

A gestão do desempenho dos médicos de família no Serviço Nacional de Saúde

CLÁUDIA CONCEIÇÃO
ALDINA GONÇALVES
PIERRE BLAISE
WIM VAN LERBERGHE
PAULO FERRINHO

Este trabalho explora a importância que os sistemas de gestão do desempenho individual têm para um grupo de gestores do Serviço Nacional de Saúde.

Foram feitas entrevistas a gestores de uma administração regional de saúde e a um grupo de directores de centros de saúde. Procurou-se conhecer os critérios que são habitualmente utilizados para avaliar o desempenho do médico de família, quais as consequências da avaliação de desempenho e a opinião dos gestores sobre o que poderia melhorar a situação.

□

Cláudia Conceição é médica, investigadora da Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta e Grupo de Sistemas de Saúde do Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (Universidade Nova de Lisboa).

Aldina Gonçalves é médica, directora da Unidade de Sistemas de Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (Universidade Nova de Lisboa).

Pierre Blaise é médico, assistente de investigação no Departamento de Saúde Pública do Instituto de Medicina Tropical de Antuérpia, Bélgica.

Wim Van Lerberghe é médico, professor do Departamento de Saúde Pública do Instituto de Medicina Tropical de Antuérpia, Bélgica.

Paulo Ferrinho é médico, presidente da direcção da Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta, coordenador do Grupo de Sistemas de Saúde do Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais (Universidade Nova de Lisboa), professor auxiliar na Escola Nacional de Saúde Pública (Universidade Nova de Lisboa) e no Instituto de Medicina Preventiva (Universidade de Lisboa).

O estudo mostra que a gestão do desempenho é uma parcela pouco desenvolvida do *armamentarium* dos gestores públicos do Serviço Nacional de Saúde. Estes parecem reconhecer a importância da gestão do desempenho a um nível institucional, mas mostram pouca preocupação pela gestão do desempenho individual ou subinstitucional. Para além disto, a sua atenção dirige-se mais para a avaliação do processo e estrutura e faz-se pouca ou nenhuma menção à avaliação em termos de produção de saúde.

Introdução

Um dos aspectos fulcrais nas reformas correntes na Europa é a tónica nos cuidados de saúde primários e no papel central desempenhado pelos clínicos gerais/médicos de família. Em Portugal a carreira de clínica geral/medicina familiar é criada no início dos anos 80 e os médicos de família ocupam um papel central no Serviço Nacional de Saúde como garante de grande parte da assistência médica às famílias e passagem obrigatória para referência a outros níveis do sistema. Esta centralidade do médico de família é reafirmada, explicitamente ou não, sendo posta em causa, em quatro documentos recentes que contribuem para o debate sobre as reformas no sector da saúde em Portugal [Relatório da OCDE, 1998; Recomendações para uma reforma estrutural da saúde. Conselho de Reflexão sobre a Saúde, 1998; Auditoria ao Serviço Nacional de Saúde — Tribunal de Contas, 1999; Saúde, um

compromisso — Uma estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002) — Ministério da Saúde, 1997-1999]. Nestes documentos são reconhecidas as necessidades de responsabilização ao nível da gestão institucional, de desenvolver sistemas de qualidade e de melhoria da eficiência das estruturas públicas.

1. Gestão do desempenho

A contribuição dos recursos humanos da saúde para o funcionamento do sistema de saúde e concretização das mudanças desejáveis é inquestionável. Neste sentido fala-se de «gestão do desempenho individual», isto é, de encontrar e desenvolver meios de melhorar o desempenho dos recursos humanos. Esta noção de desempenho é importada do mundo industrial e resulta de um cruzamento da produtividade do trabalhador com a qualidade do produto final (Kegels, 1999).

