do RJCRI²⁰). Ao nível da qualidade exige-se um manual de boas práticas onde se incluem os processos normalizados e os mecanismos de controlo no CRI (art. 6º nº 1 al.e) do RJCRI²⁰), bem como deve existir um manual de articulação com outros serviços da entidade (art. 6º nº 1 al. f) do RJCRI²⁰). O plano é aprovado para um período de 3 anos (renovável por igual período), podendo ser revisto anualmente (art. 6º nº2 do RJCRI²⁷) ou alterado (art. 6º nº 3 do RJCRI²⁷).

5.1.1.2. Estrutura orgânica

A estrutura orgânica do CRI é composta um Conselho de Gestão (CG) e por um diretor que o preside. O Decreto-Lei nº 118/2023 de 20 de dezembro acrescenta um novo órgão: Conselho Geral.

5.1.1.2.1. Diretor do CRI

Nos termos da Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro (MRIS), o diretor tem as competências estabelecidas no art. 7º. Compete-lhe coordenar a atividade do CG, é responsável pela qualidade da assistência prestada, submeter os atos que careçam de autorização ou aprovação do CA, representar o CRI e exercer competências que lhe foram delegadas.

O Decreto-Lei nº 118/2023 de 20 de dezembro (RJCRI), para se exercer o cargo do diretor é necessário que se verifiquem os seguintes requisitos cumulativos: ser médico de reconhecido mérito; é imperativo que possua formação e competências em gestão, devendo exercer toda a atividade profissional na entidade do SNS. A expressão “reconhecido mérito” é um conceito indeterminado e que necessita ser densificado. Segundo a jurisprudência, um jurista de reconhecido mérito “é apenas o especialista como tal reconhecido ou reputado pela comunidade publicística, doutrinal, jurisprudencial ou comentarística”²⁸. Fazendo uma analogia para o caso concreto, o médico de reconhecido mérito seria aquele que é reconhecido ou reputado pelos seus pares no exercício das suas funções.

O diretor do CRI não pode acumular funções com outro cargo de direção ou coordenação na entidade do SNS onde trabalha, salvo nos casos em que o CRI engloba um serviço clínico na totalidade (art. 13º nº2 e 3 RJCRI²⁰), havendo, porém, uma limitação remuneratória (art. 13º nº4 RJCRI²⁰). As competências do diretor estão previstas no regulamento interno (art. 13º nº 5 do RJCRI²⁰), sendo iguais às que estavam previstas no diploma anterior

5.1.1.2.2. Conselho de Gestão

O Conselho de Gestão (CG) do CRI vem definido nos artigos 5º e 6º da Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro. O CG é constituído pelo diretor (que o preside), por um administrador hospitalar ou outro profissional com experiência em gestão em saúde e outro profissional da equipa multidisciplinar, o qual deve ser um enfermeiro no caso de serviços médicos e cirúrgicos (art. 5º nº2 do MRIS). O DL nº 118/2023 de 20 de dezembro apenas acrescenta um técnico superior das áreas de diagnóstico e terapêutica para os casos dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica (art. 14º nº1 RJCRI²⁰).

As competências do CG são iguais nos dois diplomas. Este órgão (tanto no MRIS, como no RJCRI) tem competência para negociar e assumir a responsabilidade pela execução

do plano de ação e do CP anual, garantir a eficácia e operacionalidade dos processos de monitorização e controlo do desempenho. Cabe-lhe ainda apresentar trimestralmente ao CA o relatório de acompanhamento de produção e indicadores de desempenho estipulados no plano de ação. Deve também apresentar anualmente ao CA um relatório de atividades referentes ao ano anterior. No DL nº 118/2023 de 20 de dezembro (RJCRI), o legislador foi mais longe e acrescentou a possibilidade de propor sistemas de substituição e intersubstituição dos profissionais (art. 14º nº2 al. e) do RJCRI²⁹) e deliberar sobre a extinção do CRI (art. 14º nº2 al. i) do RJCRI²⁹).

A atividade assistencial prosseguida no âmbito do CRI está sob a coordenação, orientação e supervisão do CG (art. 25º nº1 do RJCRI²⁰), tal como ocorria na legislação anterior (MRIS).

5.1.1.2.3. Conselho Geral

O conselho geral é uma das novidades do RJCRI (art. 12º do RJCRI²⁰). É constituído por todos os profissionais que integrem a equipa multidisciplinar (art. 15º nº1 RJCRI²⁷). O funcionamento deste conselho será regulado no regulamento interno do CRI. As suas competências são: discutir as propostas relativas ao plano de ação, CP, relatório de atividades e regulamento de distribuição de incentivos institucionais (quando aplicável). Deve zelar pelo cumprimento do plano de ação, CP e regulamento interno, pronunciando-se sobre os mecanismos de gestão, articulação e controlo dos recursos afetos ao CRI.

A consagração deste órgão é interessante, já que promove um envolvimento da equipa multidisciplinar na elaboração e discussão dos objetivos a prosseguir pelo CRI. Proporciona uma maior aproximação ao CG e ao diretor do CRI. A equipa terá a possibilidade de participar na definição das propostas ao nível das atividades a serem desenvolvidas, no plano de ação e na negociação do CP. Pode ainda discutir sobre o regulamento de distribuição de incentivos institucionais. O facto de se envolver os colaboradores na tomada de decisão, aumenta o seu envolvimento com a atividade desempenhada, motivando-os. Gera sentimentos de pertença à instituição e por conseguinte, levará ao aumento da produtividade.

Este conselho geral reúne de quatro em quatro meses, acrescentando os casos em que é o diretor do CRI que o convoca ou ainda quando metade dos profissionais que integram o CRI pedem a reunião (art. 15º nº 3 do RJCRI²⁰).

5.1.2. Recursos materiais e financeiros

O art. 10º nº 1 da Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro mencionava que a mobilização destes recursos técnicos, humanos e materiais deviam ser utilizados de forma eficiente de maneira a aumentar os níveis de produtividade da instituição. Estão previstos mecanismos que auxiliem e facilitem a articulação das atividades do CRI e dos restantes serviços na instituição no contrato-programa e no plano de ação (art. 19º/2 do MRIS). Relativamente ao DL nº 118/2023 de 20 de dezembro, é da incumbência da instituição do SNS prover os recursos necessários para que o plano de ação e o CP possam ser cumpridos (art. 16º nº1 do RJCRI²⁰). Poderá ser necessário partilhar recursos entre as unidades, equipas ou serviços da entidade, os quais devem constar no manual de articulação (arts. 6º nº1 al. f) e 16º nº 2 do RJCRI²⁰).

No diploma de 2017, o art. 10º nº2 do MRIS menciona que as produções base e a adicional (quando existisse) deviam ser negociadas e estabelecidas ao nível do CP, tendo por base os padrões de produtividade que estavam definidos nos relatórios anuais da ACSS (art. 10º nº3). Apesar deste artigo ter colocado a hipótese da produção adicional poder existir ou não, a atribuição de incentivos prendia-se com a existência desta (através da conjugação do MRIS e a Portaria nº 207/2017 de 11 de Julho¹⁸ que regula o SIGIC e a remuneração desta produção). Ao fazer o paralelismo com a legislação atual (DL nº 118/2023 de 20 de Dezembro que estabelece o Regime Jurídico dos CRI em hospitais do SNS - RJCRI²⁹), verificamos o legislador foi mais sensível às dificuldades dos CRI médicos em realizar produção adicional, especificando critérios (ainda a definir pelo Governo) sobre a compensação pelo desempenho.

Na Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro, o CRI deveria dispor do fundo de maneiio que ficou previsto no CP anual (art. 19º nº3 do MRIS¹⁹). Como será analisado adiante a existência deste fundo de maneiio nunca existiu em alguns casos. Na legislação de 2023, o fundo de maneiio também está previsto no art. 18º nº2 do RJCRI²⁰.

5.1.3. Prestação de trabalho e profissionais de saúde

De acordo com o art. 11º do MRIS¹⁹, a prestação de trabalho dos elementos da equipa multidisciplinar que compunham o CRI deviam constar de documento escrito proposto pelo CG ao CA. Neste deveria constar o período de funcionamento, a cobertura assistencial e as modalidades de regime, bem como o horário de trabalho.

Competia ao CG definir os profissionais que necessitava para executar a sua atividade, sendo posteriormente nomeados pelo CA. O recrutamento dos Recursos Humanos (RH) era feito dentro da instituição de saúde e só não havendo profissionais disponíveis ou que não quisessem integrar o CRI, é que a contratação seria realizada no exterior pelo CA. A este órgão cabia contratar profissionais com vista a serem alocados ao CRI quando as circunstâncias assim o justificassem (art. 11º nº 2 do MRIS).

Os profissionais de saúde que integram o CRI respondem solidariamente e dentro de cada grupo profissional (art. 12º MRIS). Asseguram o cumprimento das obrigações dos restantes elementos da equipa durante os períodos de férias e ausências de colabores não superiores a duas semanas (art. 12º/1 do MRIS¹⁹).

Qualquer profissional que queira deixar de integrar o CRI tem que avisar com 60 dias de antecedência (art. 15º nº1 MRIS¹⁹). Precisa apresentar um pedido de cessação de funções ao diretor do CG do CRI, comunicar a sua pretensão ao CA e ao serviço de origem (art. 15º nº1 al. a) do MRIS¹⁹). O diretor do conselho de gestão do CRI remete parecer fundamentado sobre o pedido ao CA (art. 15º nº1 al. b) do MRIS¹⁹). O profissional será alocado a outro serviço dentro da mesma instituição (art. 15º nº2 do MRIS¹⁹).

Ao nível das relações hierárquicas estabelecidas dentro do CRI verificávamos, que a atividade desenvolvida estava sob a coordenação, orientação e supervisão do CG do CRI (art. 13º nº1). Se o Serviço se constituísse num CRI, o diretor do CRI podia acumular funções com o de diretor de serviço (art. 5º nº 3 e 4 do MRIS).

No RJCRI, o legislador refere expressamente que os CRI são constituídos por equipas multiprofissionais que “voluntariamente se proponham aderir a este modelo de organização”, desde que detenham um perfil adequado em função do plano de ação elaborado (art. 10º nº 1 do RJCRI²⁰). Os profissionais de saúde apenas integram o CRI se assim o pretenderem. A composição da equipa tem que ser explicitada no plano de ação do CRI e a sua nomeação cabe ao CA (art. 10º nº2 do RJCRI). Neste artigo verificamos dois requisitos cumulativos de admissibilidade dos profissionais de saúde: o profissional tem que aderir ao CRI de forma voluntária (art. 10º nº1 do RJCRI²⁰); cabe ao CA a sua nomeação perante a lista apresentada no plano de ação (art. 10º nº2 e art. 6º do RJCRI²⁰).

O art. 10º nº3 do RJCRI menciona que o pessoal afeto ao CRI deve preferencialmente exercer a sua atividade na entidade do SNS, sem prejuízo do disposto no art. 7º. Ora, o

artigo 7º do DL encontra-se no Capítulo I relativo às Disposições Gerais. No nº1 deste preceito verificamos que o legislador impõe várias condições na aplicabilidade do regime remuneratório patente no capítulo VII do RJCRI e o DL nº 103/2023 de 7 de Novembro relativo ao Regime Jurídico da Dedicação Plena²⁹ (RJDP). O RJDP²⁹ só é obrigatório para os CRI em áreas específicas de intervenção assistencial após a entrada em vigor da portaria prevista no art. 27º nº3 do RJCRI²⁰. O art. 27º nº3 do RJCRI²⁰ remete para a portaria a criar por áreas de intervenção assistencial e que estabelece o IDE e os indicadores considerar. Ora, até ser aprovada a portaria para as áreas prioritárias referidas no preâmbulo do diploma não se aplica o regime remuneratório da dedicação plena (salvo nos casos de adesão voluntária), nem as normas constantes no capítulo VII do RJCRI. O nº 2 do art. 7º do DL nº 118/2023²⁰ refere que até entrada em vigor das portarias definidoras do IDE para as áreas já mencionadas, os incentivos seguem o regime da Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro.

Profissionais externos à entidade do SNS onde o CRI está instalado podem vir a exercer funções, desde que o CA o delibere de modo fundamentado (art. 10º nº4 do RJCRI²⁰). A contratação pode ser realizada a termo resolutivo ou a tempo parcial quando não se justifique que seja a tempo completo (art.23º nº2 do RJCRI²⁰). Prevê-se a possibilidade de serem contratados para o desempenho de funções, de modo a não comprometer o normal funcionamento do CRI. Esta norma tem um grande impacto ao nível da organização da produção e da gestão, mas também a nível prático. Fazendo um paralelismo com a situação vivenciada até agora, o que se tem verificado por parte dos hospitais é a tentativa de recrutamento interno de profissionais de saúde, numa primeira fase. Estando impossibilitado esse recrutamento interno por recusa dos profissionais ou falta de meios humanos, o CA parte para a contratação de profissionais externos à instituição. De referir que esta prática tem sido realizada para os CRI criados ao abrigo da legislação anterior.

A avaliação de desempenho dos profissionais que fazem parte do CRI é realizada com base no regime jurídico fixado no estatuto legal da carreira profissional correspondente (art.25º nº2 do RJCRI²⁰). O avaliador deve também ter em consideração o parecer fundamentado do conselho de gestão do CRI (art. 25º nº2 *in fine* do RJCRI²⁰).

Os membros da equipa do CRI respondem solidariamente e dentro de cada grupo profissionais (art. 24º do RJCRI), tal como ocorria no MRIS.

Os profissionais do CRI que pretendam cessar funções, podem fazê-lo, apresentando tal pedido ao CG com uma antecedência mínima de 60 dias (art. 21º nº1 do RJCRI²⁰).

Após receber o pedido, o CG tem que emitir um parecer fundamentado, remetendo-o ao CA, ao qual cabe a decisão (art.21º nº2 do RJCRI²⁰), podendo ser diferido por um período até seis meses nos casos do art. 21º nº3 do RJCRI²⁰.

5.1.4. Incentivos

Os incentivos a atribuir podem ser institucionais e profissionais. Os primeiros eram definidos num documento proposto pelo CG do CRI e aprovado pelo CA [art. 11º nº1 *ex vi* o art. 11º nº3 al.e) do MRIS¹⁹]. Estes destinam-se a toda a equipa, podendo ser utilizados para aquisição de equipamento, investigação e formação. Apesar da lei não os definir, numa das ULS analisadas o cálculo dos incentivos institucionais era a majoração de preços não CRI e dos preços CRI, essa diferença seria a verba alocada ao CRI.

