



**IBS – ISCTE Business School**

**Percursos da *New Public Management* num Hospital EPE**

**Isabel Maria Correia da Cruz**

Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de  
**Doutor em Gestão – Especialidade em Contabilidade**

Orientadora:

Doutora Maria João Martins Ferreira Major, Professora Associada do ISCTE-IUL,  
Departamento de Contabilidade

**Dezembro de 2013**

**Percursos da *New Public Management* num Hospital EPE**

**Isabel Maria Correia da Cruz**

Tese especialmente elaborada para a obtenção do grau de  
**Doutor em Gestão – Especialidade em Contabilidade**

**Júri:**

**Presidente:** Doutora Isabel Maria Estima Costa Lourenço

Professora Associada do ISCTE – IUL

**Vogais:**

Doutor João Baptista da Costa Carvalho

Professor Associado com Agregação do Instituto Politécnico do Cávado e do Ave

Doutora Anabela Martins Silva

Professora Auxiliar da Escola de Economia e Gestão da Universidade do Minho

Doutor Rui Manuel da Costa Robalo

Professor Auxiliar da Universidade da Beira Interior

Doutora Alexandra Etelvina Martins Marques Fernandes

Professora Auxiliar do Departamento de Marketing Operações e Gestão Geral do  
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Maria João Martins Ferreira Major (Orientadora)

Professora Associada com Agregação do Departamento de Contabilidade do  
ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

**Dezembro de 2013**

## **Resumo**

Nos últimos anos o serviço nacional de saúde (SNS) passou por uma grande reforma, tendo como marco nesse processo a empresarialização de 34 hospitais públicos em 2002. O principal objetivo desta reforma foi combater o desperdício e incentivar uma gestão mais eficiente dos recursos.

O modelo tradicional de financiamento retrospectivo dos hospitais foi igualmente substituído por um sistema de pagamento prospetivo com base na contratualização de serviços de saúde. Nesse sentido, foi implementado o *Activity Based Costing* (ABC), em alguns hospitais, como sistema de contabilidade de gestão para fornecer dados relevantes.

A implementação destas políticas associadas à *New Public Management* (NPM), de que a empresarialização e o ABC são manifestações, abriu espaço para esta investigação sobre o impacto das políticas da NPM num hospital público. Pretendeu-se com esta investigação explicar o impacto dessas mudanças na gestão de um hospital entidade pública empresarial (HEPE), considerando o contexto institucional em que opera e em que as mudanças ocorreram.

Esta tese é o resultado dum estudo de caso profundo, intensivo e longitudinal num HEPE (entre 2007 e 2012). A evidência recolhida foi analisada sob a perspectiva da Teoria Institucional, principalmente, com base nas lógicas institucionais.

Os resultados realçaram a influência das lógicas institucionais existentes (nomeadamente, a lógica de administração pública burocratizada e a lógica profissional) em processos de mudança no sector público. Em particular, foi evidenciado como a lógica de administração pública burocratizada, ainda preponderante na gestão dos hospitais públicos, dificultou desenvolvimentos da gestão segundo os princípios da lógica de gestão empresarial.

**Palavras-chave:** Hospitais, NPM, Teoria Institucional, Estudo de caso, Contabilidade de Gestão.

**JEL Classification System:**

M 41 – ACCOUNTING

M 49 – OTHER

**Abstract**

In the last years the national healthcare service (NHS) underwent a large reform, with the corporatization of 34 public hospitals in 2002 as a milestone in this process. The main goal of reform was to fight wastefulness and to encourage the best use of resources.

The traditional retrospective model of financing hospitals was substituted in the same way by a prospective payment system based on contractualization of healthcare services. There was also the implementation of Activity Based Costing (ABC), in a few hospitals, as a management accounting system to provide relevant data.

The implementation of these New Public Management (NPM) policies, of which the enterprise model and ABC are manifestations, opened the way for this research about the impact of NPM policies on a public hospital. The intention of this research was to explain the impact of these changes on the management of one Hospital with Enterprise Public Entity (HEPE), considering the institutional environment in which it operates and in which changes occurred.

This thesis is the result of an in-depth, intensive and longitudinal case study in an HEPE (between 2007 and 2012). The evidence collected was analyzed from the standpoint of Institutional Theory, mainly based on institutional logics.

The findings highlighted the influence of existing institutional logics (namely, the logic of bureaucratic public administration and professional logic) in change processes in the public sector. In particular, it was shown how the logic of bureaucratic public administration, still predominant in the management of public hospitals, hindered development of management according to the principles of logic in business management.

**Keywords:** Hospitals, NPM, Institutional Theory, Case Study, Management Accounting.

**JEL Classification System:**

M 41 – ACCOUNTING

M 49 – OTHER

À minha mãe,

Com muita ternura, compreensão, disponibilidade, bondade e pelo seu exemplo conseguiu construir uma fortaleza de relações de amor e cumplicidades que são o meu suporte - a minha família!

Aos meus Victores (pai e tio),

Acredito que continuam sorridentes e, onde quer que se encontrem, estarão sempre comigo!

## **Agradecimentos**

A realização desta Tese de Doutoramento só foi possível graças à colaboração e ao contributo, de forma direta ou indireta, de várias pessoas e instituições, às quais gostaria de expressar o meu agradecimento e profundo reconhecimento:

- À minha orientadora, Professora Doutora Maria João Major, pela sua simpatia e cumplicidade com este trabalho, através dos seus comentários, sugestões, exigência de método e rigor, constante orientação científica, revisões críticas, estímulo permanente e disponibilidade até ao último minuto;

- À Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra não só pelo apoio financeiro como também pelo tempo extra que me permitiu levar esta minha investigação a ‘bom porto’;

- Aos responsáveis pela ACSS, pela colaboração sempre diligente e o crédito nesta investigação, e em especial à Professora Doutora Ana Escoval que apoiou, incentivou e colaborou com este estudo de caso;

- Ao HIP pela disponibilidade em colaborar com esta investigação. O meu agradecimento especial ao Dr. Paulo Diz por ter estado sempre presente e disponível para atender a qualquer pedido meu; aos Presidentes dos Conselhos de Administração Dr. Luís Carlos Delgado, Prof. Doutor Francisco Pimentel e, ainda, Dr. José Afonso (presente desde o primeiro momento e inteiramente disponível para esclarecer todas as minhas questões);

- A todos os entrevistados do HIP, da ARSC e da empresa consultora pela disponibilidade, gentileza e alegria com que me receberam e responderam às minhas perguntas, forneceram dados, revelaram procedimentos e proporcionaram todo o material indispensável para a concretização deste estudo de caso;

- A todos os meus colegas e amigos do Núcleo de Administração de Empresas, pelo apoio e incentivo permanente, e especialmente aos colegas que trabalham comigo a Susana Jorge, a Patrícia Moura e Sá, a Ana Maria Rodrigues, o Filipe Almeida e a Liliana Pimentel que nunca se mostraram indisponíveis;

- Aos meus amigos de todos os momentos, de quem recebo amizade sem tamanho, Estrela, Zé, Alda, Luís, Bina, Luísa, Hermínia, Carla, Rui, Soraia e Pedro;

- Um agradecimento enorme tem que ser atribuído à minha *short family*, ao Zeca e, especialmente, aos nossos filhos Leonor, Luísa e Luís cujos sorrisos dão sentido à minha vida, muita força, tornam os meus dias coloridos e me fazem muito feliz!

A todos,

**MUITO OBRIGADA!**

## Índice

Resumo.....	i
Abstract .....	iii
Agradecimentos.....	v
Índice .....	vi
Abreviaturas .....	xi
Índice de figuras .....	xiii
Índice de quadros .....	xiv
Capítulo 1 – Introdução.....	1
1.1. Identificação dos <i>gaps</i> na literatura e objetivos propostos.....	1
1.2. Metodologia e método de investigação .....	9
1.3. Estrutura da tese .....	10
Capítulo 2 – Enquadramento teórico: Teoria Institucional .....	13
2.1. Introdução.....	13
2.2. A génese da Teoria Institucional .....	14
2.3. Caracterização da Teoria Institucional na perspetiva da análise organizacional .....	18
2.3.1. As pressões do meio envolvente na construção e limitação das estruturas organizacionais .....	18
2.3.2. A escolha das estratégias de legitimação .....	23
2.3.3. O isomorfismo institucional nas estruturas organizacionais .....	23
2.4. Desenvolvimentos recentes da teoria institucional.....	27
2.4.1. Indefinições e conflitos atribuídos tradicionalmente à Teoria Institucional	27
2.4.2. As lógicas institucionais.....	28
Capítulo 3 – O paradigma da NPM na saúde .....	33
3.1. Introdução.....	33
3.2. A evolução da NPM .....	34
3.2.1. Uma nova forma de pensar a administração pública.....	34
3.2.2. Características subjacentes à NPM.....	36
3.2.3. O estado da arte e perspetivas futuras da NPM.....	41
3.3. As reformas dos sistemas de saúde e os desafios da NPM.....	46
3.3.1. Porquê um sistema de saúde essencialmente público?.....	46

3.3.2. Os diferentes modelos de sistemas de saúde na OCDE .....	50
3.3.3. Principais causas (fundamentos) das reformas na saúde.....	52
3.3.4. As reformas na saúde e a ‘nova era’ da NPM .....	53
3.4. Os caminhos da NPM nos hospitais .....	57
3.4.1. A NPM e o sistema de financiamento .....	57
3.4.2. Outras manifestações da NPM .....	61
3.4.3. O impacto das mudanças subjacentes à NPM nos profissionais .....	66
3.4.4. A NPM e a urgência de mudança de paradigma nos hospitais .....	73
Capítulo 4 – Metodologia da investigação .....	77
4.1. Introdução .....	77
4.2. A via da investigação qualitativa e do estudo de caso.....	77
4.3. Os procedimentos deste estudo de caso.....	81
4.3.1. O desenho da investigação .....	81
4.3.2. Preparativos para a recolha de dados .....	82
4.3.3. A recolha de evidência .....	84
4.3.4. Avaliação da evidência.....	90
4.3.5. Identificação e clarificação de padrões .....	91
4.3.6. Desenvolvimento da teoria.....	95
4.3.7. A escrita da tese.....	95
4.4. Análise e validação das conclusões do estudo .....	96
4.5. Condicionantes e limitações do estudo de caso.....	98
Capítulo 5 – As reformas do sistema de saúde português.....	100
5.1. Introdução.....	100
5.2. Breve diagnóstico do setor da saúde em Portugal .....	100
5.3. Evolução do sistema de saúde português .....	103
5.3.1. As origens do Serviço Nacional de Saúde.....	103
5.3.2. A evolução recente do Serviço Nacional de Saúde.....	108
5.3.3. Caracterização do atual Serviço Nacional de Saúde .....	111
5.3.4. Principais linhas de reforma da saúde no início do século XXI.....	120
5.4. Estado atual da saúde em Portugal .....	140
Capítulo 6 – Hospital Infante D. Pedro, EPE .....	145
6.1. Introdução.....	145

6.2. Percurso histórico .....	145
6.3. O impacto da empresarialização na gestão.....	148
6.3.1. Evolução da estrutura organizativa .....	148
6.3.2. As mudanças percecionadas pelos intervenientes na gestão .....	157
6.4. Sistemas de informação de apoio à decisão e os novos desafios da empresarialização .....	166
6.4.1. Processo de planeamento e de controlo de gestão.....	166
6.4.2. Os sistemas de informação disponíveis no HIP .....	170
Capítulo 7 – Os sistemas de contabilidade e de controlo de gestão no HIP .....	184
7.1. Introdução.....	184
7.2. – A contabilidade de gestão no HIP .....	184
7.2.1. A lógica da organização contabilística .....	184
7.2.2. O sistema de contabilidade analítica .....	187
7.2.3. A utilidade da informação produzida .....	193
7.3. – O processo de mudança do sistema de contabilidade de gestão e as expectativas criadas .....	202
7.3.1 A decisão de mudança.....	202
7.3.2. Caracterização do SCAH.....	207
7.3.3. O processo de mudança.....	210
7.3.4. Potencialidades e limitações do SCAH.....	220
7.3.5. Expectativas quanto à utilização do SCAH.....	226
7.3.6. Aprendizagens conquistadas com o processo de mudança .....	232
Capítulo 8 – O impacto da adoção da empresarialização e do ABC na perspetiva da Teoria Institucional.....	239
8.1. Introdução.....	239
8.2. A evolução do setor da saúde em Portugal e as lógicas institucionais.....	240
8.2.1. A lógica de administração pública burocratizada.....	240
8.2.2. A lógica de gestão empresarial.....	243
8.2.3. A lógica profissional .....	249
8.2.4. O impacto global esperado das mudanças implícitas na NPM à luz da Teoria Institucional.....	253
8.3. A adoção da NPM pelo HIP .....	256
8.4. A adoção da empresarialização e do ABC na gestão do HIP.....	260

8.4.1. O impacto da empresarialização na gestão do HIP .....	260
8.4.2. Mudança do sistema de contabilidade de gestão para o ABC e seu impacto no HIP.....	264
8.4.3. Coexistência de lógicas institucionais e as suas implicações no HIP .....	267
Capítulo 9 – Conclusões finais.....	272
9.1. Introdução.....	272
9.2. Contexto desta investigação .....	272
9.3. Principais conclusões e contribuições do estudo.....	275
9.3.1. Impacto da empresarialização e da implementação do ABC na gestão ....	275
9.3.2. Contribuições.....	277
9.4. Limitações percecionadas.....	279
9.5. Sugestões para investigação futura.....	279
Bibliografia.....	281
i. Bibliografia.....	281
ii. Relatórios técnicos: .....	296
iii. Legislação.....	300
iv. Programas de Governo .....	303
v. Outros <i>sites</i> consultados .....	304
Anexos e Apêndices .....	305
Anexo 1 – Descrição das entrevistas preliminares.....	306
Anexo 2 – Questões de investigação e fontes de dados e métodos .....	307
Anexo 3 – Descrição dos debates temáticos.....	311
Anexo 4 – Carta ao Presidente do Conselho de Administração do HIP .....	312
Anexo 5 – Carta aos restantes Membros do Conselho de Administração do Hospital Infante D. Pedro.....	314
Anexo 6 – Documentos recolhidos no Hospital Infante D. Pedro .....	315
Anexo 7 – Descrição das entrevistas para o estudo de caso piloto (1.ª fase) .....	316
Anexo 8 – Guião de entrevista para o estudo piloto (1.ª fase) .....	317
Anexo 9 – Descrição das entrevistas para o estudo de caso (2.ª fase).....	319
Anexo 10 – Guião de entrevista para o HIP:.....	320

Anexo 11 – Carta ao Presidente do Conselho de Administração do HIP (novo CA) .....	323
Anexo 12 – Carta aos restantes Membros do Conselho de Administração do Hospital Infante D. Pedro (novo CA).....	324
Anexo 13 – Descrição das entrevistas para o estudo de caso - 3. <sup>a</sup> e 4. <sup>a</sup> fases .....	325
Anexo 14 – Acordo sobre informação confidencial.....	326
Anexo 15 – Descrição dos departamentos observados.....	329
Anexo 16 – Descrição das entrevistas complementares.....	330
Anexo 17 – Guião de entrevista para os consultores que desenharam e implementaram o SCAH: .....	331
Anexo 18 – Guião de entrevista para ACSS e ARSC: .....	333
Anexo 19 – Descrição das reuniões alargadas de trabalho (projeto SCAH).....	335
Anexo 20 – Exemplos da informação obtida no SCAH.....	337
Anexo 21 - Apresentação da rede de estados e acontecimentos do contexto.....	345
Anexo 22 – Arquivo do Governo: Primeiros-Ministros e composição do Ministério da Saúde.....	346
Anexo 23 – Principais indicadores demográficos e de saúde.....	350
Anexo 24 – Indicadores de despesa em saúde – Portugal vs OCDE.....	351
Anexo 25 – Hospitais e Centros Hospitalares S.A./E.P.E.....	352
Anexo 26 – Evolução do regime de gestão dos hospitais SPA .....	358
Apêndice A – Acordo Modificativo HEPE e CHEPE.....	365
Apêndice B – Calendário do projeto SCAH.....	377

## Abreviaturas

**ABC** – *Activity based Costing* (Custeio Baseado nas Atividades)  
**ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.  
**ALERT** – *Paper free hospital*  
**ARS** – Administração Regional de Saúde  
**ARSC** – Administração Regional de Saúde do Centro  
**ARSLVT** – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo  
**BDEA** – Base de Dados de Elementos Analíticos  
**CRES** – Conselho de Reflexão sobre a Saúde  
**EU** – European Union (União Europeia)  
**DL** – Decreto-lei  
**DR** – Diário da República  
**EPE** – Entidade Pública Empresarial  
**GDH** – Grupo de Diagnóstico Homogéneo  
**GHAF** – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia  
**HEPE** – Hospital Entidade Pública Empresarial  
**HFF** – Hospital Fernando da Fonseca  
**HIP** – Hospital Infante D. Pedro  
**HNSR** – Hospital Nossa Senhora do Rosário - Barreiro  
**HSA** – Hospital Sociedade Anónima  
**HSPA** – Hospital do Setor Público Administrativo  
**IGIF** – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde  
**INE** – Instituto Nacional de Estatística  
**MCDT** – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica  
**NHS** – *National Health Service*  
**NIS** – *New Institutional Sociology*  
**NOC** – Norma de Orientação Clínica  
**NPG** – *New Public Governance*  
**NPFM** – *New Public Financial Management*  
**NPM** – *New Public Management*  
**NPS** – *New Public Sector*  
**NPSM** – *New Public Sector Management*  
**OCDE** – Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico  
**OECD** – Organisation for the Economic Cooperation and Development  
**OIE** – *Old Institutional Economics*  
**PERLE** – Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera  
**PIB** – Produto Interno Bruto  
**POCAH** – Plano Oficial de Contabilidade Analítica dos Hospitais  
**POCMS** – Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde  
**PPS** – *Prospective Payment Systems* (Sistemas de Pagamentos Prospetivos)  
**RHV** – Recursos Humanos e Vencimento  
**SA** – Sociedade Anónima  
**SAM** – Sistema de Apoio ao Médico  
**SAPE** – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem  
**SCAH** – Sistema de Custeio por Atividades dos Hospitais  
**SIHIP** – Sistema Integrado do HIP  
**SIDC** – Sistema de Informação Descentralizado da Contabilidade  
**SIE** – Serviço de Instalações e Equipamentos  
**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SONHO** – Sistema Integrado de Informação Hospitalar

**SPA** – Setor Público Administrativo

**UMHSA** – Unidade de Missão dos Hospitais SA

**USF** – Unidades de Saúde Familiar

**WEBGDH** – Portal da codificação clínica e dos GDH

**Índice de figuras**

Figura 1 – Três pilares da NSPM .....	39
Figura 2 – Fragmentação e integração ao nível cultural dos esquemas interpretativos	71
Figura 3 – Planta do HIP .....	146
Figura 4 – Organigrama do HIP, SA de 2003 a 2006 .....	149
Figura 5 – Organigrama do HIP, EPE de 2007 .....	152
Figura 6 – Organigrama do HIP, EPE de 2008 .....	156
Figura 7 – Fluxo de informação hospitalar e sistemas de informação .....	171
Figura 8 – Sistemas de informação do HIP .....	172
Figura 9 – Comunicações entre sistemas do processo clínico.....	177
Figura 10 – Informações recolhidas pelo SIDC .....	178
Figura 11 – Estrutura e regras do POCAH (3 <sup>a</sup> versão).....	188
Figura 12 – Modelo conceptual do SCAH .....	208

**Índice de quadros**

Quadro 1 – Três pilares institucionais .....	21
Quadro 2 - Resumo da imputação de gastos do HIP 2007-2009 .....	190
Quadro 3 - Custos unitários e os preços fixados no Contrato-programa do HIP (2006) .....	237
Quadro 4 - Lógicas institucionais no setor hospitalar .....	255

## **Capítulo 1 – Introdução**

### **1.1. Identificação dos *gaps* na literatura e objetivos propostos**

Existe um certo consenso, em Portugal, quanto ao funcionamento do setor público que se tem revelado como pouco eficaz e ineficiente. Este panorama pode ser contrariado “por modelos de organização e gestão do setor público que tenham como preocupação central promover a eficiência, a eficácia e a transparência na utilização de recursos pelo setor público” (Costa, 2013: 15). Contudo, principalmente nas três últimas décadas, num contexto de mudança, tem-se registado uma evolução na forma de gestão do setor público. Esta recente transformação deve-se, entre outros fatores, não só à globalização e à necessidade de ir de encontro aos padrões europeus de gestão neste setor como, também, à crescente exigência dos cidadãos e aos fortes constrangimentos económico-financeiros com que o país se tem vindo a confrontar (Ongaro, 2009).

Exemplo evidente é a área da saúde. Em Portugal, o serviço nacional de saúde (SNS) inicialmente era pautado por um tipo de ‘planeamento central’ elaborado em forma de colaboração entre o Departamento de Estudos de Planeamento da Saúde e outras direções centrais do Ministério da Saúde (Craveiro e Ferrinho, 2001). O Estado, num contexto de restrições orçamentais, vê-se obrigado, principalmente, desde o final do século XX, a fazer uma reabilitação do setor da saúde com a implementação de sucessivas reformas. Sempre com o objetivo de combater o desperdício e fomentar uma melhor utilização dos recursos para ter maior capacidade de resposta aos utentes do serviço público de saúde e, em simultâneo, aumentar a eficiência e garantir a sustentabilidade financeira do SNS, o Estado propõe novos modelos de gestão que tenham por base a autonomia administrativa e financeira, coadjuvados por mecanismos de responsabilização dos seus órgãos de gestão. Neste âmbito, entre outras medidas, procedeu-se à empresarialização, inicialmente, de quase metade do setor público hospitalar em 2002 e à mudança progressiva, desde 2003, do financiamento deste setor para um novo regime de pagamento prospetivo com base na contratualização de serviços de saúde (por Grupo de Diagnóstico Homogéneo – GDH) – onde é fixada a produção contratada, o preço por tipo de serviço e a complexidade dos casos tratados. Estas duas novas realidades exigem um maior rigor dos sistemas de contabilidade e de controlo de gestão.

A empresarialização do setor hospitalar<sup>1</sup> em Portugal, em 2002, foi concretizada através de uma mudança de estatuto para ‘sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos’ em

---

<sup>1</sup> Apenas após a publicação da Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro foi adotado um novo modelo de gestão hospitalar. Sendo este aplicável aos estabelecimentos hospitalares que fazem parte integrante da Rede de

34 hospitais (Reis e Falcão, 2003), representando mais de 50% dos recursos gastos com o SNS e cerca de 40% dos hospitais públicos (Barros, 2009). Esta inovação do papel do Estado como acionista, a maior abertura à privatização e a proximidade do setor à realidade empresarial vieram criar uma nova dinâmica e fomentar um clima de competitividade que passou a exigir um maior profissionalismo na gestão hospitalar do setor público; com a consequente necessidade de novas metodologias e ferramentas que pudessem corresponder de forma eficaz e eficiente aos novos desafios da gestão hospitalar<sup>2</sup>. O objetivo é poder efetuar um planeamento estratégico e conseguir um controlo mais eficaz dos custos da saúde, sem colocar em causa a qualidade do serviço prestado (Campos, 2008).

Ao longo do primeiro triénio de empresarialização, pela primeira vez, a Tutela promoveu a transparência e a responsabilização dos hospitais SA (HSA) ao efetuar a divulgação dos seus resultados trimestrais utilizando um *tableau de bord* (Caiado, 2007). Este instrumento, concebido pela Unidade de Missão dos Hospitais SA (UMHSA), sintetizava os principais indicadores de desempenho económico-financeiros e de produtividade dos HSA, era divulgado *on-line* e permitia fazer um *benchmarking* entre grupos de hospitais com a mesma dimensão relativa, elencando os melhores e os piores hospitais para cada um dos indicadores. Porém foi detetada a necessidade de normalização de conceitos e de melhoria da qualidade de informação disponibilizada pelos hospitais, para se obter informação fiável, atempada, compreensível e relevante para a tomada de decisão (Caiado, 2007).

Cinco anos após a mudança organizacional a Administração Central sentiu necessidade de melhorar o sistema de custeio dos hospitais e, no espírito da *new public management* (NPM), iniciou um projeto-piloto de mudança do sistema de custeio inicialmente em cinco hospitais entidades públicas empresariais (HEPE) e posteriormente alargado a mais seis HEPE. Com a colaboração de consultores externos, procurou-se implementar um sistema de custeio baseado nas atividades (*Activity Based Costing* – ABC) para contornar as lacunas evidentes do tradicional sistema de custeio por secções (departamentos e serviços), até então, utilizado por todos os hospitais do SNS. Esta iniciativa não só pretendia ultrapassar as limitações de informação de apoio à gestão dos hospitais mas, também, fornecer informação relevante para melhorar e tornar mais próximo da realidade portuguesa a determinação dos

---

Prestação de cuidados de Saúde (esta foi a primeira alteração da Lei de Bases da Saúde).

<sup>2</sup> O diploma referido na nota de rodapé anterior prevê que mesmo os estabelecimentos públicos (hospitais) que não sejam dotados de uma natureza empresarial recorram a instrumentos e métodos de gestão que permitam: ganhos de eficiência, avaliação de desempenho dos profissionais envolvidos e um sistema de incentivos subjacente a esse desempenho (Artigo 10.º, n.º 1 alíneas a), c) e d)).

preços dos atos médicos que passaram a ser preponderantes para o financiamento dos hospitais.

Este novo contexto de Novo Setor Público (*New Public Sector* – NPS) tem-se revelado por uma patente mudança no ambiente da velha administração pública com regras estabelecidas, onde a burocracia e os procedimentos eram as linhas de orientação mais importantes a cumprir escrupulosamente. A mudança é ainda mais notória devido à crescente preocupação relativamente a uma gestão focalizada nos incentivos e nos resultados. A NPM é adotada a nível europeu como a base adequada para a gestão das instituições no setor público (Hood, 1991; Olson *et al.*, 2001; Pollitt e Bouckaert, 2011). A difusão das ideias da NPM um pouco por todo o lado, nas últimas três décadas, foi provocada inicialmente por pressões governamentais (Christensen *et al.*, 2008; Opedal e Rommetvedt, 2010).

A NPM, fundamentalmente, baseia-se na ideia da eficiência, “*accountability*” (responsabilização e prestação de contas), reestruturação das organizações do setor público inspirada no setor privado, com recurso a técnicas e ferramentas de gestão tipicamente empresariais para uma administração parcimoniosa dos recursos, liberalização do mercado de prestação de serviços através da contratualização dos mesmos e maior ênfase nos resultados com a correspondente avaliação consequente do desempenho (Hood, 1991, 1995).

Apesar da diversidade de aspetos e percursos existentes, relativamente pouco se sabe sobre a aplicação da NPM e os seus efeitos nas organizações, em países do sul da Europa, nomeadamente em Portugal. Tal é especialmente verdadeiro no que respeita ao setor público de saúde português, permitindo eleger os hospitais como uma referência impar de análise no que se refere ao impacto da NPM na sua estrutura organizativa e na gestão efetivamente exercida nos diversos níveis dessa estrutura.

Ao longo do trabalho de sistematização da revisão de literatura e delineamento progressivo das questões de investigação, foram diversos os trabalhos analisados que versam sobre temáticas associadas à NPM na área da saúde.

Existem alguns estudos internacionais comparativos sobre as reformas no setor público e, em particular, nos sistemas nacionais de saúde que mostram as semelhanças e diferenças nas reformas e suas implementações, nos países da Europa e da OCDE (*e.g.*, Costello, 1994; Hood, 1995; Guthrie *et al.*, 1999; Brunsson e Sahlin-Andersson, 2000; Pollitt e Bouckaert, 2000, 2011; Christensen e Lægreid, 2001; Flynn, 2002; Lapsley *et al.*, 2003; Aidemark e Lindqvist, 2004; Jacobs *et al.*, 2004; Pettersen, 2004; Christensen *et al.*, 2008; Modell, 2009; Opedal e Rommetvedt, 2010; Simonet, 2011).

O debate sobre a separação entre financiador/prestador dos serviços de saúde, o sistema de pagamentos prospectivo da prestação dos serviços de saúde e a mercantilização do setor é recorrente (*e.g.*, Ballantine *et al.* 1998; Pettersen, 1999; Hivönen e Järvinen, 2006).

Em linha com a temática anterior, outras investigações debruçam-se sobre a relevância dos sistemas de informação para a concretização das reformas (*e.g.*, Ferlie *et al.*, 1996; Marcon e Panozzo, 1998; Olson *et al.*, 2001; Järvinen, 2009). Em particular, a exigência de maior rigor da informação contabilística como uma consequência da implementação da NPM. Se inicialmente os sistemas de contabilidade serviam para o planeamento da alocação de recursos (orçamentação) e para relatar a atividade dos hospitais à Administração Central (Estado); atualmente têm ganho um papel determinante na mensuração de gastos, planeamento estratégico e na monitorização e avaliação do desempenho (*e.g.*, Jones e Dewing, 1997; Lapsley, 2001a; Modell, 2009; Kurunmäki, 2004). Para além da importância acrescida atribuída pela existência de sistemas de avaliação do desempenho e definição de padrões que necessitam de uma informação contabilística mais consistente (*e.g.*, Jönsson e Solli, 1993; Dawson e Dargie, 2002; Ferlie e Fitzgerald, 2002; McNulty e Ferlie, 2002; Northcott e Llewellyn, 2003; Llewellyn e Northcott, 2005). Outra temática investigada nesta área tem sido se o uso da informação contabilística, como ferramenta de apoio na tomada de decisão, ganha uma importância distinta entre profissionais de saúde e gestores profissionais (*e.g.*, Coombes, 1987; Dent, 1991; Power e Laughlin, 1992; Preston *et al.*, 1992; Lapsley, 1994; Jacobs, 1998; Brunsson *et al.*, 1998; Kurunmäki *et al.*, 2003; Nyland e Pettersen, 2004).

A gestão dos hospitais, inicialmente, era baseada no orçamento, traduzindo “a legitimação externa da existência do hospital, um símbolo da adesão às normas governamentais”, mas o “controlo de gestão através dos orçamentos nos hospitais atuava largamente como um mito racional” (Pettersen, 1995: 216), não existindo qualquer controlo na realidade; recentemente, fruto das reformas associadas à NPM, a ‘*accountability*’ nos hospitais e dos médicos, em particular, relativamente à gestão tem sido patente e largamente estudada (*e.g.*, Pollitt *et al.*, 1988; Abernethy e Lillis, 2001; Bosa, 2001; Lapsley, 2001a, 2001b; Jacobs, 2005; Kurunmäki e Miller, 2008; Østergren, 2009). Neste domínio, também tem sido alvo de investigação o reflexo da implementação deste tipo de reformas nas profissões da área da saúde (*e.g.*, Cohen *et al.*, 1982; Hoey *et al.*, 1982; Powell *et al.*, 1990; Abernethy e Stoelwinder, 1991, 1995; Laughlin *et al.*, 1992; Preston, 1992; Lapsley, 1994; Kitchener, 1990; Kurunmäki, 1999, 2004; Blomgren, 2003; Jacobs *et al.*, 2004; Samuel *et al.*, 2005; Kurunmäki e Miller, 2006).

Desde as decisões políticas até à sua implementação efetiva existe um longo e sinuoso caminho, que evidencia o quão importante “para a investigação futura é a relação complexa entre o contexto das reformas ao nível nacional e os processos de implementação nos níveis institucionais” (Pettersen, 2004: 333). Com efeito, já Bromwich e Lapsley (1997) tinham observado que na retaguarda dos processos de reforma existe incompatibilidade entre as exigências dos próprios processos de gestão e dos processos políticos. Assim, Ferlie e Fitzgerald (2002: 352) sugerem a necessidade de trabalhos empíricos, no setor da saúde, que confirmem a hegemonia ou a lógica subjacente à NPM como um modelo que é, em teoria, sustentável para a organização e gestão dos serviços de saúde pública e “susceptível de sobreviver à mudança de controlo político”.

Lapsley (2008: 77) repara que a questão fundamental, associada à pouca efetividade das reformas nas organizações do setor público, contrariando a intenção dos seus políticos responsáveis, “é atribuída frequentemente à complexidade das organizações de serviço público”. Para além disso, a não consideração da existência de conflitos de interesses nestas organizações pelo seu diretor, que se mantém como figura única de autoridade - característica importante da NPM, “tem levado, e é provável que continue a levar, a problemas de implementação na gestão pública” (Lapsley, 2008: 79). Modell (2009) acrescenta que pouco é conhecido sobre as dinâmicas micro das reformas do setor público nas organizações individuais e que os investigadores precisam de prestar atenção mais explícita aos aspetos recursivos da mudança nos diversos níveis de análise. Também Dillard *et al.* (2004) defendem que a mudança significativa ganha motivação e é melhor compreendida quando o contexto societário pode ser explicado e relacionado com a ação social transversal aos vários níveis da ordem social. Esta necessidade de alargar a investigação sobre o impacto real das políticas associadas à NPM nos hospitais e nos seus colaboradores permanece premente (Hood and Peters, 2004; Kurunmäki, 2009).

Neste sentido, com base na evidência recolhida junto de um hospital público específico – Hospital Infante D. Pedro (HIP), este estudo visa analisar os efeitos, as consequências, as dificuldades e o impacto das políticas associadas à NPM (de que a empresarialização e a implementação do ABC são manifestações) seguidas pelo Governo Português (Ministério da Saúde) na organização e gestão hospitalar. Este estudo de caso longitudinal e profundo no hospital foi elaborado após a sua transformação em EPE e durante e após a implementação do ABC. Adicionalmente, mas não menos importante, é, também,

analisado de que forma a Teoria Institucional explica as dificuldades e problemas associados à implementação das políticas NPM e, em particular, à adoção do ABC no HIP.

Perante a influência do ambiente, da preponderância dos fatores institucionais e dos interesses envolvidos que dominam e se refletem na legitimidade das ações optou-se pela Teoria Institucional como perspetiva teórica para analisar o papel das instituições na impulsão ou inibição do desenvolvimento, implementação e utilização de novas práticas de gestão.

A Teoria Institucional é capaz de explicar de uma forma adequada as razões que conduziram a que os setores públicos da saúde nos vários países, nomeadamente na Europa, se ‘assemelhassem’ em estruturas, rotinas e comportamentos. Segundo esta teoria, tal deve-se a: (1) pressões miméticas (cópia) veiculadas geralmente por consultores, que em tempos de incerteza instigam a adoção de padrões adotados por outras organizações reconhecidas como bem-sucedidas; (2) pressões coercivas, através de padrões impostos por autoridades governamentais (padrões associados à criação de expectativas de melhoria da eficiência na gestão dos recursos públicos), impelidos, muitas vezes, por organizações supranacionais<sup>3</sup>; e, ainda, (3) pressões normativas que ocorrem quando a organização adota padrões reconhecidos como os mais apropriados em resultado de pressões profissionais no meio envolvente da organização (DiMaggio e Powell, 1991b).

No entanto, os problemas e dificuldades na adoção das ideias NPM não são iguais em todos os países. Por exemplo, em Portugal apesar de todas as pressões existentes para a melhoria da eficiência dos hospitais através da implementação das ideias preconizadas pela NPM parecem existir conflitos e dificuldades internas na aceitação dessas políticas (Simões, 2005; Campos, 2008; Vaz, 2010). O processo não é tão determinístico. A Teoria Institucional até praticamente ao início do século XXI estava especialmente orientada para o estudo das pressões externas sobre as organizações e os setores ou campos organizacionais (*organizational fields*), e pouco orientada para o estudo dos processos internos de como os indivíduos e organizações respondiam a essas pressões. Greenwood *et al.* (2002: 58) realçam que “muito pouca atenção tem sido dada à compreensão de como os efeitos do isomorfismo são provocados” e como corolário existe “pouca sabedoria sobre como e porquê as práticas institucionalizadas num campo atrofiam ou mudam”. Já anteriormente, Tolbert e Zucker (1996) tinham argumentado que os teóricos institucionalistas tem dado pouca atenção à

---

<sup>3</sup> V.g., OCDE - *Organisation de Coopération et de Développement Économiques*, Conselho de Ministros da União Europeia, Banco Mundial ou/e FMI - Fundo Monetário Internacional (Olson *et al.*, 2007; Pollit e Bouckaert, 2000).

concretização e especificação do processo que move as inovações para além da pré-institucionalização até à institucionalização completa.

Ainda que se reconheçam limitações da Teoria Institucional, de acordo com os pressupostos tradicionalmente defendidos pela *New Institutional Sociology* (NIS), foram desenvolvidos recentemente novos enquadramentos dentro da Teoria Institucional que – tendo em conta a envolvente institucional externa, as dinâmicas internas da organização e a inter-relação entre estas duas vertentes (Dillard *et al.*, 2004) – também permitem analisar e explicar a natureza e as origens da estabilidade da estrutura organizacional e dos sistemas de contabilidade e de controlo de gestão. Lounsbury defende que “uma focalização na racionalidade institucional na forma de múltiplas lógicas concorrentes pode ser particularmente frutífera” (Lounsbury, 2008: 358). E, apesar de, muito recentemente, ter surgido alguma produção neste sentido, o autor acredita que muito mais há a fazer para compreender de onde as lógicas e as novas práticas vêm e como elas se relacionam umas com as outras e assim contribuir com conhecimento válido que ajude a esclarecer melhor as dinâmicas da prática e das instituições.

As reformas são processos cujo impacto nas organizações não pode ser visível no curto prazo, nem pode ser analisado de uma forma isolada face ao contexto político, económico e social do próprio país, nem pode alhear-se das dinâmicas intraorganizacionais. As reformas são processos que exigem um caminho longo de assimilação e que batalham pela inculcação de outros valores em culturas já instituídas. A reflexão sobre o impacto destas mudanças na gestão dos hospitais públicos assumiu-se como um tema atual e relevante para a investigadora e, indo de encontro às solicitações de investigações sobre as dinâmicas micro das reformas do setor público nas organizações individuais; assim, este estudo visa também contribuir para a investigação de como a Teoria Institucional, especialmente através da abordagem mais recentemente desenvolvida (*institutional logics*), a qual se argumenta que pode ajudar a explicar os problemas, dificuldades e resistências na aplicação das ideias NPM nos hospitais públicos portugueses, em particular no HIP. O que se pretende é sobretudo compreender como é que os responsáveis pela tomada de decisão no hospital percecionaram a introdução de mudanças induzidas pelas políticas do NPM e se as dinâmicas da organização sofreram algum impacto.

A questão principal colocada nesta investigação é: ‘Qual foi o impacto da adoção de políticas da NPM na gestão do HIP?’ Para consubstanciar esta questão foram desenvolvidas outras questões com ela relacionada: (1) Como se processou a empresarialização nos hospitais

públicos e em particular no HIP?; (2) Porquê e como foi implementado o ABC no HIP?; (3) Quais as dificuldades sentidas pelo HIP na implementação do ABC?; (4) Quais os efeitos e consequências destas políticas da NPM na gestão do HIP?.

Quando começou a ser desenhada a linha de investigação a prosseguir, o projeto era pioneiro em Portugal. Sobre as reformas recentemente ocorridas nos hospitais portugueses, não existia qualquer estudo elaborado para além dos relatórios publicados pela própria UMHSA. Estes relatórios exploram as novas ferramentas e técnicas de gestão adotadas na rede de HSA, apenas evidenciando a evolução comparativa de indicadores de carácter quase exclusivamente económico-financeiros destes hospitais.

Entretanto, nos últimos anos, em Portugal, a produção académica sobre o setor da saúde e, em particular, sobre a gestão hospitalar tem sido significativa. Têm surgido alguns trabalhos de investigação relativamente a questões associadas à NPM e ao seu reflexo no setor hospitalar. Estes estudos versam sobre: o impacto ao nível da profissionalização e das práticas de enfermagem no campo da gestão dos cuidados de saúde (Carvalho, 2005); exploração e caracterização das determinantes e das práticas de governação (Raposo, 2007); a análise da eficiência dos hospitais (Gonçalves, 2008); o efeito das reformas no significado da prestação pública de cuidados (Correia, 2009); o efeito induzido por duas opções políticas de saúde, adotadas no período 2002-2008, na eficiência técnica hospitalar (Harfouche, 2010); o impacto na configuração do ‘Estado de Bem-estar’ e na estrutura das relações de trabalho (Correia, 2011); bem como, a análise da introdução de novos modelos e técnicas de gestão nos hospitais e a sua influência no desempenho hospitalar, na configuração do sistema de indicadores para a gestão e na escolha de determinados instrumentos de gestão (Silva, 2011); e, ainda, não diretamente associado com a NPM, a análise da adoção de práticas de contabilidade, gestão e controlo de gestão no setor hospitalar, com um enfoque especial na dicotomia entre hospitais públicos e privados (Alves, 2012).

Porém, decorridos estes anos, e apesar do recente interesse académico no setor hospitalar que enriquece o conhecimento, o tema está longe de ser esgotado: pela dinâmica do setor da saúde, pela sua relevância económica, política e social, pelo ‘peso’ orçamental que ainda representa para o Estado, e, por isso, um dos principais alvos de reformas ao sabor das conjunturas económico-financeiras. Ainda é latente um *gap* na investigação, quer nacional quer internacional, relativamente às dinâmicas micro das reformas do setor público nas organizações, na análise e explicação do reflexo da implementação das reformas associados à NPM nos processos internos da organização hospitalar. A necessidade de contribuir para um

maior conhecimento e recheiar o *gap* da investigação e da literatura sobre esta temática permanece um interesse intrínseco da investigadora. Para o efeito, tal como se descreve sucintamente na secção seguinte, este estudo é feito com o recurso à investigação qualitativa.

## **1.2. Metodologia e método de investigação**

Para responder às questões de investigação colocadas, optou-se por uma linha qualitativa da investigação. O estudo de caso, enquanto método de investigação, revelou-se como perfeitamente adequado a este projeto. A metodologia qualitativa baseada no estudo de caso permite uma exploração empírica do fenómeno no seu contexto (Eisenhardt, 1989; Yin, 2009; King e Horrocks, 2010), valorizando-se a captura da riqueza da vida quotidiana (Ahrens e Dent, 1998; Marshall e Rossman, 2006); permite igualmente compreender a realidade social como resultado da interação humana (Chua, 1986), enfatizando os significados que os participantes atribuem às interações sociais (Marshall e Rossman, 2006). Tem sido reconhecida a tendência para a opção pela investigação qualitativa nos estudos organizacionais sobre a NPM porque há um interesse particular sobre o contexto em que existe a organização e sobre os comportamentos das pessoas nas organizações que, sendo socialmente entalhados, produzem padrões que promovem a continuidade ou a mudança (Ferlie e Mark, 2002).

De acordo com os objetivos anteriormente definidos, o trabalho empírico incidiu na análise de 39 entrevistas realizadas no HIP (num total de 58 horas) e de 5 entrevistas em organizações envolvidas<sup>4</sup> no desenvolvimento e implementação do Sistema de Custeio por Atividades dos Hospitais (SCAH), projeto promovido pelo Ministério de Saúde. Estas entrevistas tentaram abarcar os vários atores intervenientes no processo de mudança: os principais responsáveis pela tomada de decisão no hospital (conselho de administração); chefes de serviço (médicos); enfermeiros-chefes (enfermeiros); responsáveis de serviços de apoio e administradores (gestores); outros colaboradores do hospital; a mentora do projeto (da Administração Central dos Serviços de Saúde – ACSS); representantes da Administração Regional de Saúde da Região Centro (ARSC); e um consultor sénior (da empresa consultora).

As entrevistas conduzidas revelaram-se fundamentais para compreender os processos de decisão no hospital e a influência produzida pelos sistemas de contabilidade de gestão nos processos de mudança ocorridos. As entrevistas foram planeadas previamente através de guiões desenhados para cada tipo de entrevistado.

---

<sup>4</sup> Estas organizações foram a Administração Central dos Serviços de Saúde, a Administração Regional de Saúde do Centro e a empresa consultora.

A evidência recolhida foi objeto de triangulação de acordo com as recomendações de Yin (2009). Nesse sentido procedeu-se à revisão das entrevistas pelos próprios entrevistados, sua comparação com documentos oficiais e artigos de imprensa, reuniões com todos os intervenientes no projeto, obtenção de discursos oficiais dos membros do Governo Português e consulta na internet sobre o HIP, da ACSS e debates de partidos políticos do parlamento Português. O recurso à verificação da transcrição da entrevista pelo próprio entrevistado e a repetição de algumas entrevistas a alguns entrevistados foi efetuado com algum desfasamento temporal (cinco, nove meses e até dois anos). Este último procedimento evidenciou-se como muito importante para confirmar ou contradizer as respostas anteriormente obtidas. Sempre que se detetava uma contradição na informação obtida procurou-se obter evidência complementar que permitisse à investigadora compreender de uma forma mais profunda a questão que se estava a explorar.

Ao longo de todo o estudo empírico foi permanente a preocupação em analisar as respostas de acordo com a formação de base do entrevistado de modo a aferir se existiam algumas perceções comuns a determinado grupo de entrevistados (conselho de administração, diretores de serviço, enfermeiros-chefes e administradores e outros responsáveis de departamentos de apoio). Para além da verificação da consistência gerada pelas respostas obtidas nas entrevistas com outras fontes de informação (observação, participação em reuniões, documentação escrita e dados recolhidos de *sites* do Ministério da Saúde), as conclusões desta investigação foram alcançadas depois de um trabalho de análise de conteúdo quer das entrevistas transcritas quer do restante material recolhido. Foi necessário reduzir a informação, construir *displays* e estabelecer padrões, de uma forma iterativa, que permitissem interpretar e compreender melhor os dados recolhidos e sistematizar através de uma rede de eventos/estados, tendo como suporte a Teoria Institucional. A investigadora teve oportunidade de discutir as conclusões e interpretações obtidas com dois informadores-chave do HIP.

### **1.3. Estrutura da tese**

Para além deste primeiro capítulo, em que se resume o essencial desta investigação, a tese é desenvolvida em oito capítulos adicionais.

No segundo capítulo, procede-se à apresentação e discussão dos conceitos fundamentais subjacentes à Teoria Institucional, descrevendo-se como a teoria pode alicerçar o processo de mudança de novas práticas de gestão numa organização. Inicia-se por uma revisão sucinta sobre a génese da Teoria Institucional. O capítulo prossegue com a discussão sobre as principais incoerências que são tradicionalmente apontadas à teoria e que

condicionam a mudança organizacional, para culminar com os mais recentes desenvolvimentos da teoria, em particular o conceito de lógicas institucionais.

O terceiro capítulo resulta da revisão bibliográfica sobre os sistemas de saúde de uma forma geral e o paradigma da NPM em particular. É feita uma apresentação sintética do que se entende pela NPM, a evolução do seu conceito e quais as expectativas quanto ao seu futuro próximo. Relacionam-se, de seguida, as reformas dos sistemas de saúde com os desafios colocados pela NPM – abrindo-se a discussão sobre as diferentes perspetivas do papel do Estado nas sociedades desenvolvidas. Este capítulo termina com uma análise da implementação de políticas associadas à NPM nos hospitais, nomeadamente, a introdução de novos sistemas de financiamento bem como o efeito dessas mudanças nos profissionais de saúde.

A metodologia de investigação é debatida no quarto capítulo. Depois de uma reflexão sobre a investigação qualitativa e, em particular, o estudo de caso, descrevem-se os procedimentos adotados no estudo empírico. Nesta terceira secção é explicada a forma como foi feita a recolha da informação e são descritos os métodos usados na investigação. Os procedimentos de análise e validação dos resultados são expostos na quarta secção. São ainda esclarecidas quais as condicionantes e limitações do estudo realizado.

O quinto capítulo visa enquadrar as reformas do sistema de saúde português – serve de enquadramento ao nosso estudo de caso ao desenvolver o seu contexto. O capítulo inicia-se com um diagnóstico do setor da saúde em Portugal; na secção seguinte, descreve-se a evolução e a caracterização do sistema de saúde português desde a sua origem até à atualidade – as intenções, as reformas ocorridas, as manifestações de políticas associadas à NPM e a base legislativa criada para o efeito pelos diversos Governos de Portugal. Na terceira secção deste capítulo coloca-se em evidência o estado atual da saúde em Portugal.

Os capítulos seis e sete apresentam o estudo de caso. O capítulo seis caracteriza o hospital onde foi desenvolvido o estudo, apresentando a sua evolução histórica, e a evolução da sua estrutura organizativa, bem como os sistemas de informação que o HIP tem de apoio à decisão. No capítulo sete, exploram-se em particular os sistemas de contabilidade de gestão existentes no hospital, realçando-se as perceções dos principais decisores no hospital relativamente à sua utilidade, a importância que lhes é atribuída pelos diferentes níveis de decisão no hospital, as razões que conduziram à necessidade de implementação de um novo sistema, as suas principais características, como decorreu o processo de implementação e os efeitos sentidos com o processo de mudança.

No oitavo capítulo é efetuada a análise do estudo de caso à luz da Teoria Institucional. As conclusões finais são apresentadas como os contributos identificados no capítulo nove. Ainda neste capítulo são identificadas as limitações da investigação e apontadas sugestões para futura investigação.

## Capítulo 2 – Enquadramento teórico: Teoria Institucional

### 2.1. Introdução

Considerando os vários paradigmas teóricos que têm vindo a suportar a investigação em contabilidade e controlo de gestão, foi efetuada uma seleção de uma perspetiva teórica que ajudasse à interpretação do fenómeno da mudança não só organizacional mas também de técnicas de contabilidade e de controlo de gestão, num hospital público português, enquanto processo fortemente dependente do meio envolvente ou do contexto da organização. A Teoria Institucional, com maior incidência na perspetiva defendida por DiMaggio e Powell (1991b) e Meyer e Rowan (1992), tem sido uma opção dos investigadores para compreender porquê e como se desenvolve a mudança organizacional e das práticas de contabilidade de gestão no setor público (Carruthers, 1995; Newberry, 2002; Edwards *et al.*, 2005; Ezzamel *et al.*, 2007; Modell, 2006; Moll *et al.*, 2006; Modell *et al.*, 2007). Mais recentemente, fruto das limitações percebidas da Teoria Institucional, foram desenvolvidos novos enquadramentos desta teoria que permitissem explicar o porquê dos processos de mudança divergentes das organizações, mesmo que sujeitas a fortes pressões exteriores.

O objetivo deste capítulo é apresentar e discutir os conceitos fundamentais subjacentes à Teoria Institucional e descrever de que forma esta teoria pode alicerçar o processo de mudança de novas práticas de gestão numa organização. A Teoria Institucional compreende três ramos: *New Institutional Sociology* – NIS; *Old Institutional Economy* – OIE e *New Institutional Economy* – NIE. Estas três abordagens tradicionais da Teoria Institucional têm diferentes origens e raízes filosóficas diversas mas confluem no interesse pelo fenómeno institucional e mudança institucional. Mais recentemente assistiu-se à integração da OIE com a NIS, passando-se a designar, genericamente, por Teoria Institucional.

O capítulo encontra-se estruturado da seguinte forma: na secção seguinte é feita uma revisão sucinta sobre a génese da Teoria Institucional e na terceira secção são examinadas as principais características desta teoria. Na quarta secção deste capítulo, partindo das principais críticas apontadas à Teoria Institucional e que condicionam a compreensão da mudança organizacional, procede-se à descrição dos recentes desenvolvimentos nesta teoria. Nesta secção desenvolve-se o conceito de lógicas institucionais – particularmente útil para compreender os mecanismos dos processos de mudança de práticas de gestão numa organização.

## 2.2. A génese da Teoria Institucional

Até ao final da primeira metade do século XX, as organizações não eram reconhecidas pelos investigadores como um fenómeno social distinto, elas eram observadas como um sistema fechado com um comportamento independente do seu contexto (Tolbert e Zucker, 1996). Durante décadas, a teoria económica neoclássica, centralizada na racionalidade do processo de decisão para explicação da maximização do bem-estar económico e do equilíbrio das forças de mercado, exercia uma influência na investigação em contabilidade de gestão. Esta teoria, desenvolvida pelos economistas para ajudar a prever comportamentos e efetuar estudos e análises na indústria e nos mercados, foi criticada pelos próprios economistas sob o pretexto de que não se revelava suficiente na resolução de questões da realidade económica (Scapens, 1994). Apesar de haver fenómenos sociais que eram analisados sociologicamente, as organizações não traduziam um objeto de análise enquanto organização *per si*. Somente a partir de então, passaram a ser consideradas como um sistema aberto e dependente de um conjunto de subsistemas inter-relacionados. Os estudos destas inter-relações, entre os diversos elementos estruturais das organizações e entre a organização e o meio envolvente, estabeleceram as bases para uma linha geral de investigação sociológica sobre organizações.