Não se sabe precisamente quando é que foram formalmente utilizados pela primeira vez métodos de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde. As abordagens da avaliação do desempenho podem ser centradas na personalidade (ex.: escalas ancoradas em traços), centradas nos comportamentos (ex.: escalas ancoradas em comportamentos, incidentes críticos), centradas na comparação com outros e centradas nos resultados (ex.: gestão por objectivos) (Caetano, 1991). O conceito de gestão do desempenho é do início dos anos 90 e pressupõe um processo que leve à construção de uma visão dos objectivos da organização partilhada pelos intervenientes no processo de mudança, ajudando cada um a reconhecer e compreender o seu contributo para esses mesmos objectivos e, desta forma, contribuindo para a melhoria do desempenho dos indivíduos e da organização (Armstrong, 1998). Este processo implica existência de comunicação (construção e partilha de uma visão), de metas de desempenho individual e de departamento relacionadas com os objectivos mais amplos de toda a organização, de revisão dos processos para identificar necessidades de formação, desenvolvimento e recompensar resultados obtidos (Armstrong, 1998).

O interesse pela gestão do desempenho dos profissionais de saúde está estreitamente associado aos diferentes movimentos de controle e garantia de qualidade dos serviços de saúde. Este interesse resulta directamente da necessidade de coordenar objectivos institucionais em situações em que as organizações são complexas e os profissionais têm tradicionalmente grande autonomia (Marshall e Davies, 2000).

Uma revisão da literatura portuguesa não traz muita evidência em matéria de desempenho dos médicos de família ou métodos de identificar áreas, em termos de desempenho individual, a carecer de apoio. Entendendo desempenho como comportamento no trabalho para o qual concorrem, entre outros, factores como competências técnicas e relacionais e as motivações de cada um, estendeu-se a pesquisa bibliográfica realizada, utilizando as palavras-chave desempenho, motivação, qualidade, satisfação profissional, satisfação dos utentes e recursos humanos. Encontraram-se trabalhos sobre a assimetria e má distribuição dos recursos humanos da saúde (Giraldez, 1995), sobre os riscos ocupacionais dos mesmos (Uva e Faria, 1992), incluindo o *stress* no trabalho (Nogueira, 1989; Hespanhol, 1994 e 1996; Pereira, 1998). Há trabalhos de avaliação do desempenho técnico de médicos de família em áreas específicas através de análise de registos clínicos (Baía *et al.*, 1995; Baltazar e Natário, 1993; Costa, Silva e Machado, 1996) e relatos de trabalho de equipa com objectivos de aumentar a satisfação profissional e dos utentes (Diniz, Ortiz e Page, 1988; Leitão, 1991; Nogueira *et al.*, 1991; Marques, 1997). A literatura disponível identifica níveis apreciáveis de insatisfação profissional dos médicos de família relacionados com o salário, sistema inadequado de incentivos, mau ambiente de trabalho, pouca competência na gestão do centro de saúde e o pouco reconhecimento social dos médicos de família. Factores como oportunidades de formação e trabalho em equipa aumentam a satisfação profissional (Nogueira, 1989; Pires e Cerdeira, 1989; Vieira e Viegas, 1991; Hespanhol, 1994 e 1996; Vieira, Viegas e Furtado, 1995; Mourão, 1986). Os artigos encontrados referem-se sempre ao sector público e o sector privado, quando referido, é para sublinhar a pouca transparência da relação entre os dois sectores e o facto de os recursos humanos serem partilhados por ambos (Campos e Carvalho, 1987). No entanto, a relação entre os dois sectores, ou o impacto que ela pode ter no desempenho do pessoal da saúde, não foi alvo de nenhum estudo publicado. Nenhuma publicação encontrada nesta revisão se referia a intervenções na sequência dos resultados dos estudos.

O que é o desempenho desejável de um médico de família (o que é um «bom» médico de família) para os gestores dos serviços de saúde públicos, de que forma é feito (ou deveria ser) o incentivo à manutenção de desempenhos individuais considerados desejáveis e se se apoia (ou deveria apoiar) o médico de família na identificação de áreas a carecer de melhoria são as questões que se exploram neste trabalho.