O sistema de incentivos aos profissionais e os seus critérios de distribuição pelo desempenho estavam definidos no anexo II da Portaria nº 207/2017 de 11 de Julho (SIGIC). No pagamento destes incentivos, há duas componentes: a fixa e a variável. Na fixa, recebe-se após a atividade adicional realizada. Por exemplo, no caso de ter sido realizada uma cirurgia, a percentagem acordada face ao valor do procedimento, seria paga diretamente à equipa que participou nessa atividade adicional. No caso da componente variável, recebe-se consoante os resultados obtidos no Índice de Desempenho Global (IDG). Se o CRI obteve um IDG superior a 90%, recebe-se 15% do valor da atividade adicional realizada que é distribuída pela equipa. Abaixo deste valor, terão que ser realizados os cálculos consoante o valor obtido no IDG. De referir que apenas recebem incentivos profissionais se o IDG for superior a 75%.

O art. 7º do DL nº 118/2023 (RJCRI)²⁰ contempla que o regime remuneratório do capítulo VII do RJCRI aplica-se aos CRI criados dentro das áreas já mencionadas, após a entrada em vigor da portaria consagrada no art. 27º nº 3 do RJCRI²⁰. Esta portaria irá indicar o apuramento do IDE contemplando os indicadores, os intervalos de valor e a variação aceitável para cada uma das áreas de intervenção prioritárias definidas neste DL. Entre a criação do CRI (ao abrigo desta legislação) e a entrada em vigor da portaria a aprovar pelo membro do Governo responsável, aplica-se o regime de atribuição de incentivos ao desempenho consagrado na Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro¹⁹ (MRIS), ou seja, continua-se a aplicar o regime do SIGIC¹⁸. Os CRI em funcionamento antes da entrada em vigor da portaria a criar pelo Governo (o art. 7º/3 do DL nº 118/2023²⁰ remete para o nº 1 do mesmo preceito que, por sua, remete para o art. 27º/3 do RJCRI²⁰) continuam sujeitos, até terminar o triénio ou a renovação, ao regime

aplicado à data em que foi o acordado ou renovado o plano de ação. Neste caso, aplica-se a Portaria nº 330/2017 de 31 de Outubro¹⁹ (MRIS). Todos os CRI analisados para a realização deste trabalho, foram constituídos ao abrigo da legislação de 2017. De acordo com estas normas, não se aplica o novo diploma.

A remuneração mensal dos profissionais que integrarem o CRI, ao abrigo da nova legislação (art. 26º nº1 do RJCRI²⁰) engloba a remuneração base, compensações pelo desempenho e ainda suplementos (nos termos do art. 27º do RJCRI²⁰). Segundo o art. 26º nº2 do RJCRI²⁰ a remuneração base é aquela que está prevista para a respetiva categoria e posição remuneratória em regime de tempo completo.

Os suplementos a que se refere o art. 26º/1 estão densificados no art. 27º do RJCRI²⁰. O nº 2 do art. 27º esclarece que a compensação decorrente da avaliação de desempenho depende do IDE. O valor que cada profissional do CRI irá receber como compensação pelo desempenho é calculado de acordo com o valor mensal máximo previsto no art. 27º nº3, 4 e 5 do RJCRI²⁰.

Tal como se verificava no regime anterior (MRIS), os incentivos podem ser profissionais ou institucionais. Os profissionais são os decorrentes das compensações pelo desempenho. Os institucionais estão definidos no art. 28º nº2 do RJCRI²⁰. A sua atribuição aplica-se nos termos que irão ser definidos pela portaria mencionada no art. 27º nº3 *ex vi* o art. 28º nº1 do RJCRI²⁰. O montante atribuído é definido todos os anos no orçamento (art. 28º nº3 do RJCRI²⁰).

5.1.5. Avaliação após a implementação do CRI

5.1.5.1. Monitorização e controlo do CRI

Na Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro, apesar do cumprimento do CP ser monitorizado ao longo do ano (art. 17º nº 4 do MRIS¹⁹), cabia ao CA e à ARS a respetiva monitorização, especialmente no que concerne à produção base e à adicional e verificação do cumprimento dos requisitos estabelecidos no regulamento interno (art. 17º nº1 do MRIS¹⁹). A partir do modelo publicado pela ACSS, o CRI tinha que redigir um relatório mensal (art. 17º nº 2 do MRIS¹⁹). As unidades de coordenação central, regional e local do SIGA SNS (regime da Portaria nº 147/2017 de 27 de Abril³⁰) também auxiliavam na monitorização e atividade do CRI, emitindo recomendações e orientações para o cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida (art. 17º nº 3 do MRIS²⁶).

No Decreto-Lei nº 118/2023 de 20 de dezembro, a monitorização, avaliação e acompanhamento regular da atividade do CRI, continua a pertencer ao CA (art. 29º nº1 do RJCRI²⁰). O relatório mensal continua a ser redigido de acordo com o modelo publicado pela ACSS, I.P. (art. 29º nº2 do RJCRI²⁰). Na avaliação é necessário verificar o cumprimento dos requisitos estabelecidos no regulamento interno, plano de ação e CP, incluindo-se as áreas descritas no art. 29º nº3 do RJCRI²⁰.

5.2. Perspetivas dos Diretores dos Conselhos de Gestão de CRI

Tal como foi descrito na metodologia, foram realizadas 10 entrevistas a diretores de CG do CRI distribuídos em duas ULS uma no norte e outra no sul do país (ULS A e B, respetivamente). Foram ainda analisados CRI médicos, cirúrgicos e médico-cirúrgicos. Dentro dos cirúrgicos analisaram-se dois CRI da mesma área nas duas ULS de modo a verificar se estavam no mesmo estágio de desenvolvimento, se partilhavam a mesma organização interna e dificuldades. Por motivos de preservação da confidencialidade das respostas e garantia do anonimato dos participantes e respetivas instituições de origem, apenas será indicado no presente trabalho se o entrevistado pertence a um CRI médico ou cirúrgico. A análise será apresentada de acordo com as grandes categorias apresentadas na metodologia.

5.2.1. Organização interna

Após análise das entrevistas realizadas, foi possível concluir que, nos casos em que o CRI englobou o serviço já existente, a estrutura adotada mantém-se semelhante aquela que existia anteriormente. Nas situações em que o CRI foi criado de raiz, a sua estruturação e constituição da equipa foi realizada na íntegra, seguindo os ditames da legislação e as indicações vertidas nos documentos modelos da ACSS.

Em particular, foi relatada a desorganização que existia antes do CRI, bem como os problemas ao nível da gestão dos RH, nomeadamente em termos de hierarquia. Cada profissão detinha o seu diretor de serviço, o que muitas vezes gerava confusões e problemas ao nível da comunicação entre as diversas áreas profissionais.

Entrevistado 8 (CRI cirúrgico): *“A autonomia, responsabilização e acessibilidade foram três conceitos que, de facto, favoreceram a constituição da equipa”.*

Foi também possível apurar que existiam patologias que, apesar de integrarem a especialidade de onde provinham, começaram a ter uma atividade isolada dentro do

serviço. Com o CRI a sua autonomização foi mais evidente, concentrando recursos e com resultados muito superiores.

Entrevistado 10 (CRI cirúrgico): *“Não eramos um serviço, mas antes uma unidade do tratamento cirúrgico (...). Como unidade e como cirurgias estávamos integrados no serviço de cirurgia. Tínhamos a colaboração de outras especialidades médicas (...)”. “Na transição de unidade para CRI, permitiu concentrar mais a equipa e evitar a dispersão. Tínhamos quatro ou cinco (...) [elementos de uma determinada especialidade médica] e passamos a ter só dois e com muitas horas dedicadas ao CRI, mas com a sensação de que aquelas horas eram muito mais produtivas. Ou seja, dois profissionais ou cinco com as mesmas horas, comecei a perceber que [com os dois] os resultados eram muito melhores”.*

Foi também possível apurar que o CRI veio alterar a organização tradicional nos hospitais, que se reflete na sua organização interna, na medida em que possuiu uma ligação direta ao CA pelo facto de ser um modelo de gestão intermédia. Por esta via, negoceiam a produção base e adicional, bem como todos os elementos de funcionamento do CRI. Para além disto, é necessário que o diretor tenha conhecimentos de gestão, o que nem sempre ocorre e se traduz num obstáculo.

Entrevistado 3 (CRI médico): *“Nos CRI não temos aquela estrutura hierárquica intermediária que são as unidades administrativas de gestão que têm um gestor, outro médico a ajudar e que contacta diretamente com o CA. Os CRI não têm, ou seja, o próprio diretor do CRI, o gestor do CRI e o outro elemento (...) é que fazem a gestão. Portanto, nós diretores do CRI temos que ter conhecimentos de gestão para fazer trabalho a este nível, ao passo que os diretores dos serviços tradicionais não precisam de fazer esse trabalho. Estamos a ver que é um trabalho extra e de um currículo que os médicos não têm na sua formação”.*

A grande maioria dos CRI não englobam o serviço completo, mas áreas. Existem também diferenças ao nível da sua organização interna, nomeadamente o facto de se organizarem à volta de uma patologia ou grupo de patologias muito específicas.

Entrevistado 3 (CRI médico): *“A maior parte dos CRI não são do serviço completo, mas de áreas. Outra característica que os CRI têm em relação aos serviços tradicionais é que são organizados à volta de uma patologia ou grupo de patologias muito específicas porque são multidisciplinares. Portanto temos o doente, com a sua patologia específica ou grupo de patologias no centro e depois todas as especialidades que trabalham naquela área, à volta do doente e com*

bom relacionamento entre eles. Temos reuniões em que discutimos casos clínicos em que decidimos o que se vai fazer. Muitas vezes o tratamento é complementar. Uma especialidade dá uma parte do tratamento, a outra dá um contributo até se conseguir tratar o doente da melhor forma. Esta é uma organização muito diferente do serviço tradicional. Os CRI já mostraram com este modelo de gestão fazer o que os serviços tradicionais não fazem que é reduzir listas de espera em áreas específicas com imensa procura, aumentando muito a acessibilidade, mantendo e melhorando a qualidade da assistência por causa desta interdisciplinaridade”.

O facto de se organizarem consoante as patologias tratadas, tendo em consideração as necessidades dos doentes, permite uma maior coesão no tratamento. Outra particularidade dos CRI é a existência de equipas multidisciplinares, o que agrega diversas valências e reduz o tempo de resposta.

Entrevistado 3 (CRI médico): “Posso dizer que no meu CRI, se pedir apoio de (...) [uma especialidade], eles têm um tempo máximo de resposta, o que não acontece num serviço normal. No CRI como existem 2 elementos dessa especialidade que fazem parte do CRI e são eles que fazem esta consulta específica. Eles só podem demorar até 60 dias a dar-me a resposta, além de que, depois temos as reuniões em que discutimos os casos mais prementes e mais particulares que exigem uma atuação mais específica”.

Para que o CRI se constituísse, foi necessário fazer um levantamento de diversos elementos, de modo a adaptar a sua organização interna e estrutura às necessidades dos pacientes, a atividade que ia ser desenvolvida e do número de profissionais de saúde que era preciso mobilizar para integrar o projeto. O Entrevistado 8 (CRI cirúrgico) enunciou os seguintes fatores:

“Previsibilidade em relação ao número de doentes que íamos tratar, a relação ao número de cirurgias, número de consultas, cirurgias programadas, urgentes ou diferidas, seja também em ambulatório. Essa projeção dos resultados que pretendíamos atingir, levou termos o número de Recursos Humanos adequados a responder ao cumprimento desse contrato”.

5.2.2. Motivações e expectativas

São diversos os motivos que levaram os diretores do CRI a criar estes modelos de gestão intermédia. Os argumentos mais mencionados foram a desorganização dos serviços onde trabalhavam, a falta de motivação dos profissionais, falta de autonomia e independência. Existem casos em que, antes da criação do CRI, os profissionais trabalhavam numa área que estava integrada noutra especialidade. Devido à falta de resposta dada pelos serviços, estes médicos sentiram a necessidade de se tornar autónomos para responder às necessidades dos doentes. É relevante referir que, salvo alguns casos em que o serviço se transformou em CRI, a maior parte destes trabalha com patologias ou grupos de patologias muito específicas. Após os atuais diretores do CRI analisarem o contexto em que trabalhavam, verificaram que prestavam cuidados muito específicos e que se tinham especializado ainda mais. Perante este facto, sentiram a necessidade de se autonomizarem para aprimorar os cuidados de saúde prestados e aumentar a interdisciplinaridade.

As expectativas em relação à criação do CRI também são diversas.

Entrevistado 1 (CRI cirúrgico): *“A principal era a independência. A criação e de uma nova especialidade. Ficarem independentes, havia um certo entusiasmo nesse aspeto. Depois havia a expectativa das pessoas poderem ganhar mais algum dinheiro, mais algum rendimento com o seu trabalho”.*

Entrevistado 3 (CRI médico): *“Dar resposta àquilo que não tínhamos até ao momento que era sermos capazes de termos uma lista de espera controlada”.*

5.2.2.1. Autonomia

Os diretores dos CRI foram unânimes na vontade de se autonomizarem dos serviços onde estavam inseridos, daí a necessidade de constituírem o CRI.

Entrevistado 9 (CRI médico-cirúrgico): *“Autonomia. O problema dos serviços é ter demasiada burocracia. Para ter uma decisão tinha que falar com o diretor do serviço, este tinha que falar com o diretor clínico, o diretor clínico tinha que falar com o CA. Eu tenho uma via direta com o Conselho de Administração. O CRI é um sistema de gestão intermédio que me permite tomar decisões (...)”.*

Entrevistado 7 (CRI médico-cirúrgico): *“Quanto a mim uma das principais causas de não haver médicos no SNS é a falta de autonomia dos médicos no SNS. Essa falta de autonomia tem vindo a agravar-se de década para década (...)”. “A palavra-chave é autonomia para os médicos. Não têm autonomia de gestão. Os*

diretores do CRI têm alguma autonomia face aos diretores de serviço, mas mesmo assim, têm pouca autonomia”.

A necessidade de autonomia advém de vários motivos. Antes da existência do CRI, havia áreas carenciadas, às quais os serviços não davam resposta, seja por falta de recursos (humanos e materiais), seja porque os diretores não tinham particular interesse em investir nessas áreas.

Entrevistado 2 (CRI médico): “Esta consulta (...) tinha poucos recursos humanos alocados e era uma área em que o serviço tinha uma prestação muito pobre. Tínhamos uma lista de espera de quase três anos, não sendo nada eficiente, mas também não existia, por parte da direção do serviço, um interesse especial por esta área.”

