

CAPÍTULO 5

ESTUDO DE AVALIABILIDADE DA POLÍTICA DE ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE MÉDICA EM PORTUGAL

*Evaluability study of the policy for the organization of medical activity in
Portugal*

Mário Bernardino¹

Ana Abecasis²

Isabel Craveiro³

1. Bernardino, M. Administrador Hospitalar, Doutorando em Saúde Internacional do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa. CV em <https://orcid.org/0000-0002-7758-9082>; Ciência ID 551D-52FF-009A. Endereço: Universidade Nova de Lisboa. Rua da Junqueira, 100, 1349-008 Lisboa – E-mail: a21001022@ihmt.unl.pt.

2. Abecasis, A. Professora Auxiliar da Unidade de Saúde Pública e Bioestatística do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (NOVA-IHMT). Portugal. Endereço: Universidade Nova de Lisboa. Rua da Junqueira, 100, 1349-008 Lisboa.

3. Craveiro, I. Professora Auxiliar da Unidade de Saúde Pública e Bioestatística do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (NOVA-IHMT). Portugal. Endereço: Universidade Nova de Lisboa. Rua da Junqueira, 100, 1349-008 Lisboa

Resumo

A organização da atividade médica constitui-se como uma política basilar dos sistemas de saúde que assumem os desafios de acessibilidade, eficácia e resiliência. Com o objetivo de fazer um exame preliminar dessa política, foi realizado um estudo de avaliabilidade da intervenção no sistema de saúde português. Procurando conciliar a possibilidade de discussão aberta e a preservação do anonimato, adotou-se a técnica adaptada da conferência de consenso privilegiando as respostas aos questionários individuais. A produção de dados permitiu obter relatos de experiências e a percepção de especialistas, gestores e médicos quanto aos fatores contextuais com influência na intervenção. O acordo dos participantes sobre o modelo lógico, as respectivas atividades, objetivos e resultados garantem a clareza da informação e o seu possível uso em uma pesquisa avaliativa. Por outro lado, foi, também, possível formular perguntas avaliativas e recomendações úteis para a implementação da intervenção. Dessa forma, é possível concluir que a intervenção pode ser avaliada e que o reconhecido potencial da avaliação pode contribuir para a sua melhoria.

Palavras-chave: Avaliação de políticas. Avaliabilidade. Médicos. Trabalho. Serviços de saúde.

Abstract

The organization of medical activity is a basic policy of health systems that take on the challenges of accessibility, effectiveness and resilience. With the aim of conducting a preliminary examination of this policy, an evaluability study of the intervention in the Portuguese health system was carried out. Seeking to reconcile the possibility of open discussion and the preservation of anonymity, the adapted technique of the consensus conference was adopted, privileging responses to individual questionnaires. The production of data, favoring individual questionnaires, allowed to obtain reports of experiences and the perception of specialists, managers and physicians, regarding the contextual factors influencing the intervention. The agreement of the participants on the logic model, the respective activities, objectives and results, guarantee the clarity of the information and its possible use in an evaluative research. On the other hand, it was also possible to formulate evaluative questions and useful recommendations for the implementation of the intervention. Thus, it is possible to conclude that the intervention can be evaluated and that the recognized potential of the evaluation can contribute to its improvement.

Keywords: Policy evaluation. Evaluability. Doctors. Work. Health services.

Résumé

L'organisation de l'activité médicale est une politique de base des systèmes de santé qui relèvent les défis de l'accessibilité, de l'efficacité et de la résilience. Dans le but de procéder à un examen préliminaire de cette politique, une étude d'évaluabilité de l'intervention dans le système de santé portugais a été réalisée. Cherchant à concilier la possibilité d'une discussion ouverte et la préservation de l'anonymat, la technique adaptée de la conférence de consensus a été adoptée, privilégiant les réponses aux questionnaires individuels. La production de données, privilégiant les questionnaires individuels, a permis d'obtenir des rapports d'expériences et de perception des spécialistes, gestionnaires et médecins, concernant les facteurs contextuels influençant l'intervention. L'accord des participants sur le modèle logique, les activités respectives, les objectifs et les résultats, garantit la clarté de l'information et son utilisation possible dans une recherche évaluative. D'autre part, il a également été possible de formuler des questions évaluatives et des recommandations utiles pour la mise en œuvre de l'intervention. Ainsi, il est possible de conclure que l'intervention peut être évaluée et que le potentiel reconnu de l'évaluation peut contribuer à son amélioration.

Mots-clés: Évaluation des politiques. Évaluabilité. Médecins. Travail. Services de santé.

INTRODUÇÃO

É conhecido o compromisso dos Estados-Membros da União Europeia sobre a estratégia de reforço da eficácia, acessibilidade e resiliência dos seus sistemas de saúde, enfatizando-se a importância da força de trabalho com capacidade, competências certas e flexibilidade para prosseguir tais desafios^{1,2}.

A organização do trabalho no setor da saúde determina que tanto os hospitais públicos como os privados com missão de serviço público assegurem acesso igual para todos e garantam durante todo o ano, dia e noite, resposta adequada para aqueles cujo estado de saúde exige os seus serviços. Por esse motivo, a realização de trabalho no setor da saúde em períodos críticos, à noite e fins de semana é necessária e indispensável.

Para responder a esse desafio, as leis laborais asseguram suficiente flexibilidade com modalidades de horário de trabalho ajustadas ao período de funcionamento dos serviços. Porém, o grupo de pessoal médico tem um regime de trabalho diferente dos demais profissionais de saúde. Em Portugal, os horários de trabalho são organizados de segunda a sexta-feira, entre as 8h e as 20h. O restante do período da semana apenas pode ser garantido com “até 18 horas semanais” de cada médico^{3,4}. Isso significa que, em grande parte do período de funcionamento dos serviços, o apoio médico às atividades de internamento, urgência externa e interna, unidades de cuidados intensivos e uni-

dades de cuidados intermédios só pode ser assegurado com programação de horas extraordinárias. Desse modo, está patente a rigidez do regime de trabalho médico, sendo reiterados os exemplos de situações de rotura dos serviços nos períodos da noite e nos fins de semana⁵⁻⁹. Assim, não parece haver dúvida de que a organização da atividade médica é uma intervenção relevante, devendo ser programada para garantir a resposta adequada à procura de cuidados de saúde.

São conhecidas diversas abordagens próximas desse tema, designadamente, esquemas de trabalho que produzem fadiga e favorecem o aparecimento de erros¹⁰, os recursos humanos como componente crítico das políticas de saúde¹¹, o estresse dos profissionais nos sistemas de saúde¹², os pontos fracos na gestão de recursos humanos nos cuidados primários¹³, a percepção da equipe clínica sobre o ambiente de trabalho dos serviços de urgência¹⁴, o conhecimento sobre a satisfação do médico e os fatores associados como elemento essencial para os gestores e formuladores de políticas de saúde¹⁵, a carreira médica e os fatores determinantes da saída do Serviço Nacional de Saúde (SNS)¹⁶. Todavia, apesar da diversidade de publicações e iniciativas, não encontramos alusão à compatibilidade do regime de trabalho com o funcionamento dos serviços. Nessa medida, esta é uma abordagem inédita de uma política insubstituível nos sistemas de saúde. É, também, inovadora porque, pela primeira vez, questiona-se a compatibilidade do regime de trabalho médico com a necessidade de garantir o funcionamento contínuo dos serviços e com o trabalho em equipe.

As situações problemáticas exigem a elaboração de estratégias e a implementação de medidas com o objetivo de solucionar ou, pelo menos, minimizar o problema. Nesse contexto, as estratégias e as medidas podem configurar-se como políticas ou programas, e até como ações de regulação, correspondendo assim a uma intervenção de saúde, que visa corrigir uma situação problemática. A formulação e a implementação da política de organização da atividade médica em Portugal traduzem, inevitavelmente, discordância entre os interessados (médicos, políticos, gestores e utentes) quanto aos objetivos, às ações prioritárias e aos resultados esperados¹⁷.

O Estudo de Avaliabilidade (EA) dessa política pretende salientar o seu interesse na gestão do acesso aos cuidados de saúde, contribuir para conhecer melhor o problema que visa resolver e revelar a imprescindível compatibilidade do regime de trabalho com: o funcionamento contínuo dos serviços; o trabalho em equipe, multidisciplinar e de complementaridade com os diferentes profissionais de saúde.