De acordo com Thornton e Ocasio (2008: 100), a teoria institucional surge com a análise empírica das organizações e da envolvente institucional é iniciada por Selznick, por volta dos anos 50, conjuntamente com a teoria de Parson, de 1956, “que enfatiza como as instituições funcionam para integrar as organizações com outras organizações na sociedade através de regras universais, contratos e autoridade”. A consciência do contexto institucional<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> O conceito de instituição e, por consequência, de contexto institucional é um dos principais fatores de distinção entre as diferentes perspetivas tradicionais da teoria institucional (Major e Ribeiro, 2009). Entre outras aceções, é de referir sucintamente que para Veblen (*apud* Scott, 2008; Rutherford, 1996; Scapens, 1994) as instituições representam hábitos estabelecidos do pensamento comum e generalizado pelas pessoas, isto é, representam uma regularidade de comportamento ou uma regra que é aceite geralmente pelos membros de um grupo social. Já Hamilton, em 1932, definia instituição como um modo de pensar ou agir predominante e que está embutido nos hábitos de um grupo (*apud* Scapens, 1994). Meyer e Scott (1992: 1) dão como exemplo que a “... administração personalizada moderna torna-se institucionalizada como padrão de procedimento operacional – definido por vezes através da lei, mas muitas vezes no costume, ideologias profissionais e doutrinas da própria gestão organizacional – e como tal aparece em muitos contextos”, focalizando a instituição em processos através dos quais as ações são repetidas e assimiladas por todos os integrantes de uma determinada organização, em microprocessos dentro das organizações. Mais recentemente, Scott (2008: 49) refere instituição, tentando abarcar a maior parte das perspetivas contemporâneas, como uma estrutura construída por elementos cognitivo-culturais, normativos e reguladores, proporcionando as ‘fibras elásticas’ que conduzem o comportamento e resistem à mudança. Para Covaleski *et al.* (1996), geralmente, a organização, numa perspetiva institucional, relaciona-se com a sua sobrevivência, com os seus comportamentos aceitáveis em conformidade com as normas socialmente estabelecidas, sendo este fator de igual importância relativamente aos fatores de eficiência e de produção. Já Barley e Tolbert (1997) identificaram instituições como um conjunto de regras partilhadas e tipificações que permitem identificar categorias de atores sociais, suas atividades e relações. Greenwood *et al.* (2008: 4-5) indicam que a instituição pode ser definida mais ou menos como “comportamento social repetitivo que é

(institucionalismo) passa, então, a ser reconhecida como um fenómeno integrante da análise organizacional. A perspetiva institucional foi adquirindo um lugar predominante na interpretação dos processos e mecanismos de transformação e mudança, bem como na análise do funcionamento das organizações. Greenwood e Hinings (1996) realçam o papel da teoria institucional como esclarecedora de similaridades ('isomorfismos') e estabilidade de acordos organizacionais numa dada população ou setor de organizações.

O ponto fulcral da perspetiva institucional fundamenta-se na procura da legitimação da organização, quer de uma forma explícita e intencional quer de uma forma implícita através de sucessivas adaptações passivas (DiMaggio e Powell, 1991b). Porém, a proliferação da teoria institucional enquanto suporte teórico no estudo das organizações é algo recente. É durante a década de 70 e 80 que o contexto organizacional ganha centralidade face à tecnologia como perspetiva dominante na estrutura organizacional (Scott, 1992b, 2008) e inculca-se como premissa nos estudos organizacionais estimulando o desenvolvimento frutífero da teoria institucional e da investigação (Scott, 2008). O conhecimento do social e dos sistemas culturais passaram a revelar-se como variáveis explicativas do contexto organizacional; a estrutura e o comportamento organizacional revelaram-se como preferencialmente condicionados pelo conjunto de regras, sistemas de crenças e outras redes relacionais que brotam do contexto organizacional (Scott, 1992b).

Scott (2008) refere que a primeira tentativa de introdução dos argumentos neoinstitucionais foi feita por David Silverman, em 1971, que propôs uma teoria da ação da organização. O autor esclarece que Silverman propôs uma perspetiva do fenómeno organização focalizada na interpretação dos sistemas e nas formas como estes constroem e reconstróem a ação social. Scott (2008: 42) também menciona a importância do conceito geral de 'campo social' introduzido por outro teórico social – Pierre Bourdieu em 1977 – referindo-se às 'arenas' sociais conduzidas por valores e abordagens marcantes; de acordo com o autor, Bourdieu realça a natureza contestada destes 'campos sociais' e o papel do poder na resolução desta contestação. Estes 'campos sociais' podem ser examinados como fenómenos sociais externos a qualquer indivíduo mas que existem como elemento subjetivo e mentalmente interiorizado. Scott (2008) menciona, ainda, artigos que surgem em 1977, de Meyer e Rowan

---

justificado pelos sistemas normativos e compreensões cognitivas que dão significado à mudança social e então permitem uma autorreprodução da ordem social". Porém, Thornton e Ocasio (2008: 121) acrescentam "o que constitui uma instituição mantém-se uma questão concetual por resolver" no campo das mudanças nas lógicas institucionais.

e outro de Zucker<sup>6</sup>, que reforçam esta introdução dos argumentos institucionais no estudo sociológico das organizações.

Meyer e Rowan (1992) desenvolveram a perspetiva macro dos argumentos institucionais ao salientar a importância das crenças que são racionalizadas, que estabelecem formas específicas de procedimentos para atingir objetivos específicos. Estas crenças podem ser manifestadas através de profissões, estados-nação ou meios de comunicação social e fazem com que as organizações não sejam simplesmente um produto da sofisticação tecnológica ou até de padrões racionais complexos, mas sejam também um resultado da racionalização de normas culturais que estabelecem uma base independente para a sua construção enquanto organizações. Ao recuperar o elemento weberiano da legitimidade das estruturas formais racionalizadas para a análise do processo de gestão das organizações, os autores tentam explicar os papéis simbólicos das estruturas formais existentes nas organizações e defendem que nenhuma organização será capaz de sobreviver e ser bem-sucedida se não embeber as práticas, estruturas e sistemas que são legitimamente aceites no seu meio envolvente em vez de se limitar às exigências técnicas de eficiência. As estruturas organizacionais formais apoiam-se na incorporação dessas práticas e procedimentos que prevalecem na organização, independentemente da sua adoção promover ou não a eficácia. Esta perspetiva contempla uma lógica cultural cognitiva, revelando uma racionalidade dominada por crenças e valores que limitam as escolhas dos atores sociais.

Partindo do pressuposto de que a institucionalização pode ser conflituante com os padrões eficientes e racionais da organização, Meyer e Rowan (1992: 21-22) inferem que a adoção de uma estrutura formal pode acontecer independentemente: (1) da eficácia imediata das práticas e procedimentos adquiridos; (2) dos conflitos com critérios de eficiência; (3) da dificuldade de coordenação e controlo da organização relativamente às atividades. As organizações tendem a adotar as regras institucionais para se protegerem das incertezas das atividades técnicas. Os autores reforçam que “as regras institucionais podem ter efeitos significativos nas estruturas organizacionais e a sua implementação no trabalho técnico real é muito diferente dos efeitos gerados pelas redes dos comportamentos sociais e das relações que compõem e circundam uma dada organização” (Meyer e Rowan, 1992: 22). Assim, as organizações podem criar fossos entre as suas estruturas formais e as suas atividades reais, uma dissociação de partes da organização relativamente ao seu núcleo técnico (Thornton e Ocasio, 2008: 100).

---

<sup>6</sup> Reproduzidos em Meyer e Rowan (1992) e Zucker (1991).

Nesta linha de orientação, Zucker (1991), discípula de Meyer, detém-se nos ‘microalicerces’ do institucionalismo ao realçar o poder das crenças cognitivas como base do comportamento e privilegia a interação interpessoal como a parte central da investigação. Nesta perspetiva micro, a autora realça que o conhecimento social, que é estabelecido como facto, como parte da realidade objetiva, pode ser transmitido diretamente e, como tal, garantir a manutenção da cultura, para além de ser um foco de resistência às tentativas de mudança. A partir do momento em que está institucionalizado, dependendo do grau de institucionalização, esse conhecimento social é suficiente para justificar uma persistência ou uma resistência à mudança. Neste sentido, os indivíduos percebem os atos institucionalizados como objetivos e exteriores e, embora sejam socialmente criados, funcionam como regras objetivas porque a sua origem social acaba por ser ignorada. Thornton e Ocasio (2008) consideram esta natureza das instituições tidas como certas e o papel da persistência cultural evidenciadas por Zucker como uma medida da institucionalização.

Já na década de 80, as investigações de DiMaggio e Powell bem como de Meyer e Scott são referidas por Scott (2008) como contribuições muito influentes que desenvolveram a perspetiva macro do contexto organizacional, são considerados como os mentores da NIS por terem reconhecido um novo campo de estudo dos processos institucionais – as organizações. As componentes sociais e culturais passaram a ganhar importância como variáveis explicativas da dinâmica organizacional. Nesta perspetiva, não se permite o isolamento da organização, mas sim a procura por uma relativa conformidade com as pressões do contexto em que ela se insere (uma legitimação pelo reconhecimento do seu valor nesse contexto).

DiMaggio e Powell (1991b) identificaram o isomorfismo estrutural, como uma consequência importante dos processos de competitividade e institucionalismo, que pode ser difundido no setor organizacional através de três mecanismos – coercivo, mimético e normativo (ver secção 2.3.3.). Meyer e Scott (1992: 1), como uma reação a um período em que foram observadas de uma forma realista e tecnicista as ideias institucionalistas, passam a enfatizar as organizações como ‘amarradas’ e construídas por vastos contextos sociais. Estes autores reconhecem que as estruturas organizacionais são criadas para reagirem às pressões do seu contexto e que as forças deste contexto, talvez mais do que as suas exigências técnicas, determinam a variedade de organizações existentes assim como são as responsáveis pela emergência e estabilidade de acordos dentro das organizações. Os autores acrescentam que os sistemas culturais são uma das forças do meio envolvente que definem e legitimam as estruturas organizacionais e por isso ajudam na sua criação e manutenção.

À Teoria Institucional são atribuídas três características que se destacam de forma recorrente na bibliografia (Scott, 2008): (a) a adoção de uma conceção mais ampla de agente económico; (b) a investigação focaliza-se no estudo dos processos económicos e não no estudo puro da lógica do equilíbrio dos mercados; e (c) a atividade económica e a sua coordenação envolve várias outras dimensões estruturais para além das decisões imediatistas e transacionais dos mercados. Para além destas características, Zucker (1987: 444) identifica dois elementos que são comuns às várias abordagens teóricas institucionalistas: (a) uma *rule-like* – o facto social constitui um padrão organizado de ação (exterior), e (b) a estrutura formal é que conta – a relevância dos aspetos formais das organizações que não são influenciados pelos atores ou situação específica (não pessoal/objetivo).

A Teoria Institucional – como resultado de uma convergência de teorias das ciências sociais, políticas e económicas – observa as influências das orientações coletivamente partilhadas na organização e defende que a sua sobrevivência depende da legitimidade que ela consegue alcançar no seu meio envolvente (Zucker, 1991).

### **2.3. Caracterização da Teoria Institucional na perspetiva da análise organizacional**

#### **2.3.1. As pressões do meio envolvente na construção e limitação das estruturas organizacionais**

Meyer e Rowan (1992: 44), nas sociedades modernas, identificam as estruturas formais não só como criações das suas redes relacionais na organização social, mas como “profundamente impregnadas e reflexos das perceções difundidas da realidade social”, identificando que os “... elementos da estrutura formal são manifestações das poderosas regras institucionais que funcionam como mitos altamente racionalizados que constroem determinadas organizações”. Por outras palavras, os autores, fazendo referência ao construtivismo social, veem as organizações como espelhos estruturais da realidade socialmente construída e condicionadas, principalmente, pelo contexto institucional em que se inserem. Desse modo, os mitos que estão na origem das estruturas formais da organização têm, segundo os autores, duas propriedades: primeiro, são racionalizados e constituem prescrições impessoais que identificam os objetivos sociais como técnicos e, segundo são altamente institucionalizados e, como tal, alheios ao discernimento de qualquer participante individual ou da organização.

Os teóricos da NIS fundamentam a teoria no facto das organizações serem criadas e embrenhadas no contexto social demarcado por crenças e redes relacionais, bem como regras

dos sistemas normativos e cognitivo-culturais (Meyer e Scott, 1992; Scott e Meyer, 1991). Como tal, as características das organizações são resultado das pressões do meio envolvente – legais, competitivas, regulamentares, de parceiros influentes – e estas têm uma preponderância muito superior do que as exigências técnicas.

A investigação empírica demonstrou convictamente que muitas organizações não podem ser lucrativamente observadas como sistemas técnicos e que nenhuma é meramente um sistema técnico (Scott, 1992a). Contudo, as crenças e regras do contexto social têm que ser consideradas mitos no sentido de que, para terem eficácia para a sua realidade, dependem do facto de serem fortemente partilhados ou serem promulgados pelos indivíduos ou grupos que têm legitimidade para os determinar – a criação destas regras confere um clima normativo no qual se espera que as organizações formais possam crescer (Scott, 1992a).

Relativamente à origem dos mitos racionalizados das estruturas organizacionais, Meyer e Rowan (1992: 28-31) identificam três processos: (1) a construção de redes relacionais complexas – quanto mais densas e inter-relacionadas maior é o número de mitos racionalizados que surgem; (2) o grau de organização coletiva do contexto/ambiente – quanto mais forte for a ordem racional e legal do contexto, maior é a dimensão na qual as regras e procedimentos racionalizados se tornam exigências institucionais; e (3) os esforços das lideranças das organizações locais – muitas organizações procuram ativamente o aval das autoridades locais e gerem de forma a institucionalizar as suas estruturas e os seus objetivos nas regras dessas autoridades. Os autores acrescentam que este isomorfismo institucional tem consequências cruciais para as organizações: (a) incorporam elementos que são legitimados externamente, mais do que em termos de eficiência; (b) aplicam critérios de avaliação externa ou cerimonial para definir o valor de elementos estruturais; e (c) têm uma dependência de determinadas instituições externas, o que reduz a turbulência e mantém a estabilidade. Como resultado, por incorporar externamente estruturas formais legitimadas, aumenta-se o compromisso entre os participantes internos e os constituintes externos, sendo que o isomorfismo institucional promove o sucesso e a sobrevivência das organizações.

Ao distinguir regras institucionalizadas de comportamentos sociais predominantes, Meyer e Rowan (1992) salientam que essas regras podem ser simplesmente tomadas como evidentes, ou podem ser sustentadas pela opinião pública ou por força da lei. Contudo, as instituições inevitavelmente incorporam as obrigações normativas, mas frequentemente estas apresentam-se primeiro na vida social como factos que devem ser tidos em consideração pelos atores. Por isso, de acordo com os autores, a institucionalização é um processo através

do qual os processos sociais, as obrigações e as atualidades passam a ter um estatuto de regra quer no pensamento social quer na ação social.

O contexto institucional que é objeto de preocupação para a organização é designado por campo ou setor organizacional (DiMaggio e Powell, 1991b) ou, ainda, campo ou setor societário (Scott e Meyer, 1991) e é composto pelas organizações que interagem e influenciam-se mutuamente e que são importantes para a organização que se está a estudar. Algumas organizações do setor organizacional têm importância pelo contacto direto que mantêm com a organização objeto de estudo (clientes, fornecedores, organizações estatais e agências reguladoras) e outras porque têm um papel similar ao seu (concorrentes). O setor organizacional representa ‘a totalidade dos atores-chave’ e influencia as organizações desse setor bem como a estrutura do próprio setor organizacional é influenciado pelas organizações que o compõem (DiMaggio e Powell, 1991b). As relações estabelecidas nestes sistemas podem ser verticais, horizontais, de natureza local e não local (Scott e Meyer, 1991, 1992).

Os setores organizacionais existem na medida em que são institucionalmente definidos, o que é conseguido através da ampliação do grau de interação entre as organizações do campo, do aparecimento de estruturas dominantes e padrões de aliança, de um aumento da informação acumulada com a qual as organizações no campo precisam de se debater e de um maior conhecimento mútuo entre os participantes envolvidos no mesmo grupo (DiMaggio e Powell, 1991b: 65). Este processo de influência mútua designado por estruturação, ao longo do tempo, tende a tornar-se mais homogênea e conduz a uma maior similitude entre as organizações.

No setor organizacional Scott e Meyer (1991) distinguem a dimensão técnica – o conjunto das normas legais e manuais de procedimentos fruto das ações dos indivíduos e a dimensão institucional – compreende o aspeto mais amplo que se relaciona com os fornecedores-chave, consumidores e agentes reguladores que, de alguma forma, influenciam a construção da dimensão técnica.

O estudo do setor organizacional, em vez do contexto no seu todo, proporciona a vantagem de se poder centrar a atenção nas relações entre as organizações mais influentes e identificar melhor as características mais relevantes do contexto.

Esta perspetiva do construtivismo social, em que os processos de interação identificados abrangem a dimensão consciente, distancia-se das abordagens interpretativas como o construtivismo social de autores como Berger e Luckmann, da etnometodologia de Garfinkel, ou do cognitivismo de Guidens que se relacionam com a dimensão inconsciente e

são possíveis candidatos a uma microfundamentação da ação para o novo pensamento institucional (Powell e DiMaggio, 1991). Todavia, os próprios autores reconhecem a necessidade de maiores desenvolvimentos na investigação que tente resolver estes problemas que ainda não foram provados no enquadramento da nova Teoria Institucional.

**Quadro 1 – Três pilares institucionais**

<b>Dimensões</b>	<b>Pilares</b>		
	<b>Regulador</b>	<b>Normativo</b>	<b>Cognitivo-cultural</b>
<b>Base da dependência (submissão)</b>	Utilidade	Obrigaç�o social	Crença Valores partilhados
<b>Base da ordem</b>	Regras regulamentares	Expectativas constrangedoras	Esquema essencial
<b>Mecanismo</b>	Coercivo	Normativo	Mim�tico
<b>L�gica</b>	Instrumental	Adequa�o	Ortodoxa
<b>Indicadores</b>	Regras Leis San�oes	Certifica�o Acredita�o	Cren�as comuns L�gicas partilhadas de a�o
<b>Bases de legitimidade</b>	Legalmente sancionadas	Moralmente governada	Compreens�vel Reconhec�vel Apoiada culturalmente

Fonte: Scott (2008: 51)

Scott (2008) salienta a aceita o de pressupostos da realidade socialmente construída através da partilha de valores, crenças e conhecimentos que definem comportamentos e estruturas perfilhadas, criadas e consolidadas por meio da intera o social. Neste sentido, o autor desenha uma matriz de três pilares distintos fundamentais   constitui o das institui es e, por isso, importantes na análise do novo institucionalismo: o regulador, o normativo e o cognitivo-cultural – matriz desenvolvida por Scott (2008: 50-71). Esses três pilares analíticos são três sistemas que contribuem para a constru o social e, como tal, permitem analisar aspetos distintos de um mesmo fenómeno. Cada um dos pilares que suporta as institui es (ver Quadro 1) são caracterizados por várias dimensões com características diferentes que permitem realçar um dos pilares relativamente aos outros na explica o dos fenómenos, identificando os mecanismos de isomorfismo referidos por DiMaggio e Powell (1991b).

O pilar regulador relaciona-se com a imposi o de regras, leis e san oes (recompensas ou penaliza es)  s institui es como forma de influenciar o seu comportamento futuro. Porém, as institui es podem limitar ou dar maior poder ao comportamento social, porque, apesar do conceito de regulamentaa o evocar aspetos de repressão e constrangimento, muitos tipos de regulamentaa o habilitam os atores sociais e a a o através de licenças, poderes especiais e benefícios a determinado tipo de atores (Scott, 2008). O mecanismo de controlo primário relacionado com este pilar e enunciado por DiMaggio e Powell (1991b)   a coer o

exercida pelo uso da autoridade e legitimada pela própria estrutura normativa da instituição. Pelo que o pilar regulador e o pilar normativo podem reforçar-se mutuamente (Scott, 2008). Por outro lado, existem muitas leis controversas ou ambíguas que não são suficientes para prescrever determinada conduta e, para que surtam efeito, necessitam de bom senso e uma interpretação coletiva que se relaciona mais com elementos cognitivo-culturais e normativos (Scott, 2008).

Scott (2008) identifica um segundo grupo de investigadores que vê as instituições apoiadas principalmente num pilar normativo, regras normativas que introduzem dimensões prescritivas, avaliadoras e obrigatórias na vida social. O autor esclarece que os sistemas normativos incluem valores – padrões preferidos ou desejáveis com os quais as estruturas ou comportamentos existentes são comparados – e normas – que especificam como as coisas devem ser feitas e legitimam os meios para atingir os fins. Estes valores e normas podem ser aplicados a todos os membros de uma organização ou apenas a um grupo. Neste último caso, surgem os papéis formais ou informais que definem concepções de objetivos e de atividades particulares para um grupo de indivíduos ou posições sociais específicas e criam expectativas normativas para determinados atores (espera-se que tenham um comportamento em conformidade com o seu grupo). Ao conferir direitos e responsabilidades bem como privilégios e deveres, os sistemas normativos são capazes de impor constrangimentos ao comportamento social, dar poder e autorizar determinadas ações sociais.

Um outro grupo de institucionalistas, segundo Scott (2008), converge para os elementos cognitivo-culturais das instituições – concepções partilhadas que constituem a natureza da realidade social e as visões através das quais o conhecimento é construído. Este é o aspeto mais distintivo do neoinstitucionalismo. O pilar cognitivo-cultural baseia-se na existência de um fluxo contínuo de acontecimentos que são realçados pela atribuição de significados aos objetos e atividades que os constituem, bem como pela interação entre estes significados que permite mantê-los ou transformá-los. Os elementos cognitivo-culturais - símbolos (palavras, sinais, gestos) - têm o seu impacto pelo significado que lhes é atribuído. Estes significados surgem da interação e são mantidos e modificados à medida que são utilizados para dar sentido ao decorrer dos acontecimentos. Os indivíduos seguem determinado comportamento porque é inconcebível ter qualquer outro, as rotinas são simplesmente cumpridas. Este pilar tem uma dimensão afetiva que varia entre sentimentos positivos (de certeza e de confiança), que atribuem competência ao ator e pertença ao grupo, e

sentimentos negativos (de confusão ou desorientação) que fazem com que o ator seja visto, “na melhor das hipóteses, como ‘nora’, e na pior como ‘louco’” (Scott, 2008: 59).

Scott (2001: 70) menciona ainda os elementos emocionais de Durkheim e Parsons como um outro candidato a pilar institucional, na medida em que enfatizam a ligação entre a carga emocional e as ações (práticas) ou relações, que são não só uma base motivacional mas também dão lógica à ação, evocam não só ideias mas sentimentos e desejos como parte do significado cultural dos símbolos.

Estes vários níveis de análise institucional estruturados por Scott (2008), apesar de terem características e modos de influência diferentes, não são observados empiricamente de uma forma isolada mas em combinações variadas de elementos, existe uma inter-relação entre os vários níveis. O autor reforça que em algumas situações um ou outro pilar pode virtualmente sustentar a ordem social ou assumir preponderância sobre os outros. Porém, “quando os pilares se encontram alinhados, o poder das suas forças combinadas pode ser formidável” (Scott, 2008: 62).

### **2.3.2. A escolha das estratégias de legitimação**

Covaleski *et al.* (1996), referindo-se à Teoria Institucional, consideram que a organização precisa de se ajustar às normas sociais de comportamento aceitável, para além de procurar atingir níveis de eficiência produtiva, de forma a assegurar a sua sobrevivência.

Nem sempre os decisores organizacionais são impelidos pelas pressões institucionais. Como realçam Tolbert e Zucker (1996: 180), a criação de uma nova estrutura envolve mais recursos do que a simples manutenção da antiga, para além de que as estruturas que são alteradas ou criadas necessitam de credibilidade para acrescentar algum valor positivo à organização. Neste sentido, as autoras reforçam que a última decisão dos decisores organizacionais pode contrariar o sentido das pressões institucionalmente exercidas, de acordo com o maior ou menor poder discricionário destes decisores. Pelo que, a aplicabilidade, ou não, da mudança requer a consideração de alguns fatores adicionais: “como e quando as escolhas ou linhas de ação alternativas se tornam socialmente definidas; quem age para causar a mudança e para difundi-la em múltiplas organizações, e porquê; e quais são os benefícios potenciais de se criarem estruturas semelhantes, ou de convergir para as mesmas estruturas, que levam ao isomorfismo institucional” (Tolbert e Zucker, 1996: 185).

### **2.3.3. O isomorfismo institucional nas estruturas organizacionais**

De acordo com a definição dada por Hawley em 1968, e referida por DiMaggio e Powell (1991b: 66), “o isomorfismo é um processo constrangedor que força um elemento de

uma população a ficar semelhante aos outros elementos que enfrentam o mesmo meio envolvente”. Ao analisarem a homogeneidade entre as organizações, estes autores transmitem a ideia de que as organizações continuam a tornar-se cada vez mais homogêneas e a burocracia é a forma organizacional mais comum, apesar de poderem ser diferentes em termos de estrutura e comportamento. Porém, segundo os autores, esta diferenciação permitia um ajustamento da organização a fatores contingenciais do seu meio envolvente e, como tal, esta diferenciação era deliberada. Hoje, as mudanças estruturais nas organizações parecem ser cada vez menos provocadas pela competitividade ou pela necessidade de eficiência. O principal contributo destes autores foi identificar que a motivação para as mudanças organizacionais e a burocratização reside mais na observação de processos que tornam as organizações semelhantes, sem necessariamente as tornar mais eficientes, do que em objetivos económicos e que o propósito deste fenómeno é a obtenção de legitimação. Aos processos de homogeneização os autores denominaram-no de isomorfismo.

Meyer e Rowan (1992) já tinham referido que as organizações aumentam a sua legitimidade e a propensão para perspetivar a sua sobrevivência, independentemente da eficácia imediata das práticas e procedimentos adquiridos, desde que sejam conduzidas para incorporar práticas e procedimentos definidos por conceitos racionalizados prevalentes do trabalho organizacional e da sociedade institucionalizada. Desta forma, ao incorporarem os mitos racionalmente institucionalizados, as organizações submetem-se à definição socialmente aceite de sucesso. Consequentemente, as organizações são cada vez mais homogêneas dentro de um determinado grupo e cada vez mais organizadas em função de rituais de conformidade relativamente a instituições de referência.

Corroborando com Meyer (1992) e Fennel (1980), DiMaggio e Powell (1991b) elaboram uma análise macro de mudança estrutural institucional ao focalizarem a sua análise na similaridade organizacional em vez da diversidade institucional. Os autores consideram que existem dois tipos de isomorfismo: o competitivo e o institucional. O isomorfismo competitivo assume um sistema de racionalidade que enfatiza a competitividade do mercado, a mudança de nicho e as medidas de ‘emagrecimento’ – esta perspetiva, de acordo com os autores, adequa-se mais às áreas onde existe uma competitividade livre e aberta, mas não espelha nem se adequa ao mundo moderno das organizações. Já o conceito de isomorfismo institucional representa uma ferramenta que permite uma melhor compreensão sobre a vida moderna da organização. No meio envolvente da entidade existem organizações que são

vistas como ‘modelos’ e que podem ser adotados como estruturas a serem reproduzidas, por uma ou por outra razão, por pressões exercidas pelo próprio ambiente.

DiMaggio e Powell (1991b: 67-74) identificam três mecanismos da mudança isomórfica institucional: o isomorfismo coercivo, o isomorfismo mimético e o isomorfismo normativo – que podem acontecer isoladamente ou concomitantemente.

O isomorfismo coercivo resulta de pressões formais e informais exercidas por outras organizações das quais a organização depende e pelas expectativas culturais da própria sociedade em que ela se insere. Neste sentido, geralmente, a origem deste mecanismo é política. O Estado é um dos agentes que exerce maior influência do tipo coercivo ao obrigar a adoção de determinadas práticas por força de lei, havendo, geralmente, uma associação à obrigatoriedade, repressão e punição pelo não cumprimento. A mudança pode ocorrer como uma resposta a nova legislação ou a outras alterações impostas por órgãos governamentais ou não com autoridade sobre a organização. Este tipo de mecanismo da mudança isomórfica também é comum em macro-organizações (por exemplo, grupo económico) cuja estrutura de poder permite a uma entidade superior (uma empresa mãe) exercer a sua autoridade e obrigar as suas dependentes hierarquicamente (empresas subsidiárias) a utilizar as mesmas práticas contabilísticas. As mudanças resultantes de uma imposição autoritária enfrentam menores resistências do que as impostas pelo poder meramente coercivo, pois “os atores sociais atribuem maior legitimidade à mudança quando esta é iniciada por alguém ou algo a quem notoriamente é reconhecido autoridade e competência” (Major e Ribeiro, 2009: 47).

O isomorfismo mimético é fruto de respostas-padrão para situações de incerteza e instabilidade. O mimetismo corresponde a um processo de imitação ou cópia de políticas, estratégias, estruturas, tecnologias, práticas administrativas ou, ainda, outras. Ou seja, em caso de dúvida sobre que decisão a tomar, ou quando os objetivos são ambíguos, a organização tem um comportamento mimético que corresponde à imitação de comportamentos e decisões assumidos por outras organizações consideradas como bem-sucedidas no seu setor societário; assim, a escolha de um modelo de atuar pode trazer uma solução viável com gastos diminutos. Este mecanismo da mudança isomórfica também representa uma forma de alcançar a legitimidade, pois os administradores servem-se dele para justificar, perante os seus *stakeholders*, que enfrentam as adversidades com as mesmas “armas” utilizadas por organizações de referência. Os administradores demonstram que pelo menos tentam melhorar a organização ao adotar alguma inovação, ou imitando práticas socialmente aceites como legítimas e reconhecidas como conducentes ao êxito. Neste contexto, quanto maior for a

população (de *stakeholders*) abrangida pela organização maior é a pressão sentida pela organização para adotar programas e serviços oferecidos por outras organizações, o que pode encorajar a mudança isomórfica mimética.

Quanto ao terceiro mecanismo de mudança isomórfica – o isomorfismo normativo – caracteriza-se por pressões vindas de certos padrões sociais que orientam os comportamentos. Este tipo de isomorfismo é associado ao argumento de que as profissões, para obter uma legitimidade perante a sociedade, constroem uma base cognitiva comum, muito própria e especializada, que as identifique perante outras profissões e devem ser seguidas pelas organizações. A profissionalização é entendida como “uma força coletiva dos membros de uma profissão para definir as condições e os métodos do seu trabalho” (DiMaggio e Powell, 1991b: 70). As profissões estão sujeitas ao isomorfismo coercivo e ao mimético tal como as organizações. Para além disso, podem existir diferentes grupos profissionais numa organização mas que exibem muitas semelhanças com o mesmo tipo de profissionais noutras organizações e o poder profissional é tanto atribuído pelo estatuto como é criado pelo tipo de atividades exercidas pela profissão. Existem dois fatores importantes no processo de profissionalização que são fonte de isomorfismo: a formação académica (educação formal) – que cria e desenvolve as regras normativas das profissões – e as associações profissionais – que atravessam a organização e à volta das quais novos modelos, regras e comportamentos profissionais se difundem rapidamente. Estes dois fatores são meios intensivos de legitimação e transmissão de processos de formação e de socialização padronizados. Outro fator importante que encoraja o isomorfismo normativo é o processo de recrutamento e seleção de pessoal novo ou de outras organizações dentro do mesmo negócio. Pois este processo é, geralmente, conduzido por profissionais com características comuns.

Estes três mecanismos de mudança isomórfica já tinham sido mencionados por DiMaggio e Powell (1991b) numa relação direta com os três pilares distintos fundamentais à constituição das instituições, referidos na secção 2.3.1., ao formularem um conjunto de hipóteses que refletiam as relações entre o contexto das organizações e a perspetiva das mudanças isomórficas. Para além de hipóteses sobre o impacto da centralização e dependência de recursos, ambiguidade nos objetivos e tecnologias incertas nas mudanças isomórficas (DiMaggio e Powell, 1991b: 74-76); ainda podemos destacar: (1) quanto maior a dependência de uma organização face a outra, pelas mais diversas razões, mais similar a primeira se tornará relativamente à estrutura, ambiente e comportamentos da segunda; e (2)

quanto maior o grau de incerteza existente entre os meios e os fins, maior será a profundidade da mudança na organização face a outras reconhecidas como bem-sucedida.

As organizações podem mudar os seus objetivos ou desenvolver novas práticas e novas organizações podem entrar no mercado, mas a longo prazo os atores organizacionais que tomam decisões racionais constroem à sua volta um contexto que constringe a sua capacidade para mudar anos mais tarde (DiMaggio e Powell, 1991b).

## **2.4. Desenvolvimentos recentes da Teoria Institucional**

### **2.4.1. Indefinições e conflitos atribuídos tradicionalmente à Teoria Institucional**

A teoria institucional tem-se revelado útil na investigação de vários fenómenos sociais das organizações pela sua grande interdisciplinaridade. Contudo, Powell (1991: 183) argumenta que “o poder completo da perspectiva institucional ainda não se verificou devido em parte a ambiguidades em algumas das contribuições iniciais nesta linha de investigação e um pouco devido a uma versão estilizada da teoria institucional – um institucionalismo restrito – que está longe de ser explicada”.

Das três abordagens tradicionais da teoria institucional, segundo Burns e Scapens (2000), no estudo de processos de mudança e da forma como estes processos podem ser geridos, têm sido utilizadas com maior frequência duas: a NIS e a OIE.

Ribeiro e Scapens (2006) salientam a NIS como importante no suporte de investigações sobre processos de legitimação externa realizadas em macroinstituições. As pressões são, neste caso, realizadas de fora para dentro – por exemplo, as mudanças dos sistemas de contabilidade de gestão ocorrem por pressão de uma entidade reguladora e para a organização ganhar legitimidade perante os seus acionistas ou financiadores. Em contraposição, a OIE estuda as práticas contabilísticas como fruto de hábitos (individuais) e rotinas (de grupo) institucionalizadas (Scapens, 1994) e privilegia os estudos de microinstituições (como por exemplo, o próprio sistema de contabilidade e de controlo de gestão) dentro de outras instituições maiores que são as organizações. Para Scapens (1994) a contabilidade de gestão é um conjunto de ações (práticas) que promovem a coerência social e atribuem significado ao comportamento dos indivíduos e de grupos dentro da organização.

Burns (2000) ao analisar a Teoria Institucional, como enquadramento de investigações sobre mudanças nas rotinas dos sistemas de contabilidade de gestão, salienta que a OIE é a linha de pensamento mais utilizada para fundamentar a mudança de práticas de contabilidade de gestão uma vez que as instituições são vistas como algo em permanente mutação. Para este

autor, a OIE não deve ser confundida com a NIS, porquanto esta última está relacionada com a fundamentação da resistência e da permanência de velhas práticas contabilísticas face a novas técnicas de contabilidade e controlo de gestão. A NIS vê as instituições como que permanecendo inalteradas por muito tempo e as mudanças o resultado de processos de substituição ou de abandono de hábitos e rotinas anteriormente vigentes. Porém, o conceito de perseverança de práticas sociais não está ausente da OIE, nem a influência do ator social enquanto agente de mudança é desconsiderado na NIS.

Também Greenwood e Hinings (1996) detetam fraquezas da perspectiva tradicional da Teoria Institucional para analisar as dinâmicas internas da mudança organizacional. Mesmo assim, concordam que a Teoria Institucional contém argumentos e sugestões que, quando trabalhadas, permitem a leitura de um modelo de mudança que relaciona o contexto organizacional e as dinâmicas intraorganizacionais. Contudo, esta Teoria Institucional eleva mais a estabilidade dos acordos organizacionais e a característica de inércia do que a mudança; isto porque as suas contribuições iniciais se encontram circunscritas ao campo da organização e os modelos de organizar dentro desse campo tornaram-se submersos numa qualidade tomada como garantida, na qual os atores involuntariamente aceitam o modelo predominante como apropriado, certo, e “como a forma própria de fazer as coisas” (Greenwood e Hinings, 1996: 1027).

#### **2.4.2. As lógicas institucionais**

No sentido de se explicar melhor os processos de mudança divergente, foi desenvolvido na Teoria Institucional o conceito de ‘lógicas institucionais’. As ações, racionalidades e práticas dos atores são envolvidas por lógicas institucionais (Friedland e Alford, 2001). De acordo com Townley (2002: 164), estas lógicas institucionais correspondem a esferas de valor com padrões de ação e modos de vida que são defendidas como ‘racionais’ em contraposição com outras esferas da vida rotuladas como ‘irracionais’. Representam, pois, “quadros de referência que condicionam a escolha dos atores para o sentido de decisão, o vocabulário que usam para motivar a ação, e o seu sentido do próprio e da identidade”, já que “os princípios, práticas e símbolos de cada ordem institucional formam diferencialmente como o raciocínio ocorre e como a racionalidade é percebida e experimentada” (Thornton *et al.*, 2012: 2).

Partindo desta premissa, Thornton (2002) observa que embora as forças económicas influenciem as organizações, como o sentido e as consequências dessas forças são interpretadas pelos atores, a sua repercussão nas organizações dependem de lógicas

institucionais de ordem superior, ou seja, as instituições que moldam as ações organizacionais estão embutidas em lógicas setoriais de ordem maior, de envolventes mais profundas, que “definem as normas, valores e crenças que estruturam a cognição dos atores nas organizações e dão uma compreensão coletiva de como os interesses e as decisões estratégicas são formuladas” (Thornton, 2002: 82).

Friedland e Alford (1991: 248) argumentam que nas sociedades ocidentais contemporâneas “cada ordem institucional tem uma lógica central – um conjunto de práticas materiais e construções simbólicas – que constitui os princípios organizacionais e que está disponível para as organizações e indivíduos comporem”. Para além disso, “a sociedade é composta por uma multiplicidade de lógicas institucionais que estão disponíveis para os indivíduos e organizações como bases para a ação” Friedland e Alford (1991: 253).

Ao nível da sociedade existem influências de várias ordens institucionais – família, religiões ou ciência, profissionais, estado, sociedade empresa, mercado – que proporcionam diferentes lógicas, por vezes, conflituosas ou complementares que abrem espaço ao conflito e à conformidade institucional (Friedland e Alford, 1991; Thornton, 2002; Thornton e Ocasio, 2008; Thornton *et al.*, 2012). Estas lógicas são interdependentes, mas simultaneamente inconsistentes e contraditórias, permitindo uma contínua reconstrução social (Friedland e Alford, 1991; Seo e Creed, 2002). A reconstrução social é potenciada pela inter-relação dos três níveis sociais – indivíduos, organizações e sociedade – em que as instituições ao nível da sociedade e da organização determinam níveis progressivamente maiores de oportunidade e de restrição sobre a ação do indivíduo (Thornton, 2002). Analisar e explicar estas associações através do “como as lógicas institucionais se tornam institucionalizadas e desinstitucionalizadas continua a ser uma veia de trabalho” e “é importante distinguir entre mudanças nas lógicas e mudanças nas práticas” (Thornton e Ocasio, 2008: 121).

Thornton *et al.* (2012: 2) veem a perspectiva de lógicas institucionais como “um enquadramento metateórico para analisar as inter-relações entre instituições, indivíduos e organizações em sistemas sociais”, na medida em que “ajuda os investigadores interessados nas questões sobre como os indivíduos e as organizações são influenciados pela sua situação nas múltiplas localizações sociais num sistema interinstitucional”. Contudo, Thornton e Ocasio (2008) reivindicam que a eficiência, a racionalidade, a participação e os valores não são construtores-chave neutros na análise da organização, porque, eles próprios, são moldados por lógicas do sistema interinstitucional. Há espaço para desenvolver teoria e investigação

através de múltiplos níveis de análise, mas é imprescindível especificar claramente o nível de análise em que a institucionalização ocorre (nível social ou outros níveis).

Existem diferenças dos níveis de análise; contudo a “identificação com as respectivas lógicas institucionais ocorre diretamente, tal como a identificação com o coletivo é equivalente à identificação com a lógica prevalecente no coletivo, quer elas sejam formas organizacionais, ou concorrentes de mercado, ou associações profissionais, ou qualquer outro grupo social” (Thornton e Ocasio, 2008: 111) e as disputas pelo poder e estatuto, nesta perspectiva de lógicas institucionais, estão subjugadas à lógica institucional prevalecente. Perante a diversidade de fatores que o meio envolvente apresenta, Thornton (2002) evidência a ambiguidade e as limitações do conhecimento que impedem os atores institucionais de terem uma capacidade para abarcar todos estes fatores. A partir de uma lógica predominante, os indivíduos e as organizações podem focar a sua atenção num conjunto limitado de questões e soluções que são consistentes com essa lógica (Thornton, 2002).

Lounsbury (2008: 351) reforça que as múltiplas lógicas que coexistem num processo de mudança “dão bases para reivindicações concorrentes e sentidos divergentes da ação ao permitir aos atores separarem-se e distinguirem-se dos outros” e, nesse sentido, possibilitam “conexões mais profundas a serem feitas entre institucionalistas e investigadores interessados nas microdinâmicas da prática” (Lounsbury, 2008: 356). Do ponto de vista estrutural, os campos setoriais compreendem uma multiplicidade de lógicas, abrindo espaços teóricos para a ação (Scott *et al.*, 2000; Seo e Creed, 2002; Lounsbury, 2007).

Thornton e Ocasio (2008: 103) ao referirem como percursos das lógicas institucionais autores como Fligstein (1987 e 1991), DiMaggio (1991), Boltanski e Thevenot (1991), notam a existência de conceções, modelos, ou lógicas num nível supraorganizacional, em que todos enfatizam o papel da cultura na configuração e interpretação das atividades individuais e organizacionais, bem como “ilustram as inter-relações entre os indivíduos, as organizações e o ambiente e como as lógicas interpenetram níveis múltiplos de análise desde o psicológico até aos níveis dos campos organizacionais e setor social”. Porém, verificam que os referidos percursos são menos focalizados no papel das instituições e da institucionalização na configuração das lógicas do que Friedland e Alford (1991). Estes inovam ao considerar a sociedade como um sistema interinstitucional, onde coexistem setores institucionais (mercado capitalista, estado burocrático, democracia, família e religião cristã) com lógicas próprias e diferentes características culturais e materiais.

Thornton (2002) recorre à tipologia de Scott (2008) – ver secção 2.3.1. – para explicar que as instituições estão localizadas em portadores tais como culturas, estruturas sociais e rotinas<sup>7</sup>. Estes mecanismos transmitem as instituições e, ao atravessar diferentes setores sociais e níveis de análise, proporcionam oportunidades para as instituições entrarem em conflito e em complementaridade, criando perspetivas para a mudança e estabilidade.

Partindo do pressuposto de que a estratégia e estrutura de uma organização são legítimas e competitivas por estarem em conformidade com lógicas institucionais de ordem superior, quando existe conflito entre lógicas institucionais (na estratégia e estrutura) a organização é menos legítima e competitiva e por isso mais sujeita às pressões para a mudança organizacional. Se existir uma mudança nas lógicas institucionais, a atenção da organização muda para questões e soluções alternativas propostas pela lógica institucional dominante, o que tem consequências para a mudança na estratégia e estrutura da organização de forma a torná-la mais consistente com essa lógica (Thornton, 2002).

A mudança pode ocorrer quando os ativistas ganham controlo, “criticam a lógica tradicional e proferem uma solução articulada numa nova lógica institucional” (Thornton e Ocasio, 2008: 119). As lógicas concorrentes não são, por elas próprias, uma explicação para a mudança nas lógicas institucionais mas um antecedente ou uma consequência e que podem facilitar a resistência à mudança institucional. Os mecanismos causais para a mudança institucional residem não na concorrência por si mas na combinação dos efeitos das pressões da seleção de mercado, poder dos atores institucionais, e mudanças na predominância relativa das lógicas institucionais ao nível da sociedade, que em muitos estudos não é especificado (Thornton e Ocasio, 2008).

Para Lounsbury (2002), como responsáveis por moldar as práticas e interações dos atores no terreno, estas lógicas tornam as ações dos atores e de outro tipo de organizações (como as associações setoriais e profissionais que estão envolvidas na gestão ao nível do campo setorial) compreensíveis e previsíveis. A literatura sobre as profissões indicia que o maior grau de conhecimento facilita a profissionalização e que os esforços de mobilidade de estatuto “são fortemente moldados pelo grau de estabilidade e de certeza proporcionadas pelas lógicas institucionais” (Lounsbury, 2002: 257), existindo uma tendência para a reivindicação do estatuto da profissão em períodos de transformação institucional (*ibid*).

---

<sup>7</sup> Thornton (2002) resume as culturas como estruturas interpretativas, padrões de significado, e sistemas de regras. Por sua vez entende estruturas sociais como expectativas conectadas às redes sociais, posições formais, e sistemas de papéis. Define rotinas como sendo os comportamentos habituais, competências, e tecnologias armazenadas na ‘memória organizacional’ (Thornton, 2002: 83).

Scott *et al.* (2000) têm como exemplo o setor da saúde onde observam ser influenciado pelas lógicas institucionais do mercado, do estado democrático (governo) e dos profissionais de saúde. Estes autores examinam como estas três lógicas determinam a transformação do setor – de uma lógica profissional dominante para a coexistência de três lógicas paralelas sem domínio prevalecente de nenhuma em particular. Ainda no setor da saúde, Ruef (1999) explora a mudança provocada pela evidenciação da lógica de mercado. Nesta investigação Ruef incidiu nas relações entre as categorias linguísticas (de técnicos, gestores e profissionais de saúde) e descobriu que uma mudança histórica nas lógicas resulta em mudanças das formas organizacionais – a maior relevância da lógica de mercado implicou a prevalência de questões financeiras, e de assunção de risco através de várias formas no setor organizacional, e uma menor incidência nas questões de acesso.

## Capítulo 3 – O paradigma da NPM na saúde

### 3.1. Introdução

Dos anos quarenta aos anos oitenta, a Europa Central caracterizou-se pelo domínio dos valores sociais que impunham modelos de gestão pública do ‘Estado Providência’<sup>8</sup>, onde a lógica dominante era a do serviço e do bem público fornecido e garantido essencialmente pelo Estado que assumia uma crescente intervenção. Nas últimas três décadas o ‘Estado Providência’ vê-se confrontado com uma ‘crise de legitimação’, principalmente porque o Estado deixou de poder satisfazer os diferentes e, por vezes, contraditórios interesses e lógicas, dos sistemas económico, político e social (Santos, 1992). Esta ideia de que o modelo se encontra em crise é notória quando o autor, na análise às mudanças ocorridas na estrutura, âmbito e funcionamento do ‘Estado de Bem-estar’, nos países da Europa Central, entre os finais dos anos setenta a inícios dos anos noventa, evidencia alguma diluição, fragmentação e precarização de algumas das formas de concretizar os direitos sociais.

Independentemente das próprias ideologias dominantes que condicionam as opções efetuadas pelos Governos relativamente às mudanças no seu setor público e que exigem uma cuidadosa análise (Ferlie *et al.*, 1996 e Flynn, 2002), em diferentes contextos sociais, económicos e geográficos, vão despontando reformulações do próprio papel do Estado, das suas políticas e estruturas. A reconfiguração da envolvente da ‘velha’ administração pública, caracterizada por uma gestão com regras estabelecidas, onde a burocracia e a prossecução dos procedimentos constituíam os objetivos mais importantes a alcançar, exige uma mudança do seu registo para uma preocupação crescente nos incentivos e nos resultados (Osborne e McLaughlin, 2002). Se por um lado, fruto das sociedades democráticas, se impõe a ênfase nas políticas eleitoralistas que salvaguardem a manutenção do poder, uma busca incessante, por parte dos Governos, de medidas que traduzam o seu bom desempenho em diversos setores, por outro lado, as restrições fiscais e os constrangimentos orçamentais no setor público implicam uma procura de aperfeiçoamentos da sua gestão – exemplo ímpar é o setor da saúde.

---

<sup>8</sup> O ‘Estado de Bem-estar Social’ ou ‘Estado Providência’ (*Welfare State*) é o resultado de um compromisso entre o Estado, o capital e o trabalho, no qual os capitalistas renunciam a parte da sua autonomia e dos seus lucros, os trabalhadores a parte das suas reivindicações e o Estado gere esta dupla renúncia transformando o excedente libertado em capital social (Santos, 1987). O capital social permite ao Estado garantir um “interesse geral, acima e além dos interesses particulares das diferentes classes sociais” (Santos, 1987: 15). Para isso o Estado criou, e cria, organismos estatais que regulam e produzem bens e serviços (educação, inovação tecnológica, infraestruturas, energia, saúde, habitação, justiça) que garantam direitos sociais iguais a todos os cidadãos, “independentemente da sua classe social ou de quaisquer outros critérios de diferenciação societal” (Santos, 1987: 19).

Independentemente da diferenciação de políticas de saúde, de acordo com o peso maior ou menor da intervenção dos privados no setor e as características do setor público, tem-se observado que “os governos por todo o mundo e atravessando vários quadrantes políticos têm implementado reformas da NPM” (Olson *et al.*, 2007: 3).

Estas reformas associadas à NPM incrementaram uma maior especialização, autonomia e fragmentação, que, por sua vez, desencadearam uma exigência de estruturas organizacionais mais integradas e o uso de instrumentos para melhorar a coerência e a coordenação (Christensen e Lægreid, 2007; Van de Walle e Hammerschmid, 2011). A NPM tem como denominador comum uma maior focalização nas regras de mercado, onde a separação entre o prestador e o comprador do serviço passa a ser evidente; tendo subjacente uma matriz de modelos de gestão privada que promova a eficácia e eficiência da utilização dos recursos públicos, o principal interesse é detetar as novas exigências de gestão das organizações públicas, adaptação da estrutura organizacional às novas formas de gestão e a procura de novos instrumentos que permitam melhorar a informação para apoiar a gestão.

Este capítulo resulta da revisão bibliográfica sobre os sistemas de saúde de uma forma geral, sua génese e evolução principalmente nas últimas quatro décadas; e de trabalhos de investigação que incidem sobre o levantamento das principais razões que levam os governos a introduzir reformas no setor da saúde e o efeito dessas reformas nos hospitais públicos, quer na Europa, Nova Zelândia e na Austrália.

A secção seguinte faz uma apresentação sintética do que se entende pela NPM, a evolução do seu conceito até à *New Public Financial Management* – NPFM e quais são as perspetivas futuras da NPM. Seguidamente, relacionam-se as reformas dos sistemas de saúde com os desafios colocados pela NPM e debatem-se as diferentes perspetivas do papel do Estado nas sociedades desenvolvidas. Os argumentos que alicerçam a escolha por um sistema de saúde essencialmente público, opção seguida amplamente pelos países da União Europeia, são também discutidos. O capítulo prossegue com a caracterização dos diferentes sistemas de saúde que se podem encontrar na OCDE. Por último, é efetuada uma análise dos caminhos da NPM nos hospitais.

## **3.2. A evolução da NPM**

### **3.2.1. Uma nova forma de pensar a administração pública**

Baseando na experiência do Reino Unido, Osborne e McLaughlin (2002: 7-9) distinguem 4 estádios de desenvolvimento da gestão pública: (1) o Estado minimalista – no final do século XIX – em que foram estabelecidos os primeiros princípios da administração

pública, a maior parte do serviço público era de responsabilidade do setor da caridade e a provisão do Governo era vista, na melhor das hipóteses, como ‘um mal necessário’; (2) parceria desigual entre o Governo e os setores da caridade e privado (no início do século XX), o Estado providenciava o mínimo essencial básico (a nível sanitário) e os outros salvaguardavam todos os restantes serviços públicos – com o setor da caridade a trazer características de flexibilidade e de potencial inovador para os serviços públicos; (3) o *welfare state* – a partir de meados dos anos 40 até aos anos 80 – onde a crença no falhanço da caridade e do setor privado, devido à fragmentação e duplicação da prestação de serviços públicos e da sua gestão ineficiente e ineficaz, incita o Governo a satisfazer as necessidades dos cidadãos com serviços geridos por um quadro profissional dos serviços públicos e de uma forma profissional e objetiva, sendo o ponto alto da hegemonia da administração pública sobre a prestação de serviços públicos; (4) o Estado plural – no final dos anos 80 até hoje – fruto de críticas e da insatisfação face à fase anterior, caracterizado pela provisão de um padrão mínimo de serviços a todos os cidadãos, esta fase reflete a evolução das necessidades percebidas dos cidadãos (para além de um nível básico de serviços para todos), prestação de serviços públicos desenhados para necessidades individuais, com maior nível de exigência e o desejo de maiores opções por parte dos utentes dos serviços. Esta última fase conduziu à privatização e mercantilização dos serviços públicos no Reino Unido e abriu o debate sobre: (1) a burocracia como princípio de organização da administração pública<sup>9</sup>; (2) a preocupação com a capacidade da administração pública para assegurar a economia; (3) a eficiência e eficácia da prestação dos serviços públicos; (4) uma preocupação pelos excessos de poder dos profissionais nos serviços públicos e a consequente perda de poder dos utentes dos serviços; e (5) o caminho para reformas com um modelo mais gestor, a NPM, tendo subjacente a convicção da superioridade da gestão do setor privado face à gestão da administração pública.