A situação descrita foi o principal elemento que motivou a criação de CG do CRI e a sua autonomização face ao serviço onde estavam inseridos. É relevante mencionar que dos CRI analisados apenas 3 se constituíram de forma a englobar o serviço. Os restantes, pretenderam uma autonomização por área, de modo a responder às necessidades dos doentes, que de outra forma, não o conseguiam fazer.

Não podemos esquecer as dificuldades do SNS neste momento, bem como a saída maciça de profissionais de saúde para o sector privado. A constituição dos CRI foi motivada também por estas questões, reconhecendo-se, neste modelo, uma forma de cativar os profissionais a permanecerem no SNS.

Entrevistado 7 (CRI médico-cirúrgico): “Termos feito o CRI, foi uma forma de ganhar autonomia e do serviço não desaparecer”.

O facto deste modelo proporcionar mais autonomia aos CG do CRI, permitiu consciencializá-los da necessidade de gestão da sua atividade assistencial, bem como os capacitou para tomar decisões mais rentáveis e eficientes.

Entrevistado 3 (CRI médico): “A outra mais-valia foi a autonomia para a aquisição de recursos técnicos e que nos permite por exemplo, termos percebido que a aquisição não era uma boa forma, sob o ponto de vista económico-financeiro de nos mantermos economicamente viáveis e decidimo-nos pelo aluguer. Temos contratos de aluguer e fazemos cada ano um concurso público e o melhor preço ganha. Neste momento conseguimos reduzir muito em custos, graças a essa possibilidade de poder[mos] gerir nós próprios todo o (...) equipamento”.

Apesar desta autonomia, a maioria dos Entrevistados lamenta a falta de competências na gestão dos Recursos Humanos.

Entrevistado 3 (CRI médico): “(...) não temos uma autonomia como eu gostaria e seria de esperar e como todos os diretores do CRI gostariam relativamente aos Recursos Humanos. Em relação a estes, os CRI não podem fazer contratações a menos que o CA assim o entenda também. Os Conselhos de Administração têm vagas restritas para todo o hospital e nem sempre os CRI, principalmente se estão a dar uma boa resposta, são uma prioridade. Como estão a dar uma boa resposta, o hospital não tem pagar coimas por causa do não cumprimento dos tempos de espera mínimos garantidos e, por isso não são uma prioridade em termos de Recursos Humanos. Nós não podemos captar profissionais, nomeadamente médicos, através do concurso público nacional porque os concursos públicos abrem vagas para os serviços tradicionais e não para os CRI. Depois os serviços tradicionais, se receberem um novo elemento não o vão partilhar com o CRI pelos motivos que já vimos. Portanto, esse é o maior problema e a legislação é parca e curta sobre este ponto porque, de facto, nós não temos autonomia para captação de recursos humanos”.

Por outro lado, a autonomia que obtêm está muito dependente da discricionariedade do CA. Dependendo daquilo que o CA decida dar ou não a um CRI depois vai repercutir-se a vários níveis.

Entrevistado 7 (CRI médico-cirúrgico): “A autonomia do CRI é a autonomia que o Conselho de Administração lhe der (...)”. “Devia haver uma definição melhor da real autonomia dos CRI, que não é real, depende daquilo que cada CA determine. É indeterminada e heterogénea. O CRI de um hospital vai ter mais autonomia que o CRI de outro hospital dependendo do CA. A decisão do CA é discricionária. Devia haver uma autonomia real por exemplo em termos de contratação”.

5.2.3. Profissionais de saúde

5.2.3.1. Recetividade

A resistência dos profissionais de saúde que não integraram os CRI foi constante antes e durante a implementação destes.

Entrevistado 6 (CRI médico): “Foi muito complicado no início para constituir a equipa. Havia muitas conceções erradas sobre os CRI. Eles foram criados essencialmente para as áreas cirúrgicas e, para as áreas médicas a sua constituição é um bocadinho diferente”.

Para os CRI médicos, a resistência era maior, em alguns casos. Refira-se que a legislação de 2017 valorizava a componente do trabalho adicional e como tal, para um CRI desta natureza é muito difícil realizar esse tipo de atividade. Para além deste elemento, a avaliação de desempenho de forma mais rigorosa e com tradução financeira, funcionava como um elemento de preocupação. Tal como o Entrevistado 6 (CRI médico) afirmou:

“As pessoas tinham muito receio de serem avaliadas, de terem indicadores e objetivos. Há sempre esta resistência à avaliação. Por outro lado, no modelo dos CRI cirúrgicos, há pessoas que não se revêm na maneira como era feita a valorização do trabalho. Temos que encontrar aqui um equilíbrio e repensar o adicional, apesar de não me rever no modelo que está por trás do adicional”.

O estabelecimento de métricas de avaliação e de uma forte componente de gestão acarretou algumas dificuldades, na medida em que

Entrevistado 6 (CRI médico): “Havia muitas conceções negativas. Tive muita dificuldade com a equipa médica porque muitos médicos não querem saber de gestão, não querem saber de dinheiros. Eu também não quero que as decisões se façam por aí. Estamos a fazer tratamentos mais caros, mais eficazes, mas estamos a tentar compensar com outras coisas. Estamos sempre a tentar poupar de um lado, mas dando inovação, ou seja, há um equilíbrio”.

Em muitos casos, essa resistência mantém-se até hoje devido ao facto de haver uma imagem errada sobre o trabalho que é prosseguido.

Entrevistado 1 (CRI cirúrgico): “Alguns viram com algum entusiasmo, principalmente pela independência que o CRI nos trouxe. O facto de se criar um serviço novo só focado em tratar a patologia (...), essa parte foi boa, por um lado. Por outro lado, alguns profissionais, nomeadamente os médicos (...) têm alguma resistência por sentirem que estão a deixar de responder ao seu diretor de serviço tradicional que também é (...). Eu diria que nos dois anos de experiência é a única impressão negativa, que é a resistência dos profissionais. Houve, no início, algum entusiasmo das pessoas receberem prémios de produtividade.

Há atrito, principalmente entre as enfermeiras das salas de operações. Umas fazem parte do CRI e outras não. No CRI (...) não há enfermeiras do bloco que pertençam ao CRI”.

O Entrevistado 6 (CRI médico), reforçou que: *“Existiu por algumas concepções erradas dos CRI e dos modelos e por acharem que o modelo económico iria sobrepor-se ao modelo existencial, à decisão em prol do doente”*.

Os CRI são muitas vezes vistos como privilegiados, algo que não corresponde à realidade.

Entrevistado 10 (CRI cirúrgico): *“De fora é ignorância pura e vem com comportamentos e ideias totalmente erradas. Os colegas de fora acham que estamos a ganhar rios de dinheiro, o que é mentira”*.

Entrevistado 3 (CRI médico): *“Há também alguma animosidade por parte dos outros colegas que trabalham no SNS e que não fazem parte do CRI, achando que há uma discrepância grande em termos de vencimentos. O que acontece não é exatamente assim. O que acontece é que quem trabalha nos CRI trabalha mais e por isso ganha mais. Fazem trabalho adicional, atividades de gestão e outras atividades e têm que ser remuneradas como tal. É óbvio que podem trabalhar mais, dá oportunidade de fazer produção adicional. Por um lado, estimula o trabalho do próprio profissional. Por outro, reduz listas de espera e aumenta a acessibilidade dos doentes sem perder qualidade”*.

A recetividade é melhor internamente, devido ao facto de apenas aderirem ao CRI as pessoas que acreditam verdadeiramente nele. Obviamente que também surgiam dúvidas por parte dos profissionais por não saberem como este modelo de gestão iria ocorrer e por falta de informação.

Entrevistado 10 (CRI cirúrgico): *“A melhor recetividade foi da equipa. Na transição de unidade para o CRI surgiram algumas dúvidas em relação à auditoria da sua produção, em relação à exigência do próprio Conselho de Gestão e à sua produção. Alguns tinham [dúvidas] pelos incentivos que poderiam receber. Dentro da equipa estavam preocupados se iam ser auditados e tinham que trabalhar mais. Havia um estigma se poderiam ser recompensados por esse trabalho”*.

Para além disto, alguns Entrevistados relataram resistência devido a alterações da estrutura hierárquica tradicional.

Entrevistado 10 (CRI cirúrgico): *“há uma grande resistência a esta mudança hierárquica, na medida em que neste momento eu só respondo perante o CA. Não respondo nem ao diretor do meu serviço de cirurgia ou outras áreas”*.

Entrevistado 3 (CRI médico): *“Esta é uma organização muito diferente do serviço tradicional e ainda há muita resistência sobretudo de diretores mais antigos com uma visão mais antiga do SNS que sentem isto como uma perda da área de influência. Sai-lhes da mão um conjunto de patologias e sentem isto como uma ameaça, fazendo com que, depois, parte do serviço beba desta ideia, que me parece que tem que ser aplacada para bem do SNS. Os CRI já mostraram, com este modelo de gestão, fazer o que os serviços tradicionais não fazem que é reduzir listas de espera em áreas específicas com imensa procura, aumentando muito a acessibilidade, mantendo e melhorando a qualidade da assistência por causa desta interdisciplinaridade”.*

É curioso notar que em alguns CRI, o Conselho de Gestão sentiu não só resistência à sua constituição, na execução do seu trabalho, mas também animosidade por parte dos profissionais que não integrem o CRI. Estão relatados casos em que os diretores dos serviços criam constrangimentos aos profissionais que têm algumas horas alocadas aos CRI, nomeadamente em termos de trabalho a desempenhar no serviço, mas também no que concerne ao mapa de férias. Estas questões refletem-se no funcionamento do CRI, não só pelo desempenho dos profissionais, mas também na compatibilização de horários e férias dos restantes elementos do CRI. Para colmatar estas dificuldades, o Entrevistado 3 (CRI médico) sugere que:

“A máquina de marketing da tutela tem que atuar, explicando o que são os CRI, explicando aos doentes a mais-valia que é para eles e explicando aos profissionais para que não exista esta má vontade para com os CRI. A comunicação aqui é vital, tanto para a população geral, que percebendo do que se trata, pode ajudar no sentido de dar apoio a esta reforma. Por outro lado, a comunicação para dentro, para que não haja mitos, preconceitos que existem em relação aos CRI. As pessoas não sabendo do que se trata, rapidamente há o diz que diz e que se transforma num bicho papão no meio do SNS, minando as relações entre as equipas, provocando desgaste intelectual muito grande dos profissionais”.

Por estes motivos, existiu a necessidade de diálogo entre o CG do CRI e os serviços de onde eram oriundos esses profissionais.

Entrevistado 10 (CRI cirúrgico): *“Apesar de só respondermos perante o CA, temos sempre o cuidado de dialogar com as chefias destas valências”.*

5.2.3.2. Recrutamento

Em todos os CRI analisados, o recrutamento focou-se, numa primeira fase, nos recursos humanos existentes na instituição de saúde e, só na eventualidade de não existirem profissionais que aderissem aos projetos, seria analisada a possibilidade de se contratar ao exterior. Desta forma, os RH existentes nos serviços foram aproveitados pelos CRI, apesar de, em alguns casos, ter sido possível contratar profissionais de saúde fora da instituição.

Relativamente aos critérios utilizados pelos CG do CRI no recrutamento da equipa, foi analisado o currículo de forma a identificar os médicos com título de especialista. Foram identificadas as valências e que profissionais necessitavam para prosseguir a atividade, recrutando quem tinha formação e competência na área do CRI. Nas áreas em que existe certificação, esse aspeto foi tido em consideração pelo CG. Por último, mas não menos importante, estes profissionais tinham que demonstrar uma vontade expressa de querer integrar o CRI.

Entrevistado 2 (CRI médico): *“Um dos objetivos foi recrutar pessoas do serviço, às quais fosse proporcionada, através deste projeto, a possibilidade de obterem a motivação, reconhecimento e as condições para a fixação ao serviço público”.*

Note-se que, os diretores do CRI compreendem a importância da adesão dos profissionais ao modelo do CRI sob pena de não se atingir os objetivos definidos e desempenho almejado.

Entrevistado 2 (CRI médico): *“As pessoas têm que aderir ao projeto, principalmente os médicos que são em menor número. Sem médicos não havia serviço (...)”. “[Em relação à equipa de enfermagem] tinha que ser alguém do serviço, com diferenciação, que vista a camisola, que seja respeitada pelos colegas e que estabeleça, por esta via, um reforço e estabilização da equipa. Isto permite que os profissionais sejam recrutados no serviço, adiram ao projeto e que se vejam respeitados por essa via”.*

Os CG do CRI compreenderam a importância de possuir uma equipa coesa e dedicada ao propósito definido e ao cumprimento dos objetivos definidos.

Entrevistado 2 (CRI médico): *“O CRI tem que ser um elemento da coesão do serviço de onde ele provém. Se o CRI não proporcionar esta coesão do serviço, não está a desempenhar a sua função. Não pode ser só para quem lá trabalha. Tem que ser visto como um instrumento que contribuiu, mesmo para quem lá*

não trabalha, para a coesão da equipa do próprio serviço, o que nem sempre acontece”.

Com a seleção dos profissionais de saúde e a sua integração na equipa multidisciplinar, tornou-se perceptível o desempenho individual e o contributo dentro das suas classes profissionais.

Entrevistado 10 (CRI cirúrgico): *“Temos profissionais que não estavam muito evidenciados e agora com o CRI, ao final destes 3 anos, eles têm muito mais valor entre pares e mostraram o quanto eram capazes de trabalhar mais e melhorar a assistência, bem como os resultados”.*

Apesar de todas as vantagens do CRI, não podemos descurar o facto de o mesmo estar integrado numa ULS. Desta forma, acaba por sentir e refletir as dificuldades do SNS, com todos os constrangimentos existentes, nomeadamente ao nível da contratação de profissionais.

Entrevistado 6 (CRI médico): *“É sempre mais fácil exteriorizar serviços do que contratar pessoas novas. Para contratar alguém cá para dentro é mais difícil (...)”.*

5.2.4. Conceção do CRI e implementação

Quando analisadas as preocupações que estiveram por trás da conceção do CRI verificamos que houve a necessidade de integrar profissionais, mas também recompensá-los pelo desempenho obtido. Para além disto, há ainda a preocupação com a formação e investigação.