2. População e métodos

Foram contactados 9 membros da direcção de uma administração regional de saúde e respectivas sub-regiões, inicialmente, e os directores de 20 centros de saúde, posteriormente, para realização de entrevistas semiestruturadas.

As entrevistas com os médicos gestores das administrações regionais e sub-regionais de saúde tiveram lugar no 1.º semestre de 1998. A taxa de respostas foi de 7/9. Durante a realização destas entrevistas, um dos autores solicitou a um destes gestores uma lista de 40 centros de saúde, 20 «bons» e 20 «menos bons», baseada nas características de uma «boa» gestão de um centro de saúde identificadas pelo entrevistado. Algumas destas características são: cumprimento de objectivos e metas estabelecidas, adaptação de orientações nacionais e regionais à realidade local, envolvimento de todos os profissionais no cumprimento dos objectivos da organização, assegurar boas relações interinstitucionais e mediar conflitos internos, garantir comunicação dentro do centro de saúde e entre este e os outros níveis de administração (Gonçalves *et al.*, 2000). Desta lista foi seleccionada, de forma aleatória simples, uma outra com 10 centros de saúde de cada grupo. As entrevistas aos directores destes 20 centros de saúde foram realizadas durante o último trimestre de 1998 e Janeiro de 1999. A este nível, a taxa de respostas foi de 18/20 (90%), 100% para o grupo de centros de saúde «bons» e 80% para o grupo «menos bons».

O conteúdo das entrevistas (gravações e notas) foi analisado por um autor que não as realizou e de forma cega para a identidade dos entrevistados e dos centros de saúde. A informação sobre a identificação da região de saúde, centros de saúde e entrevistados é confidencial. A análise foi realizada pela audição repetida das gravações, identificando temas e reexplorando-os nas gravações e notas das entrevistas. Não se pretendeu quantificar a informação, mas antes identificar a gama de assuntos abordados e as diferenças entre os dois grupos de centros de saúde.

3. Visões da gestão do desempenho

Para a maioria dos tópicos, os gestores dos serviços de saúde, ao nível da administração regional e sub-regional, e os directores dos centros de saúde fornecem, basicamente, visões semelhantes. A *Tabela I* resume o que foi considerado ser «bom desempenho» para um médico de família. A *Tabela II* lista os instrumentos, formais e informais, e os critérios utilizados na gestão do desempenho do médico de família

no centro de saúde tal como são enunciados pelos entrevistados. A *Tabela III* apresenta as opiniões dos entrevistados sobre as formas possíveis de melhorar a situação que descrevem.

As entrevistas confirmam a impressão deixada pela revisão bibliográfica: no nosso sistema de saúde a gestão do desempenho *individual* não é explicitada. Um «bom desempenho» de um médico de família é essencialmente descrito em termos de processos e *inputs* e menos em termos de resultados ou ganhos em saúde. O «bom» médico de família «gere correctamente a sua lista de utentes», «faz formação contínua», «participa em actividades dirigidas à comunidade», «tem uma relação empática com os utentes e colegas» e «monitoriza os resultados da sua actividade». Eles têm e utilizam códigos de «boas práticas». Esta ênfase nos *inputs* e processos reflecte uma opção previsível de um funcionalismo público bastante normativo. Encaixa-se num dos pólos que bipolarizam o debate sobre como melhor avaliar o desempenho (*Tabela IV*).