Este artigo apresenta os primeiros resultados de uma pesquisa avaliativa da política de organização da atividade médica em Portugal, configurado em um EA que, como processo cíclico e interativo, consiste essencialmente em: a) esclarecer os objetivos da

intervenção e construir o modelo lógico; b) analisar e comparar a realidade da intervenção e o modelo lógico, isto é, avaliar se a intervenção está a ser implementada de acordo com o modelo teórico e se a implementação tem condições de alcançar as metas e objetivos propostos; c) reconhecer áreas de melhoria da intervenção por meio da identificação das questões de avaliação factíveis e úteis¹⁸.

Por intermédio do EA, procurou-se proporcionar um ambiente favorável para a avaliação, construir consensos entre os interessados sobre a natureza e os objetivos da intervenção e aumentar as possibilidades de uso dos resultados da avaliação. O EA, também conhecido como avaliação exploratória, originalmente desenvolvido como uma atividade de pré-avaliação para preparar as avaliações convencionais de programas¹⁹, parece ser o mais adequado.

A avaliabilidade, anglicismo referente ao termo *evaluability* que pode ser traduzido como “em que medida o programa pode ser avaliado”, é o exame sistemático e preliminar de um programa, na sua teoria e na sua prática, a fim de determinar se há fundamento para uma avaliação extensa e/ou para melhor delimitar os objetivos do programa, bem como identificar áreas críticas a serem priorizadas na avaliação²⁰.

Antes e durante o processo de avaliação, procurou-se identificar os interesses dos participantes como forma de garantir a sua utilidade²¹. Pretendeu-se avaliar e criticar a intervenção até que o seu desenho fosse coerente e lógico, identificar o interesse dos resultados da avaliação, analisar e comparar a realidade da intervenção e o modelo lógico, determinar se a intervenção está a ser implementada de acordo com o modelo teórico e se tem condições de alcançar os objetivos propostos, ou seja, se está bem definida e se o modelo da intervenção é avaliável²². Procurou-se, também, obter o consenso quanto: à pertinência da intervenção, isto é, a adequação ou coerência entre os objetivos da intervenção e os problemas a resolver; à adequação entre os objetivos da intervenção e os meios implementados para os alcançar, analisando o mérito do modelo teórico (a plausibilidade das hipóteses) e a validade do modelo operacional (a exatidão dos meios)¹⁸.

Em suma, este estudo buscou, por um lado, obter concordância em relação ao modelo lógico e perguntas avaliativas; e, por outro, que os propósitos e objetivos da intervenção fossem bem definidos, plausíveis, e tivessem condições para obtenção de dados²³.

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um EA com uma abordagem metodológica qualitativa esboçada em um estudo de caso²⁴ com o intuito de captar diversas perspectivas sobre a organização da atividade médica em Portugal. Com base nos elementos propostos por Thurston e Ramaliu²⁵, foram desenvolvidas as seguintes atividades: a) identificação e revisão dos

documentos disponíveis sobre a intervenção; b) identificação dos interessados na avaliação; c) obtenção de um entendimento preliminar de como atua a intervenção; d) descrição da intervenção com identificação dos objetivos e as atividades; e) construção e apresentação do modelo lógico da intervenção aos interessados, solicitando a análise e sugestões pertinentes; f) desenvolvimento do modelo teórico da avaliação; g) obtenção de consenso sobre o modelo lógico da intervenção e da matriz de avaliação.

Considerando que os diferentes interessados podem ter entendimentos distintos sobre os objetivos, atividades e resultados esperados da intervenção, o consenso é importante para a legitimação dos modelos. Com esse objetivo, adotou-se a técnica adaptada da “conferência de consenso” proposta por Sousa, Silva e Hartz²⁶. Essa tentativa de busca de um consenso genuíno visou conciliar a possibilidade de discussão aberta e a preservação do anonimato dos participantes nas seguintes etapas: a) identificação dos interessados; b) revisão da documentação e descrição da intervenção; c) construção do modelo lógico e do modelo de avaliação; d) preparação e ensaio de questionários; e) consolidação do modelo lógico e do modelo de avaliação; f) consensualização e validação.

Para operacionalizar este estudo, além das respostas aos questionários, foi considerada a legislação sobre o trabalho médico, a observação direta dos procedimentos instituídos nos serviços de saúde, bem como a revisão da literatura publicada, entre 2005 e 2020, nas bases documentais Google Acadêmico (GScholar), US National Library of Medicine, National Institutes of Health (PubMed), Europe PMC, e Scientific Electronic Library Online (SciELO), Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Organização Internacional do Trabalho (OIT) (ILO home Publications), EUR-Lex, e *sites* de instituições oficiais e de organizações representativas dos médicos. Para a análise dos dados, recorreu-se à técnica da análise de conteúdo que, segundo Bardin²⁷, permite analisar a realidade como é realmente retratada pelos agentes envolvidos.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT/UNL) (Parecer 19.20 de 12/11/2020). Os participantes foram informados da garantia de confidencialidade e deram o seu consentimento.

Identificação dos interessados

A identificação dos interesses e/ou necessidades dos participantes, bem como a clarificação do uso possível e esperado dos resultados, é a forma de garantir a utilidade e credibilidade da avaliação, com conseqüente qualificação das decisões tomadas²⁸. Para tal, importa referir os indivíduos e os grupos que têm alguma expectativa em relação à política de organização da atividade médica, que são: os políticos (Ministério da

Saúde); os dirigentes dos serviços de saúde; os médicos; e os utentes do sistema de saúde. Nessa população, existem aqueles mais diretamente ligados à implementação da política, os interessados internos (dirigentes e médicos), e aqueles beneficiados por ela, interessados externos (utentes).

Para a identificação dos interessados, procurou-se reconhecer as entidades quanto ao tipo de interesse (papel) e do apoio de cada um deles – aliado, neutro ou desconhecido e oponente. Entre os principais aliados, identificamos os dirigentes dos serviços de saúde, quer ao nível institucional (por exemplo, membros do conselho de administração), quer ao nível intermédio e operacional (tal como diretores de departamento ou diretores serviço). A seleção dos participantes no estudo de avaliação deve levar em conta a disponibilidade e o interesse de cada um; sendo importante, também, garantir que os diversos segmentos tenham seus interesses representados. Saliencia-se, ainda, o necessário cuidado com determinadas representações tendenciosas e manipuladas que pouco têm a contribuir²⁹.

Neste EA, adotamos o tipo de “amostragem intencional”³⁰ para selecionar o tipo de participantes com mais interesse e que detêm maior conhecimento, escolhendo os que se julga serem mais representativos da população.

Assim, foram constituídos os seguintes grupos: grupo 1 – 10 peritos, especialistas em pensamento estratégico e políticas de recursos humanos, selecionados entre gestores, técnicos de saúde e investigadores; grupo 2 – grupo de teste constituído por 10 dirigentes na área de gestão intermédia e operacional, com funções de organização de recursos nas unidades de saúde, que ensaiaram resposta aos questionários e colaboraram no seu aperfeiçoamento; grupo 3 – 21 dirigentes do setor da saúde que exercem ou exerceram funções na área de gestão institucional; grupo 4 – 21 médicos dos serviços de saúde, estratificando subgrupos de médicos com funções operacionais, de direção, em início de carreira, bem como médicos com atividades sindicais e ou responsabilidade na Ordem dos Médicos.

Pretendeu-se formar uma amostra com proporções idênticas em cada grupo e subgrupo de modo a não influenciar os resultados apenas com uma perspectiva.

Atendendo ao objetivo e ao desenho do estudo, consideramos adequado o número de participantes para obter resultados válidos ética e cientificamente. É importante salientar que não se pretende extrapolar os resultados da amostra, tão só avaliar o sentido da intervenção ante os problemas que a intervenção visa resolver.

Revisão da documentação e descrição da intervenção

A organização da atividade médica, entendida como um conjunto de ações ou decisões tomadas com o objetivo de melhorar a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos,

é uma política fundamental à prossecução dos desafios da acessibilidade, eficácia e resiliência que se impõem aos sistemas de saúde^{1,2}. Como intervenção em saúde, visa, essencialmente, implementar estratégias e ações para dispor de uma atividade médica planeada e organizada por forma a prosseguir aqueles desafios.