Entrevistado 5 (CRI médico): *“Primeiro que toda a especialidade e grupos profissionais da especialidade pudessem integrar de forma igual o CRI no sentido das atividades, de conseguirmos cumprir os objetivos, mas também nos incentivos e nas retribuições pecuniárias para que todos pudessem ter direito a essa remuneração da mesma forma”.*

Entrevistado 9 (CRI médico-cirúrgico) menciona que os elementos que nortearam a conceção do CRI foram: *“atividade assistencial, formação de colegas nesta área, investigação. Eu diria que estes foram os 3 pilares mais importantes. Depois a forma como nos estruturamos tem muito a ver com aquilo que deve ser o tipo de resposta que temos que dar à população que servimos. No caso deste CRI é a população portuguesa toda. Portanto, temos que criar várias linhas de serviço à população geral, serviço diferenciado e serviço ultra*

diferenciado e é isso que nós temos aqui, vários tipos de linhas de fundo em funcionamento”.

5.2.5. Avaliação após implementação do CRI

Os Entrevistados pretendem através do CRI criar centros de excelência ao nível assistencial com a prestação de cuidados de qualidade, equiparando-se a serviços de referência nestas áreas situados no estrangeiro. Na avaliação da implementação do CRI, apresentaram dados demonstrando resultados excecionais. É notável a capacidade que os CRI têm de prestar um atendimento mais direcionado às necessidades dos doentes, com excelentes profissionais de saúde, altamente especializados e com os benefícios de possuir uma equipa multidisciplinar.

As dificuldades de implementação relatadas prendem-se com a falta de acompanhamento na constituição do CRI por parte da ACSS e da tutela; dificuldade na obtenção de espaços próprios que evidenciem a sua autonomia; gestão dos RH e dificuldades na contratação de novos profissionais. Para além disso, sentiram dificuldades na criação de objetivos e na adaptação do contratualizado à realidade vivenciada pelo CRI. Muitos Entrevistados compreenderam que os objetivos são dinâmicos, verificando os que conseguem cumprir e os que necessitam de ser revistos e adaptados posteriormente. Outra dificuldade teve a ver com a gestão da equipa e dos membros que apenas estavam alocados ao CRI por algumas horas. A coordenação entre o CG do CRI e os diretores de serviço de onde esses profissionais eram oriundos gerou alguns atritos, como teremos oportunidade de referir de seguida. Esse incómodo, em alguns casos foi solucionado através da conversação e negociação entre as partes.

5.2.5.1. Partilha de recursos

Há relatos de diretores em que a partilha de recursos (humanos e materiais) foi bastante tranquila, apesar de ter exigido um trabalho prévio de negociação entre o CG do CRI e os diretores dos serviços.

Entrevistado 8 (CRI cirúrgico): “Foi correndo de uma forma: dando a conhecer com reuniões de divulgação e com envolvimento dos profissionais de outras especialidades”. O doente é “visto no seu todo e não observado de acordo com a patologia com a qual ele está internado, ou seja, o doente é visto na sua totalidade”.

Nos CRI cirúrgicos levantam-se obstáculos à prossecução da sua atividade devido à partilha de bloco operatório, por exemplo. A cirurgia oncológica tem prioridade, o que

coloca entraves aos CRI que realizam outro tipo de cirurgia. Todavia, os maiores problemas ocorrem ao nível da partilha de recursos humanos, na medida em que o profissional de saúde afeto ao CRI apenas em algumas horas, realiza a maior parte da sua atividade no seu serviço de origem. Desta forma, há relatos que demonstram as entraves colocadas pelos diretores de serviços, nomeadamente ao nível da marcação de férias e folgas. Estes atritos minam a relação entre profissionais, criando um certo desgaste não só entre eles, mas também no CG do CRI.

Entrevistado 9 (CRI médico-cirúrgico): *“A partilha de Recursos Humanos é desigual. Quando se estabelece o que é prioritário, a atividade assistencial fica para segundo e terceiro plano. Quando se privilegia o serviço de urgência, não há clínicos gerais a fazer consultas nos Cuidados de Saúde Primários, é obvio que (...) vêm ao Serviço de Urgência fazer as consultas”.*

5.2.5.2. Cumprimento dos indicadores e objetivos

Nem todos os CRI cumpriram os objetivos e indicadores que se propuseram.

Entrevistado 5 (CRI médico): *“Não conseguimos. Para já tivemos o período do COVID e depois porque temos (...) limitações grandes. Temos cada vez mais procura e a capacidade instalada é a mesma”.*

Esse incumprimento foi devido a obstáculos externos que se colocaram. Podemos enumerar alguns exemplos citados nas entrevistas: pandemia, limitações ao nível da organização e funcionamento da própria instituição de saúde onde estão inseridos, recursos humanos insuficientes, conjuntura do SNS que se reflete ao nível do funcionamento de serviços específicos e que tem impacto em alguns CRI. Para além disto, há ainda a questão do financiamento. O que se verificou é que numa primeira fase os profissionais estavam bastante motivados e otimistas relativamente ao funcionamento do CRI e distribuição de incentivos. Todavia, à medida que o tempo decorreu, a morosidade na contabilidade, provocou um atraso substancial em termos de atribuição de incentivos. Por outro lado, a legislação privilegia a produção adicional, o que é favorável aos CRI cirúrgicos, mas não aos CRI médicos. Os CRI médicos poderão realizar consultas adicionais, todavia não é tão valorizado financeiramente, o que se reflete no valor atribuído. Para os profissionais de saúde destes CRI obterem algum reconhecimento financeiro, têm que trabalhar mais, na medida em que o valor que lhes é atribuído é menor. O cansaço, nestas circunstâncias é maior e consequentemente a desmotivação dos profissionais aumenta.

Entrevistado 3 (CRI médico): *“(...) há uma discrepância muito grande a nível do que é pago pelo trabalho adicional aos médicos e cirurgiões porque o GDH de uma cirurgia é muito mais elevado do que o GDH de um estudo (...) e do que uma consulta, que nem se fala. Por mais trabalho adicional que o médico faça, o que vai receber é sempre muito diferente daquilo que um cirurgião recebe, acabando sempre por criar comparações entre as pessoas que trabalham nos CRI médicos e nos CRI cirúrgicos e aumenta a desmotivação pelo trabalho adicional pelos CRI médicos. Comparando-se, vê-se que é muito diferente”.*

Alguns entrevistados mostraram as dificuldades de tentar manter a equipa motivada. Os problemas ao nível de financiamento estão patentes e em especialidades em que a componente privada é elevada, torna o fosso evidente. Muitos profissionais começam a ponderar se o parco valor que recebem compensa o tempo dedicado ao CRI, já que auferem o dobro no sector privado. Note-se que há CRI cirúrgicos que, em virtude da atividade que exercem, a discrepância não é tão evidente porque há linhas de financiamento específicas relativamente bem remuneradas. Contudo, também há casos de CRI cirúrgicos que mencionam o seu descontentamento face ao valor dos GDH. Os Entrevistados demonstram que outras áreas cirúrgicas recebem mais e por vezes operando patologias de menor complexidade. Perante isto, começaram a realizar menos procedimentos cirúrgicos em certas áreas por não ser tão rentável realizá-los em horário pós-laboral. Apesar disto, existem casos de grande sucesso, como o do Entrevistado 8 (CRI cirúrgico) que tinham uma percentagem de 22% no indicador relativo à rapidez de atendimento nas primeiras 48 horas e que após a implementação do CRI, aumentaram para 62%.

Entrevistado 4 (CRI cirúrgico): *“Passamos de uma taxa de follow up de 17% para uma de 84%. Quando falo em taxa de follow up são doentes vistos por todas as especialidades pelo menos duas vezes no primeiro ano, uma vez no segundo e uma vez no terceiro, cumprindo os objetivos que a ARS determinou”.*

5.2.5.3. Listas de espera

Em muitos casos a diminuição das listas de espera é evidente.

Entrevistado 6 (CRI médico): *“Sim, drasticamente. Estamos a falar quase 2 meses de lista de espera para 2 ou 3 semanas. Para além de que o processo de investigação é acelerado, como concentramos tudo aqui, não é só para a primeira consulta, mas completamos todo o processo de diagnóstico. Agora quase numa semana consigo fazer todo o processo de investigação”.*

Entrevistado 3 (CRI médico): *“(...) a nossa lista de espera continua controlada, descemos a pique a lista de espera e estamos nos 53 dias. Temos conseguido manter esta lista. Nunca mais recebemos queixas relativamente à lista de espera. Ainda temos 53 dias de lista, mas comparativamente com aquilo que é a realidade nacional daquilo que é a lista de espera nacional que andam todas à volta dos 2 anos de espera mais ou menos. Comparativamente com aquilo que é o plano nacional, estamos a milhas de distância e essa foi a grande mais-valia”.*

Entrevistado 4 (CRI cirúrgico) demonstrou que o CRI permitiu a *“autonomização e aumento da resposta aos doentes. Tínhamos uma lista de espera absolutamente descontrolada e desorganizada e passamos a ter uma lista de espera muito organizada. Ainda não está com a resposta que gostaríamos, mas está muito bem organizada e tudo muito bem contabilizado. Sabemos para onde queremos ir, quais são os nossos objetivos e nesse aspeto foi um salto qualitativo muito grande”.*

Há CRI cirúrgicos em que se verificam dois tipos de listas de espera: uma das cirurgias e outra das consultas. É relevante mencionar que há casos em que a lista de espera nas cirurgias é maior, devido a interferência de fatores externos (falta de anestesistas ou ausência de salas disponíveis, por exemplo). Nos hospitais há a premissa de que a oncologia se afigura como uma prioridade. Há CRI que realizam cirurgias oncológicas e benignas. Nestes casos, verificamos uma grande disparidade ao nível da fila de espera, sendo os casos benignos aqueles em que a lista de espera é maior. Este facto ocorre não só pela questão da gestão dos blocos operatórios e da prioridade oncológica, mas também devido ao facto dos GDH serem baixos para os restantes casos, desincentivando os profissionais a realizar produção adicional. Ainda de referir que existem CRI que pela especificidade dos serviços que prestam, não há fila de espera.

5.2.5.4. Mais-valias do modelo de gestão

São inúmeras as mais-valias apontadas pelos Entrevistados. Desde logo a independência e autonomia que adquiriram.

Entrevistado 1 (CRI cirúrgico): *“No nosso caso há mais valias: independência e a criação de uma nova área de trabalho face àquilo que é tradicional nos hospitais”.*

Foi destacado o impacto benéfico da multidisciplinaridade.

Entrevistado 3 (CRI médico): *“Maior eficiência, multidisciplinaridade que é uma mais-valia prestada de forma mais célere do que aquela que teríamos se não estivéssemos no CRI”.*

Alguns CRI beneficiaram de instalações próprias, o que permitiu, em muitos casos, realizar obras de requalificação e aquisição de equipamento mais moderno.

A propósito da diversidade de hierarquias existentes no modelo tradicional dos serviços e a alteração que se verifica com a criação do CRI, o Entrevistado 1 (CRI cirúrgico) considera que:

“Os CRI podem contribuir para ultrapassar isso, ao criar equipas multidisciplinares focadas a resolver um único problema. Acaba por reduzir os problemas nas diferentes ordens profissionais, só há uma figura hierárquica e isso reduz os problemas”.

A existência de equipas multidisciplinares permite reduzir o tempo de resposta, o que auxilia a reduzir a lista de espera, proporcionando um atendimento mais eficiente.

5.2.5.5. Acesso e Eficiência

Para além da redução da lista de espera, verificamos casos de sucesso ao nível do cumprimento dos indicadores negociados, bem como diversas mais-valias após a implementação dos CRI. Praticamente todos os CRI demonstraram uma melhoria no acesso e na eficiência. Esta melhoria é evidente. Quando questionado, o Entrevistado 6 (CRI médico) respondeu que estavam

“Bastante melhor. Temos entre a duas a três semanas... Melhoramos muito. Conseguimos fazer a consulta, o tratamento, temos o hospital de dia. Numa semana conseguimos fazer o diagnóstico diferencial quase completo. Temos uma via verde para (...). Temos uma porta aberta para os doentes mais antigos que têm um (...), montamos uma via verde como no AVC. Todos os dias há consulta de (...), há critérios que a enfermagem tria. Se se verificarem, é ativado um médico, vê o doente logo e decide se é (...) ou não, faz determinados procedimentos, se for faz (...) e começa a preparar uma mudança para uma medicação mais eficaz”.

Em alguns casos aumentaram a eficácia, mas não a eficiência. Quando questionados dos motivos, os Entrevistados elencaram fatores externos que colocam entraves à

prossecução da sua atividade. Entre esses motivos estão, por exemplo, as instalações da ULS ou questões logísticas difíceis de contornar.

Noutros casos verificamos que o CRI teve um impacto não só ao nível da eficiência, como aumentou o acesso, possibilitando ainda a correta articulação de cuidados.

Entrevistado 3 (CRI médico): “A eficiência aumentou bastante e o acesso também. Temos muitos doentes que passam cá, mas também estamos a tentar articular com os ACES que nos servem, já que agora somos uma ULS, para que os doentes tenham alta precoce, caso contrário não conseguimos acomodar todos, só ficam mesmo aqueles que têm necessidade de ficar. Acho que neste momento temos 5000 e tal doentes aqui seguidos, o resto estão em circulação. Vão para o centro de saúde, se não estiverem bem (...), voltam”.

Nos CRI cirúrgicos verificamos casos de sucesso, como o do Entrevistado 8 (CRI cirúrgico) que conseguiu a:

“Redução da demora média, quer no pré-operatório, quer de internamento, redução das complicações, redução do número de reinternamentos, melhoria na acessibilidade. Ao final de 30 dias somos penalizados se o doente for reinternado. Conseguimos esta redução ao nível da diferenciação e do treino progressivo, dedicação e de protocolos e rotinas estabelecidas”.

Os resultados foram muito positivos e os diretores dos CRI relevam isso mesmo.

Entrevistado 2 (CRI médico): “Todas as expectativas foram concretizadas: tratar doentes, sermos um comparador público, termos de formação, investigação, inovação. Tudo o que eram os desígnios presentes inicialmente e mesmo o desenvolvimento de outras valências em que a sua efetividade esteve dependente da criação CRI”.

Muitos CRI tornaram-se menos burocráticos e aumentaram a proximidade com os doentes.

Entrevistado 10 (CRI cirúrgico): “[Há] o culto de proximidade entre profissionais e os doentes. Quem nota mais até são os doentes com a criação deste espaço físico. Estão mais confiantes na equipa e no acesso. Temos um e-mail próprio e um telefone também, isso permite que qualquer dúvida possam telefonar ou mandar um e-mail. Os administrativos têm uma mentalidade diferente, estão mais abertos e a criar meios de comunicação com os vários profissionais e isso

tem melhorado imenso. Conseguimos reduzir a burocracia, tornamo-nos mais eficientes e com menos peso”.