Os gestores entrevistados não diferenciam entre a gestão do desempenho individual e institucional. A gestão do desempenho consiste no uso de incentivos («oportunidades formativas, promoções», «recursos extra para os melhores centros de saúde», «apoio em projectos inovadores», «novas políticas de remuneração») e na monitorização formal das listas de espera, dos livros de reclamações e das despesas. Formalmente, a avaliação do desempenho está baseada na análise de planos e metas definidas, orçamentos e respectivos programas de acção (orçamento-programa) e na existência de termos de referência para equipas-projecto. Os indicadores utilizados são a satisfação profissional, a satisfação dos utentes, o número de consultas por médico de família, perfil de prescrições, taxas de absentismo, número de queixas e acessibilidade aos cuidados de saúde. Os entrevistados também referem critérios informais de avaliação que incluem «o grau de participação dos profissionais na definição de objectivos e na tomada de decisões». Embora todos os directores de centros de saúde usem alguns mecanismos formais para monitorizar o progresso institucional em relação a objectivos programáticos, a gestão formal do desempenho individual dos médicos de família não existe «por falta da cultura necessária» e porque não há «normas ou orientações para gerir a diferença», isto é, para recompensar os melhores. Apesar de tudo, os entrevistados reconhecem que teriam a latitude necessária para formalizar sistemas de gestão individual do desempenho, incluindo políticas de incentivos locais para recompensar os melhores desempenhos, se assim o desejassem. Se não o fazem, é por causa, em parte, da «cultura médica local».

Tabela I

Caracterização do «bom» médico de família pelos gestores dos centros de saúde e administração regional de saúde

Missão do centro de saúde

Empenha-se na resolução de problemas da comunidade
Participa em actividades dirigidas à comunidade
Empenha-se na melhoria dos indicadores de saúde da sua lista de utentes
Participa nas actividades do centro de saúde
Responsabiliza-se pelos seus utentes em todas as fases do ciclo da vida
Cumprir os objectivos do centro de saúde

Desenvolvimento pessoal

Mantém-se actualizado
Obedece a padrões de qualidade
Tem normas de boas práticas
Monitoriza os seus resultados

Competência relacional (mais do que competência técnica)

Tem uma relação empática com os doentes
Tem uma relação empática com os colegas
Tem uma relação empática e terapêutica com os doentes
Tem um bom relacionamento com os outros membros da equipa de saúde
Compromete-se com o trabalho de grupo, não procurando protagonismo
É membro de uma equipa
Trabalha. Produz
É humano
Gosta de pessoas
Motiva os colegas
Compromete-se com a continuidade dos cuidados prestados aos utentes

Compromisso/preocupação com a eficiência

Planifica o trabalho
Usa os recursos de forma eficiente
É pontual
É assíduo
Contribui para a diminuição da procura
Faz a gestão da sua lista (administrativamente e assegurando o acesso necessário)
É acessível
Partilha informações com os colegas

Compromisso/preocupação com a efectividade

O seu trabalho tem qualidade técnica
Responde aos problemas de saúde de uma forma humana e tecnicamente competente

Respeita normas éticas

Assegura confidencialidade

Tabela II

Instrumentos (formais e informais) e critérios usados para a gestão do desempenho dos médicos de família ao nível dos centros de saúde

Instrumentos para a gestão do desempenho	CrITÉrios para avaliação de desempenho
Identificação de necessidades Sistemas de informação Listas de espera Livro de reclamações Gabinete do utente <i>Feed-back</i> dos hospitais Auditoria regular à qualidade dos registos Clínicos Inquéritos (por exemplo, inquéritos à satisfação dos utentes) Uso de incentivos Oportunidades de formação Promoções Recursos extra para os centros de saúde com melhor desempenho Apoio a projectos inovadores Novas políticas de remuneração Balancete por cada centro de custo	Formais <i>Periodicidade</i> Monitorização formal a todos os níveis (trimestralmente ao nível da região de saúde e anualmente ao nível do centro de saúde) <i>Responsabilização</i> Existência de planos estratégicos com metas definidas Existência de planos programáticos e objectivos definidos Existência de orçamentos programas de acção (orçamento-programa) Existência de termos de referência para equipas de projecto <i>Existência de indicadores para identificar necessidades e monitorizar a progressão em direcção a objectivos estabelecidos</i> Nomeadamente concordância em relação a um conjunto de indicadores: Satisfação profissional Satisfação dos utentes Número de consultas por clínico Perfil e custos de prescrição Taxas de absentismo Pontualidade Número de visitas domiciliárias Número de queixas Razão entre consultas programadas e não programadas Percentagem de doenças agudas Percentagem de novos diagnósticos Índices de cobertura Número de doentes por médico Número de consultas por médico Perfil de prescrições Acessibilidade aos cuidados de saúde Informais Grau de participação no estabelecimento de objectivos e na tomada de decisões Grau de participação em actividades não clínicas Participação em reuniões no centro de saúde Ausência de disfunções por informação deficiente