Para a organização da atividade médica, como para qualquer outra política de saúde, é fundamental a existência de um programa devidamente estruturado com definição clara dos objetivos gerais e específicos, bem como das metas – estas devem, também, ser específicas, viáveis, mensuráveis e localizadas no tempo e espaço. Porém, em resultado da análise documental (legislação e normas orientadoras sobre o trabalho médico), constatamos que essa intervenção, pela sua especificidade e complexidade, não dispõe de um documento estruturado que identifique com clareza os objetivos e os resultados esperados.

Por outro lado, qualquer estudo avaliativo se inicia com a descrição da intervenção que se pretende avaliar. Assim, o primeiro passo consistiu na identificação e na revisão dos documentos disponíveis sobre a intervenção, para elaboração de uma descrição preliminar.

Assim, em julho de 2020, após contato individual com os especialistas do grupo 1, ocorreu uma sessão *on-line* com vista a apresentar o tema, o modelo de investigação e a descrição preliminar da intervenção, para apreciação. A intenção foi estimular *brainstorm* centrado no foco da investigação, por meio da resposta a algumas questões fechadas e abertas apresentadas na forma de tabelas, a fim de recolher opinião, concordância ou discordância, parcial ou total, bem como obter sugestões e contributos.

Com a participação dos peritos, por correio eletrónico, foi possível obter um entendimento sobre a intervenção e a sua descrição. Esse documento foi objeto de publicação³¹ e constituiu-se como a descrição da política de organização da atividade médica em Portugal para efeitos do presente estudo.

Construção do modelo lógico e do modelo de avaliação

Para esclarecer os objetivos e avaliar a fundamentação teórica e metodológica da intervenção, seguimos o arquétipo desenvolvido pela equipe de investigadores do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Saúde da Universidade de Montreal que criou um modelo para avaliação das intervenções em saúde²⁹.

A teoria da modelização²³ forneceu-nos uma lente para compreender a relação entre um modelo e a intervenção. A ferramenta habitualmente utilizada para descrever intervenções denomina-se modelo lógico, considerado uma forma de representação da teoria da intervenção que permite visualizar de forma esquemática e simples como a intervenção pretende modificar uma situação problemática³².

O modelo lógico é, então, um instrumento que circunscreve os aspectos básicos da intervenção, desde o seu planeamento até os resultados. O seu desenho compreende a conexão das partes da intervenção, seguindo uma cadeia de acontecimentos³²:

- Recursos – é necessário recursos para se desenvolver uma intervenção;
- Atividades – os atores usam os recursos para realizar as atividades planeadas;
- Produtos – realizadas as atividades em conformidade com o plano, podem ser alcançados resultados imediatos ou efeitos que podem constituir metas incluídas no programa;
- Resultados – *“mudanças específicas no comportamento, conhecimento, atitudes, condição e nível de funcionamento dos participantes do programa. Os resultados de curto prazo devem ser alcançados dentro de 1-3 anos, enquanto os resultados de longo prazo devem ser alcançados dentro de 4-6 anos”*³²;
- Impacto – *“mudança fundamental intencional ou não intencional que ocorre nas organizações, comunidades ou sistemas como resultado das atividades do programa dentro de 7 a 10 anos”*³².

Na construção do modelo lógico, foram identificados componentes da intervenção para comparar as características da que foi planeada com as da intervenção realmente implementada. Assim, considerando a natureza processual do EA, definimos como componentes do modelo lógico as quatro etapas da metodologia PDSA³³:

- *Plan* [P] (Planear) – estabelecer os objetivos a alcançar, definir como se vão alcançar, e os recursos necessários para o fazer;
- *Do* [D] (Fazer) – implementar as medidas necessárias;
- *Study/Check* [S] (Estudar, avaliar) – verificar a implementação das medidas;
- *Act* [A] (Agir, alavancar) – corrigir as medidas em conformidade com o plano e padrões exigidos.

Não se trata propriamente de usar esse modelo (Ciclo de *Deming*) de controle da qualidade que utiliza ciclos sequenciais iterativos para proporcionar melhorias reaplicando o conhecimento adquirido na prática, embora o objetivo seja vincular o processo e a estrutura aos resultados em saúde. O desafio é testar as etapas do modelo PDSA como componentes da avaliação da intervenção, com vista à identificação de atividades e objetivos plausíveis. Dessa forma, foi construído o esboço do modelo lógico da intervenção.

Entretanto, seguiu-se uma abordagem dos peritos (grupo 1) com a remessa, por correio eletrónico, do modelo lógico preparado, solicitando resposta a algumas questões fechadas e abertas apresentadas na forma de tabelas, procurando obter consenso sobre aquele documento e sobre o modelo de avaliação. Esse processo de dis-

cussão obteve a participação de todos e gerou uma listagem preliminar de perguntas avaliativas com objetivo de identificar ações ou medidas para melhorar a intervenção.

Preparação e ensaio dos questionários

Com base na documentação (descrição da intervenção, modelo lógico e listagem preliminar de perguntas avaliativas) consensualizada com os peritos, foram preparados quatro questionários, em formulários *on-line* do Google Forms:

- o primeiro para submeter à discussão o modelo lógico da intervenção;
- o segundo para identificar questões de interesse por meio da formulação de perguntas avaliativas potencialmente relevantes;
- o terceiro para obter a percepção dos participantes sobre a organização do trabalho médico e a sua relação com o funcionamento dos serviços de saúde;
- o quarto para validar o modelo de avaliação, tentar obter consenso quanto à coerência entre os objetivos da intervenção e os problemas a resolver, bem como quanto à pertinência da avaliação;

Esses questionários, antes de serem enviados aos participantes dos grupos 3 e 4, foram submetidos para apreciação prévia do grupo de teste (grupo 2) que ensaiou as respostas e contribuiu para o aperfeiçoamento destes. Verificou-se que esses instrumentos eram de fácil compreensão e preenchimento. Além disso, e mais importante, as questões colocadas foram consideradas pertinentes.

Consolidação do modelo lógico e do modelo de avaliação

Entre novembro de 2020 e janeiro de 2021, envolveram-se os participantes dos grupos 3 e 4. Após contato e convite formal por correio eletrônico, teve lugar uma sessão *on-line* para exposição do tema e dos objetivos da investigação, e apresentação dos documentos ajustados com o grupo 1 (descrição da intervenção, modelo lógico e perguntas avaliativas). Seguidamente, em rondas diferentes, foram remetidos os questionários testados e assentes com o grupo 2.

Assim, na primeira ronda, foi remetido o primeiro questionário, acompanhado do modelo lógico da intervenção e de um ficheiro explicativo, possibilitando aos participantes a análise e a apresentação de sugestões.

Na segunda ronda, foi remetido o segundo questionário sobre as perguntas avaliativas, para identificar questões de interesse potencialmente relevantes, com o objetivo de identificar ações ou medidas para melhorar a intervenção, para o avanço do conhecimento sobre esta, assim como para a construção e validação de hipóteses coerentes com o programa³⁴.

Nesses dois questionários, seguindo a técnica adaptada da “conferência de consenso” proposta por Sousa, Silva e Hartz²⁶, cada dimensão do modelo lógico ou das perguntas avaliativas foi classificada pelos participantes, em uma escala de “zero” a “dez”, representando a opinião sobre a importância dessa atividade/dimensão. Uma classificação “dez” significa que o critério é da mais alta importância; já “zero” significa que o critério deve ser excluído. Caso todos os critérios de uma determinada dimensão recebam classificação “zero”, ela é excluída. Para todos os critérios, foram calculados a média aritmética, a mediana e o desvio-padrão. Quanto maior a média, maior a importância do critério. O desvio-padrão, por sua vez, permite a estimativa do grau de consenso. Quanto menor o desvio-padrão, maior o grau de consenso, independentemente da importância conferida do critério. Com base na metodologia descrita, foram estabelecidas as seguintes regras²⁶:

- Todo critério com média igual ou superior a “sete” é considerado como importante. Abaixo disso, será pouco importante, não devendo fazer parte da documentação para o estudo;
- Todo critério com desvio-padrão inferior a “três” será considerado consensual. Caso seja também importante, o critério deverá ser incluído;
- Os critérios com média igual ou superior a “sete” e desvio-padrão igual ou superior a “três”, apesar de importantes, não devem ser incluídos, pois não serão consensuais.