Os doentes são tratados da mesma forma, quer sejam operados em produção base ou adicional.

Entrevistado 4 (CRI cirúrgico): *“Neste momento a equipa passou a organizar-se de uma forma em que os nossos doentes quer sejam de produção base ou adicional são todos tratados da mesma forma e têm exatamente os mesmos procedimentos e o mesmo trabalho de equipa”.*

O Entrevistado 4 (CRI cirúrgico) mencionou como distribuíam a produção:

“Quase metade da produção ficaria como produção adicional e, metade da produção ficaria como produção base. Elas estão elencadas no pressuposto de (a não ser que o hospital solicitasse de outra forma), a percentagem de cirurgia base em tempos (durante a semana) teria que ultrapassar sempre a produção adicional. Ou seja, teria que ser sempre mais de 50% e, a produção adicional teria que ser sempre abaixo dos 50%. Nós tivemos 2 anos em que a pedido do Conselho de Administração a produção adicional ultrapassou os 50%, ou seja, ultrapassou a produção base”.

Neste CRI o aumento da produtividade foi evidente. Segundo o Entrevistado 4 (CRI cirúrgico), os fatores que estiveram por trás foram:

1. *“temos uma equipa selecionada (não é só de cirurgiões)”.* *“Escolhemos um conjunto de pessoas que se sentiam escolhidas, selecionadas. Isso é um dos fatores principais da motivação. As pessoas sentiam-se escolhidas, especiais, selecionadas e isso foi um fator muito importante.*
2. *Depois tem a ver com o facto de sermos um grupo pequeno (...). Somos um grupo muito pequeno e com um foco muito estreito. Ou seja, sabíamos que tínhamos que aumentar a nossa produtividade da cirurgia. Para manter a motivação das pessoas, os profissionais recebem o feedback da performance do grupo de acordo com o que estão a seguir, em linha com os objetivos que foram traçados ab initio. Isso faz com que as pessoas se sintam, que são um grupo pequeno e que sabem exatamente o que têm que fazer e em que ponto dos objetivos é que se está (...). Esse feedback aos colaboradores é um dos pilares muito importante na motivação.*
3. *Depois temos os incentivos financeiros que estão elencados a esses tais objetivos e um conjunto de indicadores aos quais estamos comprometidos com o CA. As pessoas sabem que se cumprirem aqueles objetivos, terão*

direito a um incentivo financeiro (...). Isso faz com que as pessoas estejam todas muito mais motivadas e é natural que a produtividade tenha aumentado”.

5.2.6. Incentivos

Todos os Entrevistados são unânimes em identificar que a definição de incentivos levanta problemas operacionais.

Entrevistado 7 (CRI médico-cirúrgico): *“Há na legislação o problema dos incentivos”.*

5.2.6.1. Incentivos profissionais

Entrevistado 5 (CRI médico): *“Um dos aspetos que faz com que as pessoas queiram integrar os CRI é precisamente o facto do trabalho ser remunerado de forma diferente. Maior empenho, maior dedicação, melhores resultados e o acrescentar de valor da própria especialidade possa resultar numa melhor remuneração para os seus profissionais”.*

Um dos elementos caracterizadores do CRI é precisamente o facto dos profissionais de saúde poderem ser recompensados pelo seu desempenho. Todavia, existem diversos problemas. Desde logo o facto da lei ser omissa, deixando a cargo dos CG do CRI a definição destes incentivos. Apurou-se que a sua distribuição é diferenciada consoante se trate de um CRI médico, cirúrgico ou médico-cirúrgico.

O Entrevistado 4 (CRI cirúrgico) descreveu as várias fases na definição do plano de incentivos e a distribuição dos mesmos:

“Numa fase inicial, foi criada uma grelha individual no 1º triénio que depois teve que evoluir no 2º triénio. Mas como não havia histórico, não podíamos dizer que os cirurgiões iam ganhar 20% dos incentivos e os (...) podiam ganhar 10%. Foi criada uma grelha muito objetiva com vários parâmetros: estamos a falar da classe profissional e porque está elencada a responsabilidade médica e clínica que é assumida pelo profissional. O facto do número de horas que se colabora com o CRI, como não variava muito dentro das diversas classes profissionais, foi um bocadinho desvalorizado e vai ter consequências como já lhe vou explicar. [Considerou-se] o facto de fazer ou não produção adicional. Os colegas que fazem produção adicional foram prejudicados face aos que não fazem porque já recebiam produção adicional. Havia alguns destes critérios muito objetivos que davam um valor, uma percentagem do bolo total a cada profissional. Todos os

profissionais se sentiram justamente remunerados. Foi havendo sempre alguns ajustes de ano para ano, mas essa grelha foi-se mantendo. Na passagem para o 3º trimestre aconteceram algumas coisas, mas o facto de termos uma grelha individual tem coisas boas e más, nomeadamente qualquer profissional que falte mais do que 30 dias (por causa das férias) num trimestre não recebe incentivos, perde-os. Há um dever de solidariedade e os outros profissionais têm que assegurar essas faltas”. “Quero poucas pessoas a ganharem mais incentivos, do que distribuir com valores insignificantes e depois as pessoas deixarem de se sentir motivadas e vinculadas ao grupo. Portanto, no 3º trimestre, o que eu estabeleci, porque já havia um histórico, foi somar por grupo profissional as percentagens. Agora já podia dizer, os cirurgiões receberam 18%, os (...) receberam 23%, a partir de agora a (...) é sempre 23%. Se querem estar só cinco [profissionais] ótimo, se estão muito sobrecarregados e precisam mais um, o CRI tenta negociar com o serviço de (...) mais um, mas vocês vão perder incentivos porque vão dividir com ele. Esse ónus passou para os vários grupos. Cada um tem o seu coordenador. Gera-se um equilíbrio e as pessoas sabem até onde pode ir o seu sacrifício. Tenho grupos que não querem mais gente porque não vão ser tão bem remunerados como até agora”.

Ao analisarmos outro CRI da mesma especialidade, verificamos que a distribuição dos incentivos pautou-se pelas seguintes orientações:

Entrevistado 10 (CRI cirúrgico): “os incentivos têm sido dinâmicos e temos vindo a melhorá-los. O que fazemos é cirurgia adicional, há uma parte que fica (45% desse valor) para a equipa que fez adicional (...) e depois sobram 10% desse valor que vamos dividir pela equipa toda (...) e é aí que temos efetivamente que fazer os cálculos. Por exemplo para os AT, o último pagamento foi quase mais 1 ordenado e eles aqui ficam com a noção de que se produzirmos, vamos ter incentivos. O produzir não pode ser só o ato cirúrgico, mas o doente chegar até ao ato cirúrgico (ser mais céleres no pré-operatório). Quanto mais rápido chegarem, mais operamos e mais incentivos ganhamos.”

Os CRI médicos têm muitas dificuldades no estabelecimento de critérios, na medida em que a legislação de 2017 estava mais direcionada para a produção adicional. Contudo, nos casos médicos, esta produção adicional é difícil de medir e tal como foi referido que os GDH são baixos, o que desincentiva uma produção extraordinária ao nível das consultas. Acrescenta-se que em muitos casos, não receberam incentivos para distribuir.

Entrevistado 6 (CRI médico): *“Nunca recebemos incentivos para distribuir. Está escrito que devemos receber incentivos, se atingirmos os indicadores podemos ter uma valorização de 40% do vencimento. Para mim o grande ganho foi mesmo a autonomia e estarem reunidas as pessoas que sabem disto, definir como é feito o percurso assistencial do doente”.*

Nos CRI cirúrgicos a contabilização dos incentivos é mais fácil, em virtude da realização de produção adicional, todavia não estão isentos de problemas. A morosidade na contabilidade é um fator de desincentivo, na medida em que os profissionais recebem tardiamente.

Entrevistado 1 (CRI cirúrgico): *“O prémio, a forma como o valor atribuído era avaliado, atribuído era desta forma: em primeiro lugar o vencimento, em segundo lugar a percentagem de horas que dedica ao CRI, o terceiro era o facto de cumprir ou não os indicadores do desempenho”.*

Entrevistado 1 (CRI cirúrgico): *“(…) a atividade do ano de 2022, a sua contabilidade só foi concluída em Janeiro de 2024, o que levou a que os prémios de produtividade só fossem atribuídos em Março deste ano, no último vencimento. Isso causou um descontentamento significativo porque as pessoas tinham uma perspetiva diferente. Por outro lado, o problema disso, é que, na verdade, (...) a forma como os CRI foram imaginados para resolver problemas de lista de espera, não funciona porque os prémios dependem da realização de trabalho adicional (de trabalho fora do horário de trabalho). Se não fizerem produção adicional, que pode ser feita em bloco operatório (atos cirúrgicos), em imagem (exames) ou em consultas. Nas consultas só estão abrangidas as primeiras consultas, também é algo que limita muito”.*

Outro fator de desincentivo da realização de produção adicional prende-se novamente com a tabela de remuneração dos GDH.

Entrevistado 1 (CRI cirúrgico): *“Nunca fizeram produção adicional de consultas e exames de imagem porque os médicos (...) nunca acharam que o valor que é pago pelos exames (...) era atrativo e por isso nunca quiseram aderir. Os cirurgiões fizeram cirurgia de produção adicional durante algum tempo, mas depois deixaram de fazer precisamente pela mesma razão: o valor que é pago pelos procedimentos não compensa. O resultado é: se não fizerem produção adicional, não há prémios de produtividade para ninguém. Como princípio é mau porque, no fundo premeia a ineficiência. Se numa tarde puder operar duas pessoas, mas só operar uma e a outra ficar em lista de espera, vou ter doentes em lista de espera para deixar para produção adicional. Portanto, há aqui um*

prémio para que se crie uma lista de espera. Há um estímulo para que haja uma lista de espera. Como princípio não está correto”.

Entrevistado 7 (CRI médico-cirúrgico): *“Só fazemos (...) porque geram GDH, se não geram GDH não são pagos”.*

Nos casos de CRI médico-cirúrgicos, quem realiza produção adicional com a prática de cirurgias, ganha o valor dos incentivos. Quem não realiza a produção adicional, não recebe. Este facto é um elemento de desconforto que é criado dentro da própria equipa.

Entrevistado 7 (CRI médico-cirúrgico): *“Há uma série de problemas na legislação e depois os incentivos pessoais só podem ser pagos diretamente à equipa cirúrgica, por isso é que se criam as dificuldades nos serviços médico-cirúrgicos. As pessoas que não participarem na cirurgia ficam a olhar”. “É chato que, dentro do mesmo serviço, uns estejam a ganhar muitíssimo mais do que os outros. A diferença é realmente muito grande. Por um lado, há este problema dos incentivos pessoais serem só para quem faz parte das equipas”.*

O facto de existirem profissionais com valências diferentes dentro da mesma equipa reflete-se no trabalho desempenhado.

Entrevistado 7 (CRI médico-cirúrgico): *“Aqui dentro tenho pessoas que fazem cirurgia, outras que fazem adicional e recebem os seus incentivos e há pessoas que não fazem cirurgia adicional e que ganham menos do que o colega do lado. Isto gera desigualdades brutais entre médicos e dentro dos enfermeiros. Para os enfermeiros, participar de cirurgia adicional implica ter conhecimentos do bloco e cirurgia, quer do ponto de vista técnico e administrativo, do ponto de vista eletrónico e de registos que é preciso fazer e os enfermeiros que não estão acostumados a fazer cirurgia como vão fazer cirurgia adicional?”. “Os médicos que não estão acostumados a fazer cirurgia também não podem fazer cirurgia adicional até porque não podemos seleccionar os doentes para adicional (...). Os doentes que estão para a adicional são os que estão por ordem cronológica a seguir dentro do grau de prioridade clínica. Normalmente são os prioritários (...) e depois dos prioritários é por ordem cronológica”.*

Há casos de CRI cirúrgicos que realizam a distribuição de incentivos por toda a equipa, quer tenham ou não realizado cirurgias em produção adicional.

Entrevistado 4 (CRI cirúrgico): *“É verdade que quem faz produção adicional recebe por essa produção porque está a trabalhar fora de horas. Mas há uma parte desse bolo que é gerado em produção adicional que depois é distribuído*

por todos. Os que fazem produção adicional têm necessariamente que ser prejudicados face a quem não faz. Quem faz produção adicional já está a ganhar e de forma muito justa do que quem está a trabalhar dentro do seu horário, mas é importante ver que há outros profissionais que são sobrecarregados dentro do seu horário de trabalho, que fazem mais consultas e que tentam ser mais produtivos. É mais do que justo que recebam uma parte do dinheiro que é gerado na produção adicional”.

Um dos problemas levantados prende-se com a ausência de um fundo de maneoio, o qual auxiliaria muito a prossecução da atividade do CRI. A existir, o CG poderia gerir o dinheiro de acordo com as suas necessidades sem estar tão dependente do CA para tomar decisões ao nível do investimento em equipamento, por exemplo.

Entrevistado 7 (CRI médico-cirúrgico): “(...) há coisas previstas na legislação, que os CRI tivessem um fundo de maneoio, coisa que nunca aconteceu. Na legislação inicial isso estava previsto, mas é impensável os CRI terem dinheiro para gerir”.

Há casos em que a definição dos indicadores está facilitada em virtude de existirem Manuais de Boas Práticas emanados pela Ordem dos Médicos.

Entrevistado 2 (CRI médico): “A forma como fizemos foi: pegarmos nos indicadores que são reconhecidos. Na nossa área é fácil porque existem (...) indicadores de qualidade e estes indicadores estão definidos (...). Para nós não é difícil definirmos os indicadores e delinear os objetivos. Aliás existem indicadores que estão definidos no Manual de Boas Práticas (...) da Ordem dos Médicos (...). Este documento serve de referência para o regulamento interno e para a definição dos indicadores. O objetivo para uma distribuição dos incentivos como critério de qualidade foi uma decisão nossa. Também existe um financiamento próprio (...)”.

Há CRI que pela especificidade do seu trabalho possuem linhas de financiamento próprio. Nos restantes casos, levantam-se mais problemas.