Tabela III

Formas de melhorar a gestão do desempenho dos profissionais de saúde

Pressão externa

Contenção nas exigências centrais implica melhor definição de prioridades
Melhoria das estratégias existentes

Reestruturação e adequação de recursos dos centros de saúde

Melhoria das infra-estruturas dos centros de saúde
Melhoria da acessibilidade aos gestores regionais
Mais pessoal médico, de enfermagem e administrativos
Redimensionar os centros de saúde (para menos população)
Autonomia financeira e administrativa
Maior autonomia na contratação e despedimento de pessoal
Acabar com o trabalho a tempo parcial e contratos a termo certo
Melhorar a coordenação com os hospitais
Melhoria dos incentivos financeiros
Melhoria da remuneração

Integração de sistemas de gestão de desempenho na gestão global do centro de saúde

Aumentar a atenção sobre o desempenho individual e de equipa, mantendo a preocupação sobre a gestão do desempenho institucional
Dar maior importância ao trabalho de equipa
Gestão mais participada
Análise regular de estatísticas de produtividade e qualidade

Atenção às pessoas

Investimento na formação dos médicos de família em competências de comunicação
Lembrar datas especiais, como, por exemplo, os aniversários
Usar intervalos para café como meios de desenvolver o espírito de grupo no centro de saúde
Apoio informal para pedidos de licenças, cursos, formação, etc
Penalizar os utentes que faltam às consultas ou que perdem requisições

Desenvolvimento

Investir em formação contínua
Afastar-se da mentalidade de projecto (com fim a curto prazo)
Introduzir avaliações interpares regulares

Critérios explícitos e formais de desempenho de qualidade

Introdução de códigos de boas práticas
No futuro, ligar critérios e regras explícitas com consequências (incentivos)
Padronizar e formalizar processos de avaliação de desempenho, interna e externamente
Definir e publicar uma «carta de qualidade»

Identificação de necessidades

Desenvolver e formalizar mecanismos de avaliação existentes de forma a poder aplicá-los de uma forma sistemática e padronizada

Responsabilização

Avaliar as avaliações
Reforçar as relações entre a qualidade do desempenho e os orçamentos suplementares

Tabela IV
Como melhor avaliar o desempenho

O que avaliar	Vantagens	Desvantagens
Inputs/processos	Barato, rápido e simples	Demasiado prescritivo
	Fácil de medir	Associação causal com resultados ou ganhos em saúde não é linear
	Fácil de interpretar	Mais virado para as preocupações dos profissionais do que dos utentes
	Fácil de accionar respostas adequadas	Menos intuitivo
	Pouca interferência de variáveis de confundimento	
	Sensível a variações na qualidade do desempenho	
Resultados/ganhos em saúde	Mais virado para as preocupações dos utentes	Mais complexo e dispendioso
	Mais intuitivo	Mudanças nos resultados ou estado de saúde têm uma causalidade complexa não facilmente atribuível a variações do desempenho
	Menos prescritivo	Pouco sensível a mudanças na qualidade do desempenho

Adapatado de Marshall e Davies (2000).