Porém, as primeiras mudanças relativamente à gestão pública ocorreram no início do século XX, nos EUA, através de um movimento progressivo que pretendia reformar a política e a administração ao invocar uma intervenção estatal, a separação entre o poder político e a administração e uma gestão mais competente (Groot e Budding, 2008).

---

<sup>9</sup> A burocracia tradicional, nos escritos de Max Weber (1947) - referido por Pollit e Bouckaert (2011: 71), é caracterizada por: (1) esferas de competência fixas; (2) gabinetes de hierocracia definidos; (3) uma distinção clara entre os papéis públicos e privados (e propriedade) de funcionários; (4) especialização e perícia na base para a ação; (5) as nomeações de carreira para funcionários a tempo integral; e (6) gestão pela aplicação de um conjunto de regras desenvolvidas e cujo conhecimento das mesmas confere a competência técnica aos funcionários responsáveis.

Pollit e Bouckaert (2011) referem que inicialmente a mudança de atitude face à gestão do setor público foi notória apenas em alguns países mais preocupados com políticas estratégicas racionais de planeamento hierárquico e análise de custo-benefício (principalmente EUA, Reino Unido, e França) – meados da década de 60 e anos 70. Os rápidos avanços na ciência e tecnologia e o crescente interesse no estudo de fenómenos sociais pela comunidade universitária foram preponderantes, num período de perturbações económicas globais, para realçar e divulgar a crença de que os governos estavam sobrecarregados e que o ‘Estado de Bem-estar Social’ se torna in comportável. Os autores acrescentam que estes fatores conduziram, durante os anos 80 e início dos anos 90, a programas maiores de reforma do governo central, mais tarde designados por NPM, com uma tendência para fragmentar as organizações do setor público, com diversos formatos, mas cada uma perseguindo metas e objetivos bem definidos, utilizando técnicas de gestão privada para melhorar a eficiência e gestores com maior autonomia. Este movimento rapidamente foi adotado por muitos países e, “no início dos anos 90, tornou-se a ‘nova norma’ em muitas publicações e discussões sob a influência do grupo PUMA (*Public Management Committee*) na OCDE” (Pollit e Bouckaert, 2011: 208). Os autores não deixam de notar que mesmo em países culturalmente resistentes ao pacote da NPM como um todo (como a França ou os países nórdicos) houve uma tendência para adotar ou experimentar algumas ferramentas específicas.

### **3.2.2. Características subjacentes à NPM**

A NPM, expressão atribuída a Hood (1991), tem sido observada, principalmente, um pouco por toda a Europa, EUA, Nova Zelândia e Austrália (Hood, 1991, 1995). São sete as componentes que Hood (1995: 5 e 6) identifica nesta reforma de gestão e que se encontram interligadas: (1) reestruturações das organizações do setor público através da adoção da figura empresarial organizada por produtos; (2) fornecimento competitivo mais baseado no contrato, com a liberalização do mercado de serviços públicos e contratos a termo; (3) utilização de técnicas e ferramentas de gestão tipicamente utilizadas no setor privado e que têm ganho cada vez maior relevo, como com a introdução ou melhoria dos sistemas de contabilidade de gestão ou/e de controlo de gestão, introdução de técnicas de avaliação do desempenho, ou outras; (4) maior preocupação com a disciplina e a economia na utilização de recursos; (5) maior ênfase no governo visível da gestão de topo; (6) padrões mensuráveis formais explícitos de desempenho e sucesso; (7) maior ênfase no controlo dos outputs.

Este tipo de reforma é visto como um caminho promissor de maior transparência para o exterior e de autoavaliação para o Estado. Harfouche (2008) ao aludir a estes sete

elementos doutrinários, reforça as componentes (1) e (2), respetivamente, como a mudança para a desagregação de unidades do setor público e para maior competitividade no setor público.

Segundo Dawson e Dargie (2002) a NPM é um termo usado internacionalmente por académicos, Governos e discussões organizacionais, mas raramente definido. As autoras definem o termo como: (1) um movimento; (2) um assunto para estudo e debate académico; e (3) um conjunto de práticas que podem ser observadas no novo setor público.

Hood (1995) sugere que o espírito do velho serviço público desapareceu e que um novo conjunto de valores, chamados de NPM – focalizados na contabilidade e na visibilidade contabilística – caracteriza agora o serviço; a “contabilidade tem que ser o elemento-chave da conceção da responsabilização, uma vez que reflete a elevada confiança no mercado e nos métodos do negócio privado” (Hood, 1995: 94). A importância da contabilidade e da sua visibilidade para o setor público contemporâneo é também referida por Lapsley (1999).

Lapsley (2008: 77) constata a NPM como um fenómeno multifacetado, “não só no desenho, mas também na sua implementação e nos seus efeitos”, o que exige a sua análise sob diversas perspetivas: gestão de processos, mecanismos de mudança e constrangimentos na sua implementação; de forma a poder ser avaliada a importância da gestão dos processos em alcançar a mudança. Este processo de mudança, que ainda continua a decorrer na Europa no setor público, foi reforçado como consequência de pressões governamentais.

Porém, a NPM é reconhecida como sendo de natureza difícil de explicar no contexto internacional, especialmente quando os investigadores se focalizam mais nos resultados do que nas propostas e responsabilidade políticas, com promessas de reformas em que os cidadãos terão serviços de elevada qualidade a custos baixos e com facilidade de acesso (Pollitt e Bouckaert, 2000; Christensen e Lægreid, 2001).

Brunsson e Sahlin-Andersson (2000) descrevem as reformas recentes no setor público como tentativas de construção de organizações, tornando-as mais completas ao instituir ou reforçar a sua identidade, hierarquia e racionalidade, com objetivos claramente definidos, em que as fronteiras da organização podem também ser observadas como desafios para os profissionais, cujos interesses, valores, normas e padrões são normalmente uma extensão dos da instituição. Já anteriormente, Brunsson (1994) tinha argumentado que as organizações são geralmente construídas de uma forma que combina elementos de mais do que uma instituição e deu algumas explicações possíveis para esta ‘confusão institucional’ (ver secção 3.4.4.).

Estas movimentações na gestão pública são também identificadas com a *New Public Sector Management* – NPSM (Shaw, 2004) ou com a NPFM (Hood, 1995; Olson *et al.*, 2001 e Guthrie *et al.*, 1999).

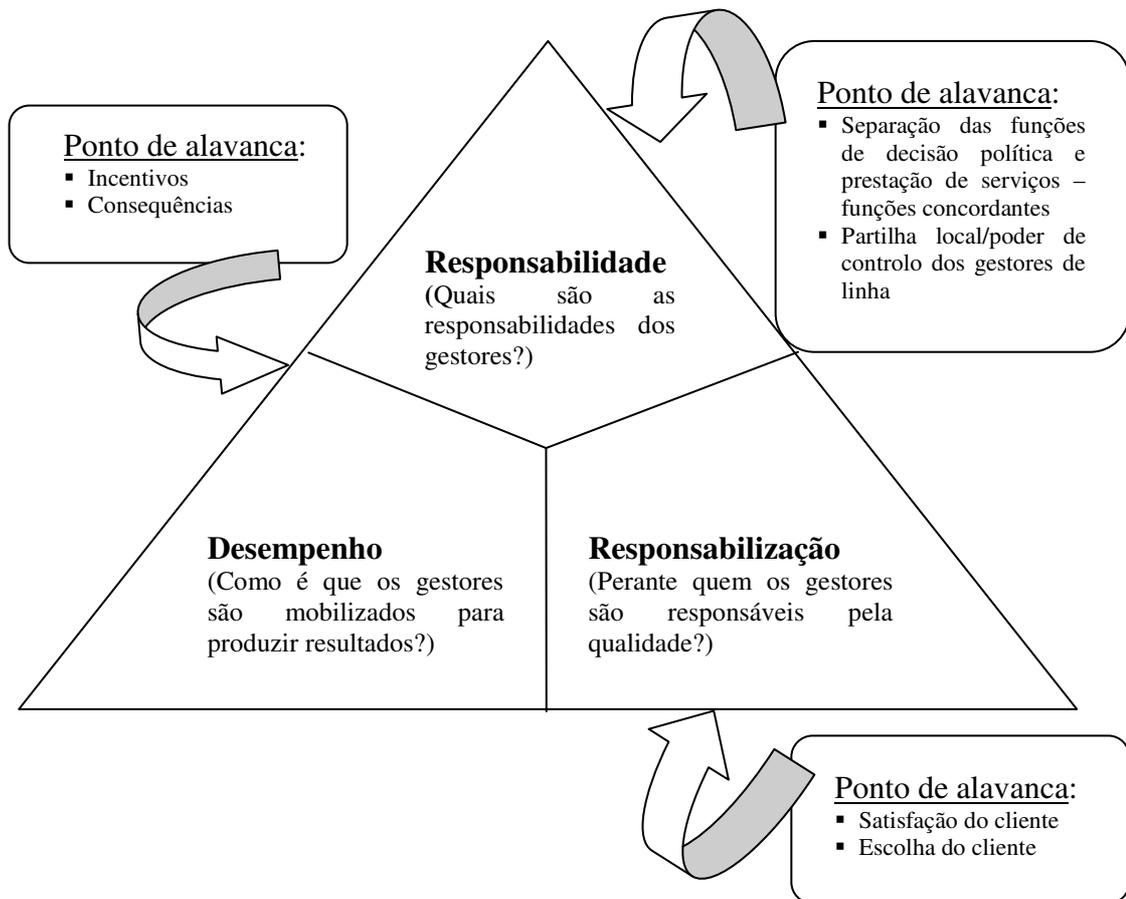
Shaw (2004: *vii*) afirma que a NPSM tem como preocupação a adoção de práticas empresariais nas agências públicas na expectativa de que os esforços na implementação da mudança sejam mais fáceis, mais efetivos e, como resultado, mais permanentes. O autor resume exemplarmente as práticas empresariais (Shaw, 2004: 16) como “a forma de desenvolver, produzir e fornecer um bem ou serviço que (i) utilize o custo unitário na produção do bem ou serviço, (ii) relacione os custos com os resultados esperados do bem ou serviço para alcançar o ‘*value for money*’, (iii) faça o inventário das necessidades dos clientes, da sua procura e sua satisfação regularmente, (iv) se considera responsável pessoalmente pelo desempenho através de termos explícitos de referência, (v) demonstra responsabilização para com os acionistas (i.e, contribuintes) pela monitorização e avaliação rigorosa das suas funções (i.e, sistemas de controlo, auditorias), e (vi) faz uso do dinheiro e de outros incentivos para recompensar o desempenho”.

Shaw (2004) defende que os papéis e as responsabilidades devem ser claros (ver Figura 1), o desempenho dos empregados e a responsabilização e prestação de contas (*accountability*) para com os clientes/pacientes são importantes e que aos gestores públicos empreendedores é-lhes permitido melhorias de eficiência e produtividade através da gestão por resultados. De acordo com a Figura 1, podemos observar que a cada um dos pilares da NPSM são associados fatores (pontos de alavanca) que influenciam, clarificam os objetivos, acordos, poderes dos decisores políticos, desempenho individual e de equipa e a responsabilização perante o cliente; sendo que para cada um dos pilares é expectável uma contribuição independente para o desempenho público, mas apenas quando ativados em conjunto se esperam sinergias reais no desempenho e comportamento dos serviços públicos, se esperam influências nos compromissos dos empregados para com o serviço, e se tornam possíveis melhorias contínuas e sustentadas de desempenho.

Guthrie *et al.* (1999), num estudo elaborado sobre as reformas em onze sistemas de saúde em diferentes países, descrevem de uma forma focalizada especificamente nas técnicas contabilísticas as reformas da nova gestão do setor público como se tratando apenas de uma. Seguindo o que já tinha sido evidenciado por Hood (1995) ao defender que as reformas mudam a ênfase nos padrões profissionais e de peritagem para padrões mais explícitos e mensuráveis providos por diferentes técnicas contabilísticas, as principais características

enunciadas por estes autores para a NPFM são: a existência de padrões explícitos de desempenho, uma maior ênfase no controlo de resultados, concorrência crescente, contratos e técnicas de gestão do setor privado. Como característica predominante são de salientar os modelos de avaliação e de gestão do desempenho que implicam uma transição para uma maior ênfase na produção e focalização nos resultados de formas controlo e Governação (Hood, 1995; Pollitt e Bouckaert, 2000; Modell, 2009).

**Figura 1 – Três pilares da NSPM**



Fonte: Adaptado de Shaw (2004: 15)

Em suma, a NPM tornou-se num movimento globalmente reconhecido e, de acordo com Flynn (2002: 74), os governos usam uma linguagem similar para descrever as suas reformas mas “na prática existem prioridades diferentes e objetivos diferentes”. O autor argumenta que dentro das categorias de reforma ou mesmo da NPM “existem diferenças entre os países, nas três áreas de discurso sobre problemas e as suas soluções, decisões sobre o que

fazer e na implementação” (Flynn, 2002: 59), porque cada país tem um conjunto de elementos contextuais particulares. Para compreender os processos da NPM e os seus efeitos é preciso ter em conta a complexa inter-relação entre os fatores do ambiente, “as características políticas e os constrangimentos histórico-institucionais de cada país” (Christensen e Lægreid, 2001: 89). Quanto à implementação de soluções, por exemplo, o contexto institucional é de extrema relevância para a escolha de propostas de solução e condiciona o sucesso. Este contexto é definido como tendo quatro partes: “o clima de gestão, a cultura nacional que tem impacto na cultura organizacional, os sistemas sociotécnicos setoriais para serem reformados e a capacidade institucional para a mudança” (Flynn, 2002: 74). O autor refere, ainda, que as atitudes ou posições políticas, tais como o apoio político ou/e a força dos ministros e das profissões, afetam o processo de gestão e as mudanças que possam ocorrer (*ibid*: 75).

Mais recentemente, ao mencionar a ‘nova era’ da NPM, Olson *et al.* (2007: 3) aludem o facto de tomarem cada vez mais consciência de “que a sua ‘novidade’ pode estar na maneira como os processos da NPM podem ser interpretados de forma diferente no contexto do setor público, e, portanto, as diferentes formas que os processos de reforma tomam em diferentes contextos”. Estes investigadores insistem em ver as reformas da NPM e NPFM como elementos com cada vez maior importância na transformação do setor público; como verdadeiros motores da mudança nas organizações deste setor e do comportamento organizacional e das expectativas sociais (Olson *et al.*, 2007).

Por outro lado, “de uma forma crescente, as ideias reformistas circulam nas redes internacionais, e não apenas nas nacionais, pelo que os Governos copiam outros Governos e trocam ideias em encontros da OCDE, do Conselho de Ministros da União Europeia, ou do Banco mundial, bem como fazem um uso crescente de consultores de empresas multinacionais” (Pollitt e Bouckaert, 2011: 4). Tal facto conduz a um processo de isomorfismo que dissemina e globaliza as políticas da NPM como forma de promover a eficiência e o equilíbrio económico dos países, mesmo em países com ideologias políticas díspares. Porém, porque as ideias defendidas pela NPM são bastante ambíguas e vagas, e as suas reformas complexas e híbridas sem receitas específicas, Christensen (2012: 648) refere-se a esta como sendo um “modelo organizacional formalizado, racionalizado e padronizado que se espalha numa ampla moda descontextualizada e se tem traduzido mais em ‘fachadas’ do que realmente está a ser concretizado na prática”.

### **3.2.3. O estado da arte e perspectivas futuras da NPM**

Para além deste efeito ‘multiplicador’ provocado por uma comunidade interessada em disseminar as novas ideias e técnicas associadas à NPM, Pollitt e Bouckaert (2011: 12-14) referem ainda: (1) a questão da língua inglesa característica dos países que lideram a NPM e que facilita sua divulgação; (2) a capacidade de colonização de posições chave nas principais agências internacionais, pelos mentores das ideias NPM, ganhando por isso maior poder de comunicação e de influência; e (3) a falta de evidência entre o anúncio de uma reforma política e a sua implementação com sucesso, o que provoca, lacunas de racionalidade e a repetição do modelo sem a avaliação efetiva dos seus resultados. Porém, os autores defendem que este tipo de reformas não têm sido universais e que “a ideia de uma tendência global, pelo menos de uma forma forte, é algo como uma miragem – nem a NPM tem sido o único tipo de reforma que tem acontecido”.

Em termos de trajetórias e estratégias, os países não seguem a NPM no seu todo; existe uma espécie de dependência, mas mais do que um caminho para ser percorrido, num ou noutro momento, com mecanismos específicos que reforçam certas ações e punem outras, que diferem de alguma forma entre Estados maioritários e Estados consensuais, entre sistemas centralizados e sistemas descentralizados, bem como entre culturas diferentes (Pollitt, 2008).

A organização burocrática não é temporária, nem os profissionais que a compõem. Pollitt (2009: 199) reforça a ideia de que a burocracia “é uma organização de carreira com uma autoridade central contínua”, com um núcleo de operações registadas e regras definidas hierarquicamente que dão continuidade e consistência à tomada de decisão burocrática. Neste sentido, os contornos mais nítidos da NPM tornam-se mais esbatidos, “levando a críticas menos puras e simples da burocracia estatal, uma abordagem cautelosa em vez de entusiasmo pelos mecanismos do tipo mercado e privatização, e um estilo de implementação menos rápido (alguns diriam menos cruel) do que prevalecia na Nova Zelândia e no Reino Unido” (Pollitt e Bouckaert, 2011: 73).

Em consonância com esta opinião, num estudo comparativo entre a Noruega e a Nova Zelândia, Christensen *et al.* (2008) observam que, numa perspectiva instrumental, a Noruega implementou alguns dos elementos da NPM, como outros países, mas de uma forma algo relutante, durante um longo período de tempo, parecendo ter sido pressionada pela tendência de reforma de outros países, e com uma interpretação e filtragem cultural das medidas da NPM que permitiram criar variantes próprias de forma a torná-las mais aceitáveis. Abre-se aqui um horizonte para a NPM que permite identificar algumas reformas como mais híbridas, que embora partilhando ideias e características da NPM, implementam a NPM com

intensidades distintas, apenas usufruem de alguns dos mecanismos da NPM adaptados a uma situação, ou a uma área do setor público em concreto, ou/e redesenhados em consonância com as características socioculturais do país. Ainda que, ao longo desta tese, seja entendida como reforma pública da NPM qualquer tipo de reforma que tenha subjacente a ideia de utilização dos mecanismos do tipo mercado, parece adequado fazer referência a esta nova abordagem.

Ao refletir sobre os insucessos do mercado no setor da saúde, particularmente no que se refere às funções da saúde pública e a capacidade administrativa limitada em grande parte dos governos, Khaleghian e Gupta (2005: 1090) defendem que o papel das reformas inspiradas na NPM são limitadas e pode ser necessário um regresso adaptado à ‘velha administração pública’, apenas porque outras abordagens, que atribuam maior relevância às características das funções públicas de saúde e à melhoria da sua prestação pelo próprio Governo, poderão ser mais efetivas. Pollitt e Bouckaert (2000) reforçam que existe uma literatura considerável que expressa um forte descontentamento com a NPM mostrando um certo desapontamento com os resultados, perante as expectativas – de maior eficiência, maior responsabilização e um Governo menos ‘espaçoso’ e mais forte – que foram em parte defraudadas e que comprometeram um pouco o caráter específico da administração pública.

Mesmo que se restrinja a análise aos países da OCDE, Pollitt e Bouckaert (2011) não reduzem a reforma da gestão pública entre 1980 e 2000 a uma convergência global sob o modelo da NPM. Os autores aludem uma “precaução generalizada para com a NPM por parte de um número de países da Europa continental” (Pollitt e Bouckaert, 2011: 208), assinalando “o desenvolvimento de uma trajetória alternativa que foi caracterizada como *Neo-Weberian State*<sup>10</sup>” (*ibid*: 209). São exemplos deste fenómeno: a descentralização francesa no início dos anos 80, a fusão de ministérios na Austrália em meados de 80, a reforma da agência na Finlândia no início dos anos 90, ou, ainda, as ‘caóticas’ mudanças italianas depois da crise política de 1994. Estas reformas foram direcionadas para resolver principalmente problemas domésticos específicos perceptíveis e não como agenda internacional de aplicação da NPM.

De uma forma sintética, o *Neo-Weberian State* é um modelo de reforma do setor público em que se preconiza “uma ambição relativamente modesta de ‘iluminação’ da burocracia existente, através da desregulamentação e racionalização, e simultaneamente poupar dinheiro ao dar maior rigor aos orçamentos e gestão financeira” (Pollitt e Bouckaert, 2011: 115). O objetivo é que, sem uma reestruturação fundamental, as estruturas públicas

---

<sup>10</sup> Para uma discussão alargada sobre o *Neo-Weberian State* nos países da OCDE ver Pollitt e Bouckaert (2011: 114 a 122). Ver também a discussão sobre estes tipos de reforma ocorridas na Dinamarca, Noruega e Reino Unido (Opedal e Rommetvedt, 2010).

existentes sejam mais práticas, modernas e que funcionem melhor, com maior rigor. O mais típico é a implementação de reformas orçamentais que promovam os resultados e o desempenho (sem que haja o necessário abandono da carreira de serviço público, onde o funcionário ascende por conhecimento técnico das regras aplicáveis à sua função); descentralização extensiva e devolução de autoridade dos ministérios centrais para agências; e um compromisso mais fortalecido com a melhoria da qualidade e responsabilização pelos serviços públicos perante o cidadão. Esta atualização da velha estrutura burocrática pode acontecer pela simples modernização da gestão (sistemas, ferramentas e técnicas) ou/e modernização participativa (devolvendo mais autoridade a governos subnacionais, desenvolvimento do utilizador responsável e melhor qualidade de serviços). Os autores reconhecem uma distinção entre norte e sul na Europa continental, com os modernizadores participativos mais a norte (Finlândia, Holanda e Suécia) e os modernizadores de gestão mais no sul (França, e, mais tarde, Bélgica e Itália).

Para reforçar esta última perspetiva, veja-se a investigação de Opedal e Rommetvedt (2010) sobre reformas ocorridas nos hospitais, no âmbito da NPM, na Dinamarca, Noruega e Reino Unido. Pode-se concluir que as reformas foram no sentido de uma convergência de sistemas de saúde, pela centralização da propriedade, descentralização da administração (atribuindo maior autonomia e poder discricionário aos gestores dos hospitais) e mercantilização (maior ênfase na competitividade entre os prestadores e a possibilidade da escolha livre dos hospitais). Embora com trajetórias e detalhes diferentes, entre os países, demonstrando ainda um papel dominante da NPM na inspiração de políticas de reforma – mas com maior influência no Reino Unido e uma maior relutância da Noruega e Dinamarca. Isto denota uma mistura mais complexa e híbrida entre o Estado e o mercado na prescrição de reformas da NPM, indicando uma influência de ideias e conceitos da *Neo-Weberian State* que permitem um ajustamento melhor das reformas às características do modelo Beveridgeano da saúde (ver secção 3.3.2.).

Relativamente à Dinamarca, Pedersen e Löfgren (2012) designam o tipo de reformas que ocorreram no setor público como uma NPM pragmática porque, apesar de exibir todas as características da NPM, os reflexos reais do fenómeno na gestão pública, ao longo da primeira década deste século, foram parcos – foram diminutas as reformas, na prática, rotuladas de mercado; pelo contrário os decisores continuaram a subscrever os instrumentos bem conhecidos de comando e controlo que já existiam e que tinham mais em comum com a economia planeada tradicional do que com o neoliberalismo governamental.

O debate sobre qual o modelo que está a suceder à NPM encontra-se aberto. Christensen e Lægreid (2007) referem uma nova fase de reformas públicas (iniciativas pós-NPM), que tem ocorrido nas duas últimas décadas, como resposta à fragmentação causada pela NPM, em que se adotam estratégias de coordenação e integração, designando-a por *Whole-of-Government*. Porém, as reformas da administração pública ocorridas na Noruega e estudadas por estes autores indicam que acompanhando a implementação e reorganização da reforma, hoje, este conceito original parece ter sido mudado para maior especialização e desagregação novamente (Christensen e Lægreid, 2013).

Pollitt e Bouckaert (2011: 122) defendem que um candidato que lidera é a Governação (*Governance*) e que o paradigma da *New Public Governance* (NPG) enraizado na teoria de redes (Osborne, 2010) não é a única versão de governação (ver por exemplo, Pollitt e Hupe, 2011). A Governação é “oposto quer ao ‘Estado plural’, onde múltiplos atores interdependentes contribuem para a prestação dos serviços públicos, quer ao ‘Estado pluralista’, onde processos múltiplos participam no sistema de formulação políticas” (Osborne, 2010: 9). Fundamentada na teoria dos sistemas naturais abertos, a Governação tem em conta as pressões da envolvente externa e institucional “que capacitam e inibem a implementação da política pública e a prestação dos serviços públicos nesses sistemas plurais e pluralistas” (*ibid*).

Osborne (2010: 414) argumenta que “a NPG tornou-se o regime dominante da implementação de políticas públicas e prestação de serviços públicos”. O autor considera que “a NPM tem sido atualmente uma etapa transitória na evolução da tradicional administração pública para o que é aqui designado por NPG” (Osborne, 2010: 1). Este autor argumenta que a implementação da política pública atravessa três regimes de arquitetura e de prestação de serviços públicos: (i) a administração pública, do século XIX até aos anos 70 e início da década de 80; (ii) a NPM nos anos 80 até ao início deste século; e (iii) uma terceira fase emergente da NPG. Porém, “inevitavelmente, tal regime tripartido é uma simplificação – elementos de cada um dos regimes podem e vão coexistir um com o outro ou se sobrepõem” (Osborne, 2010: 2).

Mais controversa é a opinião de Pollitt e Bouckaert (2011: 123), segundo a qual a NPG é um modelo abstrato e alargado que dificulta decidir o que é ou não NPG, pois “apesar de especificar algumas características (por exemplo, a afetação de recursos ser feita através de ‘redes e contratos relacionais’), é largamente descritivo e sem nenhum ‘motor’ teórico”. O próprio estatuto de modelo é ambíguo, uma vez que Osborne (2010: 6) não apresenta a NPG

“como um paradigma normativo novo que substitui a administração pública e a NPM” nem como a melhor e única resposta “aos desafios da implementação da política pública e prestação de serviços públicos no século XXI”, mas sim como “uma ferramenta conceptual com o potencial de ajudar a compreensão da complexidade destes desafios e como uma reflexão sobre a realidade atual do quotidiano dos gestores públicos”.

Uma visão um pouco diferente é apresentada por Hood e Peters (2004) ao não atribuir a designação de NPG, mas sim de ‘terceira idade’ da NPM com uma autoconsciência intelectual. Os autores referem apenas que no início (anos 80) a investigação centrou-se em descrições sobre a NPM, havendo uma mistura de preocupações normativas e de tentativas de mapeamento descritivo dos acontecimentos, com uma índole crítica filosófica da NPM que foi acontecendo num número considerável de países da OCDE e nos países sob ajustamentos estruturais do Banco Mundial. Numa segunda fase, a investigação focou-se, de acordo com estes autores, na nova abordagem do ‘gerencialismo’ do setor público, e a sua coerência – foi promovido o debate para tentar explicar o aparecimento de ‘uma agenda aparentemente nova’, com estudos comparativos entre países para uma avaliação das diferenças e variações na implementação, sem contudo ter havido um consenso sobre um conjunto único de características da NPM, havendo sempre algumas diferenças entre os vários autores que dominaram esta área na altura (por exemplo, Hood 1991; Pollitt, 1990). Na ‘terceira idade’, o estudo sobre a NPM torna-se mais abrangente, com uma história intelectual e um maior desenvolvimento dos domínios políticos, com ênfase na intervenção social e na identificação de paradoxos e surpresas na reforma da administração do setor público. Isto traduz, tal como em muitas outras áreas, o desenvolvimento normal do conhecimento científico. Pois as “descontinuidades e não-linearidades na reforma (...) constituem uma veia analítica que está apenas a começar a ser trabalhada mais fortemente pelos estudiosos da NPM” e “uma análise mais sistemática desses paradoxos poderia ser avançada substancialmente tanto na ciência administrativa em geral como para a compreensão da reforma do setor público, em particular” (Hood e Peters, 2004: 277).

Os três modelos referidos por Pollitt e Bouckaert (2011: 219) representam “a primeira e a segunda geração de reforma”: primeiro, a NPM, como uma rutura com a burocracia hierárquica tradicional, promovendo os mecanismos de mercado no sentido de obter resultados de interesse público; depois a *Neo-Weberian State* como uma alternativa emergente à NPM, com uma forma de hierarquia profissionalizada e consultiva; e finalmente a NPG, baseando-se numa abordagem de rede, produz uma visão mais abrangente e inclusiva da

ampla gama de organizações que precisam de ser envolvidas na gestão de sociedades complexas e pluralistas.

Muitos académicos têm argumentado que a NPG tem sucedido ou está a suceder à NPM, e que é de alguma forma uma reação consciente às limitações da NPM. Não obstante, Pollitt e Bouckaert (2011: 208) divergem dos que declaram a NPM como atualmente morta (Dunleavy, *et al.*, 2006), acrescentando que alguns tipos de reforma da NPM individualmente continuam num número de países e que a atual crise económica global, permitiu avivar “as partes do menu da NPM que pretendem resultar em poupanças de curto prazo – como subcontratação em larga escala”. Para além disso, os próprios autores não demonstram acreditar na morte da NPM porque reconhecem que permanece a existência da divulgação de alguns elementos da NPM e as mudanças que tem sofrido (Dunleavy, *et al.*, 2006). Também Groot e Budding (2008) reconhecem que ainda não é clara a dimensão específica que as reformas da NPM realmente provocaram na mudança da tomada de decisão, nas atividades e no desempenho do setor público e à medida que estas reformas progredam, e até se convertam em novas abordagens da gestão pública, os investigadores continuarão a ser permanentemente desafiados a analisar profundamente o impacto destas reformas quer na tomada de decisão quer no desempenho do setor público.

### **3.3. As reformas dos sistemas de saúde e os desafios da NPM**

#### **3.3.1. Porquê um sistema de saúde essencialmente público?**

O sistema de saúde é aqui entendido como um conjunto de elementos que, associados e articulados entre si de uma forma permanente, interativa e equilibrada (em rede), produz um efeito conjunto (de saúde) maior do que a soma das partes, é regulado por retroação entre os seus elementos e tem capacidade para gerar efeitos ou funções novas e, por isso, o sistema de saúde é um sistema adaptativo (Conselho de Reflexão sobre a Saúde - CRES, 1998). Assim, o sistema de saúde “... pressupõe diferentes níveis de intervenção (que vão desde a promoção da saúde aos cuidados paliativos), formas organizadas de atuação em cada nível (o médico de família, o hospital, a residência medicalizada), os modelos de financiamento adequados e métodos de avaliação sistemática e objetiva sobre a efetividade, a eficiência e a qualidade dos cuidados prestados.” (CRES, 1998: 105). Esta é a principal razão para a maioria dos Governos terem como prioridade as políticas de saúde e a forma como podem melhorar os seus resultados (Cruz, 2006: 1).

A questão da saúde, como uma responsabilidade pública, começou a ser tratada com a criação do Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service – NHS*) no Reino Unido, em

1947 e 1948 (CRES, 1998). Anteriormente tratava-se de um problema individual em que o doente ou a sua família tinha a responsabilidade pelos custos da manutenção da saúde. A partir do nascimento do NHS, passaram a existir instituições prestadoras de cuidados de saúde pertencentes ao Estado com a responsabilidade da sua manutenção, gestão e do seu financiamento, que é garantido através dos impostos pagos pelos cidadãos. Esta iniciativa encontrava-se inserida numa política de justiça social (*fairness*), em que o Estado centralizava a redistribuição da riqueza de forma a proteger os mais desfavorecidos. Conceptualmente os cuidados de saúde são considerados como um bem social em que o fornecimento de serviços a cada indivíduo é precioso para a comunidade no seu todo (Saltman e Figueras, 1997).

Ao longo dos anos 70 e, mais acentuadamente, nos anos 80, houve um esgrimir de argumentos sobre a orientação que deveria ser assumida no setor da saúde, se essencialmente público ou se privado. Esta é uma questão particularmente ideológica. De acordo com Williams (1988: 4), Donabedian (1971) denomina a ideologia pró-privada de ‘libertária’ e a ideologia pró-pública de ‘igualitária’. Os ‘libertários’ defendem que o cidadão deveria poder utilizar os seus recursos para obter melhores cuidados de saúde do que outros cidadãos que não se disponibilizam a realizar essa despesa. Para os ‘igualitários’ o acesso aos cuidados de saúde é um direito de cada cidadão, independentemente da sua condição financeira.

Sinteticamente, os ‘libertários’ defendem que “... o mercado é um mecanismo tão adequado à regulação da procura e oferta de serviços de saúde, como de outros bens e serviços” (Campos, *et al.*, 1987: 101). Os principais argumentos desta ideologia, segundo Campos, *et al.* (1987), são: (1) o mecanismo mais correto, para a distribuição eficiente dos recursos, é a livre contratação baseada na soberania do consumidor; (2) os serviços gratuitos provocam excesso de procura<sup>11</sup> e, por isso, ineficiência da distribuição de recursos, pois o que uns consomem excessivamente poderá faltar a outros; (3) a definição de bens de mérito, pela regulação pública, é uma desconsideração completa da soberania do consumidor, que tem capacidade para decidir; (4) a criação de seguros obrigatórios por doença não é a forma mais eficiente de cobrir os riscos de saúde, deveria ser o mercado a desenvolver sistemas de seguro facultativo; (5) o fim lucrativo da prestação de bens e serviços de saúde é que permite o seu desenvolvimento, novos sistemas de seguro, maior informação ao consumidor (para os desprotegidos haveria uma proteção por sistemas de beneficência); (6) as irregularidades iniciais da distribuição de rendimentos seriam corrigidas pelos mecanismos de mercado;

---

<sup>11</sup> Por exemplo, em Portugal, quando se introduziram as taxas moderadoras em 1983, num hospital central, a utilização dos cuidados hospitalares de urgência regrediram 20% (Campos *et al.*, 1987).

assim (7) a intervenção do Estado no mercado deveria ser resumida à sua ação reguladora para reduzir fatores de risco que possam deformar o funcionamento do mercado.

Os ‘igualitários’ contradizem de forma contundente o argumento da supremacia da contratação voluntária, dos ‘libertários’, com base no princípio da soberania do consumidor (Campos, *et al.*, 1987), pois a procura da saúde não sendo originária, mas sim derivada, reduz o espectro da contratação voluntária presente na aquisição de outro tipo de bens e serviços, e esta procura pode ser induzida (*v.g.*, por maior oferta de médicos e disponibilidade de camas).

Como refere Justo (2000), à luz da teoria económica da informação, o bem transacionado no setor da saúde – ‘cuidados de saúde’ – tem características muito distintas de qualquer outro bem onde se podem aplicar as leis de mercado. O cliente não dispõe de informação precisa sobre os custos, os riscos e as opções que o mercado oferece para poder satisfazer da melhor forma o bem de que necessita, ele apenas tem noção dos benefícios que alcança ao eliminar essa necessidade, e mesmo assim de forma incompleta. Assim, Justo (2000) vê a soberania do consumidor de ‘cuidados de saúde’ limitada por diversos fatores que dificultam a sua tomada de decisão. Neste sentido, é natural que “... a utilização de cuidados de saúde, especialmente em situações de risco, envolva a transferência de responsabilidades do utilizador para o prestador” (Justo, 2000: 49). Aqui encontra-se explícita a característica central da relação de agência<sup>12</sup> entre o utilizador e a entidade prestadora, em que utilizador não domina a informação necessária e aceita que o prestador saiba mais sobre os resultados que poderá alcançar quanto ao seu estado de saúde do que ele próprio. Existe, visivelmente, uma assimetria de informação que é reconhecida pelo utilizador. O consumidor do bem “saúde” aceita transferir para outrem, o médico, tanto o critério de escolha como também o grau de sucesso das terapias utilizadas, delegando, assim, uma parte importante do seu poder de decisão no prestador; este atua como agente podendo, até, induzir a procura. Muitas vezes, os pacientes não compreendem o quê nem o porquê dos tratamentos e também não são capazes de avaliar a qualidade do processo de tratamento médico (Pettersen, 1995).

---

<sup>12</sup> Também existe esta relação de agência entre os prestadores dos cuidados de saúde e os pagadores/financiadores dos mesmos que muitas vezes origina problemas de sobreprestação de serviços de saúde. De acordo com Leone (2002), a contratualização traduz uma partilha ótima de riscos num contexto de principal e agente : os médicos (e os hospitais) têm um papel importante no controlo dos custos e na prestação dos cuidados de saúde, controlam o acesso a outros serviços como testes de diagnóstico, consultas de especialidade, admissões ao hospital, em suma, todo o consumo; e os pagadores/financiadores controlam e gerem estes comportamentos através dos contratos. Estes serviços quando são pagos numa base de taxa por serviço prestado incentiva a que haja um incremento dos serviços fornecidos, pois o pagamento é feito de acordo com a quantidade dos serviços prestados, o que beneficia a qualidade do serviço prestado ao paciente; enquanto num sistema de pagamentos por capitação existe a tendência de minorar o número de serviços efetuados, uma vez que os riscos da variação dos custos destes serviços são suportados pelo prestador (Leone, 2002).

A racionalidade do mercado encontra-se perfeitamente deturpada; uma vez que o utilizador, de uma forma geral, não recorre a um perito independente para, numa situação de risco, assumir a função de decisão de prestação (Justo, 2000). De facto, ao contrário de outros setores em que a função prestação é distinta da função decisão de aquisição, no setor da saúde as duas funções são concentradas no prestador. Saltman e Figueras (1997: 41) reforçam que os “... médicos são simultaneamente fornecedores de serviços (para os pacientes) e clientes de serviços (do hospital)”. Os autores denunciam que este dilema pode inibir a aplicação das teorias de mercado ao setor da saúde, que é agravado porque, neste caso, “a teoria económica neoclássica assume que os subsídios cruzados entre diferentes categorias de fornecedores e clientes são ineficientes e injustos, já que a função social da responsabilidade dos sistemas de cuidados de saúde envolve substanciais subsídios cruzados: de novos para velhos, de ricos para pobres e dos saudáveis para os doentes” (*ibid*). Estes autores referem, ainda, que as relações de mercado requerem preços reais e que o desenvolvimento de preços reais nos cuidados de saúde é extremamente dispendioso.

A aplicação de instrumentos tipicamente de mercado na saúde é preocupante devido à possibilidade do individualismo orientado pelo mercado poder provocar uma erosão na responsabilidade coletiva que sustenta o bem-estar dos Estados Europeus (Diderichsen, 1995).

Dependendo da predominância do público ou do privado no setor da saúde, os objetivos principais serão distintos. Para Williams (1987) num sistema onde prevalece o setor público a eficiência social é alcançada pela maximização do bem-estar social e por elevados padrões de qualidade; se o sistema da saúde se centrar no setor privado, a eficiência será obtida através da minimização dos custos e da maximização dos resultados. O autor acrescenta que qualquer um dos sistemas é paradoxal, se os considerarmos teoricamente na sua forma mais pura. No sistema privado existe um incentivo à minimização dos custos ao nível micro, mas não conseguem ter uma visão dos custos ao nível macro, e dificilmente os controlam. No sistema eminentemente público, pelo contrário, uma vez que o financiamento tem origem nos impostos, existe um controlo a nível macro, mas uma falta de sensibilidade e enormes dificuldades na gestão dos custos ao nível micro. Esta paradoxalidade é resolvida pela escolha de soluções de equilíbrio mistas por parte dos Estados e o problema passa a ser a propensão mais enfática para o domínio público ou para o privado. A propagação de políticas da NPM é consonante com esta tendência para soluções de equilíbrio mistas.

Pode-se concluir que existe uma tendência à combinação de princípios de solidariedade e equidade, cuja regulação estatal é indispensável, com os mecanismos de

mercado, em que a competição é promotora de maior qualidade e maior eficiência; não havendo um consenso sobre qual o melhor modelo, mas reconhecendo a questão do crescimento dos custos globais da saúde e, em simultâneo, dos princípios da universalidade na cobertura, da equidade no acesso e da solidariedade no financiamento (Saltman e Figueras, 1997), há a necessidade de avaliar os sistemas de saúde, procurando identificar os focos de ineficiências e encontrar soluções e mecanismos de melhoria.

### **3.3.2. Os diferentes modelos de sistemas de saúde na OCDE**

Os sistemas de saúde dos países da OCDE, dependendo do seu contexto nacional, têm abordagens distintas nos principais vetores que caracterizam os sistemas de saúde: o financiamento, a organização e a distribuição de serviços. Na conceptualização dos diferentes modelos de sistemas de saúde encontramos duas grandes inspirações: o modelo de Bismarck e o modelo de Beveridge; “com maiores ou menores influências de um ou de outro, ou mesmo de tentativas, mais ou menos bem conseguidas, de combinação das características de ambos os modelos” (Simões, 2005: 33).

Com origem na intervenção política do movimento socialista dos finais do século XIX na Europa, com grande notoriedade para o Governo de Bismarck na Alemanha (1883), houve a promoção de um modelo de segurança social imposto pelo Estado que obrigou a um esquema de contribuição progressivamente partilhado entre patrões e trabalhadores para assegurar a cobertura não só de riscos de doença temporária, mas também, invalidez permanente, velhice e morte prematura (Alonso, 2005; Escoval, 2003; Simões, 2004b). Este sistema, constituído por um conjunto de seguros sociais obrigatórios, tinha um financiamento tripartido (trabalhadores, associações de empregadores e Estado) organizacionalmente independente dos prestadores (Health Consumer Powerhouse, 2007), sendo a prestação do serviço contratada resultante de uma combinação pública e privada. Neste modelo Bismarkiano, a função do Estado limita-se à regulação dos seguros de saúde e do sistema de prestação de cuidados, à gestão dos hospitais públicos e ao financiamento de serviços não cobertos pelos seguros (Alonso, 2005; Escoval, 2003; Simões, 2004b). Este modelo institucionalizou os direitos sociais e, apesar de não promover a solidariedade ou a equidade, pois condicionava o acesso ao serviço de saúde à empregabilidade, constituiu os alicerces do Estado-Providência ou, no mínimo, desenvolveu políticas que contribuíram para o bem-estar social. Para além da Alemanha, o modelo Bismarkiano foi o adotado inicialmente, por exemplo, pela Bélgica (1894), Noruega (1909) e também pela Grã-Bretanha (1911).

Em meados do século XX, com a destruição de muitas estruturas de saúde na Europa devido à Segunda Grande Guerra Mundial, há lugar à reflexão do papel do Estado, na Grã-Bretanha, que culmina no Relatório Beveridge (1942), onde se preconiza a existência de serviços de saúde como uma das condições determinantes para a criação de um verdadeiro sistema de saúde (Alonso, 2005; Escoval, 2003; Simões, 2005). O modelo Beveridgeano estabelece dois princípios fundamentais: a compreensividade, todos os cidadãos devem receber aconselhamento, tratamento e cuidados de saúde de que necessitem; e a responsabilidade do Estado em proporcionar os cuidados gratuitos na altura em que a necessidade se efetiva desde o nascimento até à morte do cidadão. Com a prestação deste tipo de serviços da inteira responsabilidade do Estado, o seu financiamento resulta essencialmente de receitas fiscais. Assim, a compra e a prestação de cuidados podem ser geridas por autarquias de forma autónoma do Governo (Finlândia), pode a compra estar ao serviço de agências públicas descentralizadas que negociam a prestação de serviços com os hospitais locais (Suécia) ou, ainda, os responsáveis de unidades locais de saúde e os médicos de clínica geral serem os detentores de fundos e comprarem, através de contratos, os serviços a consórcios hospitalares públicos (Reino Unido).

Para além destes dois modelos, pode-se, ainda, acrescentar o modelo de mercado como uma outra forma de organização que depende da capacidade de aquisição de seguros de saúde por parte dos indivíduos e de empresas, sendo o acesso dependente da capacidade de consumo do cidadão/utilizador (Escoval, 2003; Alonso, 2005) – como acontece nos EUA.

De uma forma geral, com base nos primeiros dois modelos, os sistemas de saúde podem ser distinguidos pelas diferentes formas de financiamento que utilizam e as diferentes formas como são prestados os cuidados de saúde<sup>13</sup>. Relativamente às formas de financiamento, não existem sistemas puros, a maior parte dos sistemas de saúde da Europa são uma mistura dos diferentes tipos financiamento<sup>14</sup>. Frequentemente, a opção é pela partilha dos custos de saúde entre os seus consumidores e o Estado, ou através de taxas moderadoras ou pela comparticipação nos medicamentos, por exemplo. Já no que se refere à forma como se relacionam estes sistemas de financiamento com a prestação dos cuidados de saúde (ou seja, a distribuição dos recursos aos prestadores); uma das políticas recentemente utilizadas tem sido a introdução de sistemas de financiamento prospetivo, nomeadamente para financiar

---

<sup>13</sup> Para maiores esclarecimentos sobre este tema, veja-se: Saltman e Figueras (1997: 115-139); CRES (1998: 61-84) e Simões (2004b).

<sup>14</sup> Sobre os diferentes tipos de financiamento dos sistemas de saúde na Europa ver, por exemplo, Simões *et al.* (2008), Dixon e Mossialos (2002), Barros e Gomes (2002) e Mossialos *et al.* (2002). Em Portugal este tema é amplamente estudado em Escoval (1997).

hospitais, com o intuito de alcançar dois importantes objetivos: a dispersão do risco financeiro e a redução da despesa pública em saúde (Escoval, 2003).

Nos últimos trinta anos, a lógica, introduzida com as reformas na saúde, é a de mercado no financiamento e prestação de cuidados de saúde (políticas associadas à NPM). Trata-se de uma forma nítida de separação entre o papel de financiador e o de prestador de serviços, que exige o desenvolvimento de sistemas de informação e de contabilidade e de controlo de gestão que permitam especificar a procura, estabelecer preços e formular planos de ação prospetivos. De acordo com Simões (2005: 35-36), os Estados da União Europeia (dos 15), na sua maior parte, financiam os cuidados de saúde e são responsáveis pela sua prestação, através de um serviço nacional de saúde. O autor refere como exemplos a Dinamarca, Suécia, Finlândia e Reino Unido com mais de 90% das camas hospitalares pertencentes ao setor público; Itália e Portugal em que esta situação enquadra entre os 80% e 90% das camas hospitalares; e, Espanha, França, Grécia e Irlanda com camas hospitalares pertencentes ao setor público em número superior a 50% mas inferior a 80% do total de camas hospitalares. A Alemanha tem cerca de metade das camas hospitalares pertencentes ao setor público e as restantes sob domínio de entidades sem fins lucrativos. Uma outra perspectiva é seguida por países como a Bélgica, o Luxemburgo e a Holanda, em que o setor privado domina na prestação de cuidados de saúde, nomeadamente no que concerne aos hospitais para doentes agudos.

Independentemente da orientação ideológica e das políticas de saúde adotadas, os Governos, com as reformas dos sistemas de saúde, pretendem ter um sistema de saúde financeiramente sustentável sem prejuízo de valores como a equidade e a universalidade, garantindo o máximo de qualidade possível (Harfouche, 2008).

### **3.3.3. Principais causas (fundamentos) das reformas na saúde**

Apesar de ‘reforma’ constituir um vocábulo que tem ganho popularidade nas últimas três décadas e ser muito utilizado, não existe um conceito claro, consistente e geralmente aceite para este termo, nomeadamente no que concerne à reforma do setor da saúde.

A reforma da gestão pública é definida como “mudanças deliberadas nas estruturas e processos das organizações do setor público com o objetivo de (em algum sentido) funcionarem melhor” (Pollit e Bouckaert, 2011: 2). Este melhor funcionamento, de acordo com os autores, poderá ser reflexo de uma melhor eficiência, ou pelo facto de assegurarem melhor a capacidade de resposta aos utilizadores dos seus serviços, ou, ainda, porque se focam mais em atingir os seus objetivos (redução de pobreza, promoção dos desportos,...);

para além disso, os diversos objetivos podem ser conflituosos e exigir uma solução de compromisso, por exemplo, um serviço eficiente que minimize o esforço de impostos do cidadão pode não ser simultaneamente capaz de aumentar a resposta aos utilizadores ou atingir os seus objetivos políticos eficazmente; daí a melhoria em ‘algum sentido’.

Apesar da grande diversidade de metodologias de financiamento, os sistemas de saúde na Europa têm todos revelado os mesmos sintomas (Launois, 1992), isto continua a ser verdade mesmo no princípio do século XXI: a taxa de crescimento da despesa em saúde tem sido maior do que a taxa de crescimento do produto interno bruto; uma pressão cada vez maior nas economias; défices crescentes e o perigo da falência de sistemas nacionais de saúde; e finalmente, para os utentes dos sistemas de saúde, um decréscimo da qualidade do serviço prestado<sup>15</sup>. Abel-Smith e Mossialos (1994) reforçam que, desde os anos setenta, o incremento da percentagem de população envelhecida com maior quantidade de doenças crónicas e crescente necessidade de cuidados de saúde, acompanhado pelos desenvolvimentos tecnológicos na área da saúde, dos quais muitos têm um custo elevado, e em alguns países a pressão crescente de um maior e mais exigente consumo, têm sido os principais fatores que conduzem ao crescimento contínuo dos custos da saúde, muitas vezes superior aos recursos dos países, característica comum a todos os países da União Europeia<sup>16</sup>.

O elevado custo do setor público e a complexidade que este setor alcançou com o desenvolvimento do Estado Providência impulsionam a necessidade de reformas, pois a nova dinâmica e complexidade do Estado Providência, embora tenha contribuído para a concretização de direitos sociais importantes, passaram a ser reconhecidas como a origem das dificuldades e ineficiências do setor público. Principalmente nos anos 80, os governos dos países europeus iniciaram reformas no setor público, mesmo os países fortemente burocráticos, como a França e a Suécia, fizeram reformas mais ou menos abrangentes em suas estruturas estatais. Em alguns casos, como na Nova Zelândia, as mudanças foram bastante profundas, a ponto de modificar substancialmente a natureza do setor público (Peters, 1993).

#### **3.3.4. As reformas na saúde e a ‘nova era’ da NPM**

Segundo Harding e Preker (2003: 37-40) existem três formas de proceder à reforma dos serviços públicos e redimensionar as questões da eficiência, da produtividade, da

---

<sup>15</sup> O Instituto Americano de Medicina (*American Institute of Medicine*) define qualidade do serviço de saúde como “o grau em que os serviços de saúde para os indivíduos e populações aumentam a vizinhança dos resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional” (Mckee *et al.*, 2002).

<sup>16</sup> A União Europeia, em 1994, era constituída apenas por 12 países: Holanda, Bélgica, França, Alemanha, Luxemburgo, Dinamarca, Espanha, Grécia, Irlanda, Itália, Portugal e Reino Unido.

qualidade e da responsabilização, aplicáveis por isso ao setor público de saúde, recorrendo a: (1) reformas de gestão, (2) reformas de financiamento e/ou (3) reformas organizacionais.

As reformas de gestão resumem-se ao reforço das capacidades de gestão dos administradores através de formação específica e de um maior cuidado no recrutamento dos administradores públicos, com maior ponderação relativamente às suas competências de gestão. Na adoção de práticas de gestão do setor privado, são geralmente revistos os sistemas de informação de forma a prestar um maior apoio à tomada de decisão. As reformas deste tipo nem sempre são eficazes e para isso muito contribui uma ausência de poder de controlo sobre os fatores de produção, por parte dos gestores, e uma cultura própria da administração pública tradicional que é um entrave real à obtenção de melhores resultados destas reformas. Campos (2004: 11) acrescenta, quanto a este aspeto, que “... estabilidade de emprego, baixa flexibilidade, relações hierárquicas obscuras, ausência de objetivos e metas a atingir e a reduzida responsabilização para com os pacientes e administradores locais” são características comuns dos profissionais de saúde que diminuem o poder dos gestores públicos neste setor e que representam uma clara barreira à prossecução deste tipo de reformas. Pois, toda a mudança é feita por diversos atores que “... reagem individualmente e como membros de grupos, reações muitas vezes inconsistentes entre si. Quando os grupos se agregam por interesses instalados toda a mudança se torna difícil” (Campos, 1999: 38).