Entrevistado 3 (CRI médico): “[Foram] definidos (..) pelo número de horas que as pessoas trabalham no CRI e pelo que fazem de trabalho adicional, mas sobretudo pelo número de horas que trabalham no CRI. Há pessoas que trabalham a tempo inteiro e (...) depois temos pessoas que trabalham a 20 h e a 5h (...). De acordo com o trabalho que é feito no CRI, assim é feita a distribuição. [O mesmo acontece] por grupos profissionais (...). Temos incentivos para todos os grupos profissionais (...). De acordo com o grupo profissional, assim temos

percentagens diferentes. Por exemplo, os assistentes operacionais são muito importantes, mas não podem ter uma percentagem idêntica à dos médicos, contribuem obviamente com outro grau de valor para o desempenho do CRI. Embora todos tenham o seu valor e todos merecem ter incentivos, mas com valores diferentes, consoante o contributo que dão. Mas é uma gestão difícil, que implica muitas e muitas horas a olhar para esta folha de Excel para não ser injusto, deixar as pessoas confortáveis com aquilo que são os incentivos distribuídos, para que haja equidade para as pessoas que trabalham de igual forma entre grupos profissionais e mesmo dentro desses grupos profissionais. É por isso que eu digo que a legislação também nos poderia ajudar um pouco, seria tudo mais fácil do que sermos nós sozinhos a gerir isto. Ou então daremos apoio com gestores profissionais na área dos Recursos Humanos. Temos um gestor naturalmente, mas só tem 10 horas a trabalhar connosco porque trabalha também noutros serviços e não é especialista a alocar incentivos por grupos profissionais. Portanto poderia haver alguém que a tutela tivesse responsável por esta área, que desse apoio a todos nós e fizesse este trabalho a nível nacional, mesmo que a legislação não fosse clara”.

A Solução proposta, segundo o Entrevistado 3 (CRI médico), passa por

“Fazer uma análise sobre a produção total e não só sobre a adicional e rever GDH porque há GDH que estão obsoletos e que não se mudam há décadas e que há (...) exames que se fazem com riscos associados, muito equipamento que é necessário utilizar (...). Foram criados há décadas e os exames não eram nada do que são agora e, no fundo os MCDT são aquilo em que se baseiam os CRI médicos para a sua produção, para obterem proveitos da sua produção”.

5.2.6.2. Incentivos institucionais

A maioria dos CRI analisados não receberam incentivos institucionais. Os que receberam investiram o dinheiro em formação dos profissionais e aquisição de equipamento.

Entrevistado 3 (CRI médico): “Tivemos também aquisição de material informático em que através de algoritmos de IA que diminuem o tempo que os técnicos demoram a ler (...), podendo rentabilizar mais o tempo do técnico e este poder aproveitar a IA e depois só vai ver aquilo que o computador mostrou que eram áreas de dúvida. Eu diria que no geral todos aproveitaram (...). Tem sempre algum impacto [as ausências na sobrecarga de trabalho da equipa], mas creio que a atualização dos profissionais é mais importante do que o impacto e tem que ser

absorvido por quem fica cá porque noutras alturas, a pessoa que ficou nesse momento vai depois e também quer que aquilo que precisa de ser feito, seja assegurado por quem fica”.

Entrevistado 4 (CRI cirúrgico): *“Com os incentivos institucionais [os CRI] conseguem aumentar a inovação e a investigação, havendo, portanto, uma mais-valia”.*

5.2.7. Legislação

Relativamente à constituição do CRI, os entrevistados são unânimes em considerar que a legislação não causa constrangimentos. Todavia também consideram que a lei está mais vocacionada para os CRI cirúrgicos, levantando algumas dificuldades na implementação do modelo nos CRI médicos.

Entrevistado 3 (CRI médico): *“Eu acho que os modelos estão muito adaptados aos CRI cirúrgicos. Nós somos um CRI médico e, portanto, tivemos que adaptar muito a documentação para estar mais de acordo com aquilo que é a nossa prática e daquilo que precisávamos para definir as nossas metas e objetivos, estratégias, etc. A legislação sofre do mesmo problema, está muito virada para os CRI cirúrgicos e pouco para os CRI médicos”.*

No que concerne à documentação fornecida pela ACSS com os modelos a seguir na criação do CRI, verifica-se que os entrevistados tiveram que fazer alterações e adaptar à sua realidade, sendo por muitos considerados obsoletos.

Entrevistado 7 (CRI médico-cirúrgico): *“Achei burocrático e mal organizado”.*

Entrevistado 5 (CRI médico): *“Os modelos não foram criados para uma especialidade em si. O modelo que existe está criado de forma lata, abrangente e abstrata que, por vezes, levanta algumas dificuldades por parte da especialidade de poder adaptar à sua realidade, atividade e obtenção dos seus objetivos com alguma dificuldade. É um modelo único. É um facto que se poderia adaptar alguns modelos. Tem sido feito um esforço pela tutela, Ministério da Saúde, no sentido de que nesse modelo [novo] haja possibilidade de flexibilizar e adaptar, principalmente no campo dos objetivos de acordo com indicadores de desempenho que são adaptados a cada especialidade”.*

Uma das grandes dificuldades que os CG sentiram foi sem dúvida a configuração do sistema de incentivos, na medida em que a legislação não auxilia nesta questão.

Entrevistado 5 (CRI médico): “as entraves legislativas dizem respeito a que só era possível haver uma maior retribuição pecuniária pela atividade adicional e não pela atividade programada. Nas especialidades médicas, na qual entra esta, os GDH para os doentes que tratamos são baixos, como tal a atribuição da remuneração devida pela produção adicional é baixa e pouco atrativa, algo que não acontece na cirurgia em que os GDH são mais elevados e a atividade adicional é mais atrativa”.

Verificamos que apesar da legislação estar mais vocacionada para os CRI cirúrgicos, os entrevistados demonstraram sensibilidade face aos problemas vivenciados pelos CRI médicos no que concerne à dificuldade de definir o sistema de incentivos.

Entrevistado 8 (CRI cirúrgico): “Precisa de evoluir em relação aos incentivos, nomeadamente para equiparar as especialidades médicas e cirúrgicas. As especialidades cirúrgicas têm os incentivos muito fundamentados essencialmente na cirurgia adicional e isso deve ser analisado e deve-se partir para uma natural evolução de premiar com incentivos não só na parte de produção, mas também em termos de qualidade”.

Por este motivo, a sugestão do Entrevistado 6 (CRI médico) vai no sentido de se

“(...) avaliar a produção total e não (...) para dar incentivos a quem trabalha por produção adicional. Devia-se valorizar a disponibilidade, quem trabalha fora de horas. O esforço devia ser valorizado”.

Vários entrevistados levantaram o assunto da autonomia. Muitos deles consideraram que esta apenas está dependente da vontade do CA, na medida em que este tem sempre a última palavra, nomeadamente na aprovação dos planos de ação.

Entrevistado 7 (CRI médico-cirúrgico): “A legislação é muito vaga e diz que dependem diretamente do Conselho de Administração e que tem autonomia. Mas na verdade, os CRI só têm a autonomia que os Conselhos de Administração lhes dão e se (...) não quiserem dar autonomia, não têm nenhuma”.

Há também algumas questões que, segundo os Entrevistados não são respondidas pela legislação.

Entrevistado 6 (CRI médico): *“Há muitas questões que não trata: lideranças, gestão de pessoas, bicefalias dos profissionais em que têm que responder nos dois locais”.*

5.2.7.1. Nova legislação e desafios

A maior parte dos entrevistados não sabe quais foram as alterações introduzidas com a nova legislação, nem de que forma isso irá impactar no seu funcionamento futuro. Este distanciamento face ao novo diploma prende-se com o facto de o mesmo apenas de aplicar em algumas áreas tipificadas. O DL nº 118/2023 de 20 de dezembro²⁰, não possui efeitos retroativos. Por este motivo, só se aplica aos CRI criados nas áreas prioritárias definidas e a partir da publicação da portaria que irá definir o IDE para aquele caso concreto (art. 7º do DL nº 118/2023 de 20 de dezembro²⁰).

O Entrevistado 4 (CRI cirúrgico) a propósito da nova legislação afirma que

“Vai ter impacto porque define a atribuição de incentivos e vai balizar o que tínhamos defendido. Estávamos melhor, mas para o bem comum vai ser necessário”.

É curioso notar o facto deste entrevistado mencionar que estavam melhor antes da nova legislação ao nível da definição dos incentivos. Tratando-se de um CRI cirúrgico e com grande impacto na produção adicional, conseguiram realizar um notável caminho ao nível da definição dos incentivos profissionais e institucionais, o que lhe proporcionou um retorno financeiro bastante considerável. Todavia, nem todos os CRI possuem a mesma realidade, como tivemos oportunidade de demonstrar ao longo deste trabalho.

Entrevistado 5 (CRI médico): *“Precisávamos que os incentivos fossem avante e implementados para as pessoas terem uma retribuição suplementar todos os meses”.*

Os CRI médicos sentem muitas dificuldades no sentido de estabelecer incentivos, na medida em que a legislação de 2017 na qual foram criados e se regem, valoriza a produção adicional. A nova legislação, ao definir o IDE e emanar diretrizes para áreas específicas, nomeadamente médicas, irá contemplar as suas particularidades.

Para outros Entrevistados foi importante a promulgação da nova legislação, na medida em que, para o

Entrevistado 2 (CRI médico): “veio clarificar ao Conselho de Administração dúvidas que existiam (...)”.

Fazendo o paralelismo entre as duas legislações (a de 2017 e a de 2023), verificamos que o Entrevistado 7 (CRI médico-cirúrgico) considera que:

“Toda esta legislação revolve o problema das listas de espera cirúrgicas, mas não resolve mais nada. Criaram uma legislação nova para fazer projetos piloto em áreas específicas e para se atribuir incentivos por índice de desempenho global e não com base na produção adicional para que não haja CRI cirúrgicos apenas, mas também haja CRI médicos. Mesmo assim, a negociação para a avaliação do IDG é muito complicada”.

Quando questionados sobre a alteração da dinâmica ao nível da constituição e funcionamento do CRI, há diretores que consideraram que não houve alteração. No entanto, segundo o Entrevistado 3 (CRI médico) há a

“necessidade de melhorar a legislação no geral. Já falamos de equiparar os CRI médicos aos cirúrgicos para reduzir a discrepância, de pôr em prática a autonomia do CRI em termos de RH, porque nós não podemos ir buscar pessoas que estão a concorrer em concursos públicos. Às vezes até temos pessoas que querem vir trabalhar para nós, mas depois não ficam connosco porque nós não podemos ir buscar essas pessoas. Deveria haver maior agilidade na questão da autonomia de aceitação de donativos de mecenas (...). A legislação não nos diz nada sobre a possibilidade de fazer cursos, receber patrocínios e formação. Se nós conseguíssemos fazer cursos, receber valor das inscrições para pagar quem vem e ainda ficássemos com dinheiro para o CRI seria ótimo, mas a legislação não permite, nem fala sobre isso. A legislação tem muito que evoluir”.

É curioso notar que para alguns diretores do CRI quando se referia a legislação nova, apenas pensavam no diploma relativo à Dedicção Plena. Muitas críticas foram tecidas relativamente ao número de horas proposto e ao modo como a lei prevê a sua execução. Para além disto, o Entrevistado 6 (CRI médico) afirmou que:

“Não é flexível para as especificidades de cada CRI. São regras gerais e não é feito para se adaptar à atividade que cada unidade tem”.

O mesmo é defendido pelo Entrevistado 7 (CRI médico-cirúrgico):

“O problema de obrigar à dedicação plena e há atividades que não são compatíveis com isso”.

A implementação da dedicação plena pode, segundo o Entrevistado 10 (CRI cirúrgico):

“matar alguns CRI se for obrigatória, principalmente em atividades cirúrgicas, caso da oftalmologia e dermatologia que trabalham lá fora e conseguem ganhar rios de dinheiro. Nos CRI médicos já não se coloca tanto a questão. Não se pode ter esta rigidez. Não é a dedicação plena que vai mudar ou aumentar a produtividade.”

Neste âmbito, as opiniões divergem.

Entrevistado 8 (CRI cirúrgico): *“A dedicação plena não vem alterar, mas veio, no fundo, legislar o que já existia em funcionamento, que era a disponibilidade dos profissionais trabalharem a 40 horas dentro do sector e dentro do CRI”.*

Relativamente aos desafios da nova legislação e aquilo que deveria ser contemplado, o Entrevistado 7 (CRI médico-cirúrgico) considera que:

“Devia haver uma definição melhor da real autonomia dos CRI. Devia haver de facto a possibilidade de haver um fundo de maneo em que o CRI o pudesse gerir. Devia haver 1 autonomia real por exemplo em termos de contratação”.

Denota-se alguma desinformação relativamente ao impacto da nova legislação, verificando-se também em alguns casos a confusão entre a dedicação plena e dedicação exclusiva. No entanto, é importante ressaltar que, tal como o Entrevistado 10 (CRI cirúrgico) considera:

“Os CRI não são a solução de muitos problemas organizacionais e para a falta de recursos humanos”.

De facto, na perspetiva dos diretores de Conselhos de Gestão, os CRI possuem inúmeras vantagens e têm um impacto muito positivo, não só ao nível da melhoria no acesso, mas também em termos de eficiência e gestão. Estes modelos precisam de adaptações à realidade vivenciada em cada área, algo que a nova legislação tem vindo a fazer. Teremos que esperar pela sua implementação e analisar os resultados posteriormente, só assim será possível comparar os efeitos práticos e as principais alterações no terreno.

6. Discussão de resultados

Os resultados obtidos no âmbito deste estudo confirmam que os CRI têm impacto ao nível da gestão hospitalar. O facto de serem modelos de gestão intermédia com acesso direto ao CA, faz com que as decisões sejam tomadas de forma mais célere, mais objetiva e de acordo com a realidade vivenciada no CRI. Há, portanto, uma desburocratização neste processo, ao contrário do que acontece nos serviços tradicionais.

Foi possível apurar que existem diversos micro CRI constituídos por patologia ou grupos de patologias dentro da mesma especialidade. A distribuição dos CRI por especialidade a nível nacional demonstra isso mesmo (cfr. Anexo 1). É possível retirar conclusões ao nível da sua distribuição geográfica. Na Região de Lisboa e Vale do Tejo é onde existem mais CRI. Por este facto depreendem-se algumas carências ao nível da prestação de cuidados de saúde, da necessidade de autonomização e constituição do CRI para aumentar o acesso da população.

O MRIS¹⁹ permite a constituição de micro CRI na mesma especialidade, não impondo as áreas onde podem ser criados (ao contrário do que acontece na legislação atual). Na análise da legislação de 2017 verificamos uma lacuna ao nível das orientações para a definição dos incentivos profissionais. A definição destes baseia-se na produção adicional, remetendo para o diploma do SIGIC, o que não se coaduna com a realidade dos CRI médicos. O modelo está mais orientado para a tipologia de atividade prosseguida pelos CRI cirúrgicos. Este facto é perceptível através da distribuição de CRI por especialidade no território nacional. O legislador foi sensível às dificuldades dos CRI médicos, daí que os tenha incluído na nova legislação, criando-se, num futuro próximo, mais portarias com as indicações de avaliação de desempenho tendo em conta as especificidades de cada área.