As opiniões dos directores dos dois grupos de centros de saúde («bons» e «menos bons») são muito sobreponíveis. No entanto, importa sublinhar algumas diferenças entre eles. Os directores dos centros de saúde «bons» identificaram «o contexto actual de mudança no país» como uma oportunidade para melhorar os serviços existentes. Entendem também a «cultura médica» como um obstáculo à maximização dos benefícios potenciais desta «cultura de mudança». Estes directores ultrapassam o que é explicitamente entendido como deveres e obrigações das suas funções; nas palavras de um deles, «faço uso da pouca autonomia que me é dada e levo-a até onde eu sinto que é necessária...» e fazem uso de uma maior variedade de instrumentos e critérios para avaliar o desempenho dos médicos de família nos seus centros de saúde. Um bom médico de família é alguém empenhado num trabalho «tecnicamente bom com um rosto humano». Os «bons» centros de saúde são também os que mais vezes reconhecem as queixas, o *feed-back* dos hospitais, a revisão de processos clínicos e as discussões clínicas como meios importantes de gerir o desempenho dos médicos de família. A necessidade de aumentar a autonomia na gestão dos centros de saúde, de melhorar as infra-estruturas e aumentar os salários foi reconhecida. Os «bons» centros de saúde focaram mais a importância de uma melhor coordenação com os hospitais, de uma atenção personalizada a todos os profissionais do centros de saúde, de maior disponibilidade de incentivos

locais e de maior ênfase na educação contínua com especial atenção para as competências em comunicação. Todos se referem ao grau de participação dos profissionais nas actividades não clínicas e nos encontros do centro de saúde como elementos informais considerados na avaliação do desempenho dos médicos de família nos seus centros de saúde. Os indicadores formais utilizados são mais abrangentes nos centros de saúde considerados pela administração regional com tendo um melhor desempenho (isto é, os «bons»): é só nestes centros de saúde que a noção de cobertura é mencionada. As sugestões para melhorar o desempenho individual são, como seria de esperar, variadas. Elas vão da necessidade de melhoria de infra-estruturas, mais pessoal e melhores salários até formação em competências de comunicação, formação contínua e avaliações interpares, «introdução de códigos de boas práticas», «dar mais ênfase ao trabalho de equipa», «gestão mais participada» ou «lembrar aniversários», «usar os intervalos de café para desenvolver espírito de grupo» e «apoio informal para pedidos de licenças». Alguns directores de centros de saúde vêem um potencial para melhoria do desempenho na «penalização dos utentes que faltam às consultas ou perdem requisições». À parte estas sugestões, é interessante notar a insistência de quase todos os entrevistados no «reforço da ligação entre a qualidade do desempenho e orçamentos suplementares», na maior autonomia na contrata-

ção e despedimento de pessoal, mas também na melhor definição dos objectivos do centro de saúde e dos critérios da sua avaliação pelo nível central («ligar as decisões futuras a regras, critérios e incentivos explícitos» ou «padronização de mecanismos de avaliação existentes»). Talvez surpreendente seja o facto de só um director de centro de saúde ter referido a necessidade de explicitar *job descriptions*, embora elas faltem na maioria dos casos.

É frequente, nas respostas, confundir-se desempenho institucional (do centro de saúde) e individual (dos médicos de família) e isto é reflexo da impossibilidade de entender o desempenho do centro de saúde sem a concorrência do desempenho dos profissionais (o tal cruzamento, referido acima, entre quantidade e qualidade do trabalho realizado). Os gestores indicam alguns processos que têm sido utilizados no planeamento, monitorização e incentivos à melhoria do desempenho institucional, mesmo não estando eles padronizados e não constituindo política oficial. Estes processos constituem um núcleo à volta do qual está a dar-se a evolução de sistemas explícitos de gestão de desempenho e vão na mesma direcção da «nova administração pública» que está a desenvolver-se na Europa (Hunter, 1996). Esta «nova administração pública» centra também a medição do desempenho em ganhos em saúde, mas esta dimensão não foi apontada explicitamente por nenhum dos entrevistados.