Quanto às reformas de financiamento, geralmente, relacionam-se mais com a alteração da estrutura de financiamento aos prestadores, ou seja, com o objetivo de haver uma distribuição de recursos diretamente associada à prestação de cuidados (em geral ou específicos), um financiamento por ato, por episódio, ou por dia de internamento, em vez do financiamento em regime de capitação (pré-pagamento), centrado no doente e na doença e dirigido a uma determinada população. Contudo, as soluções mais comumente adotadas são combinações dos dois modelos, se por um lado o primeiro encoraja a produtividade, também é verdade que promove a procura induzida pelos próprios serviços; por outro lado o segundo permite um maior controlo dos custos mas induz fugas e baixa produtividade.

O terceiro tipo de reforma surge normalmente em complementaridade com os dois primeiros e para ultrapassar ou reduzir o efeito dos constrangimentos que foram referidos. Com a reforma organizacional o objetivo principal é melhorar a estrutura funcional da instituição para agilizar e tornar mais eficaz a tomada de decisão. Para isso procede-se a uma nova distribuição dos poderes de controlo da tomada de decisão, bem como, das receitas e dos riscos dos intervenientes na cadeia do poder de decisão; concretizada, geralmente, através de

políticas de maior autonomia e de empresarialização das instituições (Saltman e Figueras, 1997). Estas têm sido associadas às reformas que pretendem a mobilização dos recursos e a criação de um ambiente competitivo. Também Chawla e Govindaraj (1996) reforçam que este tipo de reformas depende da existência de uma maior autonomia das organizações e a ampliação desta autonomia exige outras reformas. Christensen *et al.* (2008) propõem uma mudança radical - a criação de novas formas organizacionais e uma ampla desregulamentação - como forma de ultrapassar a grande inércia do sistema de saúde que o incapacita para se adaptar a medidas inovadoras. Alguns estudos evidenciam a dificuldade da implementação destas reformas na saúde (Preston *et al.*, 1992; Pettersen, 2001 e Simonet, 2011).

Costello (1994) desenvolveu uma estrutura, que foi usada por Lapsley *et al.* (2003) para caracterizar o processo da mudança que está a ocorrer no setor público no que se refere estritamente à organização (enquadrando nas reformas de gestão). Esta estrutura é descrita através de três níveis: (1) de desenvolvimento – em que a mudança na organização se limita, apenas, à introdução de uma tecnologia nova ou de uma prática de gestão específica; (2) de transição – em que se procede à utilização de novas técnicas, métodos, procedimentos ou serviços que conduzem à introdução de estruturas novas e da reorganização da entidade; (3) de transformação – em que se introduz ou se desenvolve uma estrutura nova que resulta também numa mudança na estratégia e na visão organizacional. De acordo com esta estrutura, podem-se referir alguns exemplos dos vários níveis de mudança, que surgiram na revisão bibliográfica e identificados por Clarke e Lapsley (2004), na área da saúde:

- (1) Lapsley *et al.* (2003) estudaram no Reino Unido algumas reformas do setor público, que estavam na maioria de casos no nível de desenvolvimento (pela introdução de reformas orçamentais, tecnologias de informação e do recurso a consultores de gestão) - na melhor das hipóteses, poderiam ser mudanças de transição. Na linha de mudanças ao nível do desenvolvimento, a pesquisa feita por Jacobs *et al.* (2004) é outro bom exemplo. Estes autores estudaram o impacto das reformas de saúde – na Alemanha, na Itália e no Reino Unido – tendo concluído que a repercussão das reformas era limitada no exercício da profissão por parte dos médicos e, apesar de haver um maior interesse por parte dos médicos seniores, há pouco acesso à informação contabilística;
- (2) Pettersen (2004) elaborou um estudo comparativo sobre reformas nos sistemas de saúde nos países nórdicos: Suécia, Noruega, Finlândia e Dinamarca. Embora se tenha reconhecido uma gestão responsável nos sistemas de saúde destes países, foi

demonstrado que existem diferenças na motivação e na execução das reformas. Por isso, podem ser incluídas, talvez, nas mudanças ao nível de transição;

- (3) Aidemark e Lindkvist (2004) estudaram a transformação ocorrida na Suécia e observaram a conversão de dois hospitais do serviço público em empresas de responsabilidade limitada, uma mudança dita de transformação, onde a nova linha de orientação da gestão passou a ser mais comercial, tendo como resultados um aumento de produtividade e uma tomada de decisão mais célere e responsável. Para isto contribuiu de uma forma preponderante a união de esforços em redor de uma visão e objetivos comuns por parte dos gestores e dos médicos.

Não imperam dúvidas sobre a grande ‘onda’ de reformas associadas à NPM que a Europa tem evidenciado no setor da saúde, apesar dos países seguirem percursos e intensidades diferentes quanto à sua geração e implementação (Simonet, 2011). Porém, Pettersen *et al.* (2012) observaram como os conselhos de administração dos hospitais públicos empresarializados, na Noruega, funcionam à luz da reforma de governação norueguesa. Tendo em conta a introdução de políticos nos conselhos de administração, a partir de 2006, foi alcançada uma melhoria no alinhamento das ações com a perspetiva do Governo, uma vez que a tarefa principal foi a de manter os orçamentos de acordo com as orientações ministeriais, mas aumentou o espaço para regras conflituosas ao balancear a racionalidade das decisões e os diversos interesses instalados, e problemas com ambiguidades, emoções e oportunistas (Pettersen *et al.*, 2012: 274-275). Esta é uma tendência de recentralização gradual da governação e redução do poder de decisão do conselho de administração – reforma associada à NPG.

Nesta ‘nova era’ da NPM, tem-se assistido a um Governo Modernizado (*Modernising Government*) no Reino Unido – uma divulgação de ‘trabalho conjunto’ (*‘joined-up working’*), ‘trabalho em parcerias’, pedidos mais amplos de ‘trabalho cooperativo’ (*‘cooperative working’*), nomeadamente entre o setor da saúde e o setor social, e, especialmente, flexibilização (Kurunmäki e Miller, 2006, 2011). Estas ‘flexibilidades’ colocaram as práticas de controlo de gestão no centro dos acordos cooperativos interorganizacionais e interprofissionais na administração pública (Kurunmäki e Miller, 2011: 237). Os autores argumentam que, se pensarmos que os objetivos amplos do programa de modernização governamental implica a criação e desenho central a partir do qual se possa calcular e comparar o desempenho de inúmeras decisões dos profissionais de cuidados de saúde e sociais, esta é uma tarefa enorme dadas as relações interprofissionais que esta modernização

envolve e a redefinição de formas organizacionais compatíveis que implicam uma ‘hibridização da especialização’ (Kurunmäki e Miller, 2006: 102). Também existe um mundo complexo de regulamentos e políticas onde as relações interorganizacionais e o controlo de gestão têm que funcionar. Estes investigadores, ao analisar as formas como ‘regulamentos híbridos’ surgem da atividade diária dos clínicos, e relativamente aos processos de reforma da modernização do governo, foram capazes de mapear os múltiplos papéis que as práticas de controlo de gestão têm em ambientes locais na administração pública.

### **3.4. Os caminhos da NPM nos hospitais**

#### **3.4.1. A NPM e o sistema de financiamento**

No que concerne aos hospitais, sob o ponto de vista político, tem-se vindo a assistir à introdução de medidas no sentido de alcançar maior responsabilização, como a empresarialização dos hospitais e o conseqüente incentivo à adoção de princípios de boa governação das instituições, bem como a contratualização dos seus serviços, o que se enquadra no âmbito das propostas de reformas organizacionais de gestão e de financiamento preconizadas pela NPM. Pettersen (1994) enquadra este tipo de reforma na NPFM, em que os serviços dos hospitais são pagos pela lógica dos sistemas prospetivos de pagamentos (*prospective payment systems – PPS*), cada hospital é pago de acordo com os serviços fornecidos e o preço estabelecido para cada categoria de serviços prestados (por exemplo, de acordo com os GDHs) e não numa lógica de base orçamental. Esta investigadora menciona que, geralmente, estas reformas partem de uma iniciativa governamental e que, se a reforma é conduzida centralmente, pode-se esperar que os seus custos sejam padronizados a nível nacional e implementados ou copiados ao nível institucional (local). Este tipo de financiamento tem sido introduzido e avaliado em vários países e, em geral, estas experiências têm sido conduzidas no sentido de maior competitividade de mercado e a adoção da lógica de negociação do setor privado. Para além disso este sistema foi construído subjacente ao conceito de que a criação de um (*pseudo*) mercado para fornecedores de serviços de saúde poderia assegurar melhor afetação e uma utilização mais eficiente dos recursos do que o sistema centralmente financiado (Pettersen, 1999).

Ferlie *et al.* (1996), ao analisarem a NPM, definem este mercado, criado pela separação entre financiador/prestador, como um *quasi*-mercado. Os autores realçam três características do fenómeno ao verem-no como um mercado relacional embutido social e institucionalmente. O termo mercado relacional porque se trata de um mercado com poucos compradores e poucos prestadores que negociam continuamente uns com os outros. O *quasi*-

mercado é embutido socialmente porque existem elites (grupos médicos, administrativos, políticos e quase-políticos) de saúde estáveis que desenvolvem as suas carreiras no longo prazo independentemente das mudanças organizacionais. Para além disso, o *quasi*-mercado é institucional pelo seu carácter intrínseco e hierárquico. As regras de contratação, os preços, os objetivos de rendibilidade do investimento e de produtividade são itens definidos centralmente. Existindo, por isso, uma relação potencialmente paradoxal entre os valores de mercado, nomeadamente a concorrência, e a prossecução de regulamentações fixadas centralmente. Neste sentido, a competitividade dificilmente será um dos mecanismos que podem tornar os hospitais empresarializados mais efetivos.

A introdução da contratualização<sup>17</sup> é um processo que tem sido transversal a todo o setor público, como fruto da rápida mudança tecnológica e da pressão para a necessidade de maior eficiência e inovação, requerendo um tipo de coordenação mais eficiente do que o modelo rígido de comando e de controlo (Saltman e Figueras, 1997).

Os países de inspiração Bismarkiana têm inerente a contratualização na sua própria fundamentação, exercendo o Estado uma função mais de regulador das formas de pagamento, entre financiadores e prestadores e, se inicialmente não havia uma focalização nos preços e na eficiência, desde os anos 80, que esta questão começou a ganhar maior relevância (Saltman e Figueras, 1997). Já nos países com maior influência do modelo de Beveridge, a contratualização tem vindo a ganhar cada vez mais seguidores, mesmo nos países em que o financiamento e a prestação de serviços de saúde continuam a ser essencialmente públicos. Apesar da separação entre financiadores e prestadores, nestes países, as formas e os intervenientes no processo de contratualização manifestam algumas diferenças (através de agências de contratualização, que podem ser centrais, regionais ou municipais; diretamente aos hospitais ou através de médicos de clínica geral, etc.)<sup>18</sup>.

De acordo com Hivönen e Järvinen (2006), na saúde, os contratos podem ser por blocos (*block contracts*), onde são especificados, de uma forma geral, a natureza e o volume de serviços a prestar, por um determinado montante de dinheiro e durante um período estipulado de tempo. Existem também os contratos por custo e volume (*cost and volume contracts*), em que os serviços prestados são definidos em termos de volume: dias de internamento, ou procedimentos cirúrgicos, ou consultas (e combinações destes elementos).

---

<sup>17</sup> Tema profundamente tratado por Figueras *et al.* (2005) e Escoval (2003).

<sup>18</sup> Em Portugal, desde 1998, existiam agências de contratualização (agora departamentos), enquadradas nas ARS (Administrações Regionais de Saúde), com a responsabilidade de contratar com os prestadores de serviços de saúde. O formato de contratualização era, inicialmente, limitado, mas recentemente com a empresarialização a contratualização foi rapidamente expandida (Figueras *et al.*, 2005).

Cada um destes elementos é contratado a um preço médio, geralmente definido com base em atividades. Os autores acrescentam que em diversos estudos internacionais comparativos tem sido observado que o sistema de contrato em bloco tem-se desenvolvido, quer nas organizações privadas, quer nas organizações públicas de saúde, havendo uma necessidade cada vez de maior detalhe ou de contratos em bloco mais sofisticados, em que os preços são estabelecidos de acordo com especialidades médicas ou por grupos de tratamento em categorias de preço (como os GDHs).

Este mecanismo da contratualização promove maior responsabilização e eficiência “porque combina a concorrência de mercado com um sistema de controlo do desempenho mais rígida” (Christensen e Lægreid, 2001: 83); por outro lado, “pode também enfraquecer os valores tradicionais do serviço público, da responsabilidade pessoal e do profissionalismo” (*ibid*: 87). De acordo com Saltman e Figueras (1997: 141) “a contratualização transformou-se num dispositivo para as negociações de preço e qualidade, assim como para assegurar a condescendência/submissão dos prestadores”, exigindo a descentralização da gestão e um planeamento da atividade das entidades prestadoras de serviços de saúde, o respetivo controlo e prestação de informação sobre o seu desempenho.

Uma vez que a informação contabilística existente não é suficiente para apoiar as decisões que permitem uma efetiva utilização dos recursos, estas mudanças de gestão exigem maior sofisticação das técnicas de custos, com vista a um melhor controlo financeiro e melhor informação sobre os custos para melhor negociar os contratos (Lapsley, 1994).

Ballantine *et al.* (1998) já tinham reparado que a introdução de novas formas de competitividade e melhoria da gestão nos serviços de saúde públicos no Reino Unido e na Suécia, nomeadamente a implementação de modelos de separação entre comprador/prestador, intensificou o recurso à informação contabilística para a avaliação do desempenho e atribuição de preços, estimulando mudanças na avaliação do custo e do desempenho. Mas, os autores reconhecem que os prestadores, por serem operadores do serviço, só alcançam melhorias nos custos e noutras dimensões do desempenho se os sistemas de informação satisfizerem as necessidades de informação dos operacionais, contrastando com as necessidades de controlo da gestão de topo e da gestão a nível regional e nacional. Estas reformas “reforçaram a necessidade de *trade-offs* no desenho nos serviços públicos de saúde” (Ballantine *et al.*, 1998: 83) e evidenciaram a assunção de que “os compradores comprarão onde tiverem melhores preços, promovendo assim a eficiência do custo e o controlo no sistema como um todo, uma vez que os recursos fluirão continuamente para aqueles que

ganham a batalha competitiva” (*ibid*: 73). Para além disso, também ilustraram que com “o desenho de um sistema de avaliação de desempenho é possível influenciar o diálogo entre os gestores e os clínicos e por isso a eficácia do controlo” (*ibid*: 91). Tais resultados são consistentes com a investigação, já referida na secção anterior, de Abernethy e Lillis (2001).

Nyland e Pettersen (2004) constataam que quando foi introduzido o sistema de pagamentos prospetivos, na Noruega, não havia qualquer informação sobre custos dos procedimentos internos ou sobre grupos de pacientes, num hospital estudado, razão para desajustamentos contínuos e incapacidade para adequar as restrições orçamentais à realidade clínica do hospital; por outro lado, apesar de haver informação sobre os valores dos GDHs, esta não era utilizada nos processos de controlo interno dos departamentos clínicos, mas apenas para efeitos de relatório para com o Estado (detentor do hospital).

Sobre o financiamento por sistemas prospetivos, Lynch (2003) investigou os seus efeitos e concluiu que os hospitais diminuíram o recurso a dívidas de longo prazo devido, principalmente, à diminuição das despesas. Adicionalmente detetou uma diminuição substancialmente maior dos custos hospitalares mais elevados do que dos mais baixos.

Em 2003, no Reino Unido, o custo de referência (indicador médio de referência de custos para os serviços de saúde) ganhou maior relevância e significado ao servir de base para um novo sistema de financiamento do NHS – pagamento por resultados (*‘Payment by Results’*) – que pretende ser mais ‘justo e transparente’ no pagamento dos fornecedores de serviços de saúde (Kurumäki e Miller, 2008). Este sistema premeia o desempenho e a responsabilização no seu conjunto ao pagar os prestadores de serviços de acordo com uma tarifa nacional média. O desempenho e a viabilidade financeira, neste novo sistema, resultam da atividade executada – volume, tipo e *mix* – bem como da eficiência que o conjunto de serviços prestados proporciona. Uma nova linguagem de gastos e rendimentos, soluções de compromisso e carteiras, médias e variâncias, deve-se tornar alargada a todos os níveis da distribuição de serviços, a clínicos, bem como aos chefes de serviço, administradores e gestores em todos os níveis (Kurumäki e Miller, 2008), o que reforça a possibilidade de ‘hibridização da especialização’ e o aparecimento de novas formas derivadas da junção de dois modos ou tipos de competências até então distintas.

Para além da contratualização como fator primordial, Sakellarides *et al.* (2006) observam crescentes pressões para a privatização, sob diversas formas, no sistema de prestação de cuidados de saúde e identificam na saúde a convergência de outras expressões do domínio da gestão privada como fundamentais para a criação de condições à NPM.

### **3.4.2. Outras manifestações da NPM**

Ainda na senda da concretização da NPM, Pettersen (1999) classifica as ideias de reforma associadas à NPM como pertencentes às teorias normativas, onde a ação na organização supostamente é controlada se existem relações claras de *input-output*. Porém, esta investigadora evidencia que a produção de serviços dos hospitais, onde as ações clínicas feitas por médicos e enfermeiros são os principais geradores de custos, são de difícil descrição pela sua intangibilidade e variabilidade o que torna a relação *input-output* muito complexa e, por isso, os padrões orçamentais e as taxas de custo-eficiência por si dificilmente podem espelhar a produção de serviço do hospital adequadamente. Daí que, segundo a autora, as teorias descritivas podem refletir melhor o processo de empresariação que pode ser observado como uma mudança de linguagem e palavras, mas não necessariamente mudança de decisões e ações. Estas teorias discutem este fenómeno de ‘hipocrisia’ ao estabelecer que as organizações podem refletir normas inconsistentes ao sistematicamente criarem inconsistências entre as palavras, as decisões e as ações. A autora alude que as agências governamentais e as administrações hospitalares introduziram os sistemas contabilísticos financeiros com o objetivo de revelar as relações entre os *inputs* e os *outputs* para ganhar um maior controlo. Em resultado disso a linguagem sobre questões como a equidade e necessidades dos cidadãos perdeu relevância face às medidas de desempenho financeiro, sem a correspondente consequência nas decisões clínicas e práticas médicas. Neste caso, a mudança pode ter tido um valor mais simbólico e não ser um meio de obter maior controlo (Meyer e Rowan, 1992).

Verifica-se, então, um lapso entre a intenção da mudança na gestão e a implementação bem-sucedida de um sistema de contabilidade – a mudança tende a falhar porque os médicos do hospital não respondem positivamente a iniciativas de orçamentação e de gestão, existindo antagonismo e indiferença relativamente à informação contabilística (Preston *et al.*, 1992; Jones e Dewing, 1997). Em Inglaterra, Jones e Dewing (1997: 21) referem que o balanço entre gastos e rendimentos “é uma abstração contabilística, na qual os clínicos e seus chefes participam pouco ou nada (...), números financeiros incríveis foram algumas vezes ‘impingidos’ a uma cultura que considera essa informação como estranha ou distante”.

Recorde-se que a questão que se acabou de expor relaciona-se com as duas perspetivas conceptuais divergentes que explicam a mudança em organizações do setor público. Existem algumas investigações em serviços de saúde que descrevem a contabilidade como um meio de ‘legitimação’ de atividades (Lapsley, 1994; Richardson, 1987), particularmente no contexto de estruturas de uma instituição, nomeadamente em organizações em que algumas estruturas

se dissociam de outras estruturas (*decoupled* ou *loosely-coupled*), e outras investigações que contradizem e demonstram uma perspetiva instrumental da contabilidade nas organizações.

Esta perspetiva instrumental da contabilidade em ação, designada por “*accountingization*” (Power e Laughlin, 1992) tem uma compreensão funcional do papel da contabilidade, defende que a informação contabilística assume um novo significado ao moldar as atividades das organizações do setor público. Com a ‘*accountingization*’ a informação contabilística, os procedimentos e as práticas penetram profundamente no núcleo das organizações, definindo ‘o que é’ e ‘o que não é’ serve como um ‘sinal de alerta’ para controlar as partes constituintes da organização. A construção teórica da ‘*accountingization*’ tem sido desenhada sobre expressões da NPM, transparecendo a perspetiva instrumental da gestão em ação no setor público (Kurunmäki *et al.*, 2003). Hood (1995: 93) atenuou este conceito de ‘*accountingization*’ ao esclarecer que a “... *accountingization* significa a introdução de categorização de custo ainda mais explícita em áreas onde os custos eram previamente agregados, minados ou indefinidos”. Porém, enquanto o aumento de ‘visibilidade’ da contabilidade é uma característica importante da ‘*accountingization*’, tal como referido por Power e Laughlin (1992), ela não captura a natureza deste fenómeno (mais profundo) e representa uma invasão das medidas financeiras, imperativos e a maneira pela qual impinge um núcleo de valores. De facto, esta perspetiva instrumental e a força colonizadora da contabilidade é reconhecida por Power e Laughlin (1992: 132-133) ao referirem que “... a neutralidade técnica da prática contabilística é ilusória e ... a contabilidade é uma força de colonização potencial que ameaça ‘linguistificar’ a esfera pública”. Estes autores acrescentam ainda que a contabilidade pode representar um meio de anular questões mais alargadas de responsabilização.

A ‘*accountingization*’ é um termo para o processo semelhante à ‘medicalização’, é a informação contabilística que determina como certos aspetos do sistema (de saúde) devem funcionar (Kurunmäki *et al.*, 2003: 114). A ‘*accountingization*’ funciona através do controlo orçamental e de indicadores de desempenho em tempo real, com o objetivo de verificar os resultados obtidos relativamente aos compromissos fixados nos contratos entre os prestadores de serviços e os compradores (Jacobs, 2005). O processo de disseminação das inovações de contabilidade de gestão pelas organizações do setor público é investigado por Lapsley e Wright (2004) que concluem que a sua adoção é largamente um resultado da influência governamental, principalmente nas autoridades locais e no setor da saúde, e são originárias do setor privado.

Por outro lado, estas mudanças na contabilidade e na gestão no setor público podem ser explicadas em termos de legitimação. O conceito de ‘legitimação’ é induzido pela teoria institucional como uma perspectiva da construção social, observada aqui como “... a forma através da qual a contabilidade é usada para constituir a realidade e o efeito nos indivíduos da legitimação de uma versão particular da realidade” (Richardson, 1987: 348). Com as ações e decisões de legitimação, as estruturas internas podem ser separadas para apresentar uma figura simbólica de como as organizações são constituídas, tais como o núcleo (neste caso os profissionais de saúde) são protegidos pela envolvente externa. Porém, isto é crucial mas não é suficiente. Onde existem grupos significativos de peritos profissionais (contabilistas neste caso) paralelamente ao quadro profissional dominante (os profissionais de saúde), existe um potencial para o conflito, havendo uma predominância dos valores do núcleo dominante. Com efeito, de acordo com Kurunmäki *et al.* (2003), as medidas contabilísticas convencionais estão mais alinhadas com os objetivos de eficiência do setor privado (como a avaliação do lucro ou da rentabilidade do investimento) do que da complexidade das organizações de serviço público, nas quais a avaliação dos *outputs* é claramente difícil, não havendo nenhuma medida financeira do valor dos serviços prestados, mas apenas uma atribuição orçamental, ou um preço, que não retrata as subtilezas e *nuances* da atividade de saúde. A subjetividade e a maleabilidade das construções contabilísticas podem defender e legitimar o prosseguimento de objetivos e interesses do núcleo da organização (os profissionais de saúde).

A reflexão foi posteriormente reforçada por Kurunmäki (2004) ao examinar a desejada adoção de técnicas de contabilidade de gestão por médicos, no âmbito das reformas da NPM na Finlândia comparativamente com o Reino Unido, o processo de transferência e adoção dessas técnicas e a resultante ‘hibridização’ da profissão médica. Na Finlândia, com profissionais de contabilidade menos formalizados e poderosos, esta transformação teve como mecanismo principal a transferência de técnicas, enquanto o conhecimento abstrato teve pouca ou nenhuma influência; “desde a delegação da orçamentação para as unidades clínicas, e o desenvolvimento através do custeio e *pricing* dos serviços hospitalares, os médicos adquiriram muita das capacidades de cálculo geralmente atribuídas como a preservação dos contabilistas de gestão” (Kurunmäki, 2004: 343). A investigadora realça que o contexto é diferente de outros países como o Reino Unido, com profissionais de contabilidade de elevada qualificação que preservam o controlo sobre as práticas e a jurisdição contabilística.

Esta questão tem uma outra aferição por Jacobs (2005) na análise efetuada sobre a Alemanha e a Itália, em que deteta mais uma polarização do que ‘hibridização’ das práticas

contabilísticas. O autor demonstra a possibilidade da mudança para caminhos alternativos, mais do que uma mudança nos valores e atitudes, aqueles eram absorvidos por um grupo de pessoal médico que se sentia agrado com estes novos desafios e responsabilidades. Numa investigação na Noruega, sobre esta questão, Østergren (2009) assume uma ‘hibridização’ nos líderes médicos da região Oeste, porque atuam numa organização mais descentralizada e têm uma percepção substancial dessa autonomia que lhes exige maior responsabilização e os obriga a absorverem os conhecimentos técnicos adequados. Trata-se mais de uma polarização na classe de líderes médicos, o contacto com o departamento financeiro é menos intensivo e os grandes hospitais dispõem de um profissional que se ocupa dessas questões que só se tornam preocupantes quando existem problemas relevantes de desempenho.

Ao examinar as regras que tornam possível a construção de organizações racionais, em tempos de crise, no domínio do sistema de saúde mental nos Estados Unidos, como forma de legitimação; Meyer (1994: 225) explica que “as estruturas formais precisam de se adaptar ao ambiente complexo e em mudança, o que exige novos objetivos, novas tecnologias (profissões, técnicas ou programas), aceitação de nova autoridade, e novas formas de financiamento” e este processo de sobrevivência “deve ser conduzido por problemas políticos urgentes colocados pelo ambiente”. Porém, simultaneamente, as atividades internas diárias têm que prosseguir, mesmo apresentando problemas práticos. A solução organizacional nestas situações é a dissociação (*‘decoupling’*) entre “a estrutura formal que se torna em parte uma máscara, e os encadeamentos detalhados de controlo entre ela e a atividade são evitados” (*ibidem*). Assim, “o relatório para o governo deve seguir as categorias governamentais – mas a realidade prática parece cair em categorias bem diferentes” (*ibidem*). É neste sentido que a contabilidade é vista como um mecanismo para legitimação das atividades das organizações.

Jacobs (1998) e Ferlie *et al.* (1996) atestam uma evidência forte de que as reformas mostram efeitos significativos no nível operacional. Para além disso, Ferlie *et al.* (1996) denotam que a diferença entre um conselho de administração eleito e nomeado politicamente envolve uma distanciação da fragmentação para uma situação mais próxima da homogeneização. Estes autores concluíram que, apesar da importação de diretores do setor privado, os conselhos de administração absorveram algo das tradições do setor público.

Os problemas que acompanharam a introdução do sistema de avaliação dos hospitais no NHS, o *relative performance evaluation*, onde são criados custos de referência agregados num índice de custo comparativo – criando assim uma ‘escala de sucesso’, foram explorados por Northcott e Llewellyn (2003). Este estudo revelou que “a ‘escala de sucesso’ tem a

potencialidade tanto para reforçar o papel de compra, como de fornecer uma base de dados comparativos para os hospitais para melhorar os seus desempenhos”, tendo contudo constatado “diversos problemas que confundem a sua utilização para a análise comparativa: a falta de uma referência (ou padrão) para comparar os custos; a não comparabilidade de muitos hospitais que estão incluídos no índice; e a falta de padronização das práticas de custos” (Northcott e Llewellyn, 2003: 51). Mais tarde, através da investigação empírica, estas autoras demonstraram como as atividades e os processos da vida do hospital ‘torna-se média’ à medida que se vão transformando para cumprir o custo contabilístico médio e realçaram como a ‘média’ tem sido promovida como a norma a que os hospitais devem aspirar; tendo concluído que os médicos, os pacientes e as práticas clínicas, ao serem moldados em categorias de custos, tornam-se mais padronizados, mais proporcionais e cria-se o hospital médio; porém, a dimensão em que os pacientes podem beneficiar de cuidados de saúde mais padronizados não é clara (Llewellyn e Northcott, 2005).

Ferlie e Fitzgerald (2002: 352), analisando o NHS, identificam a sustentabilidade da NPM, embora com uma focalização maior na gestão do que no mercado, e identificam a avaliação do desempenho como operacionalizada através de um novo sistema de ‘semáforos’ em que as organizações ‘vermelhas’ são alvo de uma monitorização apertada. Também Dawson e Dargie (2002), ao explorar os desenvolvimentos das reformas na saúde, nos anos 90, no Reino Unido, corroboram a existência de uma maior ênfase na importância de definição de padrões, avaliação do desempenho de encontro ao *benchmarking* e ações para erradicar os fracos desempenhos persistentes – apesar das organizações de prestação do serviço continuarem quase autónomas; o papel do Governo passou a ser mais de regulador do que ator na gestão direta, punindo os desempenhos indesejados e garantindo o interesse público.

Quanto à existência de sistemas de avaliação do desempenho na saúde, Jönsson e Solli (1993) referem que a gestão de topo não tem formação adequada para desenhar e implementar procedimentos padrão operacionais que sejam relevantes para o trabalho clínico, acrescentando que tais sistemas dificilmente são capazes de ultrapassar os problemas de comunicação entre os operacionais e os responsáveis pela gestão no seu todo. Para além disso, os sistemas de avaliação de desempenho que captam os resultados das atividades clínicas criam responsabilização pelos resultados mas limitam a desejada autonomia, dos profissionais, associada ao desempenho de tarefas complexas (Abernethy e Lillis, 2001: 113). Tal como argumentam Jönsson e Solli (1993), esta forma de controlo pode criar uma barreira

na comunicação entre os profissionais e a gestão ao traduzir as atividades primárias (atividades profissionais) em efeitos secundários (resultados quantificáveis).

Porém, havendo uma descentralização da gestão no hospital e o uso de sistemas de avaliação do desempenho que avaliem os resultados do conjunto de decisões tomadas dentro dessas unidades, podem-se observar melhorias. Ao estudar a empresarialização dos hospitais públicos e as interdependências entre a estratégia, as estruturas internas de gestão e os sistemas de avaliação do desempenho nos hospitais na Austrália; Albernethy e Lillis (2001: 121-123) indicam que os resultados obtidos sugerem: (1) uma relação mais forte entre a estrutura e o sistema de avaliação do desempenho no contexto de medidas de desempenho na gestão de recursos do que nas medidas de desempenho clínico; (2) uma influência direta da escolha estratégica na decisão dos gestores de topo em assegurar autonomia às estruturas de gestão mais baixas e que isto, por sua vez, influencia a importância atribuída às medidas de desempenho que capturam o tipo de autoridade delegada; (3) uma associação entre as melhorias de desempenho quer com a delegação extensiva de autonomia a unidades de trabalho quer com o uso de sistemas de avaliação do desempenho alargadas que avaliem os resultados do conjunto de decisões tomadas dentro dessas unidades.

### **3.4.3. O impacto das mudanças subjacentes à NPM nos profissionais**

Já foram evidenciadas algumas questões sobre esta problemática na secção anterior de uma forma colateral. Porém, um dos vetores recorrentes é o estudo do impacto das reformas nos profissionais (principalmente em profissionais com papéis de gestão), nas suas reações e formas de atuação relativamente a reorganizações estruturais e de gestão e introdução de sistemas de custeio, de controlo de gestão, bem como de avaliação do desempenho.

Powell *et al.* (1990) salientam as organizações de saúde como estruturas tipicamente descentralizadas, com diferentes unidades operacionais dissociadas umas das outras, cuja coordenação de profissionais, relativamente independentes, é atingida através de uma standardização de competências (adquiridas pela formação académica). Pelo que, “é muito difícil para a burocracia profissional formular uma estratégia organizacional ampla e coerente”, sendo a estrutura de tomada de decisão um reflexo dos “valores democráticos e colegiais da burocracia profissional, com um elevado valor da participação e da consulta” (Powell *et al.*, 1990: 17). Estes autores referem, contudo, que este arquetípico tem sofrido uma mudança significativa devido, principalmente, à crescente sujeição ao controlo financeiro e de gestão; bem como, a um esbatimento dos limites institucionais deste tipo de profissões protegidas pelo estatuto e tradição, que tem vindo a ver-se enfraquecidos, entre outros fatores,

por causa: da inovação tecnológica, da internacionalização, da mercantilização dos serviços, da desregulamentação promovida pelos governos e, até, pela imposição de novas profissões que procuram o seu estatuto na área da saúde, como os programadores de *software*.

Abernethy e Stoelwinder (1991), na Austrália, analisaram a tendência num grande hospital para designar médicos gestores dentro da hierarquia da administração e realçaram as suas diretrizes a favor dos objetivos da gestão e das obrigações da organização; tendo verificado que estes médicos gestores não incentivaram uma gestão construtiva dos problemas da burocracia profissional, abandonaram as suas carreiras profissionais e foram reconhecidos pela comunidade médica como administradores. Esta diminuição de tensão conflituosa foi corroborada por uma investigação posterior destas autoras cujos resultados “indicam que o conflito entre as normas burocráticas e os valores profissionais é reduzido quando os profissionais com elevada orientação profissional não trabalham num ambiente de controlo, onde os controlos de saída dominam e constroem a sua própria atividade reguladora” (Abernethy e Stoelwinder, 1995: 13). Estes resultados apoiam fortemente a criação de um ambiente que reduza o conflito entre a gestão e os profissionais, produzindo efeitos positivos significativos na satisfação e, conseqüentemente, no desempenho global das subunidades.

A introdução ou não de instrumentos de gestão não parece ser o fator-chave desta relação conflituosa, podendo ser apenas mais um fator. Veja-se que Harris (1977) já tinha esclarecido que os hospitais são organizações complexas e parecem conter dois elementos claramente distintos: uma equipa médica ou a facção da procura e uma equipa de administradores ou facção da oferta; e, por conseguinte, esta tensão entre médicos e administradores é uma característica da estrutura interna dos hospitais. Kitchener (1990) acrescentou que aqueles dois elementos são “opostos” e as reformas que têm somente preocupações com a melhoria da administração e não se preocupam com o impacto real na equipa médica têm maiores probabilidades de terem uma eficácia limitada.

Já em 1983, o Relatório de Griffiths faz uma recomendação para que os médicos com responsabilidades orçamentais tenham informação sobre as conseqüências das suas decisões sobre os recursos; resultando, numa série de reformas, entre 1983 e 1991, do NHS do Reino Unido – que incluem progressivamente: a introdução da gestão em geral, gestão orçamental, gestão dos recursos, e mercantilização interna dos serviços de saúde (Laughlin *et al.*, 1992). Estes projetos traduziram-se numa tentativa de alargar os sistemas de controlo orçamental a todas as áreas das atividades dos hospitais incluindo a área médica, envolvendo mais os clínicos no processo de gestão e, simultaneamente, atribuindo-lhes alguma responsabilidade

pelo consumo de recursos (Lapsley, 1994). Já anteriormente, ao estudar as dificuldades do controlo orçamental nos hospitais do Reino Unido, Lapsley (1991) tinha identificado que o principal motivo dos gastos dos tratamentos clínicos reside nas decisões clínicas dos médicos, constatando-se que os médicos tinham a responsabilidade clínica da tomada de decisões, mas não tinham consciência das implicações financeiras e materiais dessas decisões, nem um incentivo para se preocuparem com a economia dos recursos. Como resultado, foi defendido o desenvolvimento de orçamentos clínicos. Porém, embora os orçamentos funcionais “fossem usados para conter efetivamente os custos e orçamentos de balanço (...) a sua utilização foi limitada na contribuição para a gestão eficaz dos recursos” (Lapsley, 2001a: 336); essencialmente por causa da ausência de participação dos médicos nas decisões sobre controlo orçamental (Lapsley, 2001a, 2001b). Já nos hospitais escoceses, embora as iniciativas de gestão orçamental e de recursos tenham sido mal sucedidas, “há evidências de que a parte inicial da reforma – gestão orçamental – foi bem-sucedida”, particularmente na sua utilização por diretores clínicos com responsabilidade de gestão orçamental (Lapsley, 2001b: 101).

O alargamento do controlo contabilístico à atividade dos médicos estabeleceu o cenário para a confrontação entre administradores e médicos (Jacobs, 1998). Na prática, o processo não foi muito claro e os sucessos e insucessos desta iniciativa, de acordo com Pollitt *et al.* (1988: 231-232), aconteceram por duas razões: (1) a falta de maiores incentivos à participação dos clínicos e (2) a falta de penalização pela não participação. Por outro lado, o autor acrescenta que os próprios gestores não eram grandes entusiastas do sistema e esta iniciativa seria bem-sucedida apenas se as regras de autoridade básica se modificassem ou se a relação custo/benefício fosse radicalmente alterada para os participantes, com um equilíbrio entre a importância dada pelo controlo à informação clínica e à informação sobre os custos.

Com a implementação das reformas ocorridas na década de 80 no Reino Unido, o núcleo da prestação de cuidados de saúde (atividade médica profissional) é identificado, por alguns investigadores, como dissociado (*decoupled*) da atividade de gestão. Por exemplo, Laughlin *et al.* (1992) revela uma contínua dissociação do serviço e pouca evidência de que os profissionais de saúde tenham alterado os seus esquemas interpretativos ou identidade cultural. Lapsley (1994) reforça que apesar de ter havido um crescimento das práticas contabilísticas na saúde, elas não conseguiram ganhar relevância para as decisões-chave sobre recursos que envolviam o pessoal médico, mantendo os médicos a ambiguidade sobre a sua responsabilidade financeira e a proteção da sua autonomia profissional. Não é de estranhar por isso que Laughlin *et al.* (1992) tenham demonstrado como os profissionais resistiram às

reformas tentando proteger as suas atividades centrais e os seus valores-chave, tentando impedir o que já foi aqui designado por uma profissão híbrida – quando os médicos acumulam funções de chefia ou de direção (Kurunmäki, 2004).

Preston (1992) também denuncia que os esforços para conter as despesas em saúde nos EUA têm sido muitas vezes recebidos com ceticismo e até com alguma hostilidade pelos médicos do hospital, cujas decisões são a chave para a eficiência do sistema de saúde; tendo havido um esforço da facção dos médicos para desafiar a separação efetiva da perícia médica relativamente à financeira, pois constitui a pedra angular de sua autonomia e poder.

Na Finlândia, a introdução de reformas no âmbito da NPM na saúde teve um desenrolamento diferente; como parte destas reformas, o governo designou os municípios como compradores dos serviços de saúde das instituições hospitalares. Com esta transformação “a imagem dos hospitais como burocráticos, instituições guiadas para a prestação recebendo recursos do setor público foi substituída pela perspectiva de organizações de serviços de saúde como entidades responsáveis financeiramente que cobrem as suas despesas ao gerar rendimentos da venda dos seus serviços” (Kurunmäki, 1999: 99). Contudo, apesar de descrever o domínio clínico como uma arena ou um campo de batalha, em que os clínicos defendem e os gestores fazem incursões; Kurunmäki (1999) realça que os profissionais de saúde estão cada vez mais seduzidos pela linguagem da eficiência, do custo, e gestão na forma como falam e pensam acerca do que fazem. A inexistência de profissionais de contabilidade de gestão nos hospitais facilitou a formação dos médicos que foram capazes de adquirir conhecimentos destas técnicas e práticas (Kurunmäki, 2004). Observa-se mesmo “um processo de hibridização da especialidade médica” e “desde a delegação da orçamentação para as unidades clínicas, e o desenvolvimento através do custeio e *pricing* dos serviços hospitalares, os médicos adquiriram muita das capacidades de cálculo geralmente atribuídas como a preservação dos contabilistas de gestão” (Kurunmäki, 2004: 342).

Este fator foi considerado preponderante num estudo comparativo entre hospitais do Reino Unido e da Finlândia, onde a divergência mais significativa entre estes dois países foi o papel da informação de contabilidade de gestão. A falta de uma profissão de contabilidade de gestão nos hospitais e o ‘querer’ dos profissionais de saúde na Finlândia em assumir o papel de contabilistas foi acompanhado pelo seu compromisso para com as metas financeiras e o seu desejo em aceitar as responsabilidades financeiras, isto resultou “numa penetração das ideias e práticas contabilísticas na atividade profissional dos médicos (...) o médico-chefe não só geria o orçamento como também estava integrado na sua construção e cálculo”

(Kurunmäki *et al.*, 2003: 136), ou seja, houve uma absorção do papel da informação contabilística (*'accountingization'*). O que contrasta com o revelado pela experiência do Reino Unido, onde os médicos continuavam a ter a supremacia no hospital e a reforçá-la através de uma 'manipulação' da informação contabilística, tendo esta apenas uma função de legitimação. Neste sentido, os contabilistas de gestão foram caracterizados como historiadores<sup>19</sup>, porque teriam que fazer com que os orçamentos fizessem sentido face às ocorrências, em vez de usá-los como um plano de atividade. "O contabilista de gestão, em vez de ser castrado num papel de controlador de custos, tem aqui um papel de defesa da prática clínica, conduzido pelas necessidades dos médicos" (Kurunmäki *et al.*, 2003: 136).

Ao tentar realçar alguns dos problemas da avaliação das reformas orçamentais que tiveram lugar em dois setores não-profissionais diferentes: saúde e educação, Groot (1999) concluiu que a política do Governo na Holanda, com a descentralização em unidades 'empresarializadas', no princípio dos anos 80, foi fortemente orientada para o controlo dos custos. Relativamente à atitude dos profissionais de saúde, o investigador verificou que quando os incentivos orçamentais estão em consonância com as opiniões e atitudes dos profissionais, as reformas orçamentais gerem a mudança de desempenho institucional e, assim estabelecem uma forte ligação entre o sistema orçamental e a conduta dos profissionais; porém, contrariamente, as medidas orçamentais que não têm o apoio dos profissionais (v.g., o encurtamento da estadia no hospital) parecem não ter um impacto forte na conduta operacional; neste caso, os profissionais geriam de forma a manter uma dissociação entre os incentivos orçamentais e as atividades operacionais (Groot, 1999: 373).

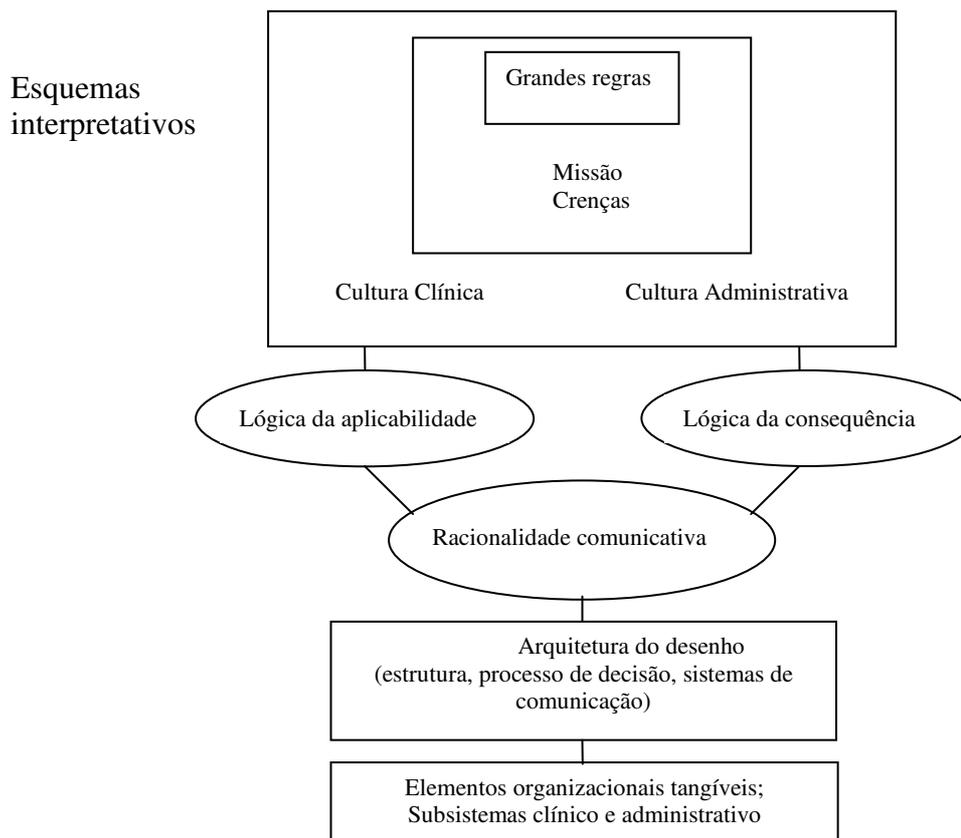
Para além do âmbito hospitalar, existe algum trabalho realizado no que concerne ao efeito da introdução de ferramentas de gestão em organizações de médicos de clínica geral. Contrariamente a alguma literatura que argumenta a ameaça que a contabilidade de gestão é para a autonomia dos médicos (Coombes, 1987; Dent, 1991); Jacobs (1998) na Nova Zelândia conclui que os médicos (de clínica geral – *GPs*) não veem os novos sistemas de contabilidade como uma ameaça à sua autonomia, mas antes como uma extensão do processo de educação dos médicos, mantendo-os mais conscientes do seu próprio comportamento, e, como resultado, melhores médicos. Assim, os sistemas de informação de custos podem ser bem-vindos pelos clínicos e marcar, de facto, a diferença quando forem produzidos por outros

---

<sup>19</sup>Quanto ao papel e influência dos contabilistas na mudança dos sistemas, associada às políticas da NPM na Finlândia, Järvinen (2009) distingue os contabilistas que se preocuparam com a adoção de sistemas modernos de contabilidade de custos, no passado, pois demonstram maior preocupação com a perda parcial de legitimidade das suas ações quando existe uma mudança na agenda de gestão.

clínicos e serem observados como parte integrante de um sistema de controlo de qualidade. Porém, de acordo com Brunsson *et al.* (1998: 33), estas descobertas tem de ser interpretadas com alguma precaução, isto porque: (1) referem-se à situação da Nova Zelândia em que as reformas que ocorreram foram mais rápidas do que noutra qualquer; (2) o estudo baseia-se nos médicos de clínica geral e, como um grupo, estes médicos funcionam de forma diferente dos profissionais de saúde dos hospitais; (3) eles fazem parte da rede de saúde mas operacionalmente têm práticas independentes, mais aproximadas dos arquitetos, inspetores, contabilistas; e (4) a estrutura e a organização das práticas destes médicos diferem consideravelmente das do ambiente hospitalar. Porém, os autores acrescentam que este estudo revela o potencial da contabilidade como um mecanismo que proporciona capacidades.

**Figura 2 – Fragmentação e integração ao nível cultural dos esquemas interpretativos**



Fonte: Adaptado de Pettersen (1999: 394)

Quanto ao efeito das políticas de NPM na classe profissional, Pettersen (1999) conclui no seu estudo que a retórica de gestão inerente às experiências de sistemas de pagamentos prospetivos, na Noruega, foi separada da atividade clínica do hospital. Para esta investigadora, existem de facto duas subculturas e que a falta de aprendizagem organizacional na subcultura clínica do hospital (médicos e enfermeiros) não revelou nenhuma tensão organizacional uma vez que existem fortes elementos comuns nas grandes regras do hospital (conjunto partilhado de perceção e crenças sobre a missão e os objetivos da organização) – Figura 2. Contudo, existe uma fragmentação entre a cultura clínica e administrativa que representa uma obstrução à aprendizagem organizacional. Isto não impede a possibilidade de comunicação entre os atores que torne possível o acordo, uma ordem negociadora, uma racionalidade comunicativa subjacente à capacidade da organização para alcançar o consenso. O efeito das reformas da NPM depende desta capacidade do hospital para traduzir a lógica da contabilidade de gestão na arquitetura do desenho clínico através de ações comunicativas entre as duas subculturas.

Já anteriormente a este estudo, Pettersen (1995) tinha identificado uma dissociação sistemática entre os orçamentos e a realidade nos hospitais noruegueses, tendo atribuído esta falta de coerência ao facto do controlo de gestão estar desintegrado da produção de serviço. Concluiu que o controlo orçamental nos hospitais é em grande parte um processo político baseado na racionalidade comunicativa, caracterizada mais pela negociação do que pela utilização de indicadores de resultados com o objetivo de controlo; o orçamento é usado para criar uma ilusão de responsabilização e controlo. Contudo, é necessário integrar as decisões de gestão e a produção de serviço. Os rituais e as retóricas são verdadeiros meios de integração e esta integração dificilmente pode ser melhorada sem a comunicação direta entre políticos e os produtores de serviços para combinar a lógica das consequências no sistema de decisão (através dos orçamentos) com a lógica da aplicabilidade no sistema de produção clínica, gerado pelas necessidades dos pacientes – lógicas identificadas na Figura 2. Blomgren (2003), no sistema de saúde sueco, focaliza a sua investigação no impacto das reformas na profissão de enfermagem. A autora não observa uma uniformização, mas antes uma reação diferente dependendo da ocupação principal do profissional: os enfermeiros com cargos de chefia (profissão tornada híbrida), com responsabilidades financeiras, têm ainda mais contenção e veem a sua relação para com a profissão médica mais fortalecida; os enfermeiros peritos em cuidados de saúde olham para as transformações no setor como problemáticas,

sentem diminuída a sua capacidade para atingir os novos objetivos e, como proteção, asseguram um registo documental do seu trabalho, tornando-o muito administrativo.

As reformas associadas à NPM vieram exacerbar uma forte contestação da perspetiva da saúde orientada pelo mercado. Para Samuel *et al.* (2005), a rivalidade está acesa, a profissão médica agora defende-se com o argumento de que esta perspetiva é uma ameaça à qualidade do atendimento e que o objetivo de reduzir os custos das práticas médicas através da engenharia dos GDHs não foi alcançado, pelo contrário os custos médicos continuam a aumentar. Parece não haver um consenso sobre as técnicas adequadas de racionamento médico, porém os esforços dos profissionais de gestão evidenciaram que os cuidados de saúde devem ser racionados e implicam que a vida tem um preço, “a doença e a saúde, tanto como a vida e a morte, agora aparecem como artefactos profissionais e mercadorias, e não como fenómenos naturais” (Samuel *et al.*, 2005: 275).

#### **3.4.4. A NPM e a urgência de mudança de paradigma nos hospitais**

A pressão no setor da saúde para o controlo de custos é uma evidência, isto justifica-se quer pelo aumento do nível de recursos necessários ao desenvolvimento de tratamentos médicos, cada vez mais sofisticados, quer pelo aumento das expectativas do público relativamente aos cuidados médicos fornecidos pelos hospitais e pelo aumento da longevidade da população (Lapsley, 2001a). A contabilidade é um elemento-chave na nova conceção de responsabilização do serviço público e da mudança do espectro de uma gestão pouco fiável para modelos e práticas do setor privado, uma vez que as técnicas contabilísticas permitem um custeio e avaliação das atividades dos funcionários mais correta (Hood, 1995). Brunsson (1994) observa estes desenvolvimentos como um processo de empresarialização (*companyzation*) do setor público. Este processo de mudança organizacional de ‘organização política’ para ‘empresa’, dois tipos organizacionais distintos que permite uma certa confusão com a coexistência, em muitas organizações, de elementos de ambos tipos. Assim, a reforma do setor da saúde “pode ser vista como a seleção de *bits* individuais (neste caso contabilidade) do ‘desejável’ modelo ‘empresa’, talvez de uma forma oportunista, com a consequente confusão provável de adaptação das diferentes organizações” (Brunsson *et al.*, 1998: 31).

O desenvolvimento da NPM oferece, de acordo com Lapsley (1999), um papel crucial para a contabilidade como meio de fazer medições, documentar a concretização de objetivos e fazer negociações, sendo que a linguagem contabilística assume um novo significado na vida das organizações de serviço público. Desde que se iniciou o processo de empresarialização no setor da saúde no Reino Unido, passou a haver enquadramentos institucionais que dão

primazia ao económico (na gestão, racionalização, constrangimentos financeiros) sobre o social.

Não obstante, a influência que o conhecimento dos custos exerce na atividade de medicina já se revelava uma questão dúbia na década de 80. A disponibilização de informação sobre os custos dos testes aos médicos, nem sempre conduz a uma mudança de atitude na utilização desses testes; Cohen *et al.* (1982) detetaram que, por vezes, existiam também comportamentos contrários e que alguns médicos quase não alteraram a prática habitual. Os autores concluíram, então, que disponibilizar a informação não é suficiente, é essencial preparar os profissionais de saúde para usar os dados. Também Hoey *et al.* (1982) nas suas investigações obtiveram resultados distintos, detetaram que enquanto a informação sobre o preço teve alguma influência nos testes médicos requisitados, uma grande parte dos mesmos foram requisitados por razões estritamente clínicas e que estes profissionais eram insensíveis ao preço. Este último resultado é confirmado por Long *et al.* (1983) cujas investigação revelaram que os profissionais de medicina subestimavam geralmente os preços, pelo menos quando requisitavam testes de diagnóstico mais caros e/ou um grande número de testes.