Uma das características do CRI é a temporaneidade, ou seja, existe durante o período em que o seu propósito de funcionamento se justifique. A partir do momento em que não faça sentido, consiga resolver os problemas para os quais foi criado ou se verifiquem os requisitos de extinção, o mesmo deixa de laborar. Ao contrário do que acontece nos serviços tradicionais, se o CRI incumprir de forma reiterada e sistemática os objetivos contratualizados, é extinto. Este facto faz com os profissionais que o integram trabalhem com mais afinco em virtude das penalizações ou *maxime* a extinção do CRI.

O legislador pretendeu envolver mais a equipa multidisciplinar na tomada de decisão, daí que tenha criado o Conselho Geral no RJCRI, dando-lhes competências de discussão em várias temáticas relevantes ao bom funcionamento do CRI.

A desorganização, falta de motivação dos profissionais, falta de autonomia na gestão foram alguns motivos que levaram à criação do CRI. A autonomia adquirida permitiu consciencializar os CG a gerir a atividade assistencial, capacitando-os a tomar decisões conscientes de acordo com a realidade do CRI, tornando-o mais eficiente. Segundo os entrevistados, a resistência dos profissionais exteriores ao CRI foi uma constante, devido a conceções erradas sobre este modelo de gestão intermédia. Os entrevistados demonstraram que o CRI propicia a manutenção de uma equipa coesa e que trabalha para alcançar um objetivo comum. Para além disso, este modelo de gestão deu-lhes maior autonomia, permitiu-lhes negociar diretamente com o CA os indicadores, definir objetivos e retribuir o desempenho dos profissionais de saúde.

A legislação mostrou-se insuficiente aos diretores do CRI durante o processo de criação e implementação do CRI. Os Entrevistados sentiram-se perdidos neste processo, principalmente no que toca à distribuição de incentivos. Sentiram dificuldades ao nível da gestão, em virtude de não terem conhecimentos neste âmbito. Relataram ainda o aumento de trabalho não só devido a atividade desenvolvida, mas também pelo trabalho ao nível da gestão. Segundo alguns Entrevistados, os hospitais não estão preparados para possuir modelos de gestão inovadores que alterem a hierarquia tradicional. Este facto deve-se à cultura organizacional e pesada burocracia.

Na maioria dos casos, os Entrevistados consideram que o CRI cumpriu a sua função ao contribuir para a melhoria no acesso e eficiência, mantendo a equipa coesa.

6.1. Limitações do estudo

Como os CRI existentes foram constituídos ao abrigo do MRIS¹⁹ e na qual se regem. Não é possível comparar as alterações ocorridas pelo RJCRI²⁰, bem como o seu impacto no terreno. Para além disso, os CRI são uma realidade relativamente recente, pelo que escasseia a literatura científica que permite a realização aprofundada do seu enquadramento legislativo e técnico, bem como a avaliação do seu impacto e potencial. Por último, de referir que a perspetiva dos diretores de Conselhos de Gestão de CRI reflete apenas duas ULS, pelo que estudos futuros deverão explorar outras ULS, tendo em vista a obtenção de resultados representativos de toda a realidade nacional.

7. Conclusão

De acordo com a perspectiva dos entrevistados, os CRI contribuíram para a melhoria no acesso e eficiência. Através da análise das dez entrevistas semiestruturadas foi possível demonstrar relatos sobre o impacto que este modelo de gestão teve, não só ao nível da organização da atividade, como na prestação de cuidados. As melhorias introduzidas são diversas. O tempo de resposta diminuiu e as listas de espera reduziram na grande maioria dos casos. Há um maior acompanhamento do doente com uma equipa multidisciplinar altamente especializada e que proporciona não só um melhor atendimento, mas também um tratamento personalizado de acordo com o caso concreto. O doente está no centro da prestação de cuidados.

A distribuição de incentivos tem impacto ao nível da equipa do CRI, aumentando a motivação dos profissionais para o cumprimento dos objetivos. Os institucionais são dedicados a formação, investigação e aquisição de equipamento. Os profissionais são distribuídos de acordo com a atividade adicional realizada e com o Índice de Desempenho Global (ao abrigo da Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro).

A legislação de 2017 não responde às necessidades sentidas pelos CRI e, em alguns casos, potencializa discrepâncias. Estas ocorrem essencialmente ao nível da definição e distribuição de incentivos, os quais variam entre CRI e consoantes sejam médicos ou cirúrgicos. A valorização da produção adicional está mais vocacionada para os CRI cirúrgicos, levantando problemas de contabilização ao nível dos CRI médicos. Por outro lado, o facto dos GDH não estarem atualizados e adequados à realidade, faz com que existam incongruências ao nível do financiamento. Há também o problema de existir uma diferença substancial na distribuição de incentivos dentro do próprio CRI.

A legislação de 2023 (Decreto-Lei nº 118/2023 de 20 de dezembro) vem resolver alguns problemas levantados pela legislação anterior. Desde logo, há uma adaptação à realidade do CRI, estabelecendo-se critérios mais específicos para as áreas definidas pelo diploma. O legislador teve em consideração a necessidade de se criarem CRI médicos, tentando proporcionar condições à sua criação e desenvolvimento.

Ainda existe um longo caminho de adequação da legislação à realidade. Todavia é necessária a realização de mais estudos que analisem o impacto deste modelo e demonstrem os contributos que trazem ao nível da gestão hospitalar, principalmente após a implementação dos CRI ao abrigo da nova legislação.

8. Bibliografia

1. Campos AC de. Gaveta de Reformas. Caminho; 2022. 59–128 p.
2. Antunes M. Os Centros de Responsabilidade Integrada - CRI. Em: Uma Nova Gestão em Serviços de Saúde. Lisboa: Edições Sílabo; 2024. p. 129–48.
3. Macedo MA. Avaliação do impacto da introdução de um Centro de Responsabilidade Integrada na área de Oftalmologia [Trabalho do Curso de Especialização em Administração Hospitalar]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2023.
4. Decreto-Lei n.º 52/2022. Diário da República n.º 150/2022, Série I (4-8-2022): 5 - 52. Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.
5. Martins HFG. Centro de Responsabilidade Integrado para a área médica do serviço de urgência do hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca (CRI) [Dissertação de Mestrado]. Lisboa: ISCTE, Instituto Universitário de Lisboa; 2022.
6. Almeida CMDS de. Avaliação do desempenho de Centros de Responsabilidade Integrada: estudo comparativo [Dissertação de Mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior Ciências Sociais e Humanas; 2018.
7. Constituição da República Portuguesa. Diário da República n.º 86/1976, Série I. (10-4- 1976). Decreto de Aprovação da Constituição.
8. Lei n.º 95/2019. Diário da República n.º 169/2019, Série I (4-9-2019): 55 - 66. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto.
9. Decreto-Lei n.º 19/88. Diário da República n.º 17/1988, 3º Suplemento, Série I (21-01-1988): 20 - 23. Aprova a lei de gestão hospitalar.
10. Decreto-Lei n.º 151/98. Diário da República n.º 130/1998, Série I-A (5-6-1998). Altera o estatuto jurídico aplicável ao Hospital de São Sebastião.
11. Despacho n.º 12781/98. Diário da República n.º 169/1998, Série II de 24-7-1998).
12. Decreto-Lei n.º 374/99. Diário da República n.º 219/1999, Série I-A (18-9-1999): 6489 - 6493. Cria os centros de responsabilidade integrados nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

13. Lei n.º 27/2002. Diário da República n.º 258/2002, Série I-A (8-11-2002): 7150 - 7154. Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.
14. Decreto-Lei n.º 233/2005. Diário da República n.º 249/2005, Série I-A (29-12-2005). Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos.
15. Decreto-Lei n.º 188/2003. Diário da República n.º 191/2003, Série I-A (20-8-2003): 5219 - 5231. Regulamenta os artigos 9.º e 11.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.
16. Despacho nº 5882/2012. Diário da República nº 87/2013, Série II, Parte C (7-5-2013): 14358-14359. Constitui um GT com o objetivo de analisar as condições de constituição e implementação de unidades autónomas de produção clínica nos estabelecimentos hospitalares do SNS.
17. Decreto-Lei n.º 18/2017. Diário da República n.º 30/2017, Série I (10-02-2017): 694 - 720. Regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo.
18. Portaria n.º 207/2017. Diário da República n.º 132/2017, Série I (11-7-2017). Regulamentos e Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde, regulamentação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).
19. Portaria n.º 330/2017. Diário da República n.º 210/2017, Série I (31-10-2017): 5848 - 5852. Define o modelo do regulamento interno dos serviços ou unidades funcionais das Unidades de Saúde do SNS, com a natureza de EPE.
20. Decreto-Lei n.º 118/2023. Diário da República n.º 244/2023, Série I (20-12-2023): 58 - 73. Aprova o regime jurídico dos centros de responsabilidade integrados em hospitais do Serviço Nacional de Saúde.
21. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). Relatório de Primavera 2008. Sistema de saúde Português: riscos e incertezas. Lisboa; 2008.
22. Freire J. Centros de responsabilidade - Revisão sistemática da literatura: do conceito à realidade [Dissertação de Mestrado]. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde; 2014.

23. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera 2017. Viver em tempos incertos. Sustentabilidade e equidade na saúde. Lisboa; 1919.
24. Dias S, Gama A. Introdução à investigação qualitativa em saúde pública. Coimbra: Almedina; 2019.
25. Diário da República [Internet]. [citado 28 de Julho de 2024]. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/home>
26. Portaria n.º 330/2017. Diário da República n.º 210/2017, Série I (31-10-2017): 5848 - 5852. Define o modelo do regulamento interno dos serviços ou unidades funcionais das Unidades de Saúde do SNS, com a natureza de entidades públicas empresariais, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, que se organizem em CRI.
27. Decreto-Lei n.º 118/2023. Diário da República n.º 244/2023, Série I (20-12-2023): 58 - 73. Aprova o regime jurídico dos centros de responsabilidade integrados em hospitais do Serviço Nacional de Saúde.
28. Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo de 20-01-1998 (Relator: Artur Maurício). Processo nº 034426. [Internet]. Disponível em: <http://www.dgsi.pt/jsta.nsf/35fbbbf22e1bb1e680256f8e003ea931/54815d77c3bc8af0802568fc0039a91c?OpenDocument>
29. Decreto-Lei n.º 103/2023. Diário da República n.º 215/2023, Série I (7-11-2023): 21 - 48. Aprova o regime jurídico de dedicação plena no Serviço Nacional de Saúde e da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar.
30. Portaria n.º 147/2017. Diário da República n.º 82/2017, Série I (27-4-2017): 2062 - 2069. Regula o Sistema Integrado de Gestão do Acesso dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde (SIGA SNS).

Anexos

Anexo 1: Distribuição geográfica e por especialidade dos CRI

Tabela 1: Número de CRI por especialidade

Especialidade	Número de CRI existentes
Cardiologia	1
Cirurgia Cardiotórax	1
Cirurgia Geral	7
Cirurgia Maxilo-Facial	1
Dermatovenereologia	3
Gastroenterologia	4
Medicina Física e de Reabilitação	2
Medicina Interna	4
Medicina Nuclear	1
Nefrologia	2
Neurocirurgia	1

Neurologia	1
Medicina de Reprodução	1
Obstetrícia	1
Oftalmologia	10
Ortopedia	5
Otorrinolaringologia	1
Pneumologia	4
Psiquiatria	3
Radiologia	3
Urologia	3

Tabela 2: ARS região Norte

CRI	ARS	Especialidade	Estado
Obesidade	ARSN	Cirurgia Geral	Em atividade
Patologia Mamária	ARSN	Cirurgia Geral	Em atividade
Gestão Integrada da Doença Renal Crónica	ARSN	Nefrologia	Em atividade
Patologia Respiratória do Sono e Ventilação não Invasiva	ARSN	Pneumologia	Em atividade
Cirurgia Plástica, Reconstrutiva; Craniomaxilofacial, Mão e Unidade de Microcirurgia	ARSN	Cirurgia Maxilo-Facial	Em atividade
Centro de Reabilitação do Norte	ARSN	Medicina Física e de Reabilitação	Em atividade
Tratamento Cirúrgico da Obesidade e Doenças Metabólicas	ARSN	Cirurgia Geral	Em atividade
Obesidade	ARSN	Cirurgia Geral	Em atividade

Centro de Diálise	ARSN	Nefrologia	Em atividade
-------------------	------	------------	--------------

Tabela 3: ARS região Centro

CRI	ARS	Especialidade	Estado
Cirurgia Cardiotorácica	ARSC	Cirurgia Cardiotorácica	Em atividade
Medicina Interna	ARSC	Medicina Interna	Em atividade
Oftalmologia	ARSC	Oftalmologia	Em atividade
Oftalmologia	ARSC	Oftalmologia	Em atividade
Oftalmologia	ARSC	Oftalmologia	Em atividade
Ortopedia	ARSC	Ortopedia	Em atividade
Pneumologia	ARSC	Pneumologia	Em atividade
Centro de Medicina do Sono	ARSC	Pneumologia	Em atividade
Psiquiatria	ARSC	Psiquiatria	Em atividade

Tabela 4: ARS região de Lisboa e Vale do Tejo

CRI	ARS	Especialidade	Estado
CRI Tratamento Cirúrgico da Obesidade	ARSLVT	Cirurgia Geral	Em atividade
CRI de Dermatovenereologia	ARSLVT	Dermatovenereologia	Em atividade
CRI Gastreenterologia	ARSLVT	Gastreenterologia	Em atividade
CRI Esclerose Múltipla	ARSLVT	Neurologia	Em atividade
CRI OftaPed	ARSLVT	Oftalmologia	Em atividade
CRI Traumatologia Ortopédica	ARSLVT	Ortopedia	Em atividade
CRI Urologia	ARSLVT	Urologia	Em atividade
CRI de Oftalmologia do Oeste	ARSLVT	Oftalmologia	Em atividade
CRI Pneumologia	ARSLVT	Pneumologia	Em atividade
CRI Psiquiatria e Saúde Mental	ARSLVT	Psiquiatria	Em atividade

CRI Dermatovenereo	ARSLVT	Dermatovenereologia	Em atividade
CRI Oftalmologia	ARSLVT	Oftalmologia	Em atividade
CRI ORL	ARSLVT	Otorrinolaringologia	Em atividade
CRI-O	ARSLVT	Cirurgia Geral	Em atividade
CRI Dermatologia	ARSLVT	Dermatovenereologia	Em atividade
CRI.Gastro	ARSLVT	Gastrenterologia	Em atividade
CRI Oftalmologia	ARSLVT	Oftalmologia	Em atividade
CRI Oftalmologia	ARSLVT	Oftalmologia	Em atividade
Centro de Responsabilidade Integrada de Ortopedia	ARSLVT	Ortopedia	Em atividade

Tabela 5: ARS região Alentejo

CRI	ARS	Especialidade	Estado
CRI Cérebro-Cardiovascular	ARSALE	Cardiologia	Em atividade
CRI Urgência e Emergência	ARSALE	Medicina Interna	Em atividade
Cri@home	ARSALE	Medicina Interna	Em atividade

Tabela 6: CRI em formalização.