4. A gestão do desempenho está a chegar para ficar

O Serviço Nacional de Saúde está a mudar: a nova lei dos centros de saúde (Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio) remove alguns dos obstáculos identificados pelos gestores entrevistados, a informatização dos sistemas de informação dos centros de saúde, a introdução de instrumentos para a garantia da qualidade, incluindo auto-avaliação, avaliações cruzadas e externas, instrumentos para monitorizar a satisfação do utente e dos profissionais de saúde e a experimentação de novas formas remuneratórias para os médicos de clínica geral. Estas mudanças vão evoluindo debaixo de pressões, por vezes de sentidos opostos provenientes de vários sectores, nomeadamente de associações profissionais e do aparelho administrativo ao nível central. Apesar do que já está a evoluir no terreno, os entrevistados deixam a impressão de que os gestores públicos se sentem sem suporte e sem instrumentos necessários para influenciar o desempenho dos médicos de família. Estão prontos a aceitar mudanças culturais, legais, de infra-estruturas e processuais desde que acompanhadas dos recursos

para recompensar o bom desempenho. Na generalidade, não se sentem motivados ou competentes para improvisar e arriscar instrumentos não formais de gestão *individual* de desempenho.

Esta abertura deve ser reconhecida como uma oportunidade que não deveria ser desperdiçada nem mal utilizada. É essencial reconhecer que a gestão do desempenho no contexto da medicina familiar em Portugal deveria reconhecer, por um lado, a autonomia dos médicos de família como um valor a preservar e, por outro, que o tempo em que implicitamente se confiava em cada profissional de saúde como garante da qualidade dos serviços de saúde está irremediavelmente ultrapassado. Neste contexto, é preciso organizar o trabalho (em equipa), desenvolver instrumentos (de auto-aplicação) e lideranças (que respeitem hierarquias profissionais e reconheçam líderes informais) que tornem mais aceitável a gestão do desempenho, mantendo o respeito pela autonomia profissional.

Agradecimentos

Este estudo foi realizado no contexto do projecto «Medição e monitorização do desempenho em sistemas de saúde em reforma» subsidiado pela União Europeia, programa INCO-DC da DGXII, pelo contacto n.º IC18*CT970239. O planeamento do estudo foi feito com a participação dos Drs. Bárbara Bäckström, Rosa Teodósio e Mário Pereira. Agradecemos também a colaboração dos Drs. Isabel Prates, Luís Pisco e José Luís Biscaia.

□ Referências bibliográficas

- ARMSTRONG, M.; BARON, A. — Performance management : the new realities. London: The Institute for Personnel Development, 1998. ISBN 0-85292-727-4.
- BAÍA, H., *et al.* — Avaliação da qualidade dos registos em saúde infantil : primeiro ano de vida. *Saúde Infantil*. 18 (1995) 33-39.
- BALTAZAR, J.; NATÁRIO, A. — Avaliação da qualidade dos cuidados médicos em hipertensos. *Acta Médica Portuguesa*. 6 (1993) 431-438.
- CAETANO, A. — Avaliação de desempenho : metáforas, conceitos e práticas. Lisboa: Editora RH, 1991.
- CAMPOS, A. C.; CARVALHO, R. — Remuneração dos médicos de clínica geral : otimizar recursos, clarificando ambiguidades. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 20 (1987) 33-37.
- COSTA, A. M.; SILVA, E. B.; MACHADO, M. C. — Avaliação da competência técnico-científica dos profissionais do Centro de Saúde de Almada no âmbito do tabagismo. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 13 : 3 (1996) 167-180.
- DINIZ, J. A. B.; ORTIZ, M. C.; PAGE, P. — Trabalho em equipa no Centro de Saúde de Almeirim : efeito de moda? *Cadernos Santarém*. 2 : 5 (1988) 19-24.

GIRALDES, M. R. — Caracterização dos principais recursos humanos de saúde em Portugal : sua evolução de curto prazo e desigualdades na respectiva distribuição. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 13 : 3 (1995) 5-19.