Ferguson e Lapsley (1989) conduziram um inquérito a médicos em três hospitais escoceses para identificar as suas necessidades de informação e atitudes para com a informação sobre custos e desempenhos. Os resultados indicam uma importância dos custos especialmente para os seniores e para a decisão sobre investimentos em equipamentos. Neste sentido, Hood (1991, 1995) destaca o papel central de um sistema de informação organizacional eficaz que possa fornecer a informação financeira e de desempenho aos principais responsáveis pela tomada de decisões. Marcon e Panozzo (1998) vão mais longe e concluem que o pressuposto da racionalidade económica na tomada de decisão baseia-se na disponibilidade de informação e propõem comparações empíricas sistemáticas internacionais.

Abernethy e Brownell (1999) exploram como é que os sistemas de contabilidade de gestão podem ter o papel alternativo de moldar a mudança organizacional. Já McNulty e Ferlie (2002) realçam como fundamental, para a operacionalidade de muitos aspetos da nova política dos serviços nacionais de saúde britânicos, a incorporação de medidas e controlos contabilísticos. Estes últimos investigadores assumem que a informação sobre o custo, desempenho, medidas e metas existem e são fornecidas às pessoas certas.

Partindo do pressuposto de que a realidade vem primeiro e que os números da contabilidade são usados, pelos responsáveis pela tomada de decisão, quando representam fiavelmente uma realidade económica (Chua, 1995), as decisões têm aqui uma base para

poder extrair uma imagem da realidade fortemente seletiva e de acordo com objetivos concretos. Porém, de acordo com Chua (1995: 141) este apelo à racionalidade na saúde não faz desaparecer questões profundas como: (1) Se os custos diminuem sem afetar a qualidade do serviço prestado? (2) Quem é um produtor eficiente ou ineficiente? (3) Quem deve ser pago e quanto por fornecer que tipo de serviços? (4) Como podem os pacientes ter uma voz ativa nestas decisões que afetam a sua saúde?

No mesmo sentido, Calltorp (2012,) refere a Suécia como um exemplo em reformas bem-sucedidas quer a nível meso quer a nível micro (hospitais), no setor da saúde, mas identifica uma preocupação com a questão do sistema ser menos reativo às dimensões ‘humanas’ do cuidado e bem-estar do que relativamente aos aspetos da tecnologia da biomedicina que são geralmente providenciados; isto pode ser entendido como uma reação contra ‘o sistema de saúde demasiado racional’ por parte das perspetivas profissionais e burocráticas. O autor reconhece o sistema de saúde como o mais complexo sistema de conhecimento nas sociedades modernas, com uma boa definição quer da aplicação desde o laboratório à opção clínica, quer da saúde pública e domínio de epidemias e até uma boa informação de ajuda relativamente a estratégias de melhoria e redução das desigualdades de acesso à saúde; porém, ainda admite como urgente que o conhecimento científico também se mobilize nas questões da organização do serviço de saúde para informar e apoiar a tomada de decisão política e a operacionalidade do serviço de saúde. Kahleghian e Gupta (2005) já tinham manifestado esta preocupação das reformas de gestão pública, através de mecanismos como: a separação do comprador/prestador, contratualização, melhoria do desempenho e descentralização da gestão; poder criar estruturas de incentivo para assegurar uma prestação de serviço efetiva, que garanta o conjunto essencial das funções de serviço público.

A revisão bibliográfica foi muito mais ampla do que as investigações aqui enumeradas, mas já se pode aludir à existência tradicional de lógicas diferentes substanciais na cultura e valores, entre os profissionais da saúde (médicos) e os gestores hospitalares, que têm impedido uma evolução mais positiva na eficiência da gestão de recursos nos hospitais. Modell *et al.* (2007) veem aqui um espaço amplo para desenvolver a investigação das relações potenciais entre a contabilidade e a administração pública, sendo esta mais atenta às questões políticas e a primeira oferecendo a oportunidade de arquitetar possíveis consequências dos sistemas de controlo de gestão nas suas várias lógicas, com base em trabalho empírico.

Como resultado da utilização cada vez mais ampla de instrumentos da NPM, “as organizações de saúde estão sujeitas a uma mudança institucional paradigmática à medida que é atualmente expectável que funcionem no sentido empresarial” (Bode, 2013: 323). No entanto, esta orientação coexiste com as orientações emblemáticas do século XX, normas profissionais e de bem-estar burocrático que a sociedade moderna usa apenas para atribuir ao setor a ‘missão de serviço público’, tornando a ‘burocracia profissional’ como algo fora de moda (Bode, 2013; Opedal e Rommetvedt, 2010). O que indicia uma exposição dos hospitais a lógicas institucionais concorrentes, o que exige um enquadramento das abordagens mais recentes da teoria neoinstitucional (Reay e Hinings, 2009).

É necessário uma compreensão mais precisa de como as expectativas normativas mais tradicionais e a nova lógica de negócio (expectativas mais contemporâneas do setor hospitalar) podem ser tratadas através do ‘Mundo da NPM’; pois as expectativas tradicionais encontram-se impregnadas em todo o setor organizacional (o hospitalar), podendo haver opção para a dissociação, o que exige uma observação ao nível do comportamento nos hospitais (nível micro do setor) e da infraestrutura regulamentar ao nível meso do setor organizacional. Por outro lado, recentemente tem sido proposta uma abordagem dominante do serviço público, não apenas como um reflexo mais rigoroso da realidade da gestão pública contemporânea, mas também pela maior relevância que lhe é reconhecida para a gestão pública do que a lógica de indústria (Osborne *et al.*, 2012).

Esta nova perspectiva é um contributo para a teoria da gestão pública na era da NPM. Para estes investigadores, a questão central é que a maior parte dos ‘bens públicos’ não são de facto ‘produtos públicos’ mas sim ‘serviços públicos’; e a sua distribuição relaciona-se com a promessa do que é para ser entregue (são intangíveis). Neste sentido, a teoria da gestão pública deve ser ‘ajustada para um propósito’, “deve entender os serviços públicos como serviços, com uma lógica dominante distinta de serviço e os desafios de gestão que isso implica, e então deve rejeitar o defeito fatal contido na atual teoria de gestão pública dominante do produto” (Osborne *et al.*, 2012: 136). Esta nova abordagem holística e sistémica da prestação do serviço público enfatiza as características distintas dos serviços, o seu impacto na sua gestão, o papel central das expectativas do utilizador do serviço e a experiência ao desempenhar o serviço (público). A não consideração destes fatores tem sido uma falha do paradigma da NPM (Osborne *et al.*, 2012).

## **Capítulo 4 – Metodologia da investigação**

### **4.1. Introdução**

Neste capítulo são apresentadas as questões metodológicas que suportaram o trabalho de investigação apresentado nesta dissertação.

Para desenvolver a investigação optou-se por uma linha qualitativa da investigação, abordagem esta que é apresentada na secção seguinte. A terceira secção reproduz o desenvolvimento sequencial da construção do estudo empírico, baseado nos procedimentos sugeridos por diversos autores (Scapens, 1990; Ryan *et al.*, 2002; Yin, 2009; Marshall e Rossman, 2006) para a elaboração de um estudo de caso. Na quarta secção discute-se como se avaliou a qualidade das conclusões obtidas e, finalmente, fecha-se este capítulo com uma referência às condicionantes e limitações deste estudo de caso.

### **4.2. A via da investigação qualitativa e do estudo de caso**

A opção pela investigação qualitativa prende-se com os principais objetivos deste estudo: (1) compreender qual o impacto das políticas da NPM na gestão do HIP e (2) averiguar como é que a Teoria Institucional consegue justificar a empresarialização e a adoção e implementação do ABC, bem como as dificuldades e problemas associados a este processo no HIP. Neste sentido, a metodologia qualitativa baseada no método de estudo de caso permite uma exploração empírica do fenómeno no seu contexto (Eisenhardt, 1989; Yin, 2009; King e Horrocks, 2010), já que a realidade social é entendida como emergindo e sendo construída através da interação humana (Chua, 1986).

Os estudos qualitativos são muitas vezes conduzidos como forma não só de explorar uma nova área e construir uma teoria acerca da mesma, como também para confirmar ou testar uma teoria existente (Miles e Huberman, 1994). Existem diferentes estudos de caso com diferentes propósitos. Estes podem ser sumariados em (Keating, 1995: 69-70; Lukka, 2005: 383-390): (1) descoberta de teoria, quando tem por objetivo um fenómeno novo, dinâmico e ou complexo que é ignorado ou mal explicado pelas teorias existentes; (2) refinamento da teoria, através de estudos de caso que ilustram a teoria (i.é, que estabelecem a plausibilidade de uma perspetiva específica teórica ao demonstrar a sua capacidade para iluminar algum aspeto da prática da contabilidade de gestão que não foi antes considerado) e de estudos de caso que permitam a especificação de teoria (i.é, quando se pretende refinar teorias pouco específicas ou dispersas para as tornar mais propícias a testes estatísticos ou teste crítico do caso); e, finalmente, (3) a refutação da teoria que é uma tentativa de contrafazer ou refutar

uma teoria bem especificada. O “caso de refutação da teoria” é encarado por Lukka (2005: 383) como um “caso de teste de teoria” e por isso, o ciclo de desenvolvimento da teoria vai desde a descoberta da teoria, através da ilustração da teoria e refinamento da teoria até ao teste da teoria. Lukka (*ibid*) acrescenta ainda na dimensão intervencionista a investigação em ação e a investigação de caso construtivo.

Nesta investigação a taxonomia seguida é a de refinamento da teoria, ao analisar-se um estudo de caso de ilustração de teoria e por se pretender explicar o que se observou tendo por base o conceito de ‘lógicas institucionais’.

Fundamentalmente pretende-se com este estudo analisar a implementação de políticas da NPM num hospital; nomeadamente como decorreu o processo de empresarialização e porquê e como foi implementado o ABC (designado por SCAH); pretende também analisar quais os efeitos, consequências, dificuldades e impacto destas políticas na gestão do HIP. O estudo foca-se na perceção dos vários atores que intervêm no hospital relativamente às questões em estudo. O estudo tem como suporte teórico a Teoria Institucional.

A via da investigação qualitativa foi a eleita por a investigadora ter oportunidade de observar os processos sem alterar ou impor um ponto de vista; poder presenciar o fenómeno no seu contexto natural, conseguindo uma perspetiva mais completa do fenómeno (Lukka, 2005). A investigadora procurou estudar o fenómeno como ele é percebido pelos atores do sistema social, recorrendo à recolha de informação no próprio hospital – entrevistas e observação direta (Ahrens e Chapman, 2006; Kasanen *et al.*, 1993; Miles e Huberman, 1994). A relevância de se explorarem as inter-relações da contabilidade na vida organizacional, com ênfase mais nos papéis e interpretações e menos na técnica, é recomendada também por Hopwood (1983). O tipo de investigação que foi conduzido pela investigadora é interpretativo já que se assume a teoria como um suporte para explicar as ações e compreender como a realidade é construída e replicada (Chua, 1986; Ryan *et al.*, 2002). Por esse motivo as proposições teóricas foram vistas como um processo contínuo e indutivo, mais do que como proposições hipotético-dedutivas a serem testadas (Hopper e Powell, 1985; Ryan *et al.*, 2002; Scapens, 1990).

“O ponto de partida para o trabalho da investigação interpretativa é a crença de que os sistemas sociais, devido à sua complexidade e capacidade de vencer dificuldades inerentes, não podem ser tratados da mesma forma que o fenómeno natural. Os sistemas sociais são socialmente construídos e, como tal, podem ser modificados por atividades de indivíduos

localizados num contexto social específico” (Ryan *et al.*, 2002: 146). Esta lógica de investigar contrasta claramente com os estudos positivistas.

Para além de procurar responder a questões do tipo ‘que’, ‘qual’ e ‘porquê’; o estudo de caso tem uma especial robustez para aferir questões do tipo ‘como’; por essa razão tem sido largamente usado na análise de processos de mudança (Lukka, 2007a). Como Yin (2009) refere, o estudo de caso é a estratégia de investigação mais adequada quando o investigador tem pouco controlo sobre os eventos, quando o centro de interesse é um fenómeno contemporâneo no seu contexto de vida real e as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são evidentes. Cooper e Morgan (2006) acrescentam ainda como características do estudo de caso, o facto de este recair sobre o estudo de fenómenos complexos e dinâmicos onde estão envolvidas muitas variáveis e sobre práticas atuais que incluem detalhes de atividades que podem ser invulgares ou não frequentes.

Existem vários tipos-base de desenhos para estudos de caso (Yin, 2009). O estudo de caso pode ser um único caso ou múltiplos (múltiplos contextos). Pode, ainda, ser realizado de uma forma holística (no seu todo) ou estudar várias subunidades dentro do mesmo contexto. Yin (*ibid*) identifica cinco razões que justificam o estudo de apenas um caso: (1) quando representa um caso crítico para testar uma teoria bem formulada; (2) quando o caso representa um caso extremo ou um caso único; (3) quando o caso é representativo; (4) quando é um caso revelador (que nunca tinha sido estudado); e (5) quando se trata de um caso longitudinal, em que se pretende estudar a mesma situação em dois ou mais pontos no tempo.

Este trabalho de investigação assume as condições que foram enunciadas para se enquadrar numa estratégia de estudo de um único caso e de uma forma holística: (1) é um estudo de uma mudança que requer um contacto direto e mais profundo com os atores envolvidos; (2) trata-se de “uma pesquisa empírica que investiga um fenómeno contemporâneo no seu contexto real de vida” cujas “fronteiras entre o fenómeno e o contexto não são claramente evidentes” (Yin, 2009: 18); (3) é um caso revelador, real e contemporâneo em que “os comportamentos relevantes não podem ser manipulados” (*ibid*, p. 11); (4) examina-se um fenómeno em que o contexto é crucial porque afeta o fenómeno que, por sua vez, pode interagir e influenciar o contexto; e (5) procedeu-se a um estudo de caso longitudinal para poder observar o impacto efetivo da mudança.

A abordagem holística é baseada na crença de que “os sistemas sociais desenvolvem características da totalidade ou integridade e não é apropriado estudar as suas partes individuais fora do contexto” (Ryan *et al.*, 2002: 145). Neste estudo de caso, é indispensável

esta abordagem, não isolando o meio social ou os atores, para poder interpretar os acontecimentos sociais. Este estudo de caso é também longitudinal, pois o objetivo é observar e interpretar os acontecimentos ao longo do tempo.

A negociação prévia do caso ao *field* permitiu acompanhar o projeto de implementação do SCAH no hospital em tempo real, e o contacto com o *sponsor* do projeto e participação nas reuniões da ACSS. O estudo de caso tem sido recomendado pelos investigadores para o estudo da temática do custo e das práticas da contabilidade e controlo de gestão (Lukka, 2007a; Yin, 2009; Ryan *et al.*, 2002; Keating, 1995; Cooper e Morgan, 2006; Ahrens e Chapman, 2006; Ahrens e Dent, 1998; Baxter e Chua, 1998 e 2003; Kaplan, 1984 e 1998) bem como, mais especificamente, usado em investigações sobre a mudança dos sistemas de contabilidade e de controlo de gestão, ou seja, capturar a contabilidade e o controlo de gestão em ação (Lukka, 2007a), especialmente no setor público (Humphrey e Scapens, 1996).

A investigação qualitativa usa frequentemente quer informação qualitativa quer quantitativa (Eisnhardt, 1989; Miles e Huberman, 1994; Patton, 1987; Lukka, 2007a). Também neste estudo, para além da informação qualitativa (resultante de entrevistas semiestruturadas e abertas, observação direta, análise de legislação e de outros documentos escritos) foi recolhida informação quantitativa (contida em relatórios de contas e relatórios de custos analíticos do HIP, dados estatísticos da evolução de indicadores dos hospitais e dados estatísticos da evolução de indicadores de saúde dos países da OCDE).

Neste trabalho de investigação, o estudo de caso desenvolvido é essencialmente explanatório, porque a teoria previamente desenvolvida (Teoria Institucional) permitiu explicar o impacto da empresarialização e da adoção do ABC no hospital, bem como as perceções dos decisores sobre o seu reflexo no apoio à tomada de decisão nos vários níveis de decisão do hospital (Humphrey e Scapens, 1996).

Os estudos de caso têm sido descritos como criando grandes desafios por serem difíceis de conduzir (Yin, 2009). Como em qualquer outro método de investigação são-lhes atribuídas algumas críticas, em particular as que se seguem (Miles e Huberman, 1994; Patton, 1987; Ryan *et al.*, 2002; Yin, 2009): (1) falta de rigor uma vez que não possibilitam a generalização (estatística); (2) o facto de serem muito morosos e resultarem num volume considerável de documentos e de difícil leitura; (3) requerem confidencialidade, pelo menos quanto às identidades das pessoas entrevistadas; e (4) existe uma interpretação da realidade

social que depende do investigador, o que pode impedir que ele seja visto como um observador independente.

As preocupações evidenciadas podem ser refutadas desde que o investigador seja consistente, cumpra procedimentos sistematizados, se limite à evidência da informação recolhida para não influenciar as conclusões, tenha um especial cuidado no formato escolhido para a escrita do estudo de caso (evitando narrações longas), podendo contribuir para a apreensão e generalização de teorias com base num estudo de caso com qualidade (Yin, 2009; Lukka e Kasanen, 1995). De acordo com Mason (2002), essencialidade, validade, generalidade e fiabilidade são diferentes medidas de qualidade, rigor e potencial da investigação. Estas medidas são atingidas de acordo com princípios e convenções metodológicas e disciplinares. Também estas indicações foram seguidas pela investigadora na realização deste estudo de caso.

### **4.3. Os procedimentos deste estudo de caso**

#### **4.3.1. O desenho da investigação**

O estudo de investigação que se apresenta nesta tese iniciou-se com a leitura de bibliografia diversa e com a realização de entrevistas preliminares (ver Anexo 1) que pudessem auxiliar a investigadora a desenhar a sua investigação. Para realizar o desenho da investigação a investigadora procurou, simultaneamente, responder a cinco questões, que estão interrelacionadas, sobre a sua investigação (Mason, 2002: 13-21): (1) Qual é a natureza do fenómeno, ou entidades, ou realidade social, que eu desejo investigar?; (2) O quê que pode representar o conhecimento ou evidência das entidades ou “realidade” social que eu desejo investigar?; (3) Que tópico, ou área substantiva mais abrangente, é preocupação da investigação?; (4) Qual é o puzzle intelectual que eu desejo explicar e quais são as questões de investigação?; (5) Qual é o objetivo da investigação, e o quê que eu estou a fazer por isso?”.

A segunda questão colocada por Mason (2002) é uma questão de natureza epistemológica, uma vez que está relacionada com a teoria do conhecimento, com os princípios e regras através das quais é decidido se e como o fenómeno social pode ser conhecido, e como o conhecimento pode ser demonstrado. As opções epistemológicas estão dependentes das opções ontológicas pois que a perspetiva epistemológica escolhida deve ajudar a gerar conhecimento e explicações sobre as componentes ontológicas do mundo social.

Neste caso, a perspetiva ontológica não foi completamente definida no início da investigação, surgindo ao longo da investigação. Contudo, tal como indica Mason (2002), foi definido um objetivo explícito, e a própria investigação foi endereçando as questões para alcançar esse objetivo. A condução de entrevistas preliminares permitiram delinear melhor a construção do estudo de caso e testar a consistência das questões de investigação iniciais. Este exercício foi essencial para expandir as fronteiras do estudo. Como refere Yin (2009: 52) “as questões iniciais do estudo podem ter refletido uma orientação, mas assim que se prossegue no estudo de caso, uma orientação diferente pode emergir, e a evidência começa a encontrar outras questões de investigação”.

Este trabalho de investigação tem como principal questão de investigação: qual foi o impacto da adoção de políticas da NPM na gestão do HIP? Para consubstanciar esta questão foram desenvolvidas outras questões com ela relacionada: (1) Como se processou a empresarialização nos hospitais públicos e em particular no HIP?; (2) Porquê e como foi implementado o ABC no HIP?; (3) Quais as dificuldades sentidas pelo HIP na implementação do ABC?; (4) Quais os efeitos e consequências destas políticas da NPM na gestão do HIP?.

No Anexo 2 são descritos, relativamente a cada uma das questões de investigação colocadas, as fontes de dados e métodos utilizados.

#### **4.3.2. Preparativos para a recolha de dados**

Com o objetivo de preparar convenientemente o processo de recolha de informação relevante, iniciou-se revisão de literatura para melhor definir o estudo – a qual se apresenta nos capítulos dois e três da tese – (Baker, 2005; Holstein e Gubrium, 2005; Mason, 2002; Miller e Glassner, 2005). Muito importante, neste processo de aprendizagem, foi a frequência de um curso de preparação teórico-prático intensivo, o “*EDEN Doctoral Seminar on Case-Based Research in Management Accounting*”, em Bruxelas no EIASM (European Institute for Advanced Studies in Management), ao longo de cinco dias (10-14 de Abril de 2007), ministrado por Kari Lukka, Sven Modell, David Cooper e Jan Mouritsen.

Nos preparativos para a recolha de dados neste trabalho de investigação, para além da análise crítica da literatura, que permitiu definir, circunscrever e clarificar o âmbito da investigação bem como o enquadramento conceptual, a investigadora assistiu a um debate temático e foram realizadas entrevistas preliminares sobre a temática.

O debate temático (ver Anexo 3), sobre organização hospitalar dos cuidados de saúde em Portugal, bem como as entrevistas preliminares (Anexo 1) e o estudo de caso piloto permitiram circunscrever os contornos da investigação, consolidar e proceder ao protocolo do

projeto. No debate temático, foram obtidas (em formato digital) as contribuições dos oradores sobre: (i) a ‘evolução legislativa e orgânica dos hospitais e Portugal’ – Dr. Pedro Lopes (à data, Vice-Presidente da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares e Vogal Executivo do Conselho de Administração dos HUC); (ii) a ‘rede hospitalar SA em Portugal’ – Eng.º Luís Pedroso Lima (à data, Presidente da Unidade de Missão dos Hospitais, S.A.); (iii) os ‘projetos alternativos no setor público hospitalar – um centro de responsabilidade integrada’ – Prof. Doutor Manuel Antunes (ainda hoje, Diretor do Centro de Cirurgia Cardio-Torácica dos HUC e Prof. Da Faculdade de Medicina de Coimbra); e (iv) a ‘direção clínica num hospital’ – Dr. João Oliveira (Diretor Clínico do Centro Regional de Oncologia de Lisboa – IPO Francisco Gentil). Foi também de extrema importância a informação recolhida das intervenções da plateia (composta, essencialmente, por investigadores, administradores hospitalares e diretores de serviço) uns a favor e outros evidenciando as contrariedades que se sentiam no terreno relativamente às reformas ocorridas no setor hospitalar. Este debate colocou questões sobre a implementação de políticas da NPM em Portugal e foram efetuados os primeiros contactos com alguns intervenientes no debate, que mostraram um profundo conhecimento do setor hospitalar, e um orador, com quem se agendaram entrevistas.

As entrevistas preliminares exploratórias foram abertas, tendo sido selecionados como entrevistados administradores e diretores de serviços de outros hospitais de níveis, especialidades e formas de gestão distintas, principalmente pelas intervenções que tiveram no debate descrito anteriormente e pelos papéis que desempenhavam. Essas entrevistas foram realizadas junto de: (i) o administrador hospitalar e responsável máximo pelo Hospital distrital José Luciano de Castro – José Afonso, que curiosamente é o atual Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Baixo-Vouga (desde fevereiro 2012) e conseqüentemente do seu hospital central – o HIP; (ii) o diretor clínico do Centro Regional de Oncologia de Lisboa (IPO de Lisboa) – João Oliveira; e (iii) o diretor do Centro de Cirurgia do Hospital de São Sebastião – Santa Maria da Feira (hospital piloto da empresarialização em Portugal) – Mário Nora.

Este conjunto de entrevistas preliminares exploratórias foi crucial para aprofundar o conhecimento e sentir as ambigüidades com que o processo de empresarialização se confrontava no terreno. Para melhor circunscrever o estudo e formular as primeiras questões de investigação foi igualmente importante a recolha de informação sobre o sistema de contabilidade de gestão adotado pelos hospitais e a leitura de material relativo ao sistema de saúde nacional em geral e ao setor hospitalar em particular (reformas e evolução da gestão), e

de artigos sobre esta mesma matéria publicados em revistas nacionais e revistas internacionais científicas.

O estudo de caso piloto é geralmente adotado pelos investigadores porque “ajuda-os a refinar os planos de recolha de informação, quer em termos de conteúdo da informação, quer em termos de procedimentos a serem seguidos” (Yin, 2009: 93). Permite a abordagem primária das questões e a posterior reformulação do quadro de investigação que foi inicialmente desenhado, em resultado de novas questões que possam surgir durante esta etapa (Yin, 2009).

Assim, a investigadora, após a conclusão do estudo de caso piloto prosseguiu com a revisão de literatura e o estudo da teoria a adotar que lhe possibilitasse analisar a informação relevante da segunda e terceira fases do estudo empírico (estudo de caso principal).

#### **4.3.3. A recolha de evidência**

A recolha de evidência no HIP iniciou-se com uma reunião com o Presidente do Conselho de Administração, na sequência de um pedido por escrito de colaboração com o hospital (ver Anexos 4 e 5) para a realização de um estudo de caso e do deferimento deste pedido. Nesta reunião com o Presidente do Conselho Administração foram esclarecidos os principais objetivos do estudo e os métodos de investigação que iriam ser adotados. Foi também apresentado nessa reunião o *sponsor* do projeto SCAH no hospital com o qual se estabeleceram contactos semanais (por *e-mail*, por telefone ou pessoalmente) e, posteriormente, sempre que necessário. Nesta altura, aproveitou-se para entregar uma lista de documentos que a investigadora pretendia recolher do HIP (que constam no Anexo 6) e marcar a primeira entrevista com o *sponsor* do projeto de modo a iniciar-se a primeira fase do estudo de campo.

A recolha da informação primordial para esta investigação foi feita em duas etapas (estudo piloto e estudo principal), como anteriormente mencionado. Em ambas as etapas foram entrevistados os principais atores no processo de tomada de decisão nos principais níveis decisórios do hospital e os principais intervenientes no processo de implementação do SCAH no hospital. Relativamente às questões que podem ser enquadradas numa entrevista, Patton (2002) identifica seis diferentes tipos de questões: questões de experiência/comportamento; questões de opinião/crenças; questões sobre sentimentos; questões de conhecimento; questões sensoriais e questões do passado (*background questions*).

As entrevistas que se realizaram neste trabalho de investigação foram essencialmente semiestruturadas contendo questões de experiência/comportamento, de conhecimento e de opinião/crenças, de acordo com a tipologia sugerida por Patton (2002).

Na primeira etapa (estudo de caso piloto), foram efetuadas onze entrevistas no HIP (com a duração de treze horas e cinco minutos – ver Anexo 7), e recolhida documentação incluindo: (i) os relatórios de contas anuais do HIP, antes e depois da implementação (de 2003 a 2008); (ii) os dados da contabilidade de gestão do HIP disponíveis (de 2005 a 2007); (iii) relatórios e apresentações da ACSS; (iv) relatórios dos recursos humanos (evolução da composição e caracterização dos colaboradores no quadro e fora do quadro de 2005 a 2007); (v) o último plano estratégico, os princípios definidos sobre a sua governação e ética; (vi) apresentações do *sponsor* do projeto e da responsável pelo controlo de gestão no HIP sobre o projeto e apresentações de cursos de formação na área da gestão e controlo de gestão concedidos aos níveis intermédios de decisão no hospital (diretores de serviço, enfermeiros-chefes e responsáveis dos serviços de apoio); (vii) informação sobre as alterações da estrutura organizacional ocorridas ao longo de 2008 (através de partes de atas de reuniões); (viii) apresentações do projeto e planos de formação sobre o ABC para os hospitais, de responsabilidade da empresa consultora, efetuadas no HIP; e (ix) observação direta. Complementarmente, recolheram-se informações adicionais sobre o HIP como a área de influência, as atividades desenvolvidas pela instituição e meios disponíveis (no *website* do HIP), compilou-se legislação sobre o Estatuto dos hospitais e as diversas reformas ocorridas no setor hospitalar nos últimos 40 anos, analisaram-se artigos publicados no *site* da ACSS, programas dos diversos Governos Constitucionais, artigos publicados em jornais e revistas sobre a transformação dos hospitais públicos e a sua evolução, relatórios do Tribunal de Contas resultantes de auditorias à gestão dos hospitais públicos e ao SNS, apresentações públicas dos instrumentos de controlo de gestão utilizados nos hospitais SA, estatísticas de diversa ordem sobre indicadores de saúde, entrevistas a Secretários de Estado e a Ministros da Saúde – informação recolhida essencialmente nos *websites* dos Hospitais, EPE (inicialmente hospitais SA), do Portal de Saúde, do Portal do Governo, do Tribunal de Contas, de alguns jornais e outros *websites* (referidos na bibliografia).

Nesta primeira etapa, a primeira entrevista (fevereiro de 2008) foi aberta, tendo como interlocutor o *sponsor* do projeto. Esta entrevista permitiu um melhor esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto SCAH, bem como a recolha de documentação solicitada e uma visita guiada ao hospital – aos diversos serviços de apoio. Durante a visita foram apresentados

à investigadora os responsáveis pelos serviços de apoio, alguns diretores de serviço e enfermeiros-chefes. Entre março e julho de 2008, a investigadora contactou também três elementos do Conselho de Administração, e ainda dois responsáveis pelos serviços de apoio, uma enfermeira-chefe e um diretor de serviço. Estes interlocutores pertenciam a vários níveis de decisão dentro da estrutura do hospital e tiveram uma participação direta na implementação do projeto, pelo que estavam aptos a esclarecer o percurso da empresarialização e da implementação do projeto SCAH no HIP. Estas entrevistas ascenderam a nove e foram semiestruturadas, permitindo testar o guião de entrevista (ver Anexo 8) para a realização do estudo de caso. Ao longo desta etapa foi, ainda, realizada mais uma entrevista aberta ao *sponsor* do projeto para esclarecimento de algumas dúvidas que resultaram da evidência recolhida nas restantes entrevistas.

A segunda etapa (estudo de caso principal) foi realizada em três fases distintas (segunda, terceira e quarta fases). Na segunda fase foram efetuadas mais 18 entrevistas semiestruturadas e presenciais de maior profundidade no HIP (ver Anexo 9). Para o estudo de caso principal foi preparado um outro guião mais pormenorizado (ver Anexo 10), dividido em três partes, adaptando-se de acordo com cada entrevista. Cada um dos entrevistados respondeu apenas a parte ou ao guião completo, de acordo com sua condição de colaborador, a sua antiguidade no HIP e a colaboração direta ou não na fase de implementação do projeto. Estas entrevistas, realizadas entre meados do mês de julho e meados do mês de outubro de 2008<sup>20</sup>, demoraram, cada uma, entre 45 minutos e 110 minutos (totalizando, nesta fase 25 horas e 40 minutos). Contudo, apesar de todas estas entrevistas terem sido gravadas digitalmente, algumas prolongaram-se para além da gravação possibilitando à investigadora um melhor conhecimento da situação em estudo e anotações que foram acrescentadas nas transcrições das entrevistas. Para além destas entrevistas, foram recolhidos documentação e artigos mais específicos sobre o projeto SCAH.

Posteriormente, de dezembro de 2009 a abril de 2010, foram realizadas adicionalmente mais 7 entrevistas, as quais foram abertas (e compreenderam cerca de 11 horas e vinte minutos). Estas entrevistas permitiram a validação da informação recolhida, bem como a confirmação ou refutação de algumas inferências e atualização de dados do HIP. Já mais recentemente (em junho de 2012), foram conduzidas mais 3 entrevistas (num total de cerca de 8 horas), também estas num formato aberto (terceira e quarta fases - ver Anexo 13).

---

<sup>20</sup> Em setembro, devido à nomeação de um novo Conselho de Administração, procedeu-se novamente à apresentação deste projeto de investigação e renovou-se o pedido de autorização para a prossecução do mesmo (Anexos 11 e 12).

Nesta quarta fase de entrevistas foi possível dar a conhecer a investigação a um membro do atual conselho de administração, recolher as suas perceções relativamente às temáticas em debate e, ainda, formalizar o ‘Acordo sobre informação confidencial’ (ver Anexo 14). As restantes entrevistas serviram para validar algumas aferições relativamente à investigação e esclarecer algumas dúvidas que se mantinham em aberto, bem como para atualizar a evolução da situação do HIP.

Da entrevista surgiram outras fontes de informação disponibilizadas pelo entrevistado, como por exemplo, documentos, relatórios, apresentações em suporte digital, que, tal como é referido por Yin (2009), são de extrema importância. A investigadora teve oportunidade de observar e ter contacto direto com os sistemas de informação disponíveis no HIP, fazer levantamento de alguns procedimentos existentes nos diversos serviços sobre o registo de informação para o apoio à gestão, verificar quais os sistemas que cada um dos entrevistados utilizava, que tipo de informação era possível obter, qual a informação mais utilizada no apoio à decisão por cada um, bem como as interligações que existiam entre os vários sistemas.

De realçar, em especial pela sua relevância, a observação de uma parte da reunião entre *sponsor* e um operacional da empresa consultora em que se discutiam alguns pormenores relativamente aos estudos específicos realizados, às dificuldades e propostas de alteração do SCAH para o caso do HIP. Esta experiência foi valiosa na medida em que proporcionou uma compreensão mais profunda do funcionamento da implementação e do tipo de negociações que eram possíveis. De facto, apesar de o projeto ter sido concebido inicialmente como único, foi plausível incluir algumas especificidades próprias de cada hospital, adequando-o melhor à estrutura e organização de cada hospital. Para além disso, indispensável foi o contacto permanente mantido com o *sponsor* do projeto, ainda que de uma forma informal, na maior parte dos casos. Foram estabelecidos 35 contactos bilaterais por *e-mail*, cinco telefonemas e contacto quase diário, nas primeiras duas semanas do mês de setembro e primeira semana de outubro (de 2008). Esta comunicação foi fundamental para um acompanhamento direto e pormenorizado de todo o processo de mudança, e bastante relevante para a confirmação e esclarecimento de informação recolhida, nomeadamente para a atualização da informação disponível no *site* do HIP.

As entrevistas no HIP incluíram como entrevistados: membros do Conselho de Administração; o *sponsor* do projeto; os administradores das quatro áreas (de doentes, urgência, cirurgia e recursos humanos) que podem agregar mais do que um serviço; os diretores e responsáveis pelos serviços de apoio – direção financeira, gabinete de auditoria

interna, direção de informática e telecomunicações, direção de recursos humanos, gabinete de informação para a gestão, serviço de gestão de clientes, direção logística, serviço de aprovisionamento; diretores de serviço e enfermeiros-chefes (responsáveis) de alguns dos serviços de prestação de cuidados – cirurgia, imagiologia, patologia clínica, gastroenterologia, urgências, medicina intensiva, obstetrícia-ginecologia, especialidades médicas, pediatria e bloco operatório (ver Anexo 15 que descreve todos os departamentos observados). As entrevistas, neste nível de decisão, foram limitadas aos profissionais que tinham conhecimento e que de alguma forma se envolveram no processo de implementação do novo sistema de contabilidade e de controlo de gestão. Foi ainda entrevistada uma técnica superior (colaboradora de um serviço de apoio) pertencente à equipa de acompanhamento deste projeto de mudança.

A evidência foi recolhida não apenas tendo em conta a função do entrevistado mas também a sua formação de base, por forma a distinguir as perceções dos gestores com formação específica na área das perceções de profissionais da saúde que exercem adicionalmente a função de gestores. Os informadores-chave foram entrevistados mais do que uma vez e deu-se por concluída esta fase de entrevistas quando foi notória a recorrência de respostas que já tinham sido obtidas em entrevistas anteriores.

Foram ainda realizadas mais cinco entrevistas complementares semiestruturadas e presenciais (ver Anexo 16 – que totalizaram 8 horas e 50 minutos) noutras instituições envolvidas no projeto SCAH – um consultor sénior da *Deloitte* (ver Anexo 17) – e no processo de empresarialização e no projeto SCAH – a diretora coordenadora da unidade de financiamento e contratualização da ACSS, dois responsáveis pelo departamento de gestão financeira da ARSC e um responsável pelo departamento de contratualização da ARSC (ver o guião de entrevista no Anexo 18).

Ainda imprescindível para o enriquecimento de informação, foi a participação da investigadora nas reuniões de trabalho da ACSS sobre o projeto SCAH. A presença nessas reuniões (ver Anexo 19) possibilitou à investigadora: auscultar a perceção dos outros hospitais-piloto participantes relativamente ao projeto, acompanhar o decorrer dos trabalhos efetuados em cada um dos hospitais e assistir à apresentação dos primeiros resultados de implementação em cada um dos hospitais participantes, com destaque para a apresentação do HIP (ver Anexo 20). Permitiu, ainda, acesso a informação sobre o segundo grupo de hospitais onde se iria implementar o ABC. Nestas reuniões, discutiu-se o percurso do projeto, desde a fase dos primeiros contactos e levantamentos de informação dos hospitais participantes,

passando pelo desenvolvimento do sistema e sua implementação, à discussão do atraso registado em todo o processo e as vantagens do sistema e as suas limitações e, ainda, os problemas que cada um dos hospitais enfrentou nas diversas fases de implementação, nomeadamente, os problemas existentes quanto à recolha de informação e escassez de meios humanos dedicados ao projeto. A transcrição extensiva destas reuniões e a recolha das apresentações efetuadas, sempre que possível, em formato digital foi sempre uma preocupação da investigadora, com o objetivo de uma posterior análise, cruzamento de dados e contributo positivo para a investigação.

As entrevistas foram gravadas digitalmente com exceção de quatro entrevistas, o que permitiu à investigadora tomar notas ao longo das entrevistas e logo após cada uma delas. Nestas anotações registavam-se as observações sobre a linguagem não-verbal, o comportamento e as reações dos interlocutores às perguntas que eram feitas e a forma como respondiam a essas perguntas. Como Patton (1987: 13) refere “o entrevistador capacitado é também um observador capacitado, capaz de ler mensagens não-verbais, sensível a como a situação da entrevista pode afetar o que é dito e cuidadosamente harmonizado com as *nuances* das interações e relações entrevistador/entrevistado”.

Na sua maioria, as entrevistas realizadas no HIP foram integralmente transcritas (38 entrevistas) e pormenorizadamente descritas. A transcrição das entrevistas, sempre que possível, foi feita no dia seguinte à sua realização, permitindo por um lado ter bem presente a entrevista e por outro lado rever, novamente, a forma como decorreu a condução da entrevista e preparar melhor as entrevistas que se seguiam (Patton, 1987).

Nas entrevistas em que não foi efetuada qualquer gravação (apenas 4 entrevistas não foram gravadas a pedido dos entrevistados) foram feitas anotações de forma exhaustiva para registar as ideias mais importantes e as expressões dos entrevistados. Logo a seguir a cada uma destas entrevistas, procedeu-se a uma leitura cuidadosa das anotações e foram sendo acrescentadas informações pertinentes que complementassem as anotações iniciais.

Ao todo realizaram-se 48 entrevistas que completaram quase setenta e quatro horas de informação e quatrocentas e sessenta e oito páginas de transcrições. Foram efetuadas 39 entrevistas no HIP (cerca de 58 horas), entre entrevistas semiestruturadas e abertas, acrescidas de 4 entrevistas preliminares e 5 entrevistas a outras entidades (durante o estudo de caso) com cerca de 16 horas de conversação; registou-se ainda a participação em 4 reuniões e 2 debates temáticos com duração total de 20 horas.

#### **4.3.4. Avaliação da evidência**

De acordo com Mason (2002), geralmente o termo método, na investigação qualitativa, é mais do que uma técnica prática ou procedimento para produzir informação; tem associado um processo de criação de informação, envolvendo atividades intelectuais, analíticas e interpretativas, residindo aqui o perigo da subjetividade. De facto, a construção da validade é especialmente problemática na investigação baseada em estudo de caso, pois uma das fontes de grandes críticas tem sido a potencial subjetividade do investigador. Yin (2009: 43) resumidamente propõe três táticas para aumentar a validade da construção do desenho de investigação: usar múltiplas fontes de informação, estabelecer uma cadeia de evidência, e ter um esboço do relatório do estudo de caso revisto pelos informadores-chave.

A reforçar esta constatação, Ryan *et al.* (2002) refere a necessidade de haver fiabilidade processual – o investigador deve partir de um bom desenho de investigação, que possa avaliar claramente as questões da investigação, deve ter um plano de investigação compreensível, toda a evidência deve ser registada num conjunto coerente de notas de campo e qualquer análise deve estar devidamente suportada por um documento. “Destá forma o investigador pode demonstrar que as conclusões do estudo de caso são fiáveis, e outra pessoa pode em princípio, e por último, examinar o que foi feito” (Ryan *et al.*, 2002: 155). Esta preocupação esteve sempre presente nesta investigação.

A validade interna, que se relaciona com a utilização de procedimentos adequados na condução do estudo, é substituída, no estudo de caso, pela noção de validade contextual (Ryan *et al.*, 2002; King e Horrocks, 2010), a qual indica a credibilidade das evidências do estudo de caso e das conclusões que vão sendo construídas. Isto implica basicamente quatro tipos de triangulação (Patton, 2002: 555) que contribuem para a verificação e validação da análise qualitativa: (1) verificar a consistência da evidência gerada através da adoção de diferentes métodos de recolha de informação (triangulação de métodos); (2) verificar a consistência de diferentes fontes de informação dentro do mesmo método (triangulação de fontes), ou seja, a validade de cada fonte particular de evidência; (3) a utilização de vários investigadores para rever as evidências (triangulação de investigadores), a qual pretende validar a interpretação da evidência recorrendo a trabalho de grupo com outros investigadores; e, finalmente, (4) utilização de múltiplas perspetivas ou teorias para interpretar a informação (triangulação teórica), em que a validação pode ser feita usando teorias alternativas, para estudar o mesmo caso.

Em concreto, para conseguir maior fiabilidade no estudo de caso Patton (2002: 187-189) aconselha a permanente validação cruzada e triangulação da evidência, através da

obtenção de diferentes tipos de informação, com origem em fontes diversas, por exemplo, comparando dados recolhidos através da observação com dados gerados pela entrevista.

Neste estudo de caso foi seguida a triangulação de métodos e triangulação das fontes.

Foram utilizados vários métodos (observação, entrevistas e documentação escrita) e a avaliação cruzada das fontes foi permanente de forma a comparar as várias entrevistas (HIP, ARSC, ACSS e a empresa consultora), com a evidência obtida nas reuniões junto da ACSS, com os dados numéricos e suporte documental recolhidos no hospital, quer ainda com a informação recolhida nos diversos *sites* do Ministério da Saúde. Este cruzamento de informação permitiu à investigadora reavaliar constantemente os dados que iam sendo recolhidos e fazer ajustamentos, bem como solicitar novas entrevistas com intervenientes que já tinham colaborado em fases anteriores, de forma a validar algumas respostas anteriores e aferir sobre novos aspetos.

Apesar de apenas dois dos informadores-chave terem feito uma leitura do resultado final desta investigação, foi, ainda, possível a discussão pontual sobre a representatividade dos dados recolhidos, e a plausibilidade das conclusões e explicações que iam sendo formuladas com vários informadores-chave e o cruzamento com bibliografia, outras referências documentais e as anotações das reuniões sobre o projeto SCAH.

#### **4.3.5. Identificação e clarificação de padrões**

A emergência de padrões resulta de um processo natural de reflexão ao longo do estudo de caso. Ryan *et al.* (2002) indicam que por vezes é útil preparar diagramas ou gráficos que ajudem a relacionar os vários temas e questões, para que padrões possam emergir mais rapidamente. Este é um passo fundamental do estudo de caso, que é identificado pelos investigadores como sendo um dos mais difíceis (Mason, 2002; Yin, 2009, Patton, 2002; Miles e Huberman, 1994).

Têm sido sugeridos vários métodos para análise da informação recolhida, por diversos investigadores donde se destacam como os mais citados: Yin (2009), Miles e Huberman (1994), Eisenhardt (1989), Mason (2002) e Patton (2002). Nesta investigação foram adotados os métodos de análise qualitativa da informação recomendados por Miles e Huberman (1994). Para estes investigadores a análise compreende um processo baseado em três passos: (1) redução da informação; (2) construção de *displays*; e (3) conclusão com a verificação das inferências.

Patton (2002) identificou como útil, para além da análise – descrita como o processo de ordenar a evidência e organizá-la em padrões, categorias e unidades descritivas básicas, a

interpretação – o processo de atribuir sentido e significância à análise, construir relações e ligações entre as dimensões descritas e explicar os padrões descritos. Estes dois processos de análise e interpretação, referidos por Patton também foram usados nesta investigação.

O processo de análise partiu das transcrições das entrevistas efetuadas na íntegra, sempre que possível, no dia a seguir à realização da própria entrevista. Neste procedimento, não foram esquecidas as anotações retiradas ao longo e após as entrevistas, o que permitiu introduzir maior expressividade às entrevistas, realçando na transcrição das mesmas não só os estados de alma dos entrevistados, como também acrescentando lateralmente outros fatores observados que se considerassem importantes.

Depois de terminadas as entrevistas e as suas transcrições, foram feitas repetidas leituras das mesmas. As questões mais importantes foram identificadas em cada uma das transcrições e algumas anotações feitas no final de cada transcrição. Em cada transcrição foi evidenciado com cores excertos relevantes face aos objetivos do estudo: azul para os factos, verde para algumas frases ilustrativas e que iriam, provavelmente, ser aproveitadas no momento da redação do texto, vermelho para frases ou expressões cujo significado não era perceptível e por isso deveriam ser alvo de tratamento posterior e amarelo para surpresas no discurso, temas inesperados ou novas articulações problemáticas (Guerra, 2006).

Para além dos conceitos inicialmente estipulados pela revisão da bibliografia, foram gerados, novos conceitos, novas dimensões e categorias analíticas a partir da análise destas entrevistas. Quando foram detetadas as primeiras repetições de opiniões, expressões e questões relevantes, passou-se à identificação de padrões. Também as perspetivas e perceções contraditórias serviram de ponto de partida e abertura a novas questões, algumas das quais se mantêm em aberto e servirão para posteriores desenvolvimentos.

Passou-se seguidamente a uma reunião das questões tratadas de forma semelhante em diferentes entrevistas tendo sido criadas categorias analíticas, sempre com a perspetiva global presente e mantendo as relações entre as partes intacta. Tal como é indicado por Patton (1987: 154), foram identificadas categorias com homogeneidade interna e categorias com homogeneidade externa, em que cada categoria é claramente distinta das restantes. Foi feita, igualmente, uma decomposição por subcategorias (atendendo à antiguidade no HIP, conforto profissional, envolvimento com a empresarialização e envolvimento com o processo de mudança do sistema de contabilidade de gestão).

A identificação e organização do material recolhido (das entrevistas) em categorias e subcategorias permitiram identificar diferentes lógicas do que foi relatado; tal procedimento é

uma operação básica da análise de conteúdo (Guerra, 2006). Com este processo, tornou-se mais fácil a deteção de diferenças de perceções entre os entrevistados e a retificação, reprovação ou confirmação de padrões inicialmente identificados (Miles e Huberman, 1994: 246).

No processo que se seguiu, procedeu-se à análise mais detalhada da informação, tendo sido identificados os conceitos-chave (organizados de acordo com os objetivos do estudo e que se evidenciavam nas perguntas dos guiões das entrevistas, mas que sucessivamente foram redefinidos num processo iterativo); analisaram-se os mesmos em profundidade, recompondo “os fragmentos do discurso disperso ao longo do texto” (Guerra, 2006: 83). Sempre em interação, a investigadora manteve a indispensável reflexividade – permanentemente aberta, jogando com o familiar e com o estranho, “olhando para o grupo de participantes como um todo (...), evidenciando o que as entrevistas têm em comum bem como na forma como diferem” (King e Horrocks, 2010: 150). A abordagem reflexiva apresenta duas potenciais vantagens (Alvesson, 2003: 14): (1) evitar a ingenuidade associada à convicção de que os dados revelam simplesmente a realidade; e (2) a criatividade na sequência de uma apreciação da riqueza potencial do significado do material empírico complexo. O cruzamento temático por categorias permite caminhar gradualmente para respostas finais (Modell, 2007).

A estratégia de análise temática que se considerou mais adequada foi partir dos principais conceitos de um quadro analítico, apesar de não se terem determinado códigos (devido à dimensão e variedade de entrevistados); contudo, evidenciaram-se os parágrafos das entrevistas que permitiram a estruturação dos dados numa configuração mais abrangente e de acordo com um modelo comum (Miles e Huberman, 1994), o que facilitaria uma posterior codificação. Este procedimento, para além de permitir uma comparação mais rápida de diferentes entrevistas, de deteção de pontos comuns ou disparidades, permite o posterior tratamento informático da informação e organização dos dados utilizando um *software*<sup>21</sup>.

Também se procedeu à análise dos dados obtidos das restantes fontes de informação, de forma idêntica à explicada anteriormente.

Após a categorização, identificação de temas, relações entre os dados e estruturação procedeu-se à exposição da informação numa forma visual que apresentasse os dados de uma forma sistematizada e que possibilitasse à investigadora identificar conclusões. O objetivo da

---

<sup>21</sup> Apesar da investigadora inicialmente ter premeditado a análise das entrevistas com o recurso ao NUD\*IST 6 (Sousa, 2008), para o qual frequentou uma formação específica, pareceu ser mais adequado não o fazer dado o número de entrevistas e a caracterização diversificada de entrevistados. Foi feita, contudo, uma estruturação inicial de excertos das entrevistas que facilitassem uma posterior codificação.

investigadora foi fazer com que a informação de que dispunha fizesse sentido e alcançar uma compreensão mais profunda do caso (Major, 2002). Este procedimento ajuda o investigador a descrever e explicar acontecimentos complexos.

Nesta investigação optou-se por construir uma figura a sintetizar a rede de eventos/estados (ver o Anexo 21). Nesta figura destacam-se, para além dos eventos (acontecimentos), as condições (estados) que serviram de mediadores entre os acontecimentos e as relações entre estes por uma ordem cronológica. Pretendeu-se traçar um caminho lógico atendendo à evolução dos acontecimentos e às condições que os provocaram, ao longo do tempo. Os acontecimentos estão refletidos em retângulos, enquanto os estados e as relações são expostos, respetivamente, em formatos de elipse e por linhas. Este tipo de formato torna mais perceptível a lista de eventos que compõe o estudo de caso e o seu contexto e favorece a análise das dinâmicas estabelecidas entre a informação disponível (Miles e Huberman, 1994).

A análise matricial iterativa foi revista e alterada várias vezes até uma versão que abrangesse todas as dimensões, questões, temas e variáveis identificadas no caso e consideradas como relevantes, expostas de forma a fazer sentido. Com a versão final, foi possível ter um conspecto claro das relações entre os acontecimentos. Foram visualizados dois aspetos fundamentais: (1) a empresarialização é expressão das políticas governamentais orientadas para a NPM resultantes de constrangimentos orçamentais, associados ao crescente aumento dos gastos na saúde. Apesar da empresarialização, os decisores do HIP não sentiram um maior constrangimento com o novo estatuto dos hospitais SA e, posteriormente, hospitais EPE, já que havia expectativas de maior autonomia; (2) a implementação do ABC no HIP (outra manifestação da NPM) resultou de uma proposta governamental, com o objetivo principal de obter informação sobre o custo por GDH que permitisse fixar de forma mais correta e justa o preço a pagar pela produção contratada com os hospitais. Apesar de uma boa receptividade da ferramenta houve algum ceticismo quanto à sua utilidade, como ferramenta de apoio à tomada de decisão.

Após esta fase de análise profunda, foram esboçadas explicações alternativas e procedeu-se à avaliação de uma conclusão. As explicações alternativas partiram das conclusões que inicialmente se propuseram com a influência da teoria estudada. Neste processo procurou-se analisar se haveriam outras formas de organizar a evidência que pudesse conduzir a conclusões diferentes. Igualmente, foram colocadas outras explicações possíveis e foi verificado se essas explicações poderiam ser suportadas pela evidência (Patton, 1987, 2002). As conclusões e interpretações obtidas foram discutidas com alguns dos entrevistados

do HIP, que corroboraram com as principais linhas de pensamento propostas, conferindo maior qualidade e confiança ao estudo.