CRI	ARS	Especialidade	Estado
CRI Medicina Reprodução	ARSN	NULL	Formalização de projeto de constituição de CRI
CRI UHD	ARSN	Medicina Interna	Formalização de projeto de constituição de CRI
CRI Oftalmologia	ARSN	Oftalmologia	Formalização de projeto de constituição de CRI

CRI Imagiologia	ARSN	Radiologia	Formalização de projeto de constituição de CRI
CRI Urologia	ARSN	Urologia	Formalização de projeto de constituição de CRI
CRI -SGH	ARSLVT	Gastroenterologia	Formalização de projeto de constituição de CRI
CRI - Imagiologia Geral	ARSLVT	Radiologia	Formalização de projeto de constituição de CRI
CRI-SU	ARSLVT	Urologia	Formalização de projeto de constituição de CRI
CRI Gastroenterologia	ARSLVT	Gastroenterologia	Formalização de projeto de constituição de CRI
CRI Medicina Nuclear	ARSLVT	Medicina Nuclear	Formalização de projeto de constituição de CRI
CRI - Diagnóstico Pré-Natal	ARSLVT	Obstetrícia	Formalização de projeto de constituição de CRI
CRI Diabetes e Obesidade	ARSLVT	Ortopedia	Formalização de projeto de constituição de CRI
CRI Cancro do Reto	ARSALG	Cirurgia Geral	Formalização de projeto de constituição de CRI

CRI Reabilitação Intensiva	ARSALG	Medicina Física e de Reabilitação	Formalização de projeto de constituição de CRI
CRI Vértebro-Medular	ARSALG	Neurocirurgia	Formalização de projeto de constituição de CRI
CRI Oftalmologia HTI	ARSALG	Oftalmologia	Formalização de projeto de constituição de CRI
CRI Patologia da Mão	ARSALG	Ortopedia	Formalização de projeto de constituição de CRI

Anexo 2: Modelo de Consentimento Informado

Consentimento informado para a realização de entrevista

No âmbito da realização do Trabalho de Campo intitulado “Contributo do CRI para a melhoria do acesso e eficiência na saúde. Análise conceptual e enquadramento jurídico” realizado ao abrigo do Curso de Administração Hospitalar na Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, da estudante Mariana Basto Matos, sob a orientação do Professor Doutor João Cordeiro e com a coorientação do Professor Doutor Adalberto Campos Fernandes, solicitamos a sua colaboração através da resposta a uma entrevista.

A investigação levada a cabo pela estudante tem como objetivo primordial analisar as normas que delimitam a criação e funcionamento dos Centros de Responsabilidade Integrada. Pretende-se ainda identificar possíveis omissões legislativas com implicação prática no funcionamento do CRI, bem como avaliar a adaptação do CRI às diferentes realidades onde pode ser criado. Todas as estas análises são efetuadas sob uma perspetiva jurídica, analisando o contributo do CRI na melhoria do acesso e eficiência.

Desta forma, a realização da entrevista tem como intuito verificar as dificuldades sentidas na criação do CRI e se a legislação em vigor dá resposta às exigências do modelo de gestão intermédia.

Através da recolha dos dados e consequente análise será possível aferir se a legislação que regulamenta os CRI se coaduna com as exigências práticas.

Com o tratamento dos dados pretende-se verificar o peso que a gestão do CRI detém no âmbito hospitalar, bem como analisar a legislação existente e a sua adequação à prática.

Não existem riscos associados à participação e realização do estudo, na medida em que a investigação tem por base a análise jurídica do regime referente aos CRI. O participante tem total liberdade de recusar participar e pode desistir a todo o momento, sem que nenhuma consequência advenha desse facto.

Os entrevistados têm o direito de acesso à entrevista (nos termos do art. 15º do RGPD), retificação dos seus dados (art. 16º do RGPD) e após a sua consulta

poderão solicitar o apagamento de dados fornecidos (nos termos do art. 17º/1 do RGPD), se assim o solicitarem. Podem ainda revogar o seu consentimento a todo o momento, tal como está previsto no artigo 7º/3 do RGPD.

Pede-se permissão para que a entrevista seja gravada de forma a possibilitar a transcrição dos dados. Tendo em conta que o trabalho tem uma natureza estritamente académica, os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para fins de investigação. Garante-se ainda que as gravações serão destruídas após transcrição das entrevistas e anonimização da sua participação, salvaguardando-se a total confidencialidade dos participantes e o seu anonimato.

O participante, a todo o tempo, poderá entrar em contacto com a investigadora Mariana Basto Matos através do e-mail marianamatos@me.com caso deseje que as suas respostas não sejam incluídas no estudo. Poderá também utilizar o mesmo contacto se desejar ter acesso aos elementos produzidos pela investigação.

Poderá ainda entrar em contacto com o Encarregado de Proteção de Dados do (...) através do e-mail (...) ou contactar a Comissão Nacional de Proteção de Dados, através do e-mail geral@cnpd.pt.

Agradeço a sua disponibilidade e colaboração,

Após a informação supramencionada, declaro que aceito participar na investigação apresentada e que consinto a gravação em áudio da mesma.

Assinatura do/a participante:

Data____/____/____

A investigadora:

Anexo 3: Comparação e síntese da Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro e Decreto-Lei nº 118/2023 de 20 de dezembro

Tabela 1: Síntese da análise legislativa

Categorias de análise	Subcategorias de análise	Portaria nº 330/2017 de 31 de outubro	Decreto-Lei nº 118/2023 de 20 de dezembro
Conceção e implementação do CRI	Contrato-programa (CP) e plano de ação	CP: art. 9º.	CP: art. 7º.
			Padrões de produtividade: art. 8º/3.
		Plano de ação: art. 8º.	Plano de ação: art. 6º.
	Estrutura orgânica	Diretor: art. 7º.	Diretor: art. 13º.
		Conselho de Gestão: arts. 5º e 6º.	Conselho de Gestão: art. 14º.

			Conselho Geral: art. 15º.
	Recursos materiais e financeiros	Utilização eficiente: arts. 10º/1 e 19º.	Utilização eficiente: art. 16º.
		Partilha de recursos: art. 19º.	Partilha de recursos: arts. 6º nº 1 al. f), 16º nº 2 e 17º.
	Profissionais de saúde		Constituição de equipa: art. 10º.
		Prestação do trabalho: art. 11º.	
		Responsabilidade solidária: art. 24º.	Responsabilidade solidária: art. 24º.
			Avaliação de desempenho: art. 25º nº2.
		Saída de profissionais: art. 15º nº 1.	Saída de profissionais: art. 21º.
	Incentivos	Institucionais: art. 11º nº 3 al. e).	Institucionais: art. 28º.

		Profissionais: Anexo II da Portaria nº 207/2017	Profissionais: arts. 26º e 27º.
Avaliação após a implementação do CRI	Monitorização e controlo do CRI	Art. 17º nº 4.	Art. 29º

A.1. Considerações gerais

1. Tema principal

Contributo do CRI para a melhoria no acesso e eficiência.

Análise conceptual e enquadramento jurídico.

2. Temas relacionados

- Regime jurídico aplicável ao CRI
- Modelo de financiamento e distribuição de incentivos
- Estrutura organizacional

3. Objetivos da entrevista

- Verificar os motivos que impulsionaram a constituição do CRI
- Compreender as principais vantagens e desvantagens na criação do CRI
- Identificar e compreender as dificuldades encontradas na sua implementação
- Identificar eventuais lacunas e incongruências legislativas
- Realizar uma ponderação sobre a melhoria no acesso e eficiência dos serviços após a implementação do CRI
- Analisar os resultados obtidos com os que haviam sido esperados

4. Motivação das entrevistas

As entrevistas são um elemento fulcral na investigação, na medida em que irá permitir averiguar os impactos do CRI no que concerne à sua criação, implementação e funcionamento.

Durante a realização da investigação do presente trabalho verificou-se uma alteração legislativa no final de 2023. Até então era aplicada a Portaria nº 330/2017 de 31 de Outubro, ao abrigo da qual foram constituídos os Centros de Responsabilidade

Integrada em análise. A 1 de Janeiro de 2024, entrou em vigor o DL nº 118/2023 de 20 de Dezembro, o qual revoga a legislação anterior, aprovando assim, o regime jurídico dos CRI nos hospitais do SNS. Desta forma, urge a necessidade de verificar se a legislação de 2017 respondia às exigências no momento de constituição e consequente funcionamento do CRI, quais as principais alterações resultantes no novo quadro legislativo e em que medida o novo DL responderá aos desafios que se colocam. Para além de se verificar se a nova legislação se coaduna com a realidade, é relevante identificar quais foram os pontos em que o legislador foi omissos e como se poderá colmatar tais lacunas.

Por todos os motivos supramencionados, as entrevistas permitirão deslindar quais foram as principais dificuldades vivenciadas pelo Conselho de Gestão do CRI na constituição e funcionamento deste, identificando-se ainda os desafios que se colocam aos diversos CRI de diferentes especialidades.

5. Propósito da informação recolhida

A informação recolhida irá proporcionar uma maior exatidão no que concerne à análise conceptual que envolve o CRI. Contribuirá também para identificar lacunas legislativas e, desta forma, propor eventuais soluções.

O fulcro do presente trabalho é proporcionar à comunidade científica, em particular, aos administradores hospitalares, uma investigação que analise o CRI enquanto alicerce na melhoria do acesso e da eficiência, de modo a que a tomada de decisão sobre a eventual criação e implementação deste sistema de gestão intermédia seja facilitada.

6. Participantes

- Diretores do Conselho de Gestão do CRI

7. Procedimento

- Análise dos princípios, enquadramento jurídico, fundamento e necessidade de implementação do CRI.

- Levantamento do número de CRI implementados a nível nacional e quais as especialidades em que foram constituídos.
- Elaboração de um guião de entrevista.
- Realização das entrevistas aos Diretores do Conselho de Gestão dos CRI via zoom ou presencialmente, procedendo-se à gravação das mesmas.
- Transcrição das entrevistas.
- Validação das respostas.

A.2. Guião de entrevista destina ao Conselho de Gestão do CRI

1. Caracterização

- 1.1. Hospital
- 1.2. Serviço/ Departamento
- 1.3. Cargo ocupado

2. Organização interna antes do CRI, motivações e expectativas

- 2.1. Antes da implementação do CRI, como estava organizada a atividade do serviço?
- 2.2. Quais os aspetos positivos e negativos vivenciados no serviço/ departamento antes da implementação do CRI?
- 2.3. Quais foram os principais obstáculos na prossecução da atividade antes da criação do CRI?
- 2.4. Qual foi a receptividade dos profissionais de saúde face à implementação do CRI?
- 2.5. Quais eram as expectativas com a criação do CRI?

3. Conceção do CRI

- 3.1. Na estruturação do CRI, quais foram as preocupações por trás da definição dos objetivos estratégicos?
- 3.2. Os modelos de documentos redigidos pela ACSS para a criação do CRI adequaram-se à realidade vivenciada no serviço?
- 3.3. Existe alguma entrave legislativa na constituição do CRI?
- 3.4. Quais foram os critérios que serviram de base à seleção dos Recursos Humanos (RH) integrantes do CRI?
- 3.5. Aproveitaram os RH existentes no serviço/ departamento?
- 3.6. No caso do Conselho de Gestão ter sentido necessidade de contratar profissionais de saúde para integrar o CRI, questionar como funcionou a contratação.
- 3.7. Pedir para descrever o modelo de avaliação de desempenho dos profissionais integrantes do CRI.

- 3.8. Como delinearam a atribuição de incentivos aos profissionais de saúde?
- 3.9. A legislação auxilia na configuração do sistema de incentivos? (Pedir para justificar a resposta).

4. Implementação do CRI

- 4.1. Quais foram as etapas mais complexas na implementação do CRI?
- 4.2. Quais foram as dificuldades sentidas?
- 4.3. Existiu resistência por parte dos profissionais de saúde na criação do CRI?
- 4.4. A legislação concede orientações claras para responder a todas as dificuldades na etapa de implementação?
- 4.5. Quais são os aspetos em que a legislação poderia ser mais explícita?
- 4.6. Em virtude do tipo de atividade desempenhada e da especialidade médica prosseguida, o modelo base do CRI deve ser adaptado à realidade do terreno?
- 4.7. O diálogo e a negociação entre o Conselho de Gestão do CRI e o Conselho de Administração da instituição, tal como está designado na legislação, é adequado às necessidades do CRI?
- 4.8. Qual foi o impacto do CRI relativamente ao acesso e eficiência?

5. Avaliação após a implementação

- 5.1. Como correu a interação e coordenação entre o CRI e os restantes serviços ao nível da partilha de recursos (equipamentos e RH)?
- 5.2. Os indicadores e objetivos previamente definidos foram alcançados?
- 5.3. Quais as mais-valias verificadas na existência do CRI?
- 5.4. Qual a perceção relativamente à satisfação dos profissionais de saúde que integram o CRI?
- 5.5. Os incentivos institucionais foram utilizados pela equipa?
- 5.6. Quantos profissionais aproveitaram esses incentivos em formação e investigação?
- 5.7. Qual o impacto que a utilização destes incentivos teve ao nível da adequação do horário de trabalho na equipa?
- 5.8. Qual a mais-valia da concessão de incentivos institucionais ao CRI?
- 5.9. Quais os problemas e obstáculos operacionais do CRI?
- 5.10. Com a implementação do CRI, quais as melhorias sentidas?

- 5.11. Foi possível reduzir a lista de espera?
- 5.12. Em que medida o DL nº 118/2023 veio alterar a dinâmica do CRI ao nível da sua constituição e funcionamento?
- 5.13. Considera que é importante a possibilidade de se poder criar CRI em especialidades onde não existe atividade adicional?
- 5.14. Quais os desafios que a nova legislação levanta?

6. Considerações finais