Os participantes puderam, também, sugerir a exclusão ou a modificação de componentes, atividades e objetivos do modelo lógico, ou propor a inclusão de novas dimensões. Idêntica possibilidade foi prevista no questionário das perguntas avaliativas.

Entretanto, um terceiro questionário foi remetido para obter a percepção dos participantes dos grupos 3 e 4 sobre a organização do trabalho médico e a sua relação com o funcionamento dos serviços de saúde, bem como a influência dos fatores contextuais na implementação da intervenção.

Consensualização e validação

Tratadas as respostas dos primeiros questionários, foi elaborado um primeiro relatório intercalar com o resumo dos consensos e divergências, sendo apresentado em nova sessão *on-line* com os participantes dos grupos 3 e 4, em que tiveram oportunidade de expressar suas opiniões. O encontro serviu para o enriquecimento da discussão. Nessa fase, não se tentou obter consenso. Era expectável que os participantes pudessem ter entendimentos distintos sobre os objetivos, atividades e, conseqüentemente, resultados esperados da intervenção.

Considerando os resultados do relatório intercalar e a discussão ocorrida na sessão, cada participante foi desafiado para clarificar pontos de divergência e consenso

quanto à coerência entre os objetivos da intervenção e os problemas a resolver, bem como a pronunciar-se podendo manter as primeiras respostas ou modificá-las.

Seguiu-se a remessa do quarto questionário aos mesmos grupos 3 e 4 para tentar obter consenso quanto à coerência entre os objetivos da intervenção e os problemas a resolver, bem como quanto à pertinência da avaliação. Juntamente com o questionário, seguiram o relatório intercalar e o resumo da participação.

Por fim, o quinto e último questionário e um segundo relatório intercalar e de um ficheiro resumo do processo participativo foram remetidos aos participantes dos grupos 3 e 4, bem como aos peritos, para recolher opinião e comentários finais sobre os documentos consolidados (modelo lógico da intervenção e perguntas avaliativas) e a implementação da intervenção.

Nesse processo, foi usada uma abordagem participativa, do tipo “ARA”: “ativa, reativa, adaptativa”²³. Isto é, partindo de uma primeira versão desenhada a partir da documentação de suporte da intervenção, seguiu-se a distribuição pelos participantes para debater questões, obter consenso e validar a versão final.

Optou-se por uma abordagem com respostas confidenciais e anónimas, considerando a sensibilidade do tema em discussão e para permitir que cada participante se pronunciasse sem constrangimentos ou possibilidade de a sua resposta poder “contaminar” ou ser “contaminada” por outros.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Teoria da intervenção

A descrição da intervenção, documento que reuniu consenso sobre “a política de organização da atividade médica em Portugal”³¹, permitiu dar especial atenção aos objetivos tentando clarificá-los. O modelo teórico da intervenção refere-se à forma como a política de organização da atividade médica pretende atingir os seus resultados, ou seja, como ela pretende realizar mudanças no sistema de saúde. A plausibilidade dessas relações deve ser observada no modelo lógico. No quadro que segue (Quadro 1), apresentamos os itens fundamentais da descrição da intervenção para a construção do modelo lógico da intervenção.

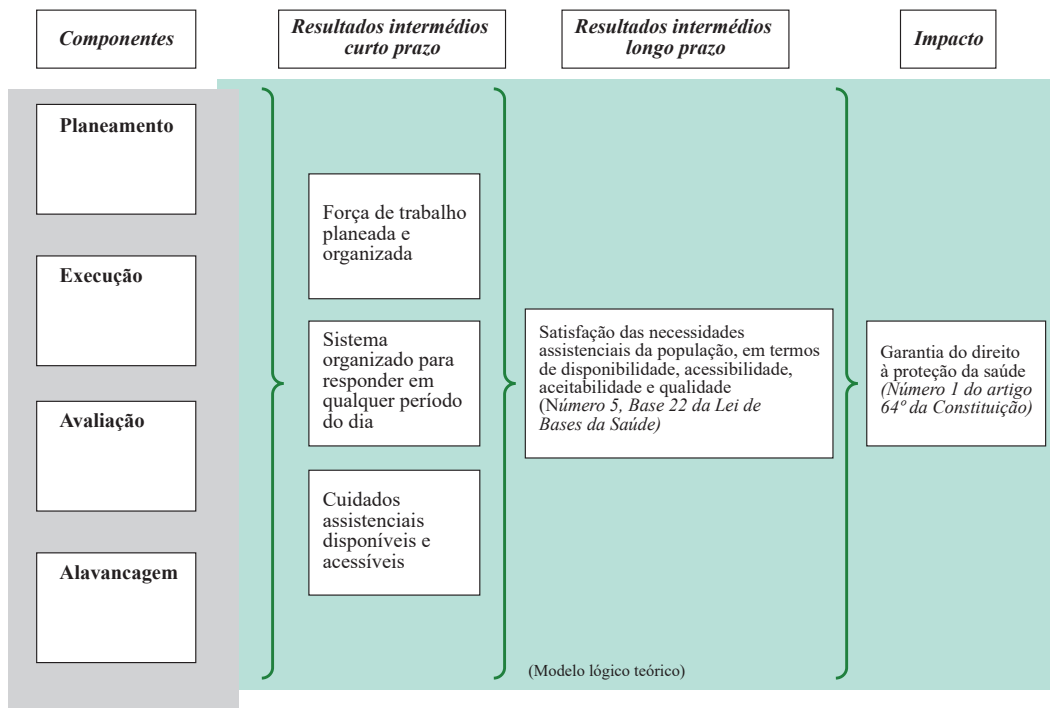
Quadro 1. O problema, o programa e os objetivos

- Problema: rotura dos serviços de saúde por ausência de apoio médico
- Programa: política de organização da atividade médica
- Objetivo geral: assegurar a acessibilidade, eficácia e resiliência do sistema de saúde
- Meta: garantir assistência médica nos serviços de saúde, durante 24 horas por dia e 7 dias por semana
- Público-alvo: sistema de saúde
- Objetivos específicos:
 1. Adotar instrumentos eficazes de planeamento, gestão e avaliação dos recursos [n.º 4 da Base 22 da Lei de Bases da Saúde (LBS)];
 2. Dispor de uma força de trabalho planeada e organizada que executa trabalho em equipa, multidisciplinar e de complementaridade entre os diferentes profissionais de saúde [alínea c) do n.º 2 da Base 29 da LBS];
 3. Satisfazer as necessidades assistenciais da população, em termos de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade [n.º 5 da Base 22 da LBS].

Fonte: elaboração própria.

Um conhecimento da influência relativa dos componentes da intervenção sobre os efeitos esperados permite identificar os elementos críticos do sucesso e, dessa forma, reproduzir um programa mais eficaz³⁵. A representação dessa cadeia causal constitui o modelo lógico teórico da intervenção (Figura 1).