Os procedimentos de avaliar explicações alternativas e obter a corroboração de alguns entrevistados, permitem concluir que as explicações desenvolvidas cumpriam os critérios de plausibilidade, robustez e confirmação (Miles e Huberman, 1994).

#### **4.3.6. Desenvolvimento da teoria**

De acordo com Eisenhardt (1989: 536) o desenvolvimento da teoria deve basear-se tão próximo quanto possível do ideal de não haver uma teoria em consideração e nenhuma hipótese a testar. Porém, o processo de recolha de informação foi centrado em questões de investigação previamente definidas e despertadas pela revisão de literatura, apesar de terem sofrido algumas alterações ao longo do processo de estudo. E uma vez que este caso é explicativo, as ilações que foram surgindo a partir do trabalho de campo foram consubstanciadas pela teoria existente.

A Teoria Institucional permitiu clarificar as relações entre o nível macro (setor hospitalar), o nível meso (HIP) e o nível micro (gestores do HIP) e analisar porquê, como e que atitude provocou a implementação de políticas da NPM no HIP. Igualmente possibilitou através do conceito de lógicas institucionais compreender as dificuldades e problemas gerados com a sua implementação no HIP.

#### **4.3.7. A escrita da tese**

O relatório final é o culminar do projeto de investigação, apesar de que no “estudo de caso – especialmente do tipo interpretativo e crítico – a escrita é um tema mais contínuo e fundamental do que noutras formas de investigação” (Lukka, 2007b). Os estudos de caso tratam de especificidades, sendo as narrativas feitas em termos concretos e profundos, de modo a se saber não só sobre as especificidades, como também sobre as inter-relações e padrões num todo. O objetivo é o fornecer detalhes sobre como as ações individuais se relacionam entre si e se juntam num todo coerente. O investigador tem a obrigação de convencer o leitor da validade da descrição e da análise do caso (Ahrens e Dent, 1998; Lukka e Kasanen, 1995; Ryan *et al.*, 2002).

A escrita desta tese resultou de várias revisões, atualizações (devido à evolução do contexto) e condensações que permitiram uma descrição de todo o trabalho desenvolvido de uma forma perceptível e elucidativa.

#### **4.4. Análise e validação das conclusões do estudo**

O grande problema da investigação qualitativa é que a maior parte dos investigadores trabalham sozinhos e sem poder recorrer a validação das conclusões que normalmente fortalecem a investigação quantitativa. O investigador: define o problema; escolhe a amostra, desenha os instrumentos, recolhe a informação, reduz a informação, analisa-a, interpreta-a e traduz todo o trabalho sob a forma escrita (Miles e Huberman, 1994). O que faz com que a prudência e o sentido permanente de alerta na investigação qualitativa sejam indispensáveis em todas as fases da investigação, para evitar ou minorar as possibilidades de enviesamento, que conduzem ao enfraquecimento ou até à invalidação das conclusões.

Miles e Huberman (1994: 263-277) descrevem treze táticas a serem seguidas para assegurar desde a qualidade básica da informação até à qualidade das conclusões, entre as quais: verificar a representatividade, fazer triangulação quer de fontes quer de métodos, pesar a evidência, procurar evidências negativas e conseguir *feedback* dos informadores.

Relativamente à qualidade dos dados, para evitar a não representatividade dos informadores, a generalização a partir de acontecimentos e situações não representativos e inferências baseadas em processos não representativos; a investigadora entrevistou sessenta por cento dos decisores de primeira linha (dos três conselhos de administração, sendo 100% do conselho de administração do HIP da fase do processo de mudança) e cem por cento dos decisores de segunda linha (administradores de área, aprovisionamento e gestão de doentes), cem por cento dos responsáveis pelos gabinetes de apoio (controlo de gestão e auditoria), onze por cento das chefias de serviços (mas que representam 100% dos intervenientes no processo de mudança) e cerca quarenta por cento dos enfermeiros-responsáveis (ou enfermeiros-chefes), num total de 39 entrevistas abarcando uma diversidade de formações académicas e posições hierárquicas na tomada de decisão no HIP; foram ainda entrevistados dois chefes de serviço e um administrador hospitalar de outros hospitais, representantes da ACSS e da ARSC e um *Senior Consultant* da empresa consultora; em segundo lugar foram utilizadas diversas fontes de dados (vários entrevistados de várias organizações) e diversos métodos (observação, entrevistas e documentos) para confirmar a evidência; e terceiro, sempre que oportuno, as evidências foram discutidas com alguns dos entrevistados. Quanto a este aspeto de assegurar a qualidade dos dados, a investigadora certificou-se também de que os objetivos do estudo eram inequívocos para os entrevistados.

Para assegurar maior qualidade ao processar a evidência, a investigadora pesou a evidência tendo o cuidado de, a partir de um leque de informações recolhidas de várias fontes,

selecionar e sintetizar apenas algumas informações que constituíram o que é designado por dados que, por sua vez, foram condensados, selecionados e ordenados de várias formas para exibir e evidenciar possíveis relações entre os acontecimentos e as situações, até se alcançar o desenho final. E os dados considerados mais relevantes, com maior peso, foram os obtidos dos entrevistados que tiveram maior contacto com a fase de implementação do projeto SCAH.

No processo de análise a investigadora foi atenta à evidência negativa e confirmou os factos e acontecimentos, quer recorrendo ao cruzamento dos dados obtidos de várias fontes e métodos de informação, quer discutindo-os com alguns dos seus informadores. De facto, apesar de apenas dois dos informadores-chave terem feito uma leitura do resultado final desta investigação, foi possível a discussão pontual sobre a representatividade dos dados recolhidos, e a plausibilidade das conclusões e explicações que iam sendo formuladas com vários informadores-chave. Assim, foi corroborado que:

- 1) A empresarialização do hospital foi aceite pacificamente. Contudo, quanto aos resultados efetivos da mudança de estatuto, não é unânime que os objetivos pretendidos com esta medida da NPM tenham sido alcançados. Apesar do reconhecimento de uma melhoria na rapidez da tomada de certas decisões, devido à maior autonomia que o hospital obteve em determinadas áreas, os profissionais de saúde, contrariamente aos administradores, não identificam esta mudança como uma melhoria do sistema;
- 2) A substituição do sistema de contabilidade de gestão no HIP resultou em primeiro lugar da necessidade de obtenção de custos das atividades dos hospitais mais fidedignos à realidade para cumprir um objetivo da tutela no que concerne à obtenção de preços-base para a negociação dos contratos-programa e a uniformização da informação de contabilidade de gestão dos hospitais;
- 3) Apesar dos chefes de serviço, enfermeiros-chefes e administradores hospitalares terem sido envolvidos no processo de implementação do projeto SCAH, existem atitudes diferentes relativamente à ferramenta, de uma forma geral. Enquanto os primeiros (chefes de serviço) demonstraram pouco interesse em participar e estão céticos quanto à utilidade da ferramenta e a sua utilização efetiva, já os segundos (enfermeiros) esforçaram-se por colaborar e compreenderam melhor a importância da ferramenta. Por sua vez, os administradores hospitalares reconheceram atributos na ferramenta para apoiar a tomada de decisão e admitiram que este processo de mudança foi influente para uma mudança de atitude na gestão, mas não efetivaram o seu uso.

Ainda relativamente ao problema da validação, Yin (2009: 41) defende quatro testes para conseguir a qualidade da investigação empírica social: (1) a construção de validade – que consiste na definição de medidas operacionais para os conceitos analisados; (2) a validade interna – no que concerne ao desenvolvimento de relações causais não-falseadas; (3) validade externa – ao definir o domínio dentro do qual as aferições do estudo podem ser generalizadas e (4) confiança – que representa as operações de um estudo que podem ser repetidas com os mesmos resultados, como por exemplo os procedimentos de recolha de dados.

Para ultrapassar limitação de escassez de construção de validade, a investigadora definiu uma cadeia de evidência ao incluir no relatório excertos dos dados considerados mais relevantes (das entrevistas) e que demonstram a observação da evidência e a documentação da evidência. Quanto à melhoria da validade interna, a investigadora procurou a correspondência entre padrões e a construção de explicações quando efetuou análise dos dados (secção 4.3.5.).

Finalmente, a confiança foi uma preocupação constante ao longo de todas as fases da investigação, principalmente em recolher um número significativo de dados para ter uma ampla base de evidência que suportasse os argumentos e as explicações finais.

#### **4.5. Condicionantes e limitações do estudo de caso**

O HIP tem atravessado um período de alguma conturbação, tendo sido conduzido por quatro Conselhos de Administração diferentes ao longo dos 8 últimos anos, com as consequentes reestruturações organizacionais, para além das alterações do seu próprio estatuto enquanto hospital público. Não obstante, foi um dos hospitais convidados a integrar o conjunto dos hospitais-piloto para implementação do projeto SCAH, e dentro deste conjunto teve um lugar de destaque por ter cumprido os prazos delineados e ter apresentado os primeiros resultados validados.

Por imponderáveis relacionados com a falta de estabilidade política do país, quer devido a mudanças de Governo, quer pelas alterações de política e de comando que se registou no Ministério da Saúde ao longo da governação de um mesmo Governo (ver Anexo 22), com a consequente instabilidade dos conselhos de administração do HIP; foram diversas as dificuldades que a investigadora teve que ultrapassar para conduzir o seu estudo. Contudo, estas vulnerabilidades do país não deixam de ser um fator que aumenta o desafio do trabalho de investigação.

Na realidade, o próprio projeto SCAH sofreu deslizes nos prazos inicialmente previstos para o seu percurso de implementação (ver Apêndice B – Calendário do projeto SCAH da *Delloite*), desde a recolha de dados, implementação do projeto e validação dos

primeiros resultados. Associado a esta questão, houve necessidade de compactar as entrevistas num período relativamente curto e prosseguir posteriormente as entrevistas. Dada a dilatação no tempo, o contexto foi modificado, com um novo conselho de administração e novas preocupações que não permitiram apresentar resultados mais claros relativamente aos objetivos inicialmente pretendidos.

## **Capítulo 5 – As reformas do sistema de saúde português**

### **5.1. Introdução**

O interesse no estudo científico de políticas de saúde em Portugal é muito recente, tendo os primeiros estudos aparecido na segunda metade dos anos setenta. Tal facto, não é alheio à situação política em Portugal vivida antes de 1975, caracterizada por um regime totalitário nos 40 anos antecedentes.

Neste quinto capítulo contextualizam-se as várias reformas dirigidas ao setor da saúde e, em particular, às organizações hospitalares ao longo dos últimos 40 anos. A análise da evolução do sistema de saúde português, centrado no SNS, serve como sustentáculo para melhor decifrar e compreender a sua repercussão na evolução da organização e gestão dos hospitais públicos portugueses, evidenciando os sinais de adoção de princípios da NPM.

Na segunda secção são apresentados os principais problemas ocorridos no setor da saúde e as suas principais causas, enquadrados no panorama da OCDE. Seguidamente procede-se a uma reflexão sobre a evolução do SNS, desde a sua génese, passando pela sua evolução recente, as características atuais do SNS e as principais reformas ocorridas já neste século. Numa última secção, debate-se o reflexo das principais reformas sofridas pelo SNS nas organizações hospitalares sob a égide dos princípios da NPM.

### **5.2. Breve diagnóstico do setor da saúde em Portugal**

Ao longo do último quarto do século XX, Portugal atravessou transformações contextuais significativas: a democratização e a descolonização (de 1974 a 1976), a entrada na Comunidade Económica Europeia (em 1986) e a integração na União Monetária Europeia (em 2000). Apesar das melhorias verificadas, nas últimas décadas, em indicadores de saúde (ver Anexo 23) como: mortalidade infantil, mortalidade perinatal, esperança de vida, número de anos de vida potencial perdidos (Simões e Lourenço, 1999; Tribunal de Contas, 1999; Reis, 1999), os valores registados continuam a ser inferiores à média dos países da União Europeia e da OCDE, pelo que existe ainda um longo caminho a percorrer no sentido da melhoria das condições de saúde.

Os problemas no setor da saúde ainda são latentes. No início da década de 80, no Programa do IX Governo Constitucional (Portugal, 1983: 74) constava, no que concerne à saúde, como aspetos fundamentais da realidade socioeconómica: “a) O baixo nível de educação sanitária da população; b) As deficientes condições higiénicas comunitárias, habitacionais, alimentares, escolares e de trabalho quase generalizadas; c) Assimetria na

distribuição dos técnicos de saúde; d) Uma rede de cuidados primários desligada e mal articulada com as necessidades de cuidados diferenciados; e) A deficiente organização estrutural verificada a nível local, regional e central, com duplicação de estruturas, de pessoal e de ações; f) Uma rede hospitalar que, consumindo quase metade dos meios financeiros destinados à saúde, apresenta baixa rendibilidade, produtividade e desumanização dos serviços oferecidos; g) A falta de quadros e de meios técnicos; h) O consumo exagerado dos cuidados de saúde, que conduz a um aproveitamento abusivo e indisciplinados dos esquemas oferecidos; i) Disponibilidade de recursos financeiros limitados.”

Já no final do século XX, algumas destas situações perduravam. Das dificuldades mais evidentes (CRES<sup>22</sup>, 1988; OPSS, 2001; Tribunal de Contas, 1999) podem-se destacar:

- A ineficiência técnica da produção de cuidados de saúde prestados;
- A ineficiência económica traduzida pela desproporção entre os recursos utilizados e os cuidados de saúde proporcionados, bem como pela irracionalidade do sistema, que é evidenciada pela “utilização pouco racional dos serviços, com o grande peso das urgências, equipamentos por vezes em excesso, mal distribuídos, e subaproveitados, consumos exagerados de medicamentos, grandes variações nos procedimentos clínicos, ausência de avaliação de resultados, descontinuidade de cuidados e duplicação desnecessária de atos, proteção na doença com a utilização simultânea de vários subsistemas e benefícios duplicados, etc.” (CRES, 1998: 109);
- Dificuldades na comprovação da adequação dos custos incorridos;
- Qualidade discutível do serviço prestado, quer ao nível clínico, quer ao nível das relações humanas com o cliente dos serviços – 59,3% da população reconhece que está muito ou ligeiramente insatisfeita com o sistema de saúde (OPSS, 2001), apesar de, recentemente, a maioria da população ter considerado o seu estado de saúde como “Muito bom ou bom” (INE/INSA, 2009);
- Sistema de saúde pouco flexível face às diferentes culturas dos cidadãos em linguagem, relação humana, modo e conteúdo da informação, ou mesmo na satisfação de hábitos pessoais dos doentes;
- Fraca operacionalidade e rentabilidade dos equipamentos;

---

<sup>22</sup> O Conselho de Reflexão sobre a Saúde foi criado pela Resolução n.º 13/96, de 8 de fevereiro de 1996, do Conselho de Ministros, e foi “... encarregado de proceder aos estudos para apresentação de propostas conducentes à reforma do sistema de saúde” (n.º 1 da Resolução n.º 13/96).

- Existência de sistemas de informação para a gestão incipientes, desajustados e que não permitem avaliações objetivas; bem como a gestão das entidades públicas que prestam cuidados de saúde (designadamente Centros de Saúde e Hospitais) realizada sem critérios adequados de avaliação do desempenho dos respetivos dirigentes (CRES, 1998);
- Elevada rotação dos líderes políticos com a consequente descontinuidade das agendas políticas que conduz ao adiamento de reformas e a um impacto limitado das iniciativas adotadas (que ainda se mantém, pois entre 1990 e 2013 o Ministério da Saúde teve 11 ministros e 19 secretários de Estado<sup>23</sup>).

Outros organismos, ao analisar a situação económica e financeira de Portugal, também nos fins do século passado, constataram adicionalmente que a evolução positiva registada nos indicadores de saúde era, ainda, insuficiente em termos relativos. Sendo que o forte aumento das despesas com cuidados de saúde dever-se-ia ter traduzido por melhorias mais significativas e mais uniformes no que se refere ao estado da saúde dos portugueses. Em consequência, permanece um juízo de que o “sistema de saúde em Portugal se caracteriza por uma relativa falta de eficiência” (OCDE, 1998: 65). Esta ineficiência do funcionamento do setor da saúde é corroborada pelo FMI (1998) ao constatar que o aumento das despesas de saúde no PIB, em Portugal, não foi acompanhado por ganhos proporcionais nos cuidados de saúde, exigindo a reforma prioritária no sistema de saúde.

Também o XIV Governo Constitucional reconhece, no seu programa governamental, que no setor da saúde “há, de facto, problemas endémicos que necessitam que se prossiga e desenvolva uma atuação que decididamente os contrarie: a tolerância com o desfasamento entre normas e práticas, linhas pouco claras de separação entre esferas e interesses públicos e privados, ineficiências de gestão, tendências para a defesa de interesses meramente corporativos.” (Portugal, 1999: 15).

A acrescentar a este estado debilitado do setor temos outras questões sistematizadas por Reis e Falcão (2003): (1) alteração da geografia demográfica, cujo envelhecimento da população exige uma mutação das características da procura dos serviços de saúde; (2) um crescente relevo de patologias de natureza social e sócio comportamental, em detrimento de outro tipo epidemiológico associado geralmente à falta de saúde; (3) uma tendência para a despersonalização dos cuidados de saúde prestados incitados pela cada vez menor intervenção e interação humana devido ao intenso desenvolvimento tecnológico; (4) o crescimento abrupto das despesas de saúde e, concretamente, dos custos das prestações de serviços em

---

<sup>23</sup> Ver Anexo 22.

saúde; (5) a desresponsabilização coletiva nas áreas de saúde que resulta do fraco poder negocial dos clientes dos serviços, apesar da sua crescente exigência; e (6) a pluralidade de centros de decisão que decorre de fatores externos ao setor e que condicionam a sua atividade.

Ainda no que se refere à situação do sistema e dos serviços de saúde em Portugal, no final do século XX, apesar de experiências inovadoras em curso, Reis (1999: 295) reconhecia que relativamente à administração: “Se mantêm evidentes constrangimentos, estatutários, burocráticos e financeiros à atividade das unidades prestadoras de cuidados de saúde, com ineficiências decrescentes mas ainda bastante frequentes; os mecanismos de avaliação interna e externa são praticamente inexistentes; e é conferida insuficiente prioridade à informação e ao seu tratamento sistemático, principalmente no domínio da epidemiologia, mas também noutros domínios como, por exemplo, a gestão.”

No início deste século, “os crescentes sinais das ineficiências na gestão dos serviços de saúde, as perdas na equidade do acesso devido a uma escassez da oferta para responder a uma crescente procura (...) recomendavam a adoção de instrumentos da NPM”, daí que o Estado tenha “assumido que a privatização, assim como a gestão privada, de hospitais públicos e de centros de saúde, poderia ser uma ferramenta útil para ganhar eficiência técnica” (Campos, 2004: 8-9).

### **5.3. Evolução do sistema de saúde português**

#### **5.3.1. As origens do Serviço Nacional de Saúde**

Os serviços de saúde não eram dotados de uma organização propriamente dita. Inicialmente a cargo de instituições beneméritas, essencialmente de cariz religioso, os serviços de saúde foram sofrendo, ao longo dos tempos, influências de ordem religiosa, política e social de cada época e foram-se desenvolvendo de forma fragmentária para dar resposta ao aparecimento das doenças e à resolução dos problemas dos doentes<sup>24</sup>.

Apesar da primeira Lei Orgânica da Saúde, em Portugal, datar de 1837 e, conjuntamente com a reforma de 1868, constituir a primeira tentativa de atualização do país face a novas experiências e conhecimentos<sup>25</sup>, a primeira tentativa de organização dos Serviços de Saúde e Beneficência Pública foi iniciada pelo Dr. Ricardo Jorge, em 1899, e culmina com a entrada em vigor em 1903 de uma regulamentação própria elaborada em 1901. A prestação

---

<sup>24</sup> OPSS. Evolução do sistema de saúde [Em linha]. Disponível em: <http://www.observaport.org/node/141>, consultado em 4 outubro de 2013.

<sup>25</sup> In Portal de Saúde Pública – Sistema de Saúde Português [Em linha]. Disponível em: [http://www.saudepublica.web.pt/01-Administracao/Sistema\\_saude\\_pt.htm](http://www.saudepublica.web.pt/01-Administracao/Sistema_saude_pt.htm), consultado em 23 novembro 2008.

de cuidados de saúde era, então, de responsabilidade privada, tendo o Estado apenas a seu cargo a prestação de assistência aos pobres<sup>26</sup>.

O período anterior ao 25 de Abril de 1974 caracterizou-se por um setor da saúde altamente desorganizado e ineficiente para a satisfação das reais necessidades da população. Neste período, surgiram as primeiras legislações tendentes a criar um modelo de organização dos serviços de saúde e de assistência social. Em 1944, a Lei n.º 1998 de 15 de maio, estabelece o Estatuto da Assistência Social e em 1945, com o Decreto-Lei n.º 35 108 de 7 de novembro, reconhece-se a debilidade do sistema e são criados institutos específicos para minorar os problemas de saúde pública como a tuberculose e a saúde materna. Em 1946 a Lei 2011 - Lei de Bases da Organização Hospitalar, de 2 de abril de 1946, regulamenta a organização dos serviços de saúde então existentes (os Hospitais Estatais-gerais e Especializados das Misericórdias, os Serviços Médico-Sociais, Serviços de Saúde Pública e Serviços Privados), regionalizados de acordo com uma hierarquia técnica. Em 1958 é criado o Ministério da Saúde e da Direção Geral dos Hospitais e em 1963 é publicado o Estatuto de Saúde e Assistência, prenúncio claro da demarcação do Estado e de uma intervenção mais ativa na Saúde Pública. Porém, o Estado manteve um papel supletivo no seu financiamento, sendo o pagamento dos serviços hospitalares uma responsabilidade dos próprios assistidos, das suas famílias e dos concelhos (Decreto-Lei n.º 46 310, de 27 de abril de 1965).

Com a prestação a cargo de hospitais sem fins lucrativos, pertencentes a ordens religiosas e fundações, e com os custos dos serviços a ganharem maior dimensão, "... o Estado (...) adquiriu o direito de tutelar as instituições subsidiadas o que, permitindo-lhe uma intervenção reguladora, facilitou a introdução de procedimentos e princípios normalizados na gestão e no funcionamento desses hospitais." (Reis, 1999: 264). A intervenção do Estado foi-se notando na rede hospitalar através da introdução de normas de contabilidade, exigência de qualificações técnicas do pessoal, tabelas de preços normalizadas e princípios de orçamentação. Contudo, em 27 de abril de 1968 o Estado publica o Estatuto Hospitalar (Decreto-Lei n.º 48 357) e o Regulamento Geral dos Hospitais (Decreto-Lei n.º 48 358) que regulamenta a Lei n.º 2011/46, com o objetivo de disciplinar o funcionamento dos hospitais oficiais e das Misericórdias.

Em 1970 Portugal tinha um conjunto de serviços de saúde bastante fragmentado e de natureza variada – grandes hospitais do Estado, uma extensa rede de hospitais das

---

<sup>26</sup> In Portal da Saúde – História do Serviço Nacional de Saúde [Em linha]. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sn/s/historiadosns.htm>, acedido em 4 outubro 2013.

Misericórdias, postos médicos dos serviços médico-sociais da previdência, serviços de saúde pública, médicos municipais, serviços especializados para a saúde materno-infantil, tuberculose e as doenças psiquiátricas e, ainda, um setor privado especialmente desenvolvido na área do ambulatório (OPSS, 2001). Sendo a maior parte dos serviços de saúde prestados pelas Misericórdias, postos de saúde e entidades privadas, a despesa pública em saúde *per capita* cingia-se a 28 dólares, representando apenas cerca de 2,4% do produto interno bruto (PIB) e 59% do total das despesas em saúde, valores estes muito baixo comparativamente à média dos países da OCDE (ver Anexo 24). Para esta situação não foi alheio um período de cerca de 30 anos de ditadura em que “...o Estado, não querendo assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde dos portugueses, permitiu a criação de um sistema de saúde constituído por um grande número de subsistemas independentes, difíceis de coordenar e originando duplicações e guerras de competência e rivalidade...” (Ferreira, 1990: 34).

Apenas em 1971 é iniciada a reversão deste entorpecimento do Estado com a publicação dos Decretos-Lei n.º 413/71 e 414/71, de 27 de setembro, a Reforma do Sistema de Saúde e da Assistência, reconhecida por “Legislação Gonçalves Ferreira”, onde se procura revalorizar a prestação dos cuidados de saúde primários e organizar e reestruturar todo o sistema, desde os serviços centrais, passando pelos regionais, distritais e até locais. Estes dois diplomas são responsáveis pela introdução de alterações na sua estrutura, no conceito e na organização do sistema de saúde com a constituição de duas estruturas funcionais basilares: os centros de saúde junto das comunidades e os hospitais.

No âmbito de uma política de maior intervenção na saúde portuguesa, o primeiro daqueles diplomas (reforma sanitária de 1971) reformula o regime da assistência social. Consagra-se, então, pela primeira vez, o ‘direito à saúde’ num ‘sistema nacional de saúde’ que é muito diferente do conceito de ‘assistência pública’ (Graça, 2000). Para além disto, reconhece o direito à saúde a todos os cidadãos ao fazer referência ao acesso aos serviços de saúde sem restrições (salvo as impostas pela limitação de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis) e privilegia o investimento nos serviços de promoção da saúde e de prevenção da doença, revalorizando os cuidados primários. Este último aspeto consubstancia-se na criação da primeira geração de centros de saúde, integrados nos hospitais concelhios, que contribuem para o primeiro esboço de um verdadeiro SNS.

É de realçar o destaque dado nesta reforma sanitária à Direção-Geral de Saúde, que passa a ser responsável não só pela fixação da política de saúde, como também pela coordenação dos serviços periféricos (os que se situam ao nível das estruturas que prestam

cuidados básicos), evidenciando o compromisso do estado em assegurar o direito à saúde. Passávamos a ter um planeamento de saúde centralizado e uma execução descentralizada.

Já o Decreto-Lei n.º 414/71 estabelecia a estruturação e hierarquia das carreiras profissionais para os diversos grupos de funcionários que prestam serviço no Ministério da Saúde e Assistência: carreiras médicas de saúde pública e médicas hospitalares, de enfermagem, farmacêutica, de administração hospitalar, de terapeutas, de serviço social, de auxiliares de laboratório e de auxiliares sanitários. Esta mudança não foi pacífica, tendo ocorrido o movimento dos médicos de 1971, que conduziu ao chamado ‘regime de mobilização civil’ (Reis, 1999).

Após a revolução de 1974, seguiram-se seis Governos Provisórios entre 16 de maio de 1974 e 23 de julho de 1976 (ver Anexo 22). Ao longo deste período de democratização e descolonização, demarcado por uma euforia pós-revolucionária, a grande preocupação enunciada na área da saúde foi o “Lançamento das bases para a criação de um serviço nacional de saúde ao qual tenham acesso todos os cidadãos. ” (Portugal, 1974: 4). Os hospitais da Misericórdia foram nacionalizados, bem como os postos clínicos dos serviços médico-sociais (antigas caixas de previdência) que foram, então, transferidos para a Secretaria Geral da Saúde (Decreto-Lei n.º 589/74, de 6 de novembro) e, como tal, integrados num sistema unificado do SNS. Procedeu-se, igualmente, à implantação progressiva dos centros comunitários da saúde, os quais são o eixo do SNS, bem como à beneficiação, reconversão, ampliação e criação de novos hospitais. Simultaneamente criaram-se as Administrações Distritais dos Serviços de Saúde (com autonomia administrativa e de gestão com o objetivo de fazer a integração das diversas entidades prestadoras de cuidados de saúde a nível distrital) e estruturaram-se as carreiras dos profissionais de saúde.

Mais tarde, o I Governo Constitucional faz constar no seu programa, entre outros, como primeiro grande objetivo da sua política de saúde: o “Estabelecimento das bases jurídicas, administrativas e financeiras de um serviço nacional de saúde, generalizado a toda a população e tendente à gratuidade.” (Portugal, 1976: 112). Assim, a Constituição da República Portuguesa, de 2 de abril de 1976, no n.º 1 do artigo 64º, consagra o direito à proteção da saúde: “Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”. No n.º 2 alínea a), estabelece a forma de realização desse direito à saúde “Através de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito” e, em 1977, o chamado “despacho Arnault” permitiu o acesso aos postos da Previdência Social de todos os cidadãos, independentemente da sua situação contributiva (Reis, 1999).

Ao longo do I Governo Constitucional é ainda aprovada a Lei Orgânica Hospitalar (Decreto-Lei n.º 129/77, de 2 de abril), onde já se reconhece o esforço financeiro considerável que representa para o país o funcionamento dos hospitais e, com o objetivo global de viabilizar a criação do SNS, é então criado o regulamento orgânico, com a estrutura dos órgãos de gestão e de direção dos hospitais, define-se a sua competência e responsabilidade e prevê-se a autonomia de ação dos hospitais e dos seus órgãos.

Apenas o II Governo Constitucional propôs, no seu programa de governo, “ A criação progressiva de um serviço nacional de saúde, a que tenha acesso todo o cidadão” (Portugal, 1978a: 128). De realçar que consta neste programa de governo, como medida global a ser tomada na área de gestão administrativa e financeira da saúde, a “Alteração substancial dos conceitos, métodos e instrumentos de gestão predominantes no setor.” (Portugal, 1978a: 139). Neste âmbito, já se prevê a implementação de taxas moderadoras como financiamento subsidiário dos serviços de saúde, a elaboração de um plano de contas para o setor, o estabelecimento de indicadores de gestão, o aperfeiçoamento do orçamento unificado do setor e a promoção de uma gestão e de uma execução orçamental descentralizadas, reservando para o nível central o controlo e a avaliação de resultados (*ibidem*). Esta linha de pensamento, paralelamente ao que vai acontecendo na Europa Central, revela precocemente critérios que se coadunam já com uma NPM mas que não foram efetivados.

Em 1978, no Programa do IV Governo Constitucional é preconizada a atribuição de competências e graus de autonomia aos órgãos de gestão dos hospitais e serviços prestadores de cuidados de saúde primários (Portugal, 1978b).

Porém, foi ao longo da governação do V Governo Constitucional (coligação PS/CDS) que o SNS foi criado – Lei 56/79, de 15 de setembro, conhecida como Lei Arnault. Apesar de abandonar o projeto de Estado e de Sociedade previsto na Constituição, esta Lei encontra-se articulada com o artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa ao assumir a responsabilidade do Estado por garantir o direito do cidadão à proteção da saúde (artigo 1º).

A implementação do SNS está associada a um movimento comum no sul da Europa: Itália (1978), Portugal (1979), Grécia (1983), Espanha (1986) (OPSS, 2002: 50). A referida Lei estipulava, então, que “o acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, ...” (artigo 4.º n.º 1), tendo apenas como restrições “... as impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis” (artigo 6º, nº1). Contrariamente à Constituição da República Portuguesa em vigor na altura, a Lei do SNS previa “... o estabelecimento de taxas moderadoras

diversificadas tendentes a racionalizar a utilização das prestações.” (artigo 7.º). Contudo, a Lei também mencionava que, quando não fosse possível assegurar os cuidados de saúde pela rede oficial, o acesso seria “...assegurado por entidades não integradas no SNS em base contratual, ou, excecionalmente, mediante reembolso direto dos utentes” (artigo 15º). Para além disso, “O SNS goza de autonomia financeira e administrativa e estrutura-se numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais e dispondo de serviços prestadores de cuidados primários e de cuidados diferenciados” (artigo 18º, nº 1), e é financiado pelo Estado de acordo com uma “... dotação orçamental que tome em conta o produto nacional bruto.” (artigo 51º). Esta Lei previa um órgão central de natureza executiva, com funções de direção do Serviço Nacional de Saúde, que era a Administração Central de Saúde e, ainda, um órgão central consultivo – o Conselho Nacional de Saúde. Porém, estes órgãos nunca foram criados.

Todo este processo resultou num aumento desde o início até ao final da década de 70 do número de camas hospitalares públicas de 50% para 80% (Simões e Lourenço, 1999).

As políticas da saúde da segunda metade da década de 70, centradas no desenvolvimento dos cuidados de saúde primários (nos centros de saúde) e na reorganização do SNS, conduziram à obrigatoriedade do planeamento institucional – mais como uma obrigação administrativa do que um instrumento para gerir a mudança (OPSS, 2003a).

### **5.3.2. A evolução recente do Serviço Nacional de Saúde**

Na primeira metade da década de 80, com sucessivos Governos de Centro-Direita, apesar da área de saúde ter sido relegada para um plano secundário dada a prioridade política à revisão da Constituição da República Portuguesa, a garantia da proteção da saúde de todos os cidadãos foi uma bandeira política erguida pelos sucessivos governos constitucionais, cujos programas de governos aludiam, entre outras, à necessidade de “rever a Lei do SNS” (Portugal, 1980: 30) e de organizar progressivamente o SNS de acordo com essa revisão (Portugal, 1981).

Sob a égide do VIII Governo Constitucional, surge o Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho, que revoga alguns artigos mais significativos da Lei n.º 56/79 e, numa tentativa de aumentar a eficiência do SNS, cria as 18 Administrações Regionais de Saúde (ARS), responsáveis pela implementação da política de saúde das respetivas regiões, mas com escasso poder de intervenção sobre os hospitais (OPSS, 2001). Contudo, este diploma foi declarado inconstitucional na parte que revogava disposições substanciais da Lei Arnault. No mesmo ano, surge o Decreto-Lei n.º 310/82, de 3 de agosto, que reúne e atualiza num único

documento os princípios e normas que institucionalizam e regulamentam a carreira médica, até então em legislação dispersa e desatualizada; e, ainda, o Decreto-Lei n.º 357/82, de 6 de setembro, que atribuiu ao SNS autonomia financeira e administrativa com orçamento próprio e receitas provenientes do Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde<sup>27</sup>.

Nesta primeira metade da década de oitenta, o Estado diminuiu os seus gastos em saúde em 7,5% e o setor privado aumentou os mesmos gastos em 45%, o que “representa um claro indício do afastamento da responsabilidade do Estado no financiamento da saúde dos portugueses.” (Simões e Lourenço, 1999: 117).

Apesar do SNS ser reconhecido como universal, alguns esquemas de segurança social paralelos permaneceram intocáveis, sendo exemplar a proteção social aos funcionários e agentes da administração pública (ADSE – Assistência na Doença aos Servidores do Estado), que ainda atualmente abrange mais de um décimo da população portuguesa<sup>28</sup>. Este esquema permite aos funcionários, e equiparados, ter acesso não só ao SNS, mas também recorrer a serviços de saúde privados. Para além disso, o SNS “... naturalmente de natureza predominantemente pública, contrastava de modo mais ou menos ruidoso (e as forças profissionais alimentavam fortemente esse ruído perante uma população pouco interventiva nesta área) com ideias e tentativas (por vezes concretizadas, como ocorreu em matéria de meios de diagnóstico, particularmente os mais sofisticados) de revalorização do setor privado.” (Reis, 1999: 273).

Os X, XI e XII Governos Constitucionais, que dirigiram Portugal de 6 de Novembro de 1985 a 28 de Outubro de 1995 sob a égide do PSD (Partido Social Democrata), foram influenciados, em matéria de saúde, pela doutrina dominante na Europa, marcada fortemente por uma lógica tendencialmente mercantilista, em que é defendida uma propensão para um setor privado mais ativo e uma maior competitividade entre os prestadores de serviços de saúde (pressuposto subjacente à NPM), com o intuito da obtenção de ganhos em eficiência.

No Programa do X Governo Constitucional, reforça-se a ideia da necessidade de que “a racionalização e a humanização dos serviços prestados passam também por dois vetores fundamentais: o esforço de descentralização e o apelo à utilização de recursos exteriores à

---

<sup>27</sup> O Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde (DGFSS) foi criado em 1982, juntamente com o Gabinete de Estudos e Planeamento da Saúde (GEPS) e a Escola Nacional de saúde Pública (ENSP), no intuito de dar resposta aos problemas da informação nos serviços de saúde no âmbito dos acordos de cooperação técnica entre o governo português e o dos EUA (Valente, 2000). O DGFSS foi extinto pelo Decreto-Lei n.º 10/93 de 15 de janeiro, quando é criado o Instituto de Gestão Informática e Financeira do Ministério da Saúde (IGIF).

<sup>28</sup> Em janeiro de 2008, o sistema de informação da ADSE (<http://www.adse.pt>) registava um total de 1 326 455 beneficiários com direitos: 852 872 titulares e 473 583 familiares ou equiparados.

estrutura do Estado.”; e de que “a rede hospitalar e a respetiva utilização deverão ser racionalizadas” e deseja-se “uma coordenação eficaz entre aquela e a rede de cuidados primários de saúde” (Portugal, 1985: 52-53). Neste âmbito, procedeu-se à revisão da Constituição da República Portuguesa em 1989 e é alterado o conteúdo da alínea a) do n.º 2, passando o SNS a deixar de ser caracterizado como ‘gratuito’ para passar a ser ‘tendencialmente gratuito’, uma vez que depende das “condições económicas e sociais dos cidadãos” (Lei Constitucional n.º1/89). Assim, constitucionalmente podem ser implementadas taxas moderadoras na utilização do SNS, como já estava previsto na Lei do SNS (artigo 7.º).

Posteriormente, o Programa do XI Governo Constitucional faz menção à confusão existente entre “... a necessária função garante do Estado com a de quase único prestador de cuidados” o que provocou “... um setor público superburocratizado e de custos progressivamente inoportáveis face a um setor privado sem regras e vivendo sobretudo das insuficiências do primeiro” (Portugal, 1987: 53). São, ainda, referidas a necessidade de alteração da Lei do SNS, reconhecendo em particular a viabilização de alternativas ao próprio, e a importância dos hospitais serem geridos com a necessária competência e responsabilidade e de se estabelecer o nível de intervenção e a articulação dos setores público e privado na estrutura do sistema de saúde para o tornar eficaz. Surge em 1988 a Nova Lei de Gestão Hospitalar (Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro, que revoga o Decreto-Lei n.º 129/77)<sup>29</sup>. No seu preâmbulo a lei reconhece uma dinâmica própria a este tipo de instituições muito complexas “onde se produzem bens e serviços” e que a “a sua gestão tem necessariamente que assentar em suportes compatíveis e que de forma alguma podem coincidir ou identificar-se com a situação relativamente bloqueante” em que se encontrava “de um serviço público integrado, na prática, na gestão direta do Estado”; acrescentando ainda que, apesar de baseada na estrutura interna, não deve esquecer “princípios de natureza empresarial (...) que impõe de forma retilínea a assimilação, por parte do hospital, de uma boa parte das regras de gestão desconhecidas, por delas não carecerem, dos serviços públicos clássicos” (Decreto-Lei n.º 19/88: 248 (20)). Este diploma “consagra a sujeição do funcionamento dos hospitais à elaboração de planos anuais e plurianuais” e recomenda que “em consonância com o princípio

---

<sup>29</sup> Existiu um diploma - Decreto-Lei n.º 16/87, de 9 de janeiro - que também revoga o Decreto-Lei n.º 129/77. Porém a Resolução da Assembleia da República n.º 5/87 de 18 de fevereiro recusa a ratificação do Decreto-Lei n.º 16/87 de 9 de janeiro (ficando não vigente) e repristina (coloca em vigor) o Decreto-Lei n.º 129/77 que tinha sido revogado pelo citado diploma. Posteriormente o Decreto-Lei n.º 19/88 de 21 de janeiro, com um conteúdo muito semelhante ao do Decreto-Lei n.º 16/87, que aprova a nova lei de gestão hospitalar, revoga o Decreto-Lei n.º 129/77 de 2 de abril, que estava vigente por força da repristinação da citada Resolução n.º 5/87 da Assembleia da República.

de que os hospitais devem organizar-se e ser administrados em termos empresariais, a criação de centros de responsabilidade como níveis intermédios de decisão” (*ibid*).

Em sequência desta legislação é reformulado o regime jurídico do hospital público português, no ano de 1988, através do Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro<sup>30</sup>. De acordo com o preâmbulo deste diploma, procurou-se pela lei proceder às modificações que ocorreram, de uma forma global, em outros Estados europeus: (1) reforçar as competências dos órgãos de gestão; (2) abandonar as direções do tipo colegial; (3) estabelecer a designação pela tutela dos titulares dos órgãos de gestão; (4) exigir um perfil de gestor para o exercício da função de chefe executivo; (5) introduzir métodos de gestão empresarial; e (6) reforçar e multiplicar os controlos de natureza tutelar. Estas preocupações já refletem a aplicação, ainda que ténue, de políticas associadas à NPM.

Já anteriormente tinha havido uma preocupação com os ‘princípios de natureza empresarial’, pois preconizava-se a ampliação do campo de recrutamento do administrador geral do hospital a “gestores de reconhecido mérito, vinculados ou não à função pública” (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 129/77), rejeitando a restrição a profissionais da carreira da Administração Hospitalar.

### **5.3.3. Caracterização do atual Serviço Nacional de Saúde**

Em consonância com os objetivos do XI Governo Constitucional, surge a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto), em vigor a partir de setembro desse ano (ainda hoje vigente) que enuncia os princípios do SNS, nos termos da Base XXIV, da seguinte forma: “a) Ser universal quanto à população abrangida; b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação; c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos; d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados; e) Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada”. A Lei de Bases da Saúde prevê ainda que a gestão das unidades de saúde deve obedecer a regras de gestão empresarial, podendo a lei permitir a realização de experiências inovadoras de gestão (Base XXXVI). Porém esta promoção de políticas de NPM tem uma supervisão dos serviços centrais do Ministério da Saúde que têm a responsabilidade do exercício de funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspeção em relação ao SNS (Base VI).

---

<sup>30</sup> Esta reformulação foi efetuada um pouco à semelhança do que vinha a acontecer, desde o início da década de 80, noutros Estados europeus como : Inglaterra, Bélgica, República Federal da Alemanha, Dinamarca, França, Itália e Espanha (Simões, 2005).

O SNS, para além de atuar através dos seus serviços próprios, estabelece acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante atividade privada na área da saúde (Base IV, nº 2, da Lei de Bases da Saúde); continuando a constituir apenas uma parte do sistema de saúde português.

O XII Governo Constitucional prosseguiu com a reorganização do SNS, referindo que “Pretende-se um Sistema de Saúde mais descentralizado, organizado segundo Zonas Funcionais de saúde que respeitem as inter-relações institucionais, e potenciem os meios existentes (...) desta forma será possível obter uma saúde para todos, mais oportuna e humanizada” (Portugal, 1991: 79). Este Governo reconhece a necessidade de mudanças profundas no modelo de financiamento e gestão para concretizar a reforma do sistema e promove uma concorrência entre os setores público e privado que “potencie o sistema e forneça melhores cuidados de saúde a todos os Portugueses, segundo critérios rigorosos de idoneidade e de livre escolha do utente” (*ibid*). Para além disso, este Programa de Governo enuncia a possibilidade da gestão de serviços e de estabelecimentos públicos de prestação de cuidados de saúde ser entregue a entidades privadas ou grupos de médicos, situação que já estava prevista na Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90, de 24 de agosto) pela possibilidade de “ser autorizada a entrega, através de contratos de gestão, de hospitais ou centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde a outras entidades ou, em regime de convenção, a grupos de médicos” (n.º 2 da Base XXXVI), sendo necessária apenas legislação própria.

É definido o Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro, que estabelece como objetivo do SNS a efetivação por parte do Estado da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva. Com esse efeito, são criadas as unidades integradas de cuidados de saúde para “viabilizar a imprescindível articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais”, permitindo um esbatimento da tradicional dicotomia entre os cuidados de saúde primários e os cuidados diferenciados. Assim, o SNS consubstancia “...um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde”, nos termos do Estatuto do SNS.

De acordo com o anexo do Decreto-Lei nº 11/93, de 15 de janeiro, o SNS passou a organizar-se em regiões de saúde (art.º 3º, nº1 do Estatuto), as quais se subdividem em sub-regiões de saúde, correspondentes às áreas dos distritos do continente (art.º 5º, nº 1) e são integradas por áreas de saúde (art.º 3º, nº 2) que correspondem, em princípio, às áreas dos municípios (art.º 5º, nº 2). A cada região de saúde corresponde uma Administração Regional

de Saúde (ARS) (art.º 6º, nº 1), com personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio (art.º 6º, nº 2), com poder efetivo para a coordenação da atividade dos hospitais – tendo sido reduzidas de dezoito para apenas cinco (OPSS, 2001). Estas ‘novas’ ARS extinguem as ARS criadas pelo Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de junho.

Abrindo ‘portas’ a experiências inovadoras associadas à NPM, no Estatuto do SNS preconiza-se: (1) a faculdade de experimentar novos modelos de gestão dos serviços públicos de saúde e é definida e regulada a possibilidade de atribuição de gestão de serviços públicos de saúde a privados (artigo 28º, nº 1 e nº 2; artigos 29º e 30º); (2) o apoio ao desenvolvimento de um setor privado da saúde (artigo 16º, nº 2); (3) a existência de um sistema de copagamentos na prestação de cuidados de saúde, de acordo com a capacidade financeira dos utentes e não limitado ao pagamento de taxas moderadoras (art.º 23º, nº 1 a) e d)); (4) a possibilidade de criação de um “seguro alternativo de saúde” (art.º 24º); (5) a flexibilidade na gestão de recursos humanos com mecanismos especiais de mobilidade e contratação de pessoal, incentivando métodos e práticas concorrenciais (artigos, 18º, 20º e 21º); e (6) a possibilidade das instituições de saúde (hospitais e centros de saúde) poderem agrupar-se em unidades de saúde, por Despacho do Ministro da Saúde, assegurando de uma forma mais integrada e consistente a continuidade da prestação de cuidados (art.º n.º 14).

O objetivo da dispersão territorial das unidades de saúde é o de contribuir para a acessibilidade e a equidade da assistência a que as populações têm direito. Contudo, mantêm-se grandes assimetrias regionais, quer no número médio de habitantes cobertos por cada centro de saúde, quer na distribuição do número de médicos pelo país, principalmente de especialistas, quer ainda do número de camas hospitalares (Tribunal de Contas, 1999 e 2003b).

Quanto à forma de financiamento, o sistema português é baseado no imposto com base nos rendimentos (sistema compulsivo), sendo uma das incumbências do Orçamento Geral do Estado garantir os recursos financeiros necessários ao funcionamento do SNS. Contudo, não existe uma verba global para o SNS mas sim um financiamento desagregado pelas diversas entidades que o integram, tendo a ACSS (que substituiu o IGIF – Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde) a competência da coordenação dos recursos financeiros do SNS de uma forma globalizada. Para além do financiamento, estes organismos integrados no SNS podem cobrar receitas, a inscrever nos seus orçamentos próprios (Base XXXIII) e cobrar taxas moderadoras (Base XXXIV). Porém, o SNS encontra-se espartilhado pela existência de um orçamento que é ajustado anualmente em função das vicissitudes da conjuntura política

que orienta a distribuição de recursos entre os diversos Ministérios e suas variadas finalidades.

Nesta altura, a forma de pagamento dos cuidados de saúde, no setor público, em Portugal, distingue-se em duas áreas. Sendo uma das áreas a medicina familiar (cuidados primários), em que o pagamento tem por base o salário dos profissionais de saúde. A outra, a área hospitalar, era financiada com base nos orçamentos dos hospitais de natureza financeira e retrospectiva, isto é, com base nos gastos históricos. Regra geral, era frequente a necessidade de subsídios extraordinários para fazer face a excesso de gastos (Mateus, 2010), o que tornava os orçamentos pouco credíveis como ferramenta de gestão e induzia ao desperdício por médicos e outros profissionais (Campos, 2004; Simões e Barros, 2007; Barros, 2009). Esta prática corrente e aceitável incitava a uma alienação relativamente à contenção de custos e gestão eficiente por parte dos hospitais, pois a dotação orçamental seria reforçada no ano subsequente com base na produção real do ano histórico.

No período de 1993 a 1995, para consubstanciar ainda mais o SNS, surge a Regulamentação das Administrações Regionais de Saúde (Decreto-Lei n.º 335/93, de 29 de setembro) e é aprovada a concessão da gestão do Hospital Fernando da Fonseca ao setor privado. Ainda neste triénio, dada a proporção preocupante das listas de espera cirúrgicas nos hospitais, é criado o Programa Especial de Recuperação de Listas de Espera (PERLE). Este programa tem “... o objetivo de assegurar o tratamento cirúrgico de doentes no setor privado” (Despacho n.º 1543/95, Ministério da Saúde, de 1 de março).

Em outubro de 1995, depois de mais de uma década sob domínio de centro-direita, o poder é transferido para o Partido Socialista que, com uma minoria parlamentar não-propícia a grandes reformas, não se coíbe de prosseguir no caminho das reformas do setor da saúde. Assim, “foi adotado um processo de reforma cauteloso centrado em princípios da «nova gestão pública – *new public management*» aplicada à reforma do SNS” (OPSS, 2003c: 4).

Do Programa do XIII Governo Constitucional, enquadrado nas grandes orientações e objetivos da política de saúde, podemos destacar os objetivos de “Melhorar o funcionamento e aumentar a eficiência dos hospitais e unidades de saúde, dotando-os de novos modelos de gestão que tenham por base a sua autonomia administrativa e financeira e estabelecendo, em paralelo, mecanismos de responsabilização dos seus órgãos de gestão” e “Diminuir progressivamente a intervenção do Estado na administração da prestação de cuidados de saúde, dissociando-a da sua condição de financiador do sistema, ...” (Portugal, 1995: 108).

No período de 1996 a 1999, foram implementadas algumas medidas que promoveram um franco progresso do SNS, destacando-se como as mais importantes no âmbito das políticas associadas à NPM:

- Novas experiências de gestão, mais flexível e autónoma, em três novos hospitais: (1) Hospital Fernando Fonseca<sup>31</sup> em 1991 – com a concessão da gestão do hospital uma empresa privada (Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, SA) em 1995, mediante concurso público, havendo uma clara separação entre o prestador e o financiador; (2) Hospital de São Sebastião, criado de raiz como estabelecimento de natureza empresarial em 1996<sup>32</sup>, com equipas próprias e contratadas para o efeito, havendo uma contratualização dos serviços do hospital de acordo com as normas do direito privado e, por isso, um financiamento em função da produtividade esperada; (3) Unidade Local de Saúde de Matosinhos<sup>33</sup> – integrando o Hospital Pedro Hispano e os Centros de Saúde do concelho de Matosinhos, esta unidade com gestão pública do tipo empresarial é criada com o objetivo de melhorar a gestão e a articulação entre as mesmas e com outras instituições na mesma área geográfica;

- Iniciaram-se uma série de projetos experimentais na reorganização dos cuidados de saúde primários também com experiências inovadoras de gestão. Por exemplo, os projetos Alfa em que equipas de médicos, enfermeiros e administrativos, fruto de uma negociação com a administração de um centro de saúde, exerciam a sua atividade em instalações mais próximas dos utentes. Estas experiências positivas estimularam a adoção de sistemas de remuneração em função do desempenho, novas práticas de contratualização, critérios de qualidade e infraestruturas de informação;

- Organizaram-se os centros de saúde em rede (OPSS, 2003c);
- Registou-se a criação do Instituto da Qualidade em Saúde, para promoção e implementação da qualidade;
- Em 1996, nas ARS, iniciou-se um processo para desenvolver perícia na análise, negociação e decisão da distribuição dos recursos, passando a haver vincadamente

---

<sup>31</sup> Este hospital foi convertido em EPE pelo Decreto-Lei n.º 203/2008, de 10 de outubro, uma vez que iria haver a caducidade do contrato de gestão em 31 de dezembro de 2008 e prevendo, assim, o regresso do hospital à gestão pública a partir de 1 de janeiro de 2009.

<sup>32</sup> Este hospital foi criado pelo Decreto-Lei n.º 218/96, de 20 de novembro, porém o seu estatuto jurídico foi instituído posteriormente pelo Decreto-Lei n.º 151/98 de 5 de junho. Mais tarde, em 2001, surgiu, nos mesmos moldes, o Hospital do Barlavento Algarvio (Campos, 2003) – hospital novo mas que adotou as equipas existentes no extinto Hospital Distrital de Portimão.