GONÇALVES, A., *et al.* — Performance management in the Portuguese National Health Service. *Studies in Health Services Organisation & Policy*. 16 (2000) 93-99.

HESPAÑHOL, A. P. — «Stress» no dia a dia do clínico geral : um estudo piloto. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 11 (1994) 20-48.

HESPAÑHOL, A. P. — Condições do exercício da clínica geral no Norte de Portugal. Dissertação de doutoramento. Porto: edição do autor, 1996.

HUNTER, D. J. — The changing roles of health care personnel in health and health care management. *Social Science & Medicine*, 43 : 5 (1996) 799-808.

KEGELS, G. — An exploration of quality, excellence and recognition. *INFI Newsletter*. (June 1999) 4-9.

LEITÃO, J. A. M. — Atendimento por equipas multidisciplinares versus atendimento nos moldes clássicos : estudo do grau de satisfação na óptica dos doentes. *Cadernos-Santarém*. 5 : 18 (1991) 5-10.

MARQUES, J. M. B. — Avaliação da satisfação de utentes e profissionais num contexto de mudança organizacional : o projecto Alfa. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1997. Dissertação apresentada no âmbito do Curso de Administração Hospitalar.

MARSHALL, M. N.; DAVIES, T. O. — Performance measurement and management of healthcare professionals. *Disease Management Health Outcomes*. 7 : 6 (2000) 305-314.

MOURÃO, J. N. — Incentivos aos profissionais prestadores dos cuidados de saúde no hospital público português. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1997. Dissertação apresentada no âmbito do Curso de Administração Hospitalar.

NOGUEIRA, J. M. R. — «Stress» e exaustão na actividade profissional do clínico geral. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 6 : 5 (1989) 141-147.

NOGUEIRA, F., *et al.* — Trabalho em equipa. *Cadernos-Santarém*. 5 : 18 (1991) 11-17.

PEREIRA, M. M. C. — Satisfação e stress profissional dos médicos de família dos centros de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 16 : 4 (1998) 57-64.

PIRES, B.; CERDEIRA, F. — Satisfação profissional de clínicos gerais num centro de saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 6 : 1 (1989) 6-13.

PORTUGAL. Ministério da Saúde — Saúde : um compromisso : a estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002. Lisboa: Ministério da Saúde, 1999. ISBN — 972-9425-69-8

UVA, A. S.; FARIA, M. — Riscos ocupacionais em hospitais e outros estabelecimentos de saúde : Ano Europeu de Segurança, Higiene e Saúde no Local de Trabalho. Lisboa: Sindicato Independente dos Médicos. Federação Nacional dos Médicos, 1992.

VIEIRA, D.; VIEGAS, I. — Satisfação profissional do clínico geral. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 8 : 7 (1991) 210-215.

VIEIRA, D.; VIEGAS, I.; FURTADO, N. — Satisfação profissional em médicos da carreira de clínica geral. *Acta Médica Portuguesa*. 8 (1995) 531-535.

□ Summary

PERFORMANCE MEASUREMENT OF FAMILY PHYSICIANS IN THE PORTUGUESE NATIONAL HEALTH SERVICE

A key aspect of current reforms in Europe is an increased focus on the first line, with a central role for the «general practitioner/family physician». The introduction of family practice as a specific discipline in Portugal goes back only to the early 1980's, following the introduction of a National Health Service (NHS) in the 1970's.

This paper explores the awareness, among health system managers at various levels, of performance problems, as well as their perception of what is being done and could be done to improve it. The first step was to interview senior NHS managers at regional and sub-regional health authority level. The second step was to interview directors of health centres, the place where family physicians work.

It shows that performance management is a poorly developed issue of the management *armamentarium* of public sector managers in the Portuguese NHS. Health services managers appear to be aware of the need of finding mechanisms for performance management at institutional level, but show little concern with performance management at individual or sub-institutional level. Moreover, they apparently focus on evaluation of process and structure and make little or no mention of assessing the actual production of health.