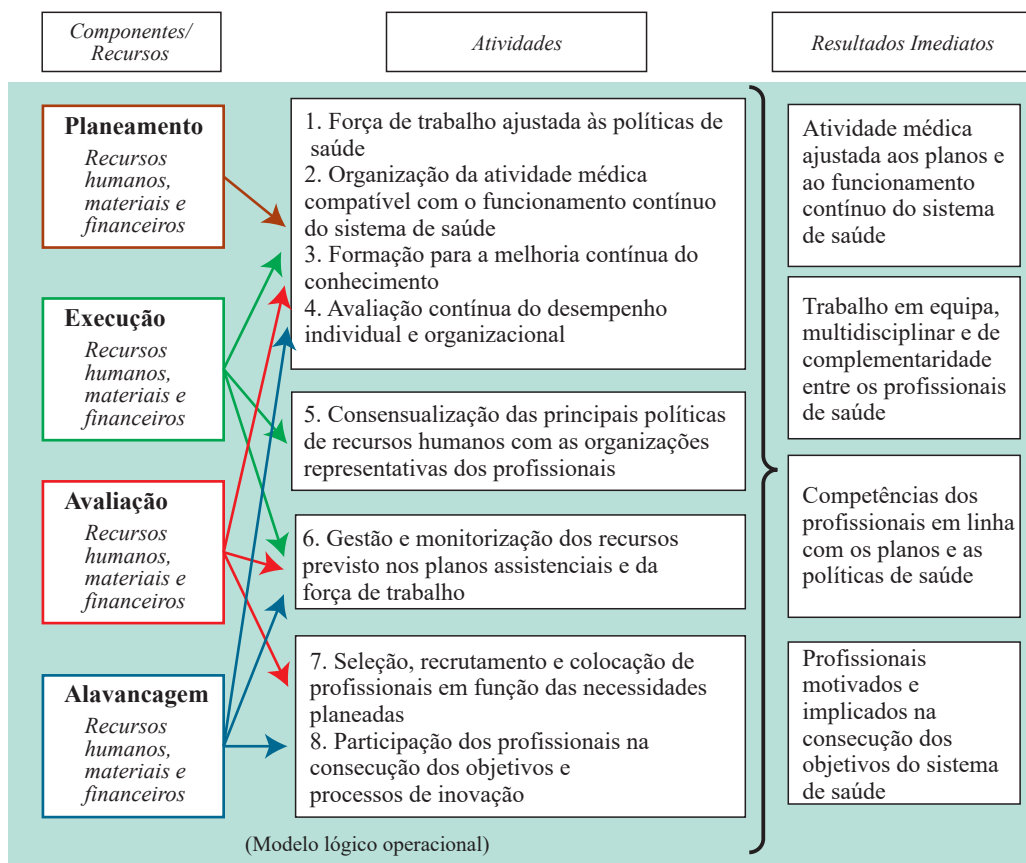
Figura 1. Modelo lógico teórico – influência relativa das componentes sobre os efeitos



Fonte: elaboração própria.

Já o modelo lógico operacional (Figura 2) representa a maneira como o programa deveria permitir alcançar os objetivos da intervenção²³. Apresenta os recursos e os processos necessários para que a organização da atividade médica possa assegurar a resposta de cuidados de saúde durante 24 horas por dia e 7 dias por semana.

Figura 2. Modelo lógico operacional



Fonte: elaboração própria.

Com a participação dos peritos, integraram-se os dois modelos, lógico teórico e lógico operacional, e desenhou-se uma primeira versão do modelo lógico, seguindo-se a distribuição pelos participantes para, nas etapas do EA, debater questões, obter consenso e validar a versão final, com classificação das atividades e objetivos (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Classificação das atividades quanto à importância

Componentes / Atividades	Média	Desvio-padrão
Planeamento (Plan)		
1. Força de trabalho ajustada às políticas de saúde	9	1,5
2. Organização da atividade médica compatível com o funcionamento contínuo do sistema de saúde	9	1,1
3. Formação para a melhoria contínua do conhecimento	8	1,3
4. Avaliação contínua do desempenho individual e organizacional	8	1,2

Componentes / Atividades	Média	Desvio-padrão
Execução (Do)		
1. Força de trabalho ajustada às políticas de saúde	8	1,5
2. Organização da atividade médica compatível com o funcionamento contínuo do sistema de saúde	9	1,3
3. Formação para a melhoria contínua do conhecimento	8	1,3
4. Avaliação contínua do desempenho individual e organizacional	8	1,5
5. Consensualização das principais políticas de recursos humanos com as organizações representativas dos profissionais	7	1,5
6. Gestão e monitorização dos recursos previstos nos planos assistenciais e da força de trabalho	9	1,3
7. Seleção, recrutamento e colocação de profissionais em função das necessidades planeadas	8	1,5
8. Participação dos profissionais na consecução dos objetivos e processos de inovação	9	1,3
Avaliação (Check)		
1. Força de trabalho ajustada às políticas de saúde	8	1,3
2. Organização da atividade médica compatível com o funcionamento contínuo do sistema de saúde	9	1,5
3. Formação para a melhoria contínua do conhecimento	8	1,4
4. Avaliação contínua do desempenho individual e organizacional	8	1,3
6. Gestão e monitorização dos recursos previstos nos planos assistenciais e da força de trabalho	8	1,4
7. Seleção, recrutamento e colocação de profissionais em função das necessidades planeadas	9	1,6
8. Participação dos profissionais na consecução dos objetivos e processos de inovação	8	1,4
Alavancagem (Act)		
1. Força de trabalho ajustada às políticas de saúde	8	1,3
2. Organização da atividade médica compatível com o funcionamento contínuo do sistema de saúde	9	1,3
3. Formação para a melhoria contínua do conhecimento	9	1,2
4. Avaliação contínua do desempenho individual e organizacional	8	1,3
6. Gestão e monitorização dos recursos previstos nos planos assistenciais e da força de trabalho	8	1,3
7. Seleção, recrutamento e colocação de profissionais em função das necessidades planeadas	9	1,4
8. Participação dos profissionais na consecução dos objetivos e processos de inovação	8	1,4

Fonte: elaboração própria.

Tabela 2. Classificação dos objetivos quanto à importância

Objetivos	Média	Desvio padrão
1. Força de trabalho planeada e organizada	9	1,1
2. SNS organizado para responder em qualquer período do dia	8	2,1
3. Cuidados assistenciais disponíveis e acessíveis	9	1,3
4. Prestação de cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil	7	3,0
<i>OBS.: O objetivo 4, com média igual a “sete” e desvio-padrão igual a “três”, apesar de importante, não foi incluído, por não ser consensual.</i>		

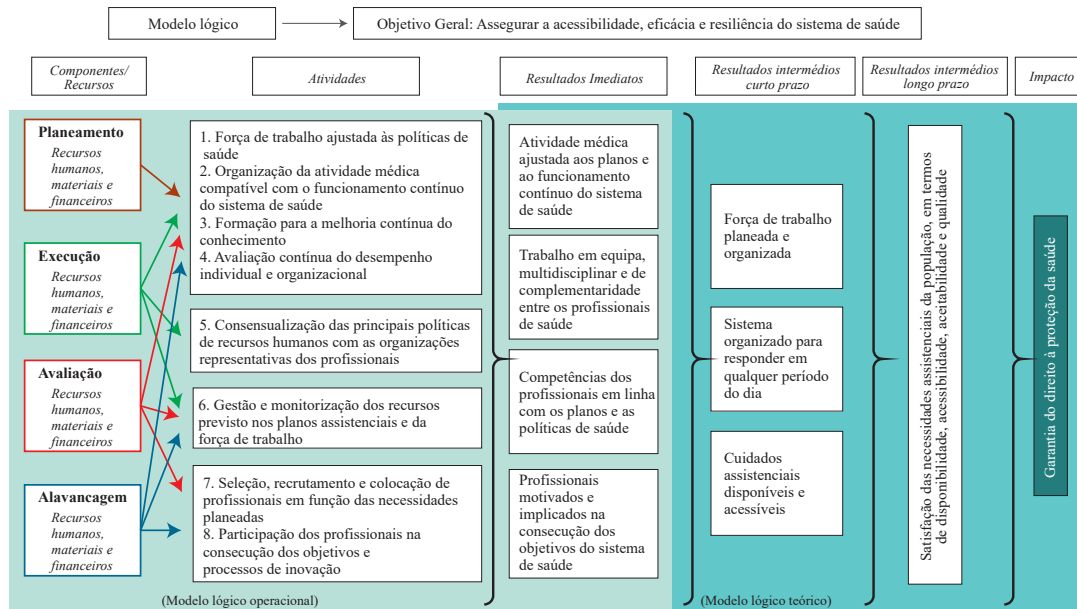
Fonte: elaboração própria.

No processo de discussão e validação do modelo lógico com os participantes, foi possível obter consenso relativamente aos seguintes aspectos:

- As atividades e objetivos do modelo são plausíveis;
- Há coerência entre os objetivos da intervenção e os problemas a resolver;
- A lógica da intervenção tornou-se mais clara;
- Contudo, a implementação da intervenção está em desvio com o previsto no programa da organização da atividade médica.