<sup>33</sup> Assume características idênticas ao Hospital de São Sebastião pelo Decreto-Lei n.º 207/99, de 9 de junho.

uma distinção entre o financiamento e a prestação dos cuidados de saúde que desemboca na criação das agências de acompanhamento dos serviços de saúde (Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de agosto). Estas agências têm como missão “explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, com vista a assegurar a melhor utilização dos recursos públicos para a saúde e a máxima eficiência e equidade nos cuidados de saúde a prestar” (n.º 2, do Diploma). Surgiram experiências de financiamento global, de base populacional, por capitação ajustada, integrando cuidados primários e hospitalares, numa linha de Unidades Integradas de Saúde, não deixando de respeitar a autonomia e a cultura técnico-profissional de cada instituição envolvida. Como corolário deste novo sistema, foram-se desenvolvendo instrumentos de informação e monitorização para contratualização<sup>34</sup>;

- A partir de 1997, o método clássico de financiamento retrospectivo dos hospitais passou a ser progressivamente alterado para um tipo de financiamento prospetivo com base nos GDHs<sup>35</sup>;

- São criados os centros de responsabilidade integrada nos hospitais do SNS, pelo Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de setembro. Com o objetivo de “atingir uma maior

---

<sup>34</sup> Escoval (2003: 127) refere que “o desenvolvimento do processo de contratualização interna (gestão participada, por objetivos) torna necessários novos modelos de organização e de gestão nas organizações de saúde, de que faz parte a introdução de níveis intermédios de gestão”. Construíram-se tabelas de ponderação dos meios complementares dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (M.C.D.T.) como resultado da necessidade de, por um lado, medir e avaliar a produção dos serviços, por outro, estabelecer unidades de valor relativo que refletissem o custo médio de cada procedimento. Segundo o IGIF (1997), para esse efeito, os coeficientes de ponderação a atribuir levaram em consideração as seguintes componentes do custo: meios humanos (tempo de execução e diferenciação técnica), meios materiais e equipamento (valor, considerando uma utilização e uma vida útil médias). Desde 1996 que anualmente são fixados os preços dos exames-padrão estabelecidos nestas tabelas.

<sup>35</sup> O pagamento dos hospitais passou a ser feito, progressivamente, numa base contratual, não tendo como referência a despesa realizada no passado, mas sim as necessidades futuras de cuidados de saúde (sistema prospetivo). O quadro de referência que orienta a formação destes contratos é a classificação de doentes por GDHs - sistema de classificação de doentes agudos internados, que permite definir, operacionalmente, os produtos de um hospital, agrupando os doentes, ou episódios de doença, por forma a tornar compreensíveis as suas semelhanças e diferenças, e assim permitir um tratamento semelhante dentro do mesmo grupo (Urbano e Bentes, 1990). Foi em março de 1984 o início do projeto de implementação dos GDHs em Portugal, através de um contrato entre o Ministério da Saúde e a Universidade de Yale (*ibidem*), que tinha como objetivo permitir à tutela o controlo dos custos hospitalares através de informação mais consentânea e “em 10 anos todos os hospitais de agudos do SNS estavam a recolher informação para alimentar o sistema de informação com base em GDHs” (Mateus, 2010: 394). Os GDHs são então um “sistema de codificação de patologias, agrupando-as numa espécie de *pacote* de cuidados médicos essenciais por patologia, associando-os a um dado grupo de doentes em internamento, (...) ao qual foi atribuído um preço” (Tribunal de Contas, 2003b: 85). A implementação deste sistema pretendia ser um novo instrumento de gestão, patente na Circular Normativa n.º 1/89 onde se apresentam as características e objetivos fundamentais de um sistema de financiamento prospetivo: “Necessidade de garantir neutralidade do orçamento global dos hospitais, não através da contenção dos seus gastos, mas sim pela promoção de uma melhor distribuição de verbas; Introduzir princípios de gestão empresarial e de equidade na afetação de recursos aos hospitais, uma vez que se pretende financiá-los de acordo com a sua produção, pagando a mesma quantia por produtos idênticos; Incentivar o aumento da eficiência dos hospitais sem por em causa a qualidade dos cuidados prestados.”

eficiência e melhorar a acessibilidade, mediante um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos postos à sua disposição” (preâmbulo do Decreto-Lei), constituem-se estruturas de gestão intermédia que agrupem serviços e/ou unidades funcionais homogêneos, visando a articulação operativa, a redução de custos e maior capacidade competitiva, bem como uma desconcentração da tomada de decisão, do planeamento e do controlo dos recursos, mediante orçamentos-programa contratualizados com o CA do hospital, replicando ao nível interno a lógica de contratualização externa e introduzindo uma componente empresarial na gestão destas unidades;

- Aparecem as agências de contratualização dos serviços de saúde, Despacho Normativo n.º 61/99, 12 de novembro, que substituem as agências de acompanhamento dos serviços de saúde, criadas pelo Despacho Normativo n.º 46/97, mantendo as mesmas responsabilidades mas passa a haver um Conselho Nacional das Agências que coordena as agências de contratualização e permite uma articulação permanente e ativa das mesmas;

- Estabelece-se o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS) – unidades integradas de cuidados de saúde, constituídas por hospitais e centros de saúde de determinada área geográfica, com vista à partilha e articulação de recursos, na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais, pretendendo promover a saúde e racionalizar a utilização dos recursos (Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de maio).

Ao longo desta resenha histórica sobre o SNS, com particular incidência no setor hospitalar, foi visível uma sensibilidade precoce, desde 1977 com a primeira Lei Orgânica Hospitalar, para a necessidade de uma maior autonomia da ação de gestão dos hospitais que conferisse maior responsabilidade e a abertura da administração hospitalar a gestores profissionais de reconhecido mérito. Porém, apesar da manifestação constante destas preocupações nos programas governamentais, só em 1985 se revela claramente uma tendência mais mercantilista do setor com incentivos ao setor privado que estimulassem a competitividade entre os prestadores de serviços de saúde para aumentar a eficiência, passando a realçar a necessidade de adoção de uma organização e administração dos hospitais orientada por ‘princípios de natureza empresarial’. Seguem-se iniciativas legislativas que traduzem e promovem políticas de NPM: obrigação de elaboração de planos anuais e plurianuais, recomendação para uma organização e administração em termos empresariais, incentivo à criação de centros de responsabilidade integrados, possibilidade de concessão da gestão das unidades de saúde ao setor privado (Hospital Fernando Fonseca em 1991), abertura à adoção de novos modelos de gestão mais flexíveis e autónomas nas unidades de saúde

(empresarialização pública – Hospital de São Sebastião criado de raiz), possibilidade de agrupamento de hospitais e centros de saúde para uma melhor gestão e maior rentabilização dos recursos (a Unidade Local de Saúde de Matosinhos com gestão integrada em moldes empresarias e articulação de serviços entre várias unidades de saúde do concelho de Matosinhos). Para além destas iniciativas, verificam-se também o início da separação entre o financiamento e a prestação de cuidados de saúde com a criação das agências de contratualização que abriram caminho a um financiamento em termos prospetivos.

Algumas das referidas diligências deram provimento a uma série de recomendações evidenciadas, entre 1996 e 1999, pela reflexão e produção de documentos sobre o estado da saúde em Portugal. Neste período, por iniciativa governamental, houve uma abertura ao debate público e científico, uma crescente participação multidisciplinar e um esforço para o desenvolvimento de uma verdadeira estratégia de saúde que definisse as linhas de atuação do Ministério da Saúde em diversas plataformas para a obtenção de ganhos em saúde:

- Em dezembro de 1996, foi preparado um documento – ‘Saúde em Portugal: Uma Estratégia para o Virar do Século, 1998-2002, Orientações para 1997’ – que estabelecia orientações e uma metodologia de trabalho e, ainda, 27 áreas relevantes para atuar, com metas quantitativas para cinco anos e qualitativas a dez anos;

- No final de 1997 – ‘Saúde em Portugal: Uma Estratégia para o Virar do Século, 1998-2004, Orientações para 1998’ – propôs um compromisso explícito do Governo, com objetivos definidos, quantificados, calendarizados e sujeitos a posterior avaliação por indicadores de referência. Isto permitiu um trabalho contínuo em que os objetivos têm sido atualizados sucessivamente, da Estratégia de Saúde (1998-2002)<sup>36</sup>, Estratégia de Saúde (1999-2004), seguido do Plano de Saúde (2004-2011) e atualmente, encontra-se em vigor o Plano Nacional de Saúde 2012-2016;

- Em fevereiro de 1998 foi publicado o relatório do CRES que, depois de um trabalho de dois anos com a promoção de debates e contribuições de diversas forças institucionais no domínio da saúde, para além da definição de uma missão para o Sistema de Saúde Português, identificava cinco objetivos estratégicos para a prossecução da missão: (1) reforçar, dentro do Sistema de Saúde, os valores da universalidade e generalidade na cobertura, da equidade no acesso e da solidariedade no financiamento; (2) orientar o Sistema de Saúde para os seus utilizadores, na definição das políticas, no planeamento e na

---

<sup>36</sup> Ministério da Saúde (1999).

distribuição dos recursos, na organização e funcionamento dos serviços e nos processos de prestação de cuidados; (3) fomentar e tornar imperativo o princípio da responsabilidade na prestação de cuidados de Saúde e na sua utilização, designadamente nas vertentes da ética, da deontologia, da adequação, da qualidade e da eficiência; (4) fazer evoluir gradualmente o Sistema de Saúde Português para um modelo global de cuidados racionalizados, centrado no médico assistente, privilegiando uma intervenção precoce e garantindo a integração e continuidade dos cuidados; e (5) concentrar recursos para ampliar a criação de alternativas técnicas e humanamente adequadas para os doentes de evolução prolongada e em particular para os idosos. Para além destes objetivos estratégicos, o CRES (1998)<sup>37</sup> propôs também possíveis soluções para o SNS, em três grandes áreas temáticas: organização do sistema, financiamento e gestão dos recursos.

Igualmente importante foi a Auditoria ao SNS efetuada pelo Tribunal de Contas (Tribunal de Contas, 1999), para apreciação do funcionamento e aspetos da gestão do SNS, relativamente ao triénio 1996-1998, que sugeriu no seu relatório recomendações de carácter geral, donde se podem destacar: (1) O alargamento rápido a todas as instituições de saúde do mecanismo de contratualização, para um melhor ajustamento do financiamento à produção e a fixação de metas de produção com vista a um maior grau de eficiência no desempenho das instituições; (2) A instituição de mecanismos para avaliação do desempenho dos responsáveis e a criação de meios para aferir a *performance* da gestão; (3) Generalizar a implementação de departamentos de auditoria nos hospitais, concretizando a figura de auditor interno, já previsto na legislação (Decreto Regulamentar n.º3/88, de 22 de janeiro, n.º 2 e 3 do art.º 1.º); (4) a implementação do plano de contabilidade analítica ao nível de todas as instituições e proceder a um intenso acompanhamento da sua utilização, para um melhor e mais rápido acompanhamento da atividade económico-financeira das instituições; (5) A implementação de meios de acompanhamento e rigoroso controlo dos consumos a nível hospitalar, nomeadamente de medicamentos e produtos farmacêuticos, e incentivo ao uso de genéricos; (6) O controlo administrativo sobre o receituário médico de exames complementares e de medicamentos, para apurar eventuais irregularidades, no sentido de reduzir a despesa pública com medicamentos, sem prejuízo da saúde pública.

O que se pôde constatar é que “a implementação política foi sempre muito dificultada e nem sempre com a eficácia esperada pelos legisladores” (CRES, 1998: 90). De acordo com o Observatório Europeu de Sistemas de Saúde (OPSS, 2003b), são cinco os fatores que

---

<sup>37</sup> Para maiores desenvolvimentos sobre as soluções propostas, consultar CRES (1998: 122-169).

dificultam a implementação de reformas dos cuidados de saúde: (1) poucas são as reformas importantes que se fundamentaram em estudos, análises prévias dos resultados esperados e debates técnicos e públicos; (2) prevalência da tradição normativa; a legislação, em Portugal, é o principal alicerce de reforma, não sendo entendida como instrumento de apoio e de reforço de experiências de mudança; (3) importância limitada atribuída aos sistemas de informação na gestão favorece uma implementação debilitada de políticas; (4) descontinuidade política não só de ciclos políticos, como também de frequentes renovações ministeriais dentro do mesmo governo, que impedem a normal prossecução de implementação de políticas; e (5) limitações à governação e resistência à mudança.

Apesar de todas as críticas, a partir de 1974, Portugal conseguiu registar avanços significativos quer em muitos indicadores sanitários, na utilização de cuidados, na oferta de serviços, quer mesmo na evolução científica e tecnológica dos seus recursos; encontrando-se atualmente numa posição confortável junto dos seus parceiros comunitários. Isto só foi possível à custa de um esforço orçamental, pois as despesas totais em saúde aumentaram de 2,5% do PIB, em 1970, para 5,3% em 1980, sendo que em 2000 já se tinha atingido os 8,8 % do PIB, ultrapassando a média da despesa em saúde dos países da OCDE que nesse ano foi de 7,9% do PIB (ver Anexo 24). Foi notória a melhoria geral das condições económicas e sociais da população ao longo deste período. Porém, esta evolução não foi acompanhada em termos organizacionais e de mentalidades dos intervenientes, existe ainda um fosso de Portugal face a outros países da OCDE relativamente ao "... acesso, informação, acolhimento, pontualidade, celeridade, continuidade de cuidados, hotelaria (...) e a rentabilidade das instalações, dos equipamentos e dos profissionais é, entre nós, bastante baixa." (CRES, 1998: 105).

#### **5.3.4. Principais linhas de reforma da saúde no início do século XXI**

As iniciativas reformistas do sistema de saúde em Portugal não se esgotaram com a criação da Lei de bases da Saúde e com os diplomas que lhe sucederam na última década do século XX. Segundo Simões (2004b), estas iniciativas foram marcadas por serem pontuais e por terem um alcance prático limitado no setor da saúde.

No início do século XXI, as disfunções dos sistemas de saúde geridos por regimes de bem-estar são evidentes e reconhece-se a necessidade de repensá-los e reformulá-los profundamente, com um maior enfoque nas pessoas e não nas instituições. Apesar de se admitir a impotência da gestão burocrática, não se apregoam generosamente as virtudes dos sistemas de mercado no domínio da saúde. Pois não se pretende que a saúde seja gerida como um negócio, mas estimula-se uma maior abertura à competitividade e ao mercado sem,

contudo, que se ponham em causa os princípios fundamentais dos sistemas de saúde. Porém, as reformas na saúde continuam a incentivar e promover elementos associados à NPM como: a orientação para o utente (cliente); valorização de uma gestão profissional, eficiente e orientada para os resultados; separação entre o financiador e o prestador de serviços de saúde; e a, conseqüente, competitividade dentro do setor público e entre o setor público e privado.

Durante o mandato do XIV Governo Constitucional, no âmbito das reformas no setor hospitalar, pelo então Ministro da Saúde António Correia de Campos, preconiza-se a introdução das parcerias público-privadas (que incentiva o setor privado a participar na gestão e no financiamento de unidades hospitalares) e a empresarialização da gestão hospitalar.

Para a concretização da primeira iniciativa, foi estabelecida a regulamentação para as parcerias em saúde, assente em três vetores: planeamento e financiamento públicos, investimento e gestão privados e controlo e titularidade públicos (Simões, 2004a: 80). Ainda foi criada a Estrutura de Missão Parcerias Saúde (Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de novembro) com a missão de supervisionar e coordenar a preparação, lançamento e condução dos concursos relativos aos projetos de parceria. Mais tarde, este organismo alargou a sua missão no sentido de coordenar, também, a empresarialização da gestão hospitalar (Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 14 de fevereiro). Porém, esta segunda intenção da empresarialização da gestão hospitalar foi apenas concretizada no XV Governo Constitucional, "... designadamente, com a alteração das práticas públicas de gestão e financiamento, bem como a mudança do estatuto administrativo dos hospitais, introduzindo um estatuto de natureza empresarial, embora sob controlo acionista público, num número significativo de hospitais." (Simões, 2005: 80). Foi também publicado o Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de fevereiro, com mudanças substanciais ao nível da gestão dos hospitais: a nomeação dos titulares dos órgãos de direção técnica (diretor clínico e enfermeiro-diretor - art.º 1º), atribuindo maior coesão ao conselho de administração e a possibilidade de aquisição de bens e serviços de acordo com as regras do direito privado, agilizando o processo de contratação (art.º 6º). Ainda no sentido de generalizar as experiências inovadoras de gestão nos hospitais, é publicada a Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março, que permite a adoção casuística da configuração jurídica de entidade pública empresarial por parte dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde, mediante Decreto-Lei.

De responsabilidade do XIV Governo, procedeu-se também a uma reforma do SNS. Foram introduzidas as modalidades de remuneração com base no desempenho e criadas

condições para o pagamento de horas extraordinárias nos serviços de urgência. É ratificada uma autonomia para os centros de saúde através da sua integração em grupos dotados de personalidade jurídica e autonomia financeira e administrativa, reconhecendo que “... a prossecução da missão dos centros de saúde, com qualidade e eficiência, exige uma gestão institucional rigorosa e uma hierarquia técnico-assistencial capazes de influenciar o desempenho dos profissionais e das equipas por eles formadas, numa base de autonomia e de corresponsabilização.” (preâmbulo do Decreto-Lei, n.º 157/99 de 10 de maio). Este diploma legislativo foi posteriormente revogado pelo XV Governo (Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de abril) e ripristinado com a retoma do poder pelo Partido Socialista, no XVII Governo Constitucional (Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de junho).

Nas eleições legislativas de março de 2002, foi comum a preocupação demonstrada pelos três principais partidos com representação parlamentar, nos seus programas políticos, em introduzir aspetos reformistas para revitalizar e modernizar o SNS, “... conferindo-lhe maior eficiência e sustentabilidade financeira e aumentando a sua produtividade, performance e eficácia, em termos de ganhos de saúde” (Simões, 2005: 80). Porém, foi uma coligação de centro direita que compôs o XV Governo Constitucional e reconhecia, no seu Programa de Governo, uma degradação do setor da saúde ocorrida nos anos antecedentes, acompanhada pelo crescimento descontrolado das despesas públicas e ineficácia da gestão de recursos, que exigia reformas profundas no SNS. Preconizava-se a passagem “... de um sistema público, de natureza monopolista e administrativa, para um sistema misto de serviços de saúde, onde coexistam entidades de natureza pública, privada e social, agindo de forma integrada e orientado para as necessidades do utente...”, o que “... pressupõe que sejam determinados de forma realista os custos por patologia e por procedimento técnico, desde o diagnóstico às modalidades terapêuticas convencionais, estabelecendo uma “Tabela de Preços para a Saúde”.” (Portugal, 2002: 148-150). Com base nestes preços o Estado poderia financiar a prestação de cuidados de saúde, independentemente da origem da sua prestação (entidades públicas, sociais ou privadas). O papel do Estado passaria a ser de regulador da participação dos operadores, quer através de mecanismos de regulação económica, da fixação de preços e da fiscalização do cumprimento de todos os critérios de qualidade e de desempenho.

Para alcançar estes objetivos o XV Governo Constitucional propôs, no âmbito do SNS, entre outras medidas (Portugal, 2002: 152-155):

- A reestruturação do Serviço Nacional de Saúde, baseando a sua organização e funcionamento num sistema articulado de redes de cuidados primários, de cuidados

diferenciados e de cuidados continuados;

- O fomento de formas alternativas de gestão, incluindo a utilização de regras de gestão empresarial pelas administrações públicas, com a celebração de contratos-programa;
- O incentivo ao desenvolvimento de novas soluções de gestão, nos serviços públicos, como é já o exemplo dos Centros de Responsabilidade Integrada nos Hospitais e os Regimes de Remuneração Experimental nos Centros de Saúde;
- O estabelecimento de parcerias público/público (entre a Administração Central e entidades públicas) e público/privadas (pela concessão da gestão das unidades prestadoras de cuidados a entidades privadas ou de natureza social ou pelo investimento conjunto entre estas entidades e o Estado), segundo princípios de eficiência, responsabilização, contratualização e de demonstração de benefícios para o serviço público de saúde;
- A definição e regulamentação de um novo estatuto jurídico para os hospitais, tendo em consideração os novos modelos de gestão empresarial e as parcerias público/público, público/privada e público/social;
- A criação de uma entidade reguladora, com a natureza de autoridade administrativa independente, que enquadre a participação e atuação dos operadores privados e sociais no âmbito da prestação dos serviços públicos de saúde, assegurando o acompanhamento dos respetivos níveis de desempenho.

Ao longo dos mais de três anos de governo, com uma orientação política norteada pelo princípio da diversidade de oferta e pela liberdade de escolha dos cidadãos, é de salientar a concretização de algumas das propostas, colocadas no Programa do XV Governo Constitucional, através da publicação de diversos diplomas:

- Melhoria do acesso a cuidados de saúde, com a criação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de junho;
- Redefiniu o Regime Jurídico de Gestão Hospitalar e procedeu a alteração de alguns preceitos da Lei de Bases da Saúde, regulando o estatuto dos profissionais de saúde do SNS, o financiamento do SNS e a existência e regime dos hospitais com natureza de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro). Atribuiu a natureza jurídica, procedeu à regulamentação da estrutura orgânica dos

hospitais, competências e funcionamento dos seus órgãos<sup>38</sup>. Criou, ainda, uma comissão de acompanhamento para supervisionar o processo de transformação do Estatuto desses hospitais (Despacho n.º 24 828/2002, de 17 de outubro, do Ministro da Saúde) e, mais tarde, a Unidade de Missão de Hospitais SA para a condução do processo global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de empresarialização dos hospitais com a natureza jurídica de gestão destes HSA (Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 17 de janeiro);

- Estabeleceu os princípios normativos para as parcerias em saúde e o regime jurídico destas parcerias com gestão e financiamentos privados (Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto, alterado pelo Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril)<sup>39</sup>. Partindo da presunção de uma necessidade e do pressuposto da gestão do setor privado conseguir obter os mesmos resultados de uma gestão pública com menores gastos (Barros, 2010), o objetivo é o de realizar infraestruturas e prestar serviços públicos de saúde: cuidados diferenciados e especializados hospitalares, cuidados primários e continuados de saúde; e otimizar, em parceria, os desempenhos do setor público e setor privado<sup>40</sup>;

- Criou a Entidade Reguladora da Saúde - ERS (Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de dezembro), com a competência de evitar disfunções no acesso à saúde, garantir a concorrência saudável entre os diversos operadores mas, sobretudo, salvaguardar o direito alienável de todos os cidadãos a um sistema de saúde justo, solidário e equitativo. Esta necessidade de regulação social e regulação económica, enquadrada na NPM, exigem uma crescente responsabilização e uma política de rigor na utilização dos recursos, quer para a obtenção de ganhos de eficiência, quer para o combate ao desperdício.

Ao abrigo da Lei n.º 27/2002<sup>41</sup>, de 8 de novembro, os hospitais passaram a poder assumir quatro naturezas jurídicas distintas: “a) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial; b) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia

---

<sup>38</sup> Decretos-Lei n.º 272/2002 a n.º 281/2002, de 9 de dezembro; Decretos-Lei n.º 282/2002 a n.º 292/2002, de 10 de dezembro; e Decretos-Lei n.º 293/2002 a n.º 302/2002, de 11 de dezembro.

<sup>39</sup> Esta legislação sobre o modelo de parcerias público-privadas (PPP) realça o contrato de gestão como um instrumento privilegiado no estabelecimento de parcerias em saúde de parcerias com recurso a gestão e financiamento privados, uma inovação em termos de gestão pública, associando privados na prossecução do serviço público de saúde com transferência e partilha de riscos e financiamento de outras entidades.

<sup>40</sup> Apesar das expectativas iniciais (ainda em 2002) referirem a criação de PPP para 10 hospitais (OPSS, 2003a), atualmente são seis as PPP no setor da saúde : a linha de atendimento telefónico do SNS Saúde 24, o Centro de Reabilitação do Sul (no Algarve), e os hospitais de Braga, Loures, Cascais e Vila Franca de Xira.

<sup>41</sup> Como motivação para esta iniciativa legislativa contribuiu fortemente a necessidade de diminuição do défice público devido à exigência do Programa de Estabilidade e Crescimento apresentado à União Europeia, com a mudança para o setor empresarial do Estado os défices dos hospitais públicos convertidos deixariam de constar no setor público do Estado (OPSS, 2003a; Campos, 2003).

administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial; c) Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos; d) Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos” (art.º 2.º, n.º 1).

Procedeu-se à transformação de 34 hospitais públicos em 31 hospitais sociedades anónimas (SA) de capitais exclusivamente públicos que continuando integrados no SNS, passaram a pertencer ao setor empresarial do Estado (ver Anexo 25). De acordo com o preâmbulo dos Decretos-Lei que dotaram estes HSA com um novo estatuto: “... pretende-se consagrar a autonomia de gestão das unidades hospitalares em moldes empresariais, estabelecendo ao mesmo tempo a separação funcional entre o financiador/comprador de prestações de saúde e o prestador de cuidados de saúde, assegurando sempre o carácter unitário e universal do Serviço Nacional de Saúde, de acordo com a matriz constitucional”.

Esta transformação organizacional, de quase metade da capacidade hospitalar pública, passou a constituir a forma predominante de organização hospitalar. Foi preponderante o “acompanhamento (*coaching*) permanente aos conselhos de administração, na disponibilidade e apoio político do ministro da Saúde e na atitude profissional assumida pela equipa da Unidade de Missão desde o início deste exigente processo de mudança” e a “colaboração de consultores externos em áreas de grande especialização ajudou a criar o ritmo e uma motivação em toda a rede” (Ribeiro, 2004: 67). Através da UMHSA estimulou-se o planeamento, definiram-se e implementaram-se instrumentos de acompanhamento e monitorização dos hospitais que exigiam a recolha sistemática de informação.

A empresarialização exigiu que os HSA fossem alvo de um diagnóstico sistematizado, da sua situação económico-financeira, com o objetivo de se estabelecerem estratégias adequadas e alcançar uma melhoria contínua da qualidade e eficiência. Neste sentido, procurava-se explicar as diferenças de desempenho entre os hospitais, identificar as ‘melhores práticas’ e avaliar o potencial de melhoria de cada hospital (Caiado, 2007).

Afigura-se como fundamental referir, sob o ponto de vista organizacional, que estas alterações registadas no regime de gestão dos hospitais foram extensíveis também aos hospitais do setor público administrativo (SPA)<sup>42</sup>, permitindo uma aproximação à gestão dos hospitais SA ao exigir dos gestores capacidade de liderança, ao atribuir maior autonomia e responsabilização na gestão clínica e ao incentivar a produtividade e qualidade assistenciais. A estrutura orgânica dos hospitais SPA passou a ser regida pelo Decreto-Lei n.º 188/2003 que revoga o Decreto Regulamentar n.º 3/88. O objetivo principal da nova norma foi o de

---

<sup>42</sup> Ver Anexo 25 – Evolução do regime de gestão dos hospitais SPA.

“introduzir uma maior descentralização na estrutura funcional e uma maior capacidade diretiva dos órgãos máximos e intermédios da gestão hospitalar (...) bem como a identificação clara das suas responsabilidades na cadeia hierárquica” (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 188/2003). De acordo com o n.º 1 do artigo 3.º deste diploma: “... as estruturas orgânicas dos hospitais devem desenvolver a sua ação por centros de responsabilidade e de custo”<sup>43</sup>. Ainda reforçando a mudança na gestão dos hospitais, o n.º 4 do artigo em referência acrescenta que “A organização do hospital em centros de responsabilidade deve refletir um organograma de gestão que sistematize a divisão de responsabilidade ao longo da cadeia hierárquica”<sup>44</sup>. Assim, este novo regime adaptou a gestão dos hospitais públicos ao novo modelo de financiamento – “um regime de pagamentos dos atos, das técnicas e dos serviços efetivamente prestados, segundo uma tabela de preços única para todo o SNS, que simultaneamente os classifica, bem como a contratação de serviços por objetivos concretos, adequados às necessidades das populações e às capacidades das instituições, premiando o mérito e o desempenho dos profissionais” (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 188/2003).

Para além da clara inovação da adoção de uma lógica empresarial (com a dotação de autonomia administrativa, financeira e patrimonial e a possibilidade de haver contratos individuais de trabalho e incentivos à remuneração que premiasse o desempenho) e o desenvolvimento da atividade hospitalar num contexto de crescente exposição às lógicas de mercado (Correia, 2009) – aspetos fundamentais da NPM; estes hospitais passam a ter autonomia financeira e permissão para se endividarem até 10% do seu capital social ou até 30%, mediante autorização da tutela (Ministérios das Finanças e da Saúde). Porém, contrariamente ao que se evidencia na bibliografia sobre a NPM, em Portugal não se verificou totalmente a descentralização da gestão do SNS com a adoção da empresarialização e da privatização nos hospitais públicos como promotores de uma lógica de mercado e com a aplicação de princípios empresariais na gestão dos hospitais, fundamentados em critérios de eficiência e competitividade (Campos, 2004: 18; Barros, *et al.*, 2011: 32).

---

<sup>43</sup> No n.º 2 do mesmo artigo é clarificada a noção de centros de responsabilidade como “... unidades descentralizadas dotadas de objetivos específicos e de um conjunto de meios materiais e humanos que permitem ao responsável do centro realizar o seu programa de atividade com a maior autonomia possível.”. Saliente-se a necessidade e conveniência do responsável pelo centro de responsabilidade ser assessorado, sempre que se justifique, por “... um profissional com o perfil adequado, designadamente, às tarefas de gestão hospitalar, nas áreas de organização, de regulação do controlo de gestão e de avaliação dos processos e resultados” (n.º 3 do artigo 3.º).

<sup>44</sup> Já em 1988, no Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro, era sugerida a organização e administração dos hospitais em termos de gestão empresarial, a fim de ser conseguida maior eficiência técnica e social (art.º 7.º) e, para a prossecução destes princípios, propunha-se a organização e o desenvolvimento da atividade por centros de responsabilidade e de custos (art.º 9.º).

Ainda neste período, surgiu o resultado de uma auditoria do Tribunal de Contas, desta vez realizada em torno da situação financeira do SNS (Tribunal de Contas, 2003a e 2003b). Algumas das recomendações efetuadas, pela sua conexão com esta investigação, destacam-se: (1) "Providenciar o desenvolvimento de um adequado sistema de informação que garanta a plenitude e a fidedignidade da informação económico-financeira das instituições e permita, com segurança, a agregação e a consolidação da mesma"; (2) "Providenciar pela implementação de adequados sistemas de controlo interno e de gestão que garantam o bom desempenho das entidades a quem compete o acompanhamento, a gestão global e o controlo da execução orçamental e a avaliação da gestão económico-financeira do SNS" (Tribunal de Contas, 2003a: 27).

O XVI Governo Constitucional manteve-se em funções por um período curto, cerca de oito meses, e prosseguiu a linha de reformas do SNS iniciada pelo Governo anterior.

O XVII Governo Constitucional (12 de março de 2005 até outubro de 2009), num contexto de globalização e de alargamento da União Europeia e para retomar o crescimento da economia, passa a ter como referência na agenda a Modernização da Administração Pública e a sua adequação aos objetivos do crescimento. Assim, relativamente à saúde, assumem-se elementos associados ao pós-NPM. Constatam-se que "o sistema deve ser reorganizado a todos os níveis, colocando a centralidade no cidadão" e, reforçando a forte componente pública do SNS, defende que "deve ser eficientemente gerido, criando mais valor para os recursos de que dispõe" (Portugal, 2005: 75). Pelo que, este Governo, entre outras iniciativas, propôs e concretizou:

- A criação de um Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (concretizado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, de 27 de abril) com o objetivo de definir frentes de trabalho e metas operacionais, supondo não só a experiência acumulada no Ministério, mas também o contributo de diversos parceiros institucionais e sociais relevantes;

- A reestruturação dos Cuidados Primários de Saúde, primeiro, através da revogação do Decreto-Lei n.º 60/2003 e reprivatização do Decreto-Lei n.º 157/99 (Decreto-Lei n.º 88/2005, de 3 de junho); posteriormente, pela criação de Unidades de Saúde Familiar – USF, Despacho Normativo n.º 9/2006, de 16 de fevereiro, que aprova o Regulamento para o Lançamento e Implementação destas instituições. O regime jurídico e de funcionamento destas Unidades, promovem a integração em rede, podendo assumir diferentes enquadramentos jurídicos na sua gestão, quer pertencendo ao setor público administrativo

(USF pública ou em Regime Remuneratório Experimental), quer pertencendo ao setor cooperativo, social e privado (Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto); e, ainda mais recentemente, ao estabelecer o regime de criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro). Pisco (2007: 64-65) refere que "...a reconfiguração dos Centros de Saúde e a criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACS) têm o objetivo principal de dotar os atuais centros de saúde de um enquadramento organizacional e de estruturas de apoio que lhes permitam aumentar a qualidade dos serviços prestados, maximizando os recursos e preservando a sua identidade. Permitirá reduzir custos por via da racionalização de recursos, obter economias de escala através da agregação dos serviços dispersos pelas atuais sub-regiões de saúde, melhorar a qualidade dos serviços prestados através da passagem de uma lógica de tutela para uma lógica de prestação de serviços e otimizar os fluxos de informação”;

- O reforço e desenvolvimento em cada centro de saúde de um conjunto de serviços de apoio comum às USF e possibilitou a celebração de contratos de trabalho a termo resolutivo certo, até ao prazo máximo de um ano (Decreto-Lei n.º 276-A/2007, sexta alteração ao Estatuto do SNS);

- Agilização do acesso aos cuidados de saúde através da regulamentação dos encargos com a transferência e respetiva devolução ao utente e processo clínico, no âmbito do SIGIC (Portaria n.º 426/2005, de 15 de abril) e à regulamentação do próprio SIGIC (Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro). De acordo com o INE/INSA (2009), estas medidas contribuíram para a redução do número de doentes na lista de inscritos para cirurgia (cerca de 421 mil em 2005 para 225 mil em 2006), do tempo de espera para cirurgia (de 8,6 meses em 2005 para 6,9 meses em 2006), tendo havido um aumento dos vales (de cirurgia de 400, em 2004, para cerca de 36 mil em 2006). A acrescentar, pode-se referir a marcação de consultas, por via eletrónica, a partir dos centros de saúde, medida enquadrada no programa Simplex<sup>45</sup>;

- A reorganização da rede de referenciação dos serviços de urgência/emergência do SNS (Despacho n.º 5414/2008, de 28 de fevereiro), precedida de uma discussão pública sobre a requalificação das urgências. Contribuiu para tal, o trabalho de uma Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral (Despacho n.º

---

<sup>45</sup> Este Programa de Simplificação Administrativa e Legislativa (Simplex) em 2007 integrava duas orientações na área da saúde: "Consulta a Tempo e Horas" e "Consulta e Cirurgia a Tempo e Horas", no conjunto das 235 novas medidas. A marcação de consultas nos hospitais, por via eletrónica, a partir dos centros de saúde, constava do Programa Simplex 2006 e excedeu o âmbito dos cinco hospitais inicialmente previstos, pois foi aplicado em oito, ultrapassando assim todas as expectativas.

17736/2006) criada para apoiar o processo de requalificação das urgências e trabalhar de uma forma coordenada com os responsáveis por outras intervenções de urgência e de terem definido as características da rede de urgência geral (Despacho n.º 18459/2006, alterado pelo Despacho n.º 727/2007). “Esta concentração de serviços visa, mais que tudo, dois objetivos: melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos utentes e uniformizar a equidade no acesso a tratamento com qualidade a todos os portugueses” (Campos, 2007);

- Na organização hospitalar, reconhece-se que é indispensável promover oportunidades para aumento da sua efetividade e eficiência, dotando os hospitais públicos de mecanismos de gestão efetiva, prosseguindo o processo de empresarialização. Por essa razão, procedeu-se à avaliação da experiência dos 31 hospitais sociedade anónima (SA) – ver secção 5.4. – e posteriormente à sua transformação em entidades públicas empresariais (EPE). O Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho, vem determinar que todos os hospitais públicos SA são transformados em EPE após a entrada em vigor dos novos estatutos;

- A criação da Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA), o qual é visto como um instrumento importante para o aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar (Despacho n.º 25 832/2007, de 13 de novembro);

- Em matéria de controlo dos custos com o pessoal, no SNS, foi alterado o regime remuneratório para o trabalho extraordinário (Decreto-Lei n.º 44/2007, de 23 de maio), estabelecendo o princípio de excecionalidade e de liberdade da prestação do trabalho extraordinário, em vez da anterior obrigatoriedade de prestação do trabalho extraordinário;

- A criação, no âmbito do Ministério das Finanças e da Administração Pública, do Fundo de Apoio ao Sistema de Pagamentos do SNS (Decreto-Lei n.º 185/2006, de 12 de setembro). Este visa o apoio ao sistema de pagamentos aos fornecedores das instituições e serviços do SNS relativos à comparticipação de medicamentos e prestações de saúde realizadas em regime de convenção, com o objetivo de regularizar de uma forma mais célere as dívidas existentes e solucionar atempadamente as dívidas que vão surgindo;

- A revisão do modelo das parcerias público-privadas – PPP (Decreto-Lei n.º 141/2006, de 27 de julho, que revê o Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril), sem prejuízo do compromisso contratual assegurando a transparência e o interesse público nos processos já em concurso, reforça a coesão e articulação entre ministérios coenvolvidos, aperfeiçoando e incrementando o controlo financeiro no lançamento de novas parcerias, e promove alterações

de contratos já celebrados ou outras situações suscetíveis de gerar maiores encargos para o Estado. Este Governo previu a extinção da Estrutura de Missão Parcerias Saúde, criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de novembro, em 31 de dezembro de 2009 (Decreto-Lei n.º 234/2008, de 2 de dezembro), com a vocação de montar, lançar e acompanhar os projetos das PPP;

- No quadro das orientações definidas pelo Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE) e dos objetivos do Programa de Governo relativamente à modernização administrativa e à melhoria da qualidade dos serviços públicos, foi aprovada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde (Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de outubro) que reformula a macroestrutura do Sistema Nacional de Saúde e define os modelos organizacionais dos serviços que integram a respetiva estrutura, com vista à obtenção de melhoria da qualidade dos serviços públicos e maiores ganhos de eficiência. Para além disso, como apoio à governação, foi criada a figura do Controlador Financeiro e foi criado o Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Relações Internacionais.

A ACSS, outra entidade então formada (Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 de maio) e que integra grande parte das funções do extinto IGIF, tem como finalidade: planear e gerir recursos e coordenar funcionalmente as ARS que adotam a nova designação de ARS, IP e um novo modelo – centrado na simplificação da estrutura orgânica existente e no reforço das suas atribuições – para uma maior autonomia e acomodação funcional exigida pela progressiva extinção das sub-regiões de saúde (Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio).

A decisão de mudança de hospital SA (HSA) para hospital EPE (HEPE) consubstancia uma necessidade de submeter os hospitais públicos empresarializados a “... a um regime mais estrito ao nível das orientações estratégicas, a exercer pelos Ministérios das Finanças e da Saúde, necessário para que aquele conjunto de empresas funcione, quer a nível operacional quer a nível da racionalidade económica das decisões de investimento” (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 93/2005)<sup>46</sup>. O objetivo continua a ser o de melhorar o desempenho, a eficiência e a qualidade dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Esta transformação é apenas concretizada pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, que aprova os novos estatutos, confere a natureza de EPE a mais dois hospitais antes integrados no SPA (Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João) e inicia a reorganização da rede hospitalar através

---

<sup>46</sup> Além deste aumento da responsabilidade do Estado, de acordo com o OPSS (2005), o capital passa a não poder ser alienado a entidades privadas (a posse pode ser transmitida apenas entre entidades públicas e passa a ser exigida a certificação de contas, em que a prestação de contas é remetida à Inspeção-Geral de Finanças para emissão de um parecer antes de ser enviada para os ministérios da tutela.

da criação de mais quatro Centros Hospitalares (do Barlavento Algarvio, de Lisboa Ocidental, de Setúbal e do Nordeste) também com o estatuto de EPE. A opção pela fusão de hospitais em centros hospitalares tem por objetivo “a otimização dos recursos” (preâmbulo do Decreto-Lei n.º 233/2005) e foi dominante neste período governamental, tendo sido criados ou reestruturados mais catorze Centros Hospitalares EPE (CHEPE) e Unidades Locais de Saúde (ULS) até outubro de 2009 (ver Anexo 25) com integração de hospitais EPE e hospitais do SPA<sup>47</sup>. Com estatuto de EPE surge a figura do gestor público associada à NPM, profissionalmente especializado, individualmente responsabilizado pela otimização do desempenho, transparência da missão, objetivos, estratégias e resultados – exigindo maior capacidade de liderança do que no modelo de gestão clássico (Rego e Nunes, 2009). Esta questão é mais um traço característico do período pós-NPM.

Neste período, o processo da contratualização nos serviços de saúde passou a ser uma realidade e pode ser usada para: diminuir a rigidez administrativa; aumentar a competitividade entre prestadores e usar os mecanismos de mercado para melhorar a eficiência; satisfazer as necessidades e expectativas de saúde das populações; gerir as prioridades mediante os recursos disponíveis; e incentivar a melhoria do desempenho dos prestadores (Escoval, 2003). Neste modelo redistributivo dos recursos financeiros através da fixação prévia de preços e da clara separação entre o comprador e o prestador de serviços, “o pagador induz eficiência nos hospitais a três níveis: (1) global, em consequência do montante total disponível para pagar a atividade realizada; (2) dentro de cada grupo de estrutura, quando fixa os preços de referência para cada grupo de hospitais e (3) individual, quando fixa os objetivos de melhoria, negociados e controlados através do plano de convergência” (Borges *et al.*, 2010: 142).

Em Portugal, este novo modelo de financiamento, iniciado em 2003, foi consolidado em 2008 através da generalização do processo de contratualização em todos os hospitais do SNS<sup>48</sup>. A contratualização com os hospitais, a par com o processo de empresarialização, era observada como contribuindo “para uma melhor definição das responsabilidades e objetivos a

---

<sup>47</sup> Estas modificações associadas à rede hospitalar, quer pela requalificação das urgências quer pela criação de múltiplos centros hospitalares, suscitou a preocupação com a falta de uma planificação estratégica centralizada, tendo por comparação a reestruturação que havia sofrido a rede de cuidados primários e de cuidados continuados (Ministério da Saúde, 2009). Foi criado um grupo de trabalho multidisciplinar de profissionais reconhecidos pela sua reflexão sobre os assuntos em saúde, na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT, I. P.), para repensar o Modelo de Governação dos hospitais portugueses com o objetivo de tornar “a qualidade dos cuidados, a segurança dos doentes e o combate ao desperdício uma responsabilidade partilhada por profissionais de saúde, gestores e enquadrando-os no contexto mais global do sistema de saúde” (Ministério da Saúde, 2009: 4).

<sup>48</sup> Para mais informações consultar o *site* da ACSS: <http://www.acss.min-saude.pt/ÁreaseUnidades/FinanciamentoeContratualização/ContratualizaçãoHHULS/tabid/288/language/pt-PT/Default.aspx>, acessado em 22 de setembro de 2013.

atingir por estes, quer em termos de produção, quer em termos de desempenho económico e financeiro” (Lei n.º 31/2007 de 10 de agosto).

Atualmente, os montantes de financiamento, com base num contrato-programa<sup>49</sup>, têm como variáveis: a produção contratada, dependente do tipo e quantidade de serviços, o preço contratado de cada tipo de serviço e a complexidade dos casos tratados. Apesar de tudo, os preços por tipo de serviço (internamento, consultas externas, hospital de dia, urgência, cirurgias, etc.) são calculados com base nos custos unitários reportados, pelos hospitais, à ACSS de acordo com as regras enunciadas e previstas no POCSS<sup>50</sup>, e, posteriormente, são concertados tendo em conta as restrições orçamentais impostas, o controlo da despesa e os níveis de eficiência que se pretendem induzir à prática hospitalar (Borges, *et al.*, 2010).

Operacionalmente, o processo de contratualização inicia-se com o envio dos planos de desempenho dos hospitais aos Departamentos de Contratualização das ARS e servem de base para as produções a contratar pelas seguintes linhas de produção: (a) internamento de agudos e de crónicos; (b) ambulatório médico e cirúrgico; (c) consultas externas (primeiras e subsequentes); (d) atendimentos urgentes; (e) sessões de hospital de dia; (f) hemodiálise e diálise peritoneal; (g) diagnóstico pré-natal; (h) interrupção da gravidez; (i) novos doentes de VIH/Sida; (j) serviço domiciliário. Por sua vez, os Departamentos de Contratualização das ARS analisam as propostas dos hospitais e entram num período de negociação com os prestadores (hospitais), instrumentalizado pelo orçamento-programa. Nesta negociação procura-se chegar a uma solução de compromisso entre as perspetivas e necessidades em saúde dos cidadãos (identificadas anteriormente por cada ARS), subjacente também à estratégia de saúde da Administração Central – Aplicação do Plano Nacional de Saúde, e a otimização da utilização de recursos de cada hospital, resultante de uma negociação interna com os diversos serviços do hospital. Após a negociação do contrato-programa, entre setembro e dezembro, o compromisso é formalizado através de um contrato onde são estipuladas metas de desempenho que introduzem no sistema um aumento de níveis de exigência e de responsabilização dos prestadores. Por isso, o processo prossegue com uma

---

<sup>49</sup> As suas cláusulas contratuais gerais foram aprovadas pelo Despacho n.º 721/2006 de 11 de janeiro.

<sup>50</sup> Na sequência da consulta pública relativa ao relatório final realizado pelo grupo técnico para a reforma hospitalar, na carta pública da Associação Portuguesa de Fisioterapeutas (2011: 11) enviada ao Ministro da Saúde, em 28 de dezembro de 2011, considera-se “que o único modelo atualmente existente – tabela de Medicina Física e Reabilitação - contém um modelo de pagamentos por técnicas ou procedimentos, e funciona como um incentivo perverso, estimulando um consumismo exagerado, podendo mesmo levar a opções por atos realmente não necessários”; e que “... constitui um incentivo ao consumo podendo levar a opções por atos mais rentáveis, beneficiando quem fatura, penalizando o pagador que é na maior parte das vezes o Estado e o próprio contribuinte. Por outro lado esta lógica retributiva não é de forma nenhuma um contributo para a qualidade da prestação dos cuidados, porquanto não contempla qualquer mecanismo de controlo de qualidade”.

monitorização mensal, por parte dos Departamentos de Contratualização das ARS, que pretende detetar desvios, identificar constrangimentos, recomendar correções, ajudar na busca de soluções para os problemas detetados e avaliar a implementação das sugestões. Finalmente, o ciclo do processo de contratualização é encerrado com a avaliação do desempenho. O Departamento de Gestão e Financiamento de Prestações de Saúde da ACSS tem por competências a coordenação de todo este processo de contratualização, desde a regulação, normalização e acompanhamento da execução dos contratos-programa e contratos de gestão a celebrar com as entidades públicas e com privados que integrem a rede do SNS, bem como o estudo e desenvolvimento de modelos de financiamento e de pagamento das prestações de saúde.

A existência de mecanismos que discriminem e introduzam consequências derivadas do processo de monitorização, acompanhamento e avaliação é fundamental para que os prestadores sintam os níveis de exigência e de responsabilização que lhes são requeridos. Estas consequências estão associadas ao cumprimento das metas estabelecidas para cada um dos objetivos definidos e segundo um esquema de atribuição de incentivos institucionais que é definido ainda antes do início de todo o processo de contratualização, aquando a definição da metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos, ou de penalização pela não utilização das verbas disponíveis no ano anterior, pois o financiamento do ano seguinte depende em parte dos resultados alcançados anteriormente.

A ACSS, para além de emitir um conjunto de orientações à elaboração do plano de desempenho das organizações impõe, anualmente, uma metodologia de definição de preços e objetivos (ACSS, 2008, 2012b) que observam as restrições orçamentais e as políticas governamentais; por exemplo (ACSS, 2008: 7): (1) a produção marginal é paga a um preço inferior (o que se compreende porque os gastos fixos estarão já satisfeitos com a atividade de base contratada) e tem um limite de 10% (salvo o internamento cirúrgico programado e o ambulatório cuja produção é assim incentivada); (2) não existe qualquer pagamento se não for cumprido 50% da atividade programada por linha de produção; mas (3) garante o pagamento de 50% dos gastos fixos da atividade contratada e não produzida para urgência. Existem ainda objetivos para induzir políticas específicas para determinado período, por exemplo, para os contratos-programa de 2009 havia um financiamento autónomo para incentivar a formação de internos de primeiro e de segundo ano, bem como para o sistema de custeio baseado nas atividades; ou, ainda, incentivos associados ao cumprimento de objetivos de qualidade, acessibilidade e desempenho (ACSS, 2008: 8 e 10). Já para os contratos-programa de 2013

(ACSS, 2012b: 19), são majorados em 10% os preços relativos a (1) as primeiras consultas referenciadas pelo sistema de informação de suporte à Consulta a Tempo e Horas (CTH); (2) as teleconsultas médicas realizadas em tempo real, independentemente de serem primeiras consultas ou subsequentes; e, dando cumprimento ao Programa Nacional de Saúde Mental, (3) as consultas de psiquiatria realizadas na comunidade, independentemente de serem primeiras consultas ou subsequentes.

Em síntese, estes contratos-programa têm a dupla função de, por um lado, exigir que as instituições prestadoras de serviços de saúde cumpram metas quantitativas e qualitativas neles estabelecidas e, por outro lado, garantir que o Estado transfira o financiamento necessário à sua prossecução com a exigência, contrariamente ao sistema de pagamentos retrospectivo, de uma responsabilização efetiva pelos resultados obtidos.

O XVIII Governo Constitucional (26 de outubro de 2009 até 23 de março de 2011), em continuidade com o Governo anterior mas já numa manifesta conjuntura de fortes constrangimentos determinados por uma crise económica internacional, propõe como principais medidas na área da saúde “a consolidação da reforma dos cuidados de saúde primários, a antecipação do prazo para a concretização da rede nacional de cuidados continuados integrados e a forte dinamização da promoção de saúde” (Portugal, 2009: 68).

No setor hospitalar, este Governo propunha no seu programa: a reforma da organização interna dos hospitais – a consolidação do modelo empresarial público e avançar para a experiência de centros de responsabilidade integrada, promovendo auto-organização de equipas que conduzissem à excelência dos cuidados prestados; a aplicação de um modelo de avaliação de gestão hospitalar nos HEPE para incentivar uma gestão mais eficaz e eficiente assente na sua responsabilização pelos resultados e na avaliação do seu desempenho como prestador ao serviço da qualidade dos cuidados de saúde; bem como dar continuidade ao processo de concentração, integração e racionalização dos recursos através da oferta de cuidados em centros hospitalares e unidades locais de saúde (Portugal, 2009: 75). Porém, a ação do Ministério da Saúde, nos últimos 17 meses deste Governo, focou-se mais na implementação de medidas que permitissem uma rápida redução da despesa de forma a atingir as metas previstas no Orçamento de Estado (OE) de 2011 (com uma redução de 13%), do que em iniciativas que promovessem “significativamente o valor em saúde, a equidade e a própria sustentabilidade, a médio ou longo prazo, do SNS” (OPSS, 2011: 70).

Neste contexto, foram efetivadas as seguintes medidas:

- Designação de um Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos

Hospitais<sup>51</sup> (Despacho n.º 10823/2010, de 1 de julho) que produziu um relatório com um diagnóstico da realidade hospitalar e propostas de uma nova matriz organizacional;

- Redução da composição dos conselhos de administração dos hospitais EPE e de uma série de despesas inerentes aos funcionários públicos, bem como a extinção da Estrutura de Missão Parcerias Saúde (Decreto-Lei n.º 136/2010, de 27 de dezembro) e transferência posterior das suas competências para a ACSS (Despacho n.º 1324/2011, de 14 de janeiro), assegurando a continuidade do programa de PPP;

- Continuação da política de racionalização de estruturas e rendibilização da utilização dos recursos disponíveis através da empresarialização e fusões de instituições públicas de prestação de serviços de saúde (ver anexo 25), com os restantes hospitais do SPA a serem integrados em CHEPE e estando por isso sujeitos às mesmas regras de gestão;

No relatório produzido pelo Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais (Ministério da Saúde, 2010b: 1-3 e 39), que esteve sob consulta pública durante três meses, reconhece-se: (1) a inoperância do modelo organizacional dos hospitais públicos, que sendo obsoleto compromete o desempenho assistencial e impede o desenvolvimento de práticas de gestão descentralizadas e participadas; (2) a inalteração da arquitetura organizacional e da prática gestionária apesar da empresarialização dos hospitais, que apenas se revelou efetiva na maior agilidade na contratação de recursos humanos e maior capacidade negocial nas aquisições e nos projetos de financiamento; (3) a inexistência de uma nova cultura de gestão, que se esperava com o reforço da autonomia, permitindo a manutenção de indefinição estratégica, planeamento insipiente ou inexistente, ausência de transparência nos processos de decisão, ou seja, a manutenção da desresponsabilização e o não envolvimento da organização; (4) uma insuficiente valorização do doente como ponto fundamental para a reorganização dos serviços, com dinâmicas de gestão centradas no doente; (5) uma falta de mecanismos adequados de controlo de qualidade e efetividade da produção apesar da preocupação com o aumento da mesma; (6) debilidade dos sistemas de informação que continuam incapazes de produzir dados e indicadores consistentes e fiáveis; (7) avaliação escassa e pouco rigorosa do funcionamento global do sistema (com a maior autonomia dos hospitais públicos e multiplicação de prestadores público-privados e privados) e do próprio processo de mudança; e (8) conservação “de um peso excessivo da gestão ‘política’ (*politics*)

---

<sup>51</sup> Este Grupo foi composto por: 4 médicos, 4 diretores de serviço (médicos), 1 enfermeira supervisora, 1 enfermeira-chefe, 2 administradoras hospitalares (uma das quais Assessora da Ministra da Saúde) e Presidentes de CA (2 médicos e 1 administrador hospitalar).

em detrimento das ‘políticas’ (*policies*)” em que a estratégia da rede hospitalar não é uma dimensão garantida pela tutela e se verificam “confusões e, até, intervenções conflitantes entre as diversas ações do nível central e regional” (*ibid*: 39).