Nas rondas de intervenção dos participantes, recolheu-se opinião sobre os documentos, procurando compreender a ligação entre o modelo e a intervenção e as condições de alcançar os objetivos propostos. Assim, obteve-se um modelo lógico da intervenção (Figura 3) que, em termos de objetivos, resultados e impacto, reflete a intervenção planeada e incorpora, inevitavelmente, os princípios constitucionais de assegurar “o acesso de todos os cidadãos” aos cuidados de saúde, como também “uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde” [alínea b), n.º 3 do artigo 64.º da Constituição Portuguesa - CRP].

Figura 3. Modelo lógico da intervenção



Fonte: elaboração própria.

De igual modo, as atividades e os produtos (resultados imediatos, intermédios e impacto) refletem um modelo de gestão efetiva dos recursos por forma a dispor de uma força de trabalho planeada e organizada para satisfazer as necessidades assistenciais da população, em termos de acessibilidade, eficácia e resiliência. Assim, cada componente, atividade e objetivos do modelo lógico contribuem para o impacto e para o resultado, podendo não esgotar a natureza multidimensional dos fatores que concorrem para a resposta global do sistema de saúde, atendendo à interdependência das políticas de saúde ante as restantes políticas do Estado.

Salienta-se, porém, que o modelo lógico apresenta necessariamente algumas limitações: 1) representa o modo como supostamente a intervenção deveria acontecer no plano ideal, não considerando os possíveis obstáculos na execução; 2) não inclui resultados, além dos que serão normalmente esperados; 3) apresenta dificuldade em estabelecer o nexo de causalidade, já que outros fatores externos à intervenção podem influenciar os resultados.

Contudo, essa construção do modelo permite representar o caminho lógico entre as causas imediatas e as causas distantes focadas pela intervenção. Isto é, espera-se dispor de uma metodologia de organização da atividade médica que possibilite a

distribuição dos médicos pelas unidades de saúde com horários de trabalho flexíveis e ajustados ao funcionamento contínuo dos serviços e ao trabalho em equipe.

Foco da avaliação

As avaliações são realizadas para responder a perguntas e aplicar critérios de julgamento de valor aos resultados encontrados. As perguntas avaliativas definem a direção da avaliação e o modelo lógico é essencial para a sua formulação³⁶.

Assim, em uma primeira fase (divergente), as perguntas avaliativas foram identificadas, de forma tão abrangente quanto possível, sobre questões e interesses potencialmente relevantes²¹, seguindo-se a sua distribuição pelos participantes para debater questões e obter consenso. Delimitar o foco da avaliação e identificar os aspectos da intervenção que se pretende observar em profundidade foi fundamental. A abordagem participativa permitiu obter o grau de consensualização necessário para selecionar seis perguntas distribuídas pela avaliação da estrutura (duas), do processo (duas) e do resultado (duas) (Quadro 2).

Quadro 2. Seleção das perguntas avaliativas

Perguntas	Tipo de pergunta
1. Há um plano de recursos humanos para uma racional e eficiente cobertura do país em número de médicos?	Avaliação da estrutura
2. Existe um plano de organização da atividade assistencial, enquanto instrumento que se destina a satisfazer as necessidades de saúde da população, em termos de disponibilidade, acessibilidade e qualidade?	Avaliação da estrutura
O regime de trabalho médico é compatível com a exigência de funcionamento contínuo do sistema de saúde, 24 horas por dia, 7 dias por semana?	Avaliação do processo
4. O regime de trabalho médico é compatível com o trabalho em equipe, multidisciplinar e de complementaridade entre os diferentes profissionais de saúde?	Avaliação do processo
5. Os médicos são colocados e distribuídos pelas diferentes regiões do país, conforme as necessidades?	Avaliação do resultado
6. O desempenho individual e organizacional é avaliado?	Avaliação do resultado

Fonte: elaboração própria.

Surgiu, depois, a necessidade de perceber e decidir se o estudo seria capaz de responder a todas as perguntas, considerando os recursos e as prioridades. Sucedeu, naturalmente, a fase (convergente) em que se consensualizaram as perguntas com base em critérios de prioridade, utilidade, relevância e viabilidade²¹. Assim, recentrado

o foco na “atividade médica planeada e organizada por forma a garantir um sistema de saúde eficaz, acessível e resiliente”, o processo seletivo, validado posteriormente pelos participantes, levou-nos a identificar os aspectos fundamentais da “força de trabalho” que decorrem da Constituição Portuguesa (CRP) e da Lei de Bases da Saúde (LBS), e que são, em simultâneo, questões de avaliação e hipóteses de investigação de fatores contextuais que facilitam ou comprometem o sucesso da intervenção que, por sua vez, visam prosseguir os desafios da eficácia, acessibilidade e resiliência do sistema de saúde.

Desse modo, em conformidade com a matriz de análise e julgamento que segue, as respostas às perguntas avaliativas serão observadas a partir de critérios, indicadores e parâmetros que permitirão avaliar as mudanças na situação problemática como resultado da intervenção (Quadro 3).

Quadro 3. Matriz de análise e julgamento

Perguntas avaliativas	Crítérios / Indicadores	Parâmetros	Tipo de dados	Fonte de dados
1- Há um plano de recursos humanos para uma racional e eficiente cobertura do país em número de médicos?	Conhecimento do Plano. Percepção dos participantes / Coeficiente de implementação	Plano, conforme artigo 64.º, n.º 3, alínea b) da CRP	Secundários e primários	Legislação, fontes científicas publicadas (artigos, teses, dissertações), fontes de divulgação de ideias (revistas, sites etc.) e questionários
3- O regime de trabalho médico é compatível com a exigência de funcionamento contínuo do sistema de saúde, 24 horas por dia, 7 dias por semana?	Conhecimento do regime. Percepção dos participantes / Grau de compatibilidade	Compatibilidade total do regime com o funcionamento contínuo		
4- O regime de trabalho médico é compatível com o trabalho em equipe, multidisciplinar e de complementaridade entre os diferentes profissionais de saúde?	Conhecimento do regime. Percepção dos participantes / Grau de compatibilidade	Compatibilidade total do regime com o trabalho em equipe		
5- Os médicos são colocados e distribuídos pelas diferentes regiões do país, conforme as necessidades?	Conhecimento do resultado. Percepção dos participantes / Coeficiente de implementação	Colocação conforme necessidades		

Fonte: elaboração própria.

Na pesquisa avaliativa que vai suceder este estudo, será utilizada informação disponível em base de dados (dados secundários), bem como a resultante do tratamento dos questionários aplicados aos participantes (dados primários).

Recomendações

O processo participativo permitiu constatar que, após a clarificação dos objetivos, a análise da realidade parece mostrar que a implementação da intervenção está em desvio do previsto. Todavia, é plausível que a intervenção alcance os resultados se recentrar o foco nas questões de avaliação identificadas, de interesse crucial para: a) fortalecer a lógica da intervenção de forma a torná-la mais clara, mensurável, realista e consensual; b) melhorar a implementação ao nível das atividades da intervenção para ter uma maior hipótese de alcançar os objetivos definidos.

Assim, utilizando o EA como ferramenta de apoio à tomada de decisão, e tendo por base os objetivos identificados no modelo lógico (Figura 3), bem como as questões que os participantes querem ver respondidas, podemos identificar na legislação e em algumas fontes de divulgação de ideias um conjunto de observações/recomendações importantes para a implementação da intervenção:

1. Um “plano de recursos humanos para uma racional cobertura do país em número de médicos”, como atividade decorrente de:
 - 1.1. A incumbência prioritária de o Estado garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde (alínea b) do n.º 3 do artigo 64.º da CRP);
 - 1.2. A necessidade de reforçar a capacidade de planeamento e previsão em matéria de profissionais de saúde, plasmada no Regulamento (UE) n.º 282/2014 do Parlamento e do Conselho, de 11 de março de 2014¹;
 - 1.3. As diversas iniciativas da Comissão Europeia, desde 2012, para desenvolver as capacidades dos Estados-Membros para responder aos problemas existentes nesta área e a ação conjunta sobre planeamento e previsão das necessidades de mão de obra no setor da saúde a fim de antecipar as futuras necessidades em matéria de competências e melhorar o desenvolvimento profissional contínuo³⁷;
 - 1.4. O desenvolvimento do Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde – criado pela Lei n.º 104/2015, de 24 de agosto – como mais um instrumento de uma política de utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis, para continuar a garantir o direito à proteção da saúde dos cidadãos.
2. Um “regime de trabalho médico compatível com a exigência de funcionamento contínuo do sistema de saúde”, justificado por:
 - 2.1. O período entre as 20h e as 8h de segunda a sexta-feira, aos sábados, domingos e feriados – 108 (64,3%) das 168 horas semanais – é assegurado com as “até 18 horas semanais” de cada médico^{3,4}, com trabalho extraordinário e, frequen-

temente, com prestação de serviços por médicos externos à instituição. Significa que, o atual regime legal de trabalho médico, em Portugal, ao contrário do normativo aplicável aos restantes profissionais, não assegura condições para apoio médico permanente às atividades de internamento, urgência externa e interna, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados intermédios.

- 2.2. Haja ou não escassez de médicos, a gestão do tempo de trabalho desse grupo profissional é decisiva para os sistemas de saúde. Sendo o papel do médico insubstituível no diagnóstico e tratamento, conforme regime legal da carreira médica (artigos 9.º dos Decretos-Lei n.º 176/2009 e n.º 177/2009, ambos de 4 de agosto), é manifesta a correlação entre a organização do trabalho, o funcionamento contínuo dos serviços e o acesso. O trabalho médico condiciona a oferta de cuidados de forma inequívoca de tal modo que, ainda que fossem solucionados todos os outros problemas (a atividade dos outros profissionais, a adequação das instalações, a articulação institucional, a integração de cuidados etc.), a existência de períodos sem cobertura médica impossibilitará o acesso ao sistema de saúde.
3. Um “regime de trabalho médico compatível com o trabalho em equipa, multidisciplinar e de complementaridade entre os diferentes profissionais de saúde”, justificado por:
 - 3.1. Na área da saúde, o trabalho em equipe pressupõe “intensa colaboração entre profissionais”,³⁸ sem espaço para disputar o doente pois “a lógica não é obter lucros individuais, mas propiciar melhores condições de saúde”³⁹;
 - 3.2. O reforço de modelos organizacionais de recursos humanos para instituir o “trabalho de equipa” é fundamental para assegurar a intervenção na doença crônica, na multimorbilidade, bem como na constituição e no desenvolvimento de competências para o trabalho multidisciplinar⁴⁰;
 - 3.3. A organização interna dos estabelecimentos e serviços do SNS deve basear-se em modelos que privilegiam o “trabalho em equipa” (n.º 3 da Base 22 da LBS), cabendo ao Estado “promover uma política de recursos humanos que garanta” “o trabalho em equipa, multidisciplinar e de complementaridade entre os diferentes profissionais de saúde” [alínea c) do n.º 2 da Base 29]⁴¹;
 - 3.4. A organização coerente com trabalho em equipe tanto do pessoal médico como não médico é indispensável para garantir a qualidade e a continuidade dos cuidados de saúde que são progressivamente mais exigentes, implicando criar condições de sincronização dos tempos de trabalho para cooperação entre os profissionais de saúde⁴².

4. Um “processo de seleção e recrutamento que garante a colocação e distribuição de médicos pelas diferentes regiões do país”, porque incumbe prioritariamente ao Estado promover e prover:
 - 4.1. “Uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde” [alínea b), n.º 3 do artigo 64.º da CRP];
 - 4.2. “A igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil” (n.º 2, Base 4 da LBS);
 - 4.3. “Uma força de trabalho planeada e organizada de modo a satisfazer as necessidades assistenciais da população, em termos de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade” (n.º 5, Base 22 da LBS).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, apresentamos um EA ou pré-avaliação que inclui um modelo de acompanhamento da intervenção com informações que podem ser utilizadas durante a sua execução, visando identificar precocemente possíveis problemas e assegurar o seu desenvolvimento conforme o planeado. Por último, pode-se utilizar este estudo com o propósito de aprofundar o tema e proporcionar uma nova abordagem.

Pretendeu-se conhecer se a intervenção poderia ser adequadamente avaliada e se a avaliação contribuiria para melhorar o desempenho. Para o efeito, materializou-se o desenho do estudo com as seguintes etapas:

- Identificação e revisão dos documentos orientadores e implementadores da intervenção;
- Descrição da intervenção e construção do modelo lógico;
- Envolvimento e interação com os participantes interessados sobre o modelo de avaliação, o modelo lógico da intervenção e perguntas avaliativas.

Os interesses dos participantes envolvidos foram considerados com a finalidade de maximizar a utilidade da avaliação. Obteve-se concordância em relação ao modelo lógico e perguntas avaliativas. Confirmou-se, também, que os propósitos e os objetivos do estudo foram bem definidos, são plausíveis e têm condições para a obtenção de dados.

Desse modo, os objetivos do EA foram alcançados a partir dos seguintes resultados:

- A descrição da intervenção³¹ e o modelo lógico (Figura 3) foram validados pelos interessados;
- As perguntas avaliativas foram identificadas, e foi reconhecida a possibilidade de, em grande parte, poderem ser respondidas.

Concluimos, por conseguinte, que há condições de avaliabilidade da intervenção. Tanto a concordância entre os participantes sobre o modelo lógico quanto a coerência entre as ati-

vidades, objetivos e resultados esperados garantem a clareza da informação gerada e o seu possível uso no avanço do conhecimento empírico e teórico sobre a intervenção.

Reconhecemos que a principal limitação do estudo está relacionada com a inexistência de um programa devidamente estruturado com definição clara dos objetivos e metas. Seria expectável identificar os objetivos gerais e específicos bem como as metas da intervenção. Essas metas deveriam, também, ser específicas, viáveis, mensuráveis e localizadas no tempo e espaço. Porém, como referimos, esta intervenção, pela sua especificidade e complexidade, não dispõe de um documento estruturado que identifique com clareza os objetivos e os resultados esperados. Todavia, nessa situação, o EA é útil ao possibilitar uma visão mais nítida acerca da racionalidade da construção da intervenção. Além disso, auxilia na construção de um entendimento comum a respeito do problema que se quer resolver, além do processo necessário para alcançá-lo, bem como elucida a coerência da lógica interna, contribuindo para identificar lacunas e resultados incoerentes.

Importa salientar ainda que o reconhecido potencial desta análise, que utiliza métodos científicos para melhorar a informação sobre o funcionamento e a eficácia da intervenção, contribui para a sua melhoria, isto é, mostra-nos que pode ser avaliada e que a avaliação é capaz de contribuir para melhorar a sua performance.

O envolvimento dos participantes permitiu clarificar a lógica da intervenção e como se espera que os objetivos sejam alcançados, assim como criou condições para avançar para a sua avaliação⁴³. Acresce que a maior parte da informação recolhida neste estudo pode ser utilizada na avaliação subsequente. O impacto é maximizado pelo envolvimento dos interessados na análise da informação obtida, na justificação das conclusões, bem como na partilha e divulgação das lições aprendidas.

Agradecimento

Um agradecimento muito especial à Professora Zulmira Hartz pela sempre pronta disponibilidade, contribuição intelectual, apoio e amizade.

Referências

1. European Commission. Comunicação sobre Sistemas de Saúde eficazes, acessíveis e resilientes COM (2014) 215 final [Internet]. 2014 [citado 2020 maio 17]. Disponível em: <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2014/PT/1-2014-215-PT-F1-1.PDF>
2. European Commission. Directorate-General for Health and Food Safety. State of health in the EU: companion report 2017 [Internet]. 2017[cited 2020 May 17]. Available from: <http://dx.publications.europa.eu/10.2875/684855>

3. Portugal. Ministério das Finanças - DGAEP. Acordo Coletivo de Trabalho nº 2/2009. Alteração ao Acordo coletivo da carreira especial médica, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 198, de 13 de outubro de 2009, sob o n.º 2/2009, alterado pelo Aviso n.º 17239/2012, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 250, de 27 de dezembro de 2012 e sua republicação. Aviso n.º 12509/2015, Diário da República [Internet], 2.ª série, n.º 210; 27 out. 2015 [citado 2020 maio 17]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/70819819/details/maximized>
4. Portugal. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Boletim do Trabalho e Emprego. Acordo Coletivo de Trabalho, carreira médica. BTE n.º 41, vol. 76 - ACT2009 [Internet]. 8 nov. 2009 [citado 2020 maio 17]. Disponível em: http://bte.gep.msess.gov.pt/completos/2009/bte41_2009.pdf
5. Borja-Santos R. Demissões em bloco na Saúde após morte de jovem no Hospital de São José. Jornal Público [Internet]. 22 dez. 2015 [citado 2020 maio 17]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2015/12/22/sociedade/noticia/administradores-do-hospital-de-sao-jose-demitemse-apos-morte-de-jovem-por-falta-de-assistencia-1718249>
6. Campos A. Para evitar que médicos “adormeçam” nas urgências, Ordem quer fim de turnos de 24 horas. Público [Internet]. 11 ago. 2016 [citado 2019 nov 24]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2016/08/11/sociedade/noticia/ordem-dos-medicos-exige-fim-definitivo-de-turnos-de-24-horas-nas-urgencias-1741002>
7. Teixeira F. Urgência pediátrica do Garcia de Orta encerra esta noite por falta de médicos. Público [Internet]. 12 out. 2019 [citado 2019 out 23]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/10/12/sociedade/noticia/urgencia-pediatria-garcia-orta-encerra-noite-falta-medicos-1889793>
8. Pires C. Urgências pediátricas do Hospital Garcia de Orta: “Se necessário, que se faça uma requisição civil”. Diário de Notícias [Internet]. 26 out. 2019 [citado 2019 nov 2019]. Disponível em: <https://www.dn.pt/vida-e-futuro/urgencias-pediaticas-do-hospital-garcia-de-orta-se-necessario-que-se-faca-uma-requisicao-civil-11449099.html>
9. Gaudêncio R. Chefes de cirurgia de Faro recusam fazer urgências a partir de Janeiro. Público [Internet]. 5 dez. 2019 [citado 2020 maio 17]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/12/05/sociedade/noticia/chefes-cirurgia-faro-recusam-urgencias-partir-janeiro-1896351>
10. Gaspar S, Moreno C, Menna-Barreto L. Os plantões médicos, o sono e a ritmicidade biológica [Internet]. Rev Assoc Med Bras. 1998 [citado 2019 jul 27];44(3):239-45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42301998000300013&script=sci_arttext

11. Dussault G, Dubois C-A. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum Resour Health* [Internet]. 2003 [cited 2020 May 27];1:1. Available from: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>
12. Siegrist J, Shackelton R, Link C, Marceou L, Knesebeck O von dem, McKinlay J. Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems. *Soc Sci Med*. 2010;71(12):298-304.
13. Lapão LV, Dussault G. From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. *Int J Health Plann Manage*. 2012;27(4):295-307.
14. Johnston A, Abraham L, Greenslade J, Thom O, Carlstrom E, Wallis M, et al. Review article: Staff perception of the emergency department working environment: Integrative review of the literature. *Emerg Med Australas*. 2016;28(1):7-26.
15. Domagala A, Bała MM, Storman D, Peña-Sánchez JN, Swierz MJ, Kaczmarczyk M, et al. Factors Associated with Satisfaction of Hospital Physicians: A Systematic Review on European Data. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(11):2546.
16. Ferreira M, Lopes A, Guimarães M, Barros H. A Carreira Médica e os Fatores Determinantes da Saída do Serviço Nacional de Saúde. *Acta Med Port*. 2018;31(9):483-88.
17. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos A-P, Denis J-L. A Análise da Implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z, organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. p. 217-38.
18. Leviton LC, Collins CB, Laird BL, Kratt PP. Teaching evaluation using evaluability assesement. *Evaluation*. 1998;4(4):389-409.
19. Leviton LC, Khan LK, Rog D, Dawkins N, Cotton D. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. *Annu Rev Public Health*. 2010;31:213-33.
20. Lima LRF, Silva LMV. Ampliação do acesso à atenção oftalmológica: um estudo sobre a avaliabilidade da campanha "De Olho na Visão", Goiás, 2004. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2008 [citado 2019 maio 1];13(Sup 2):2059-64. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/z4LPXQDfB4XDv69h3xNTxMh/?lang=pt&format=pdf>
21. Worthen RB, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Identificação e seleção de perguntas e critérios. In: Worthen RB, Sanders JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de Programas: concepções e práticas*. São Paulo: Gente; 2004. p. 341-71.
22. Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. Expressing and assessing Program theory. In: Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. *Evaluation: A System approach*. 7th ed. California: Sage; 2004. p. 133-66.

23. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos A-P. Modelizar as Intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. p. 61-74.
24. Yin RK. Case Study Research - Design and Methods. 3rd ed. California: Sage Publications; 2003.
25. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *Can J Program Eval.* 2005;20(2):1-25.
26. Souza LEPF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [Internet]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005 [citado 2021 jan 26]. p. 65-102. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160.pdf>
27. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2000.
28. Worthen RB, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Definição de limites e análise do contexto da Avaliação. In: Worthen RB, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliação de Programas: concepções e práticas. São Paulo: Gente; 2004. p. 301-5.
29. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
30. Nagae CY. Amostragem intencional [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007 [citado 2021 jul. 1]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/45/45133/tde-06122007-205037/>
31. Bernardino M. A política de organização da atividade médica em Portugal. *An Inst Hig Med Trop* [Internet]. 2020 [citado 2020 out 30];19:71-78 Pages. Disponível em: <http://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/358>
32. W.K. Kellogg Foundation. Guia de Desarrollo de Modelos Lógicos [Internet]. Michigan: W.K. Kellogg Foundation; 2001 [citado 2020 out 30]. Disponível em: <https://docplayer.es/6078915-Fundacion-w-k-kellogg-guia-de-desarrollo-de-modelos-logicos.html>
33. McNicholas C. A scientific approach to improvement: the use of Plan-Do-Study-Act cycles in healthcare [tese] [Internet]. London: Imperial College London; 2016 [cited 2020 Jul 22]. Available from: <http://spiral.imperial.ac.uk/handle/10044/1/43360>
34. Champagne F, Contandriopoulos A-P, Brousselle A, Hartz Z, Denis J-L. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. p. 41-60.

35. Denis J-L, Champgne F. Análise da Implantação. In: Zulmira Hartz, organizadora. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 49-88.
36. W.K. Kellogg. Foundation. Uso de su modelo lógico para planificar la evaluación- Formulación de preguntas de evaluación. In: Guia de Desarrollo de Modelos Lógicos. Michigan: W.K. Kellogg. Foundation; 2001. p. 35-48.
37. European Commission. Apresentação. [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 28]. Available from: https://ec.europa.eu/health/workforce/overview_pt
38. Leathard A, editor. Interprofessional collaboration: from policy to practice in health and social care. Hove; New York: Brunner-Routledge; 2003. 378 p.
39. Pustai OJ. A “Ordem” de-vida para o médico pensar o paciente: uma ontologia espinosiana de ser humano na medicina [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
40. Jorge A. A Saúde e o Estado: O SNS aos 40 anos. In: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Saúde, um direito humano - Relatório Primavera 2019 [Internet]. Lisboa: OPSS; 2019 [citado 2020 jul 22]. p. 28-32. Disponível em: <http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2019/>
41. Portugal. Assembleia da República. Lei de Bases de Saúde. Lei n.º 95, de 4 de setembro de 2019. 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. Diário da República [Internet]. n.º 169/2019, Série I, 4 set. 2019 [citado 2020 jul 22]. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre>
42. Vauchel V. Gérer et organiser différemment le temps de travail médical. L'exemple des anesthésistes à l'Hôpital Universitaire Necker-Enfants malades [Internet]. École des Hautes Études en Santé Publique; 2014 [cited 2020 Jul 22]. Available from: <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/edh/vauchel.pdf>
43. Peersman G, Guijt I, Pasanen T. Evaluability Assessment for Impact Evaluation. Guidance, Checklist and Decision Support [Internet]. Methods LAB; 2015 [cited 2020 Jul 22]. Available from: <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9802.pdf>

Conflito de interesse

Os autores declaram que não existem conflitos de interesse.