Porém, é admitido no referido relatório que “a maior ênfase na gestão empresarial, descentrou a atenção do essencial, o doente e a prestação dos cuidados de saúde, comprometendo a adoção de estratégias de eficiência, capazes de responder simultaneamente à necessidade de melhorar desempenhos e conter custos, só exequíveis em contextos de excelência clínica” (Ministério da Saúde, 2010b: 18). Por isso, faz-se um apelo ao “reconhecimento do papel central dos clínicos no desenho, prestação e melhoria dos cuidados, para que os médicos, enfermeiros, os outros profissionais de saúde e gestores nunca sejam afastados da governação mas sim apoiados e encorajados a aceitar as interconexões entre a dimensão clínica e os recursos”; e a evolução da gestão para um “modelo de serviço de saúde focado na liderança, sendo assim necessário integrar os diferentes atores de forma a coordenar eficientemente a prestação de cuidados de saúde e, simultaneamente, quebrar as barreiras entre os diferentes profissionais, a gestão tradicional e a comunidade” (*ibid*: 17). É realçada ainda a capacidade que alguns hospitais empresarializados demonstraram em se adaptarem internamente às novas condições fortalecendo a organização clássica em serviços de ação médica ou construindo órgãos de gestão intermédia que permitem uma desconcentração da tomada de decisão sem quebrar a unidade de conjunto. Daí que se justifique e reclame “uma profunda reorganização hospitalar, firmemente centrada no interesse do doente, baseada em princípios de ética, responsabilidade e transparência e integrando os princípios da boa governação clínica<sup>52</sup> e da boa governação empresarial, perseguindo a melhoria contínua dos cuidados prestados e padrões elevados de desempenho, mediante criação de contextos de excelência” (*ibid*: 4). Sendo por isso recomendado a criação de “estruturas intermédias de gestão, com autonomia funcional e organizacional, contratualizam com o conselho de administração do Hospital o seu contrato-programa anual e poderão ser geridas por um órgão constituído por um médico, um enfermeiro e um gestor, nomeados pelo conselho de administração a quem, o respetivo coordenador deste órgão, prestam contas” (*ibid*: 22), acompanhada de sistemas de monitorização de toda a atividade nas suas várias dimensões. Assim colocar-se-ia a “responsabilidade nas áreas nevrálgicas, onde se processa e decide a

---

<sup>52</sup> De uma forma sucinta encontramos uma resenha sobre várias definições de governação em clínica em Barros (2012) e o tema profundamente desenvolvido em Raposo (2007). No essencial, a governação clínica traduz o “conjunto de políticas, estratégias e processos baseados na qualidade, capazes de assegurar melhoria contínua na forma como o hospital trata e cura os seus doentes, no modo como presta contas à comunidade e à tutela e na eficiência como administra os recursos que lhe são confiados” (Ministério da Saúde, 2010b: 18-19).

qualidade dos cuidados prestados e onde, simultaneamente, se gera o essencial da despesa e do desperdício” (*ibid*). É acrescentado, ainda entre outras recomendações, que o interesse do doente e a eficiência clínica requerem “o desenvolvimento de unidades integradas multidisciplinares em detrimento da organização tradicional em serviços monovalentes” (*ibid*: 25).

Em 2011 a ACSS publica o primeiro Relatório de Acompanhamento da Execução dos Contratos-Programa 2010 (ACSS, 2011), resumo do trabalho desenvolvido ao nível da monitorização e acompanhamento do desempenho económico-financeiro alcançado e da atividade realizada pelas instituições hospitalares e unidades locais de saúde (ULS), conduzida pela equipa da Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização (UOFC) da ACSS conjuntamente com os Departamentos de Contratualização das ARS, dando cumprimento ao previsto no contrato-programa de 2010. Neste relatório é efetuado um *benchmarking* entre as instituições hospitalares em cada uma das ARS.

O Governo presentemente em exercício, o XIX Governo Constitucional (desde 21 de junho de 2011), em plena crise financeira, económica e social gravíssima, confronta-se com um exigente calendário para execução de um Programa de Ajustamento Económico e Financeiro resultante do Memorando de Entendimento anteriormente assinado com a *Troika* – a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional – para a obtenção de ajuda financeira externa. Neste contexto, este Governo propõe para a saúde um processo de mudança com “... medidas de racionalização de despesas, iniciativas de contenção de custos e de melhoria de eficiência da organização dos prestadores e dos recursos utilizados na prestação de cuidados de saúde com o intuito de reforçar, no médio prazo, a sustentabilidade financeira do SNS, com definição clara da função de regulação e de financiamento” (Portugal, 2011: 77).

No documento de Estratégia Orçamental para 2011-2015, é proposto para a saúde “a racionalização dos recursos disponíveis, a contenção da despesa e do desperdício, o controlo da fraude, a rentabilização dos recursos disponíveis e a racionalização da ocupação do espaço ocupado, com o objetivo último de fazer o mesmo, com menos recursos, assegurando a qualidade e o acesso efetivo dos cidadãos aos cuidados de saúde” (Ministério das Finanças, 2011: 48). Esta ambição do atual Governo levou à concretização de “... um vasto conjunto de medidas de racionalização no setor da saúde, mais profundo do que aquele contido no Memorando de Entendimento com a *Troika*, e já ... com resultados assinaláveis em alguns domínios” (OPSS, 2012: 37).

Relativamente às medidas previstas e concretizadas, no primeiro ano da legislatura, com impacto no setor hospitalar, podem-se destacar (OPSS, 2012: 38-39): (1) Lei dos compromissos e pagamentos em atraso (Lei n.º 8/2012, de 21 de fevereiro) – programa de regularização de dívidas do SNS e melhoria dos prazos de pagamento; (2) Programa de racionalização da ocupação de espaços e reorganização do efetivo de dirigentes dos serviços públicos; (3) Política do medicamento e farmácia – com redução clara na despesa pública; (4) Melhoria dos processos e procedimentos eletrónicos; (5) Combate à fraude; (6) Normas de orientação clínica (NOCs); (7) Trabalho técnico de apoio às reformas organizacionais – Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar<sup>53</sup>, Comissão de Reavaliação da Rede nacional de Emergência e Urgência e Grupo de trabalho para a Carta Hospitalar (ERS); (8) Informação/publicitação sobre o desempenho dos serviços de saúde – com publicação mensal de informação sobre a produção/desempenho dos hospitais, centros de saúde e serviços (Despacho n.º 11374/2011, de 29 de agosto). Porém, este relatório critica o atual Governo pela falta de análise precoce do impacto previsível e expectável da crise económica e social na saúde das pessoas e no sistema de saúde, entre outros, “... a falta de uma verdadeira política de saúde que enquadre as medidas de racionalização e contenção de gastos e que minimize os seus efeitos negativos” (OPSS, 2012: 43).

Ao longo do segundo ano de legislatura, relativamente aos hospitais públicos, foi prosseguida esta linha de contenção da despesa através de diversas iniciativas (OPSS, 2013: 17-18): (1) Implementação de medidas previstas no Plano de Redução de Custos, apresentado pelas unidades hospitalares, para reduzir os custos operacionais dos hospitais (15% previsto no Memorando de Entendimento para o período 2011-2013 face a 2010); (2) Criação de programas de mobilidade dos recursos humanos entre instituições do SNS para reduzir os encargos com horas extraordinárias; (3) Racionalização da despesa e promoção da competitividade através da aplicação de acordos-quadro com privados; (4) Implementação de medidas de reforço do controlo e do acompanhamento do desempenho económico-financeiro dos hospitais; e (5) Redução da despesa com MCDT (previsto no Memorando de Entendimento). A redução nos custos totais em saúde (até junho de 2012, face ao período homólogo) foi: 9,2% no SEE, 8% nas ARS e 16,8 % nos hospitais SPA (OPSS, 2013: 18).

---

<sup>53</sup> Na prossecução do trabalho do grupo técnico que estudou ‘organização interna e a governação dos hospitais’, com esta iniciativa pretende-se “a reorganização da rede hospitalar, através de uma visão integrada e racional que permita maior equidade territorial (...) a par da redução de custos por via do combate ao desperdício e da melhoria eficiente da gestão através da maior exigência na qualificação e responsabilização das equipas (...) sem afetar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos” (preâmbulo do Despacho n.º 10601/2011, de 24 de agosto).

Relativamente ao acompanhamento de indicadores: económico-financeiros, de utilização da capacidade utilizada, de produtividade dos recursos humanos e de eficiência e produção, tendo a ACSS retomado a publicação, desde setembro de 2011, dos *tableaux de bord* dos hospitais. A ferramenta tem vindo a ser melhorada e agora é divulgada mensalmente<sup>54</sup>. A disponibilização desta informação reforça os mecanismos de transparência e de responsabilização da gestão, sendo que em maio de 2013 foi publicado “o primeiro relatório anual de *benchmarking* entre os hospitais do Setor Empresarial do Estado e hospitais em regime de Parceria Público-Privada do SNS, nas dimensões acesso, qualidade, produtividade e desempenho económico-financeiro<sup>55</sup>, com o objetivo fundamental de melhorar o acesso e a qualidade do serviço prestado aos utentes e, simultaneamente, identificar aspetos particularmente relevantes em termos de melhoria do desempenho económico-financeiro das instituições” (ACSS, 2013a). A ACSS divulgou, igualmente, o processo de planeamento estratégico integrado com os objetivos de reforma hospitalar, tendo em conta a necessidade de atualização das redes de referência e as carteiras de serviço de cada hospital. Estes têm sido desenvolvimentos relevantes na gestão hospitalar do SNS que colmatam requisitos frequentemente mencionados em relatórios de acompanhamento do SNS (ver secção 5.4.) e como referência ajudam a elaboração e fundamentação dos planos estratégicos dos hospitais. Os hospitais podem agora determinar melhor o potencial de melhoria na sua atividade face aos seus pares e identificar alavancas operacionais de gestão corrente, ‘melhores práticas’ de gestão e programas transversais que fazem sentido lançar a curto e a médio prazo para capturar o potencial de melhoria identificado (ACSS, 2013b). A ACSS passa a publicar trimestralmente este *benchmarking* hospitalar tornando o sistema de informação na saúde ainda mais transparente, com mais partilha de informação com o público e a comunidade do sector da saúde.

Passados mais de dez anos deste século XXI, vão-se sucedendo diplomas para a prossecução de uma linha reformista, com o objetivo de dotar o SNS de ferramentas que permitam uma maior eficiência na utilização dos recursos disponíveis, aumento de produtividade, crescentes níveis de desempenho, procurando a sustentabilidade financeira,

---

<sup>54</sup> Disponível na *World Wide Web*: <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking.aspx>.

<sup>55</sup> De acordo com a metodologia definida (ACSS, 2013b): (1) Os indicadores dos hospitais são avaliados em grupos homogéneos determinados de acordo com o *clustering* hierárquico após standardização de variáveis com capacidade explicativa dos custos seguida de análise de componentes principais; (2) A eficiência económico-financeira é determinada pela avaliação de custos com a medida ‘doente-padrão’; (3) O cálculo do doente-padrão baseia-se na transformação da atividade hospitalar, por natureza heterogénea, numa unidade de produção homogénea de forma a possibilitar o exercício de comparação entre entidades; e (4) O cálculo de doente-padrão não incorpora as especificidades particulares e toda a carteira de serviços das entidades hospitalares, pelo que qualquer análise requer um aprofundamento da mesma a nível micro.

sem prejuízo da qualidade, e a obtenção de ganhos em saúde. São incontornáveis aspetos da NPM que esta linha reformista tem evidenciado: (1) a empresarialização dos hospitais conferindo aos seus gestores maior controlo sobre os fatores produtivos e incentivando uma gestão do tipo empresarial; (2) novas formas de gestão com a criação de PPP; (3) desenvolvimento de mercados internos, com o conseqüente aumento de competitividade ao nível das entidades prestadoras; (4) uma distinção evidente entre os financiadores e os prestadores de serviços de saúde (públicos e/ou privados); (5) incentivo à descentralização da gestão financeira, em termos institucionais (contratualização dos seus serviços), com a assunção de maiores riscos financeiros por parte dos hospitais, o que exige mecanismos de regulação que estabeleçam e garantam níveis de desempenho e qualidade, que têm sido recentemente fomentados e considerados como indispensáveis na política de saúde; e, também, (6) a criação de mecanismos que atribuam maior poder ao utente face ao sistema<sup>56</sup>.

O objetivo, de todas estas iniciativas, é definir princípios básicos e reorganizar o SNS com a esperança de contribuir de uma forma decisiva para a resolução dos seus problemas.

#### **5.4. Estado atual da saúde em Portugal**

Não obstante, a evolução registada nos sistemas de saúde, continuam a persistir divergências entre os países mais e menos desenvolvidos em variadíssimos indicadores de saúde que se refletem nos indicadores de resultados em saúde, Portugal registou francas melhorias, veja-se, por exemplo “a esperança média de vida: próxima dos 80 anos na Europa, Japão e EUA, dos 60 anos na Índia e dos 50 anos nos PALOP. Em Portugal, a esperança média de vida é de 76 anos” (AEP, 2003: 1).

O setor da saúde continua a ser ponto fulcral nas economias dos países, representando, em 2011, nos países da OCDE, em média, 9,3% do PIB (ver Anexo 24) e é, simultaneamente, um instrumento alicerce de coesão social. As despesas com a saúde em Portugal já ultrapassavam esse valor médio ascendendo a 10,2% do PIB, quando em 1970 (pouco antes da criação do SNS) ascendiam apenas a 2,4% do PIB situando-se a menos de metade do valor médio de gastos em saúde dos países da OCDE (4,9%). Depois de um crescimento acentuado, ao longo de 30 anos, os gastos em saúde eram de 9,3% em 2000 e até 2005 aumentaram apenas 1,1% (mantendo-se 2,2% acima da média dos países da OCDE), tendo-se notado um esforço de contenção que se refletiu num ligeiro decréscimo entre 2006 e 2008 com uma

---

<sup>56</sup> A própria alteração da noção dos utilizadores dos serviços de saúde implícita na assumida designação de consumidores atribui “a quota-parte de responsabilidade na escolha e utilização eficiente dos serviços públicos” (Correia, 2009: 88).

percentagem que rondava os 10% (com apenas 1,5% acima da média dos países da OCDE) e um ligeiro crescimento desse valor em 2009 e 2010 de cerca de 0,8% (acompanhando uma tendência da média dos países da OCDE). Mas o valor gasto *per capita* era de uns parcos 47,4 USD em 1970, apenas 24% da média que os países da OCDE gastavam (193,6 USD), tendo crescido continuamente até 2010, ano em que Portugal registou um gasto em saúde *per capita* de 2 766,8 USD tendo-se aproximado para 85% da média dos países da OCDE que foi nesse mesmo ano 3 269,3 USD, e registado uma ligeira quebra em 2011 de 148 USD (um corte de cerca de 6,7%, passando a gastar 79% da média dos países da OCDE). “Este decréscimo, acompanhando a recessão e a necessidade de consolidação fiscal, foi atingido pela redução dos preços dos produtos farmacêuticos, corte nos salários e um decréscimo na despesa em prevenção e saúde pública” (OECD, 2013b). Relativamente ao peso da despesa pública portuguesa em saúde desde 1970 que já apresentava um valor de 59% das despesas totais em saúde (cerca de 14% abaixo da média dos países da OCDE) mas a tendência foi de crescimento com o ponto mais alto a ser registado em 2005 em que atingiu 68% (apenas 4,8% abaixo da média dos países da OCDE). Em 2011 Portugal tinha uma despesa pública de 65% das despesas totais em saúde (7,2% abaixo da média dos países da OCDE).

Este crescimento dos gastos públicos em saúde, principalmente a partir da década de 90, apesar do registo de melhorias na saúde da população, colocou o SNS na agenda política, fez exacerbar a consciência sobre os desperdícios na utilização dos recursos públicos e todas as iniciativas políticas adotadas têm constituído tentativas para melhorar o atual sistema de saúde (Simões e Barros, 2007). O SNS, sendo maioritariamente de modelo público e centralizado no SNS, tem o crédito extraordinário de, em quarenta anos, também ter conseguido harmonizar resultados em saúde entre os portugueses e a restante população europeia. O Índice Europeu do Consumidor de Serviços de Saúde (Health Consumer Powerhouse AB, 2007, 2009 e 2012) em 2007 colocou Portugal na 19.<sup>a</sup> posição, num total de 29 países (os 27 sistemas públicos de saúde dos Estados-Membros da União Europeia – EU, para além dos sistemas suíço e norueguês); em 2009 a posição de Portugal passou para 21.<sup>a</sup> mas num total de 33 países (foram adicionados a Croácia, a Macedónia, a Albânia e a Islândia); já em 2012 de Portugal desceu para 25.<sup>o</sup> num total de 34 países (foi acrescentada a Sérvia). Este *ranking* pretende classificar os sistemas de saúde mais amigos do consumidor. A classificação de cada país é obtida, atualmente, a partir da avaliação de 42 indicadores subdivididos em cinco categorias distintas: direitos dos pacientes e informação, acessibilidade (tempos de espera para tratamento), resultados (dos tratamentos), ‘generosidade’ do sistema

de saúde (prevenção, quantidade e alcance dos serviços prestados) e acesso aos medicamentos. No relatório de 2009 Portugal ficou classificado em 1.º lugar na categoria *e-health* (categoria integrada em 2012 nos direitos dos pacientes e informação), salientando-se pela difusão do registo eletrónico dos pacientes, a prescrição eletrónica e a marcação de consultas *on-line*. Em 2012, o relatório indica como causa aparente da queda de posição de Portugal os efeitos da crise financeira no sistema de saúde.

No mais recente Inquérito Nacional da Saúde (INE/INSA, 2009), de 2005/2006, 53,2% da população com mais de 15 anos classifica o seu estado de saúde com ‘bom ou muito bom’, 32,8% com ‘razoável’ e apenas 14,1% com ‘mau ou muito mau’.

De uma forma recorrente Campos (2005, 2008), Ministro da Saúde do XVII GC (como consta no Anexo 22), referia vários fatores que moldam a decisão política da saúde: ideologia/juízos políticos, pressão da opinião pública, pressão de *lobbies* privados (indústria farmacêutica, prestadores privados...), os recursos financeiros, questões éticas e religiosas, pressão de *lobbies* ligados ao setor público (sindicatos, grupos de profissionais, «burocratas», poder regional e poder local...), pressão de associações de utentes (por sua vez vulneráveis à pressão de outros atores) e a evidência científica. Contudo, o autor vê como desejável haver uma orientação política clara no sentido de que a evidência científica preponderasse em todos os níveis de decisão, as decisões deveriam considerar adequadamente toda a informação válida disponível e relevante, para se obterem ganhos em saúde de forma eficiente e efetiva.

Relativamente aos hospitais, o OPSS corrobora a mesma opinião ao concluir que as várias iniciativas reformistas no setor hospitalar têm ocorrido, nos últimos anos, numa sucessão que não permite a sua avaliação; “não se conhece nem avaliação, nem evidência que sustentem de forma transparente a decisão política” (OPSS, 2010: 54). O Observatório acrescenta ainda que esta evolução tem contribuído para diminuir a credibilidade que o público tem no sistema e a credibilidade que os profissionais de saúde têm nos gestores e assim “criam resistências que se consubstanciam numa atitude de indiferença às linhas estratégicas delineadas” (*ibid*: 55).

Numa auditoria recentemente realizada pelo Tribunal de Contas ao controlo de execução orçamental do Ministério da Saúde, constata-se ainda a “... inexistência de interface automático entre os sistemas aplicativos afetos à gestão da informação orçamental e à situação económico-financeira das entidades do Serviço Nacional de Saúde” (Tribunal de Contas, 2012: 26), ou seja, entre os sistemas de informação das entidades prestadoras e os sistemas das entidades governamentais (por exemplo, ACSS, Direção-Geral do Orçamento,

Direção-Geral do Tesouro e Finanças). Isto, de acordo com o Tribunal de Contas (2012), exige o carregamento e processamento de informação económico-financeira e de controlo orçamental distintos e redundantes nas diversas entidades do SNS, fomentando a existência de erros e a falta de integridade e fiabilidade da informação. Por isso, uma das recomendações outorgadas pelo Tribunal de Contas às várias entidades estatais envolvidas foi a de promover a melhoria dos sistemas de informação, nomeadamente a interoperabilidade entre os sistemas de informação contabilística que servem de suporte ao planeamento, execução e controlo das atividades do Ministério da Saúde (Tribunal de Contas, 2012).

Saliente-se ainda o alerta evidenciado pelo Tribunal de Contas relativamente às regras de controlo de despesa com que os hospitais têm que conviver atualmente, dados os compromissos internacionais assumidos com a *Troika*, e que “... constituem um processo de racionamento, (...) podendo anular o efeito da empresarialização baseado na responsabilidade descentralizada por resultados económicos e níveis de serviço, atendendo aos princípios da economia, eficiência e eficácia, e bem assim, o modelo autónomo de hospital empresa como instrumento de viabilização do Serviço Nacional de Saúde” (Tribunal de Contas, 2012: 20).

De facto, já anteriormente, no relatório de auditoria ao modelo de financiamento dos cuidados de saúde entre 2007 e 2009 se constata que os hospitais do SNS desperdiçam dois milhões de euros por dia. Em 2008, é assinalado um desperdício de cerca de 242 milhões de euros para o internamento e 503 milhões para o ambulatório, referindo-se como principal causa “ineficiências nas unidades hospitalares” que são reconhecidas pela própria tutela (Tribunal de Contas, 2011: 16). Daí que, perante um latente subfinanciamento, se evoque, em primeiro lugar, uma redução da despesa assegurada por uma diminuição dos custos operacionais mas “através da identificação e eliminação de desperdícios na utilização dos fatores de produção” (*ibidem*). Acrescenta-se, ainda, que para isso é imperativo “a obtenção de custos reais detalhados da atividade das unidades hospitalares do SNS, que permitam a adequada e rigorosa aferição entre os preços fixados e os custos verificados, que suportem adequados planos de redução da despesa e, fundamentalmente, que sustentem, no futuro, a fixação de preços de eficiência no âmbito do sistema de financiamento do SNS, promotores da racional afetação/utilização de recursos” (*ibidem*). Entre outras recomendações, o Tribunal de Contas sugere ao Ministério da Saúde que se tomem iniciativas no sentido de garantir “a implementação de modelos de custeio que produzam informação atual, fiável e comparável entre as várias unidades hospitalares do SNS, e que a mesma seja utilizada pelos respetivos Conselhos de Administração” (Tribunal de Contas, 2011: 17); pois existem deficiências

metodológicas de apuramento de custos produzindo uma contabilidade pouco ajustada à realidade que não permite obter o custo real de cada doente.

Quanto à fixação dos preços, refere ainda o relatório que o atual modelo tem subjacente “a transposição para a realidade portuguesa da relação de custos de produção dos GDH no estado de Maryland (EUA)” cuja “documentação suporte é insuficiente e frequentemente pouco clara”, adicionalmente, a metodologia utilizada, não tendo sido revista nem atualizada, “apresenta deficiências na sua implementação que poderão introduzir distorções na distribuição dos custos hospitalares por GDH e, conseqüentemente, na adequação dos preços unitários fixados” (Tribunal de Contas, 2011: 12-13).

As políticas enunciadas nos Programas de Governo manifestam-se muito ricas de intenções mas por vezes pouco eficazes na sua concretização e implementação. Porém, observa-se desde cedo um esforço de uma linha reformista que, tendo como denominador comum as políticas subjacentes à NPM, se tem focalizado nas regras de mercado, com uma separação efetiva entre o prestador e o comprador (financiador) do serviço de saúde, com alguma competitividade entre as entidades prestadoras (públicas e privadas) que promove melhorias de gestão das organizações públicas, reorganização dos serviços, fusões de entidades, adaptação da estrutura organizacional às novas formas de gestão e a procura de novos instrumentos que permitam melhorar a informação para o apoio à tomada de decisão, possibilitem uma maior transparência e tornem efetiva a responsabilização pelos resultados com a criação de mecanismos de acompanhamento e controlo por parte da tutela. Em simultâneo, tem-se observado um maior poder do cidadão enquanto consumidor de serviços, promovido não só por várias iniciativas governamentais para “incentivar a população a assumir a responsabilidade pela sua própria saúde e a obter melhor qualidade e cuidados mais adequados dos prestadores” (Simões e Barros, 2007: 36), como também pelos recentes aumentos das taxas moderadoras que despertam para uma ponderação entre prestadores privados em vez dos públicos estimulando uma maior competitividade no sistema, apesar deste poder de escolha dos prestadores continuar a ter maior registo na população abrangida por subsistemas de saúde (Barros, *et al.*, 2011: 48-49).

## **Capítulo 6 – Hospital Infante D. Pedro, EPE**

### **6.1. Introdução**

Com este capítulo pretende-se uma apresentação da organização onde foi efetuado o estudo de caso. Este conhecimento, para além de proporcionar um melhor enquadramento da problemática da gestão e do controlo de gestão num hospital público com estatuto empresarial, contribui para a compreensão dos circuitos dos processos de tomada de decisão no hospital e as barreiras que se colocam nestes circuitos.

Numa segunda parte deste capítulo é desenvolvida a história do HIP, onde se evidencia a evolução dos seus estatutos, caracterização da sua atividade e da sua área de influência. Apresenta-se, de seguida, a evolução da sua estrutura organizacional. Numa quarta e última parte, descrevem-se os sistemas de informação existentes no HIP e os seus principais utilizadores.

### **6.2. Percurso Histórico**

A primeira designação do HIP foi de Hospital da Misericórdia de Aveiro, pois a sua construção foi uma iniciativa datada de 1895 do, então, provedor da Santa Casa da Misericórdia, Visconde da Silva Melo. Ainda em 1914 recebe os seus primeiros doentes (Blocos 1, 2, 3 e 4), apesar da construção do hospital ter sido concluída, apenas, em finais de 1915 com a construção do Bloco 5.

Respondendo às necessidades da população do concelho em constante crescimento, iniciaram-se obras de ampliação das instalações em maio de 1957, passando o hospital a contar com um novo pavilhão cuja capacidade era de 106 camas (Bloco 6).

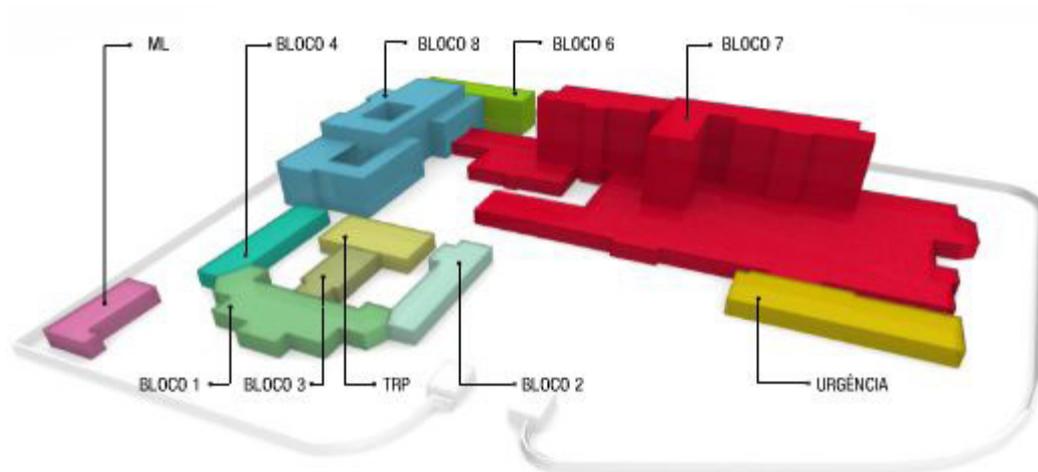
Em maio de 1976, o Hospital da Misericórdia de Aveiro passou a ter a designação de Hospital Distrital de Aveiro. Ainda nesse mesmo ano, é inaugurado um novo bloco (Bloco 7) que hoje forma o atual Bloco Central do Hospital.

Pelo Decreto Regulamentar n.º 3/79, de 24 de fevereiro, foi criado o Centro Hospitalar Aveiro-Sul, constituído por duas unidades hospitalares já existentes: o Hospital Distrital de Aveiro e o Hospital de Águeda. Este Centro Hospitalar, constituído com a intenção de assegurar mais eficazmente a cobertura hospitalar da parte sul do distrito de Aveiro, foi extinto pelo Decreto Regulamentar n.º 18/87, de 4 de março, voltando a serem restabelecidos os hospitais distritais que o compunham, pois cada instituição tinha adquirido entretanto uma dimensão que exigia uma autonomia própria.

O Hospital Distrital de Aveiro inicia entretanto a construção de um novo edifício (Bloco 8) e, em simultâneo, procede à readaptação do bloco 6.

A estrutura ergonómica atual do HIP data de 15 de fevereiro de 2001 (Figura 3), quando a unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, hoje denominado Serviço de Medicina Intensiva (SMI), viu por terminada a realização de obras e foi inaugurada. De uma previsão inicial de pouco mais de 300 camas para o Hospital Distrital, contrapõem-se oscilações neste número de acordo com as várias fases de adequada estruturação, crescimento e diferenciação para adaptar o hospital às novas realidades (HIP, 2004); hoje o hospital contém 409 camas (incluindo o berçário e o Serviço de Observações).

**Figura 3 – Planta do HIP**



Fonte: Relatório de Contas do HIP de 2005 (HIP, 2006)

A 9 de dezembro de 2002, o Decreto-Lei n.º 272/2002, no seu artigo 1.º, institui que o “Hospital Infante D. Pedro é transformado em sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, com a designação de Hospital Infante D. Pedro, SA”. Ao integrar os primeiros hospitais-empresa públicos, o HIP ganha a autonomia administrativa e financeira considerada como fundamental para o seu desenvolvimento.

Apenas em finais de 2005, foi publicado o Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, que define de forma inequívoca a natureza pública das instituições do Estado prestadoras dos cuidados de saúde, sem prejudicar a utilização de instrumentos de gestão mais adequados às especificidades das suas atividades. O estatuto jurídico do HIP foi transformado em EPE, passando a constituir uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, regendo-se nos termos da

legislação aplicável ao Sector Empresarial do Estado, pelos seus Estatutos (definidos no Decreto-Lei n.º 233/2005), bem como pela Lei de Bases da Saúde.

Como hospital distrital geral que é, o HIP detém capacidade de internamento em especialidades básicas. Este hospital articula-se em rede complementar com os Hospitais Distritais de Águeda e Estarreja. Com referência ao Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de maio, que alterou o âmbito territorial das Administrações Regionais de Saúde em conformidade com a organização administrativa (NUTS – unidades territoriais nacionais<sup>57</sup>), o HIP teria uma população de referência direta equivalente a 385.724 habitantes distribuídos por 12 concelhos que constituem o Baixo Vouga (HIP, 2009a). Assim, a área de influência deste hospital compreende os 12 Centros de Saúde dos Concelhos de Aveiro, Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Estarreja, Ílhavo, Mealhada, Murtosa, Oliveira do Bairro, Ovar, Sever do Vouga e Vagos. Os referidos Centros de Saúde integram um total de 94 Extensões de Saúde (Centros de Saúde e Postos Médicos) e Unidades de Saúde Familiares. Relativamente ao sector privado (HIP, 2004), existem três unidades de saúde na área de influência que oferecem uma forte oferta de cuidados: Clínica de Oiã, Clínica S. João de Loure e Clínica Clíria.

Na senda da reestruturação do parque hospitalar promovida pelo XVIII Governo Constitucional, em 2011 nasce o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE – CHBV (Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março) que integra o HIP, o Hospital Visconde Salreu de Estarreja e o Hospital Distrital de Águeda. Esta reestruturação tem subjacente a lógica de integração e complementaridade, compatibilização de estratégias e concentração de recursos – financeiros, tecnológicos e humanos. O HIP é o hospital principal e centraliza a direção do CHBV que “foi operacionalizado através da nomeação do Conselho de Administração com efeitos a 24 de fevereiro de 2012” (HIP, 2012:8).

Para o HIP são hospitais de referência (hospitais para onde são enviados utentes com patologias que não podem ser resolvidas no HIP por diversas razões) os Hospitais da Universidade de Coimbra – HUC e o Hospital Pediátrico de Coimbra (integrados no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE - CHUC), bem como para o Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, EPE (IPOFG).

---

<sup>57</sup> As NUTS surgiram da necessidade da União Europeia estruturar os seus Estados membros em termos de estatísticas e de distribuição de fundos. As unidades territoriais estão divididas em três patamares: a NUT de nível I corresponde a um país; a NUT de nível II corresponde a uma região (como por exemplo, Lisboa e Vale do Tejo) e as NUT III correspondem a sub-regiões (Lezíria e Médio Tejo, por exemplo). Ver <http://semanal.omirante.pt/index.asp?idEdicao=254&id=28931&idSeccao=3503&Action=noticia>, acedido em 2 de outubro de 2009.

### **6.3. O impacto da empresarialização na gestão**

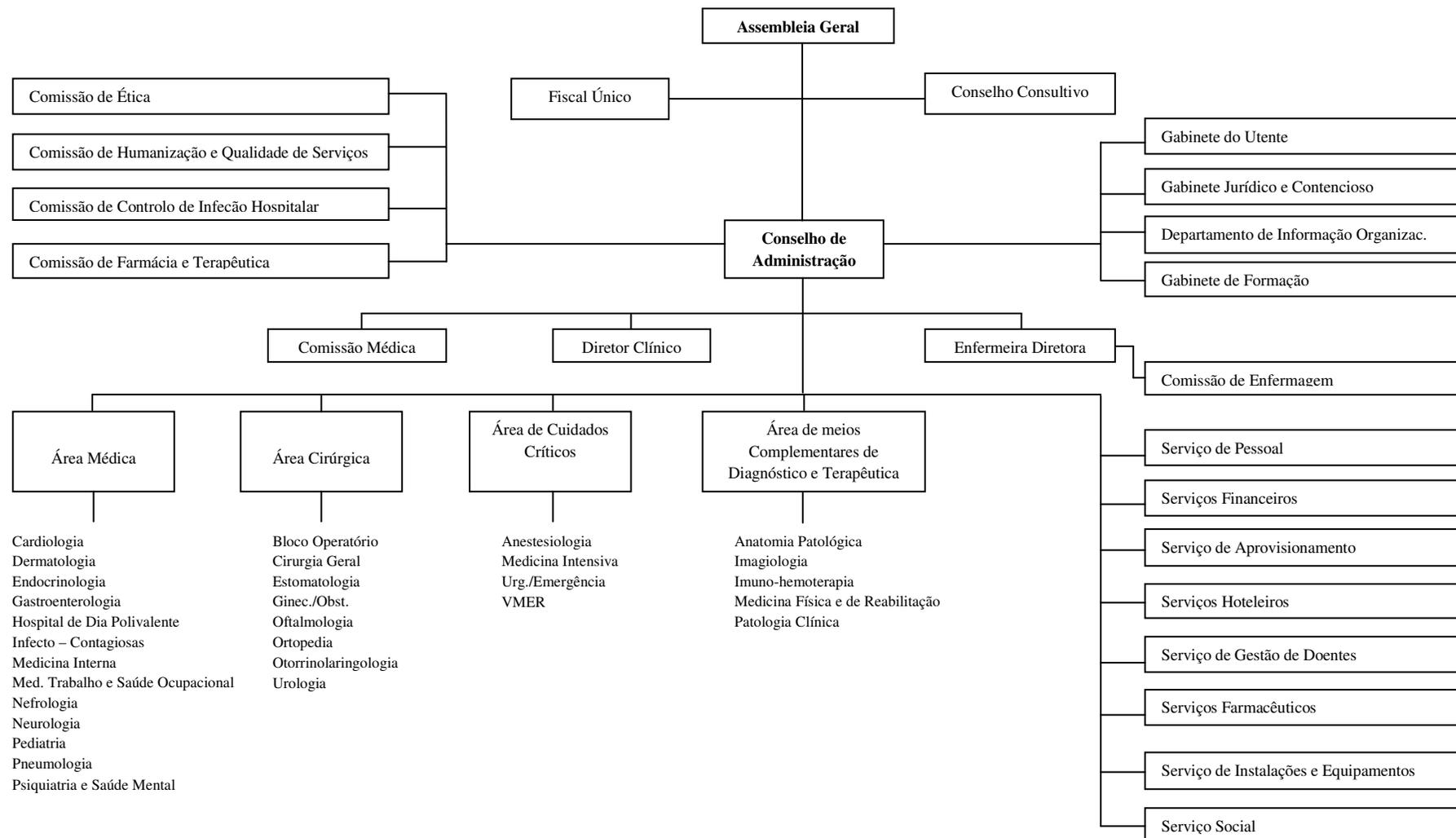
#### **6.3.1. Evolução da estrutura organizativa**

Enquanto hospital público pertencente ao setor público administrativo a estrutura organizativa era definida pelo preceituado no art.º 1.º do Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro (ver Anexo 26).

De acordo com os estatutos apresentados no anexo ao DL n.º 272/2002, de 9 de dezembro, artigo 5.º, o HIP a ter como órgãos sociais: a assembleia-geral, o conselho de administração e o fiscal único; tem ainda outros órgãos os quais são: o conselho consultivo, órgãos de apoio técnico e outros que se encontrem previstos na lei ou no regulamento interno do hospital.

A estrutura organizacional do HIP apresentava, no quadriénio 2003/2006 (ver Figura 4 – Organigrama do HIP, SA de 2003 a 2006), na primeira linha de poder a assembleia-geral com os órgãos de apoio: fiscal único e conselho consultivo. Numa segunda linha, enquadrava o conselho de administração que integrava: o presidente, um vogal, o diretor clínico e o enfermeiro diretor, até novembro de 2005; a partir dessa data houve uma mudança no conselho de administração que passou a integrar mais um vogal e apenas se manteve no seu cargo a mesma enfermeira diretora. Como órgãos de apoio técnico ao conselho de administração do HIP constavam: o gabinete do utente, o gabinete jurídico e contencioso, o departamento da informação organizacional, o gabinete de formação e quatro comissões (de ética, de humanização e qualidade dos serviços, de controlo e de infeção hospitalar e de farmácia e terapêutica). Na terceira linha da hierarquia surgia o diretor clínico e a enfermeira diretora, coadjuvados pelos órgãos de apoio técnico: comissão médica e comissão de enfermagem. Na última linha da estrutura organizacional figurava a prestação de cuidados, separada em quatro áreas distintas: a médica, a cirúrgica, a de cuidados críticos e a de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT); e, ainda, alguns serviços de apoio de gestão e logístico: serviço de pessoal, serviços financeiros, serviço de aprovisionamento, serviços hoteleiros, serviço de gestão de doentes, serviços farmacêuticos, serviço de instalações e equipamentos e serviço social.

Figura 4 – Organigrama do HIP, SA de 2003 a 2006



Fonte: Relatório de Contas do HIP de 2006 (HIP, 2007: 11)

Cada uma das áreas de prestação de cuidados, contendo vários serviços, tinha um administrador hospitalar (administrador de área) que apoiava toda a gestão e seria o interlocutor entre os diversos serviços da sua área e o conselho de administração. Ao nível de cada um dos serviços existem um médico-chefe e uma enfermeira-chefe que reportam, essencialmente, à direção clínica e à direção de enfermagem, respetivamente, correspondendo ao grau mais baixo na hierarquia de decisão.

Nesta fase, como já foi referido na secção 5.3.4., havia um acompanhamento da atuação do conselho de administração pela Unidade de Missão. No HIP, de acordo com o membro C do conselho de administração, este acompanhamento foi um dos fatores profícuos da empresarialização dos hospitais:

*“O papel da Unidade de Missão, para mim foi extraordinário. Para já, porque, acho que as pessoas que foram nomeadas foram tecnicamente muito bem preparadas... (...), acho que teve um papel preponderante na exigência e no apoio, no sentido da reflexão sobre situação do hospital nas suas várias linhas e isso para mim foi muito importante!... (...) Um tempo de grande exigência, mas também de grande aprendizagem para todos os elementos que estavam na gestão.... Aquele ‘feedback’ que nos era dado era muito motivador; e quando as pessoas sentiam que tinham que melhorar era preocupante, mas era um desafio. (...) A Unidade de Missão era um órgão que acompanhava diariamente os conselhos de administração dos hospitais SA”.*

A partir de 2006, com a publicação do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, a organização dos HEPE passa a ser feita de acordo com as normas e critérios genéricos definidos pela tutela e os seus regulamentos internos devem prever a estrutura orgânica baseando-se nos serviços agregados por departamentos e englobando unidades funcionais (n.º 1 do artigo 9.º). Continua a ser reforçado que “as estruturas orgânicas devem desenvolver a sua ação por centros de responsabilidade que permitam a realização, internamente contratualizada, dos respetivos programas de atividade com autonomia e responsabilidade” (n.º 2 do artigo 9.º).

Independentemente da nova legislação, o HIP não reestruturou de imediato a sua organização, tendo permanecido em vigor a mesma estrutura até ao ano de 2006 inclusive. Aparentemente, a sua estrutura organizacional desde 2003 já tinha antecipado a criação de “centros de responsabilidade”: as 6 áreas de serviços médicos, com um administrador hospitalar cuja função era de apoio à gestão dos diversos serviços incluídos em cada área.

Apenas a partir de 2007 o organigrama do HIP traduziu o que prescrevia a nova legislação. Um dos membros do conselho de administração (membro A) reconhecia:

*“A estrutura organizacional é a estrutura típica, de departamento por serviço e por centros de responsabilidade, como agora preconiza o estatuto EPE. Isto é recente!...”*

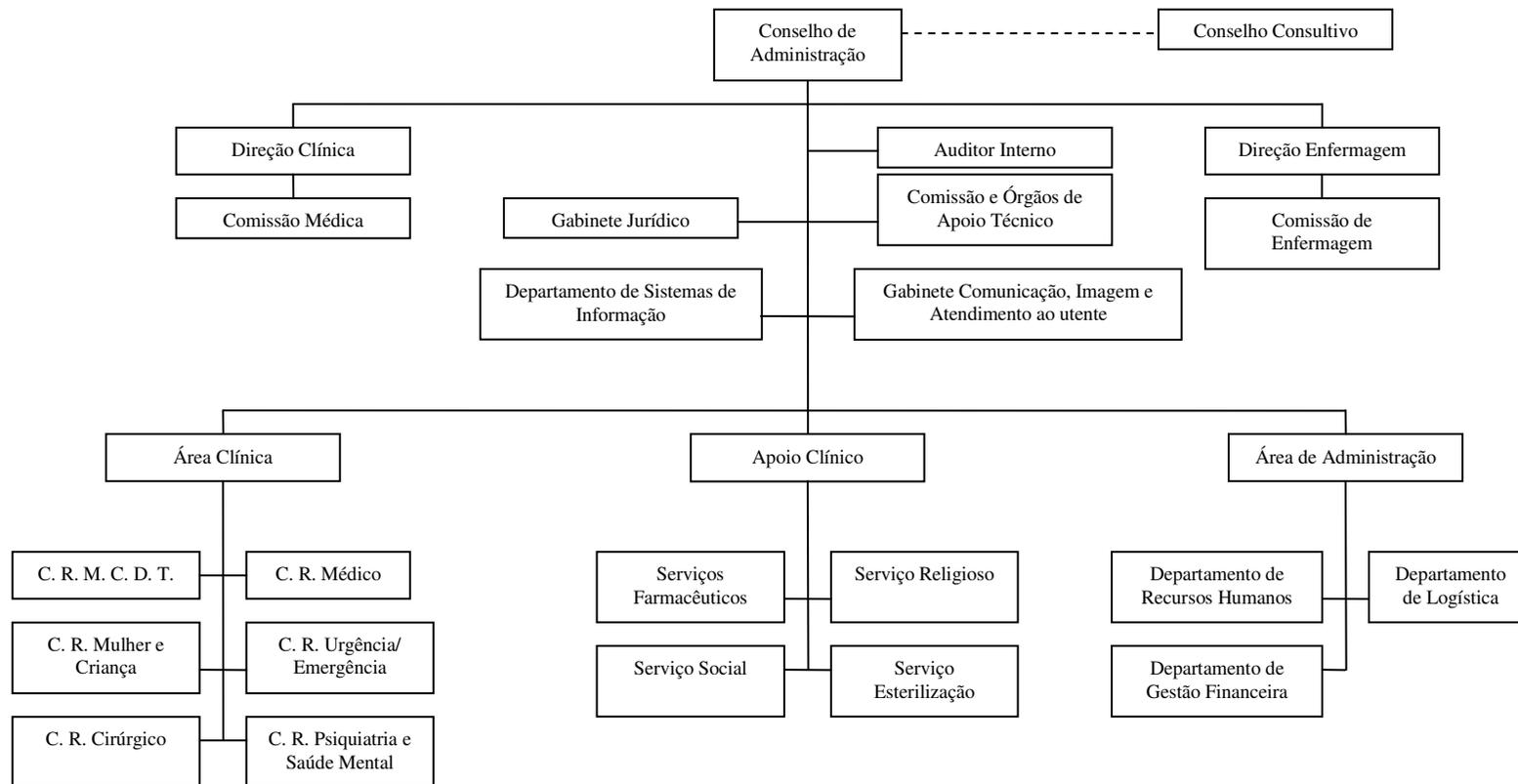
Genericamente, os estatutos dos HEPE (Anexo II do Decreto-Lei n.º 233/2005) preveem apenas três órgãos: conselho de administração, fiscal único e conselho consultivo, desaparecendo da estrutura a assembleia-geral, existente nos HSA. Apesar da definição das funções dos atuais órgãos sociais (definidas nos referidos estatutos dos HEPE) terem permanecido, na sua essência, muito idênticas ao previsto para os hospitais do sector público administrativo. É de salientar que existe o fiscal único, revisor oficial de contas ou uma sociedade de revisores oficiais de contas (eleito por três anos renováveis apenas uma vez), nomeado por despacho do Ministro das Finanças, é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do HEPE.

Na estrutura organizativa dos HEPE foi acrescentada a figura do auditor interno que, designado pelo conselho de administração por um período de três anos (renovável uma única vez), deve proceder ao controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional e de recursos humanos. Esta figura só poderá ser dispensada da estrutura organizativa dos HEPE em função da sua dimensão e complexidade reduzida.

No novo organigrama (Figura 5 – Organigrama do HIP, EPE de 2007), então em vigor, desaparecia a assembleia-geral e aparecia como órgão máximo de decisão o conselho de administração coadjuvado pelo apoio do conselho consultivo. O conselho de administração continuou a ter a mesma composição apesar de ter havido a substituição da diretora clínica, a partir de 1 de fevereiro 2007, e de um dos vogais, em 2 de Julho do mesmo ano.

No relatório de contas de 2007 é feita referência como órgãos sociais os três indicados na legislação: conselho de administração, fiscal único e conselho consultivo. Porém, o fiscal único deixou de constar no organigrama – o que pode ser explicado por se tratar de uma sociedade de revisores oficiais de contas independente ao HIP (HIP, 2008).

Figura 5 – Organigrama do HIP, EPE de 2007



Fonte: Relatório de Contas do HIP de 2007 (HIP, 2008: 17)

Uma mudança notória neste organigrama é a reestruturação dos órgãos de apoio técnico e a sua nova posição. A partir de 2007, o auditor, comissão e órgãos de apoio técnico, gabinete jurídico, gabinete de comunicação, imagem e atendimento ao utente, bem como, o departamento de sistemas de informação, surgem como estruturas que apoiam tanto o conselho de administração como as direções clínica e de enfermagem. A reestruturação no terceiro nível de gestão foi significativa, passando a subdividir-se em duas áreas de serviços de apoio - clínico e administração - e a área clínica.

A área de apoio clínico integra: os serviços farmacêuticos, o serviço religioso, o serviço social e o serviço de esterilização; e a área de administração é composta pelo departamento de logística, o departamento de recursos humanos e o departamento de gestão financeira. Cada uma destas células funcionais tem um responsável com formação académica ao nível da licenciatura, não necessariamente com uma formação específica em gestão ou administração hospitalar. Na área clínica existem três direções de área, cargo exercido por administradores hospitalares, sendo cada uma composta por dois centros de responsabilidade: centro de responsabilidade médico e centro de responsabilidade de meios complementares de diagnóstico e terapêutica; centro de responsabilidade urgência/emergência e centro de responsabilidade psiquiatria e saúde mental; e, ainda, centro de responsabilidade cirúrgico e centro de responsabilidade mulher e criança. Cada um destes seis centros de responsabilidade agrega diversos serviços que representam unidades funcionais distintas e são liderados, individualmente, por um diretor de serviço (médico) e um enfermeiro-chefe, nomeados pelo conselho de administração.

A função do administrador ou administrador de área, de acordo com a descrição do administrador de área B, não é uma função fechada:

*“... É uma função mais polivalente!... Ainda que tenha também preocupação com a otimização das escalas, controlo de consumo e custos, (...) compete-nos fazer o levantamento das necessidades de serviço, (...) colaborar no plano de ação do departamento, acompanhar a evolução da produção, monitorizar custos... digamos, (...) faz-se um bocadinho de tudo, para ir assegurando o normal funcionamento dos serviços.”*

Com esta alteração do organigrama, pretendia-se que a estrutura organizacional se aproximasse dos objetivos estratégicos preconizados no plano estratégico para três anos. O membro A do conselho de administração elucida:

*“Como compromisso desta administração foram estabelecidas 3 diretrizes: uma é nós estarmos focados nos utentes, organizar o hospital em função dos utentes; outra é preocuparmo-nos com o colaborador, ou seja, ter consciência de que com os colaboradores satisfeitos, há melhor produtividade, há melhor desempenho, o que permite um clima social organizativo melhor; a outra diretriz é nós termos um compromisso com o serviço nacional de saúde, (...) ainda que não tenhamos fins lucrativos, gerir os recursos públicos da melhor maneira possível!...”*

Contudo, a responsável pelo serviço de apoio I evidencia a falta de clarificação de funções e responsabilidades que permitam uma maior fluidez na tomada de decisão e dificuldade dos gestores de área ao exercerem a sua atividade:

*“A própria estrutura dos secretariados clínicos também está, de certa forma, pulverizada,... alguns dependem dos administradores de área e outros não!... O que constitui dificuldade de comunicação nomeadamente em termos de direção do serviço. Essas áreas surgiram há 20 anos e a ideia era criar níveis de administração intermédia entre as várias áreas e haveria os administradores de área que tivessem capacidade de decisão, o que nunca tiveram!... O administrador tem um papel extremamente penoso nas áreas intermédias! (...) Neste momento, ainda mais difícil é, porque o conselho exige... mas não dá ferramentas para o fazer!... (...) Há muita promiscuidade!... Os meus colegas, que estão na área de administração intermédia, sentem grandes dificuldades porque não está nada definido..., não sabem de quem dependem os diretores de serviço!... Ninguém tem coragem de tomar medidas e pôr o preto no branco.”*

Também o membro B do conselho de administração reforça esta ideia:

*“O que falha na existência de administradores de área é uma definição clara dos papéis. (...) Por outro lado, o cargo de diretor de serviço não pode ser meramente honorífico, o cargo como gestor tem que estar presente. (...) Tem que haver algumas ferramentas de gestão, do dia-a-dia, que permita verificar qual a evolução da concretização dos objetivos programados. (...) E haver estímulos para o cumprimento e penalizações para o não-cumprimento. (...) A componente de gestão não está sempre presente nos diretores de serviço. Para além disto, esta função ganha mais do que o administrador, mesmo do Conselho de Administração, o que faz com que as posições se invertam (...) e que haja um aligeirar da responsabilidade.”*

Em Julho de 2008 o conselho de administração do HIP demitiu-se e com o novo conselho de administração, que tomou posse em setembro, surgiu também uma nova reestruturação organizacional. Tal como se observa na Figura 6 – Organigrama do HIP, EPE de 2008 (HIP, 2009a: 19), houve uma mudança para um organigrama mais dinâmico, numa lógica de gestão empresarial mais centralizada no conselho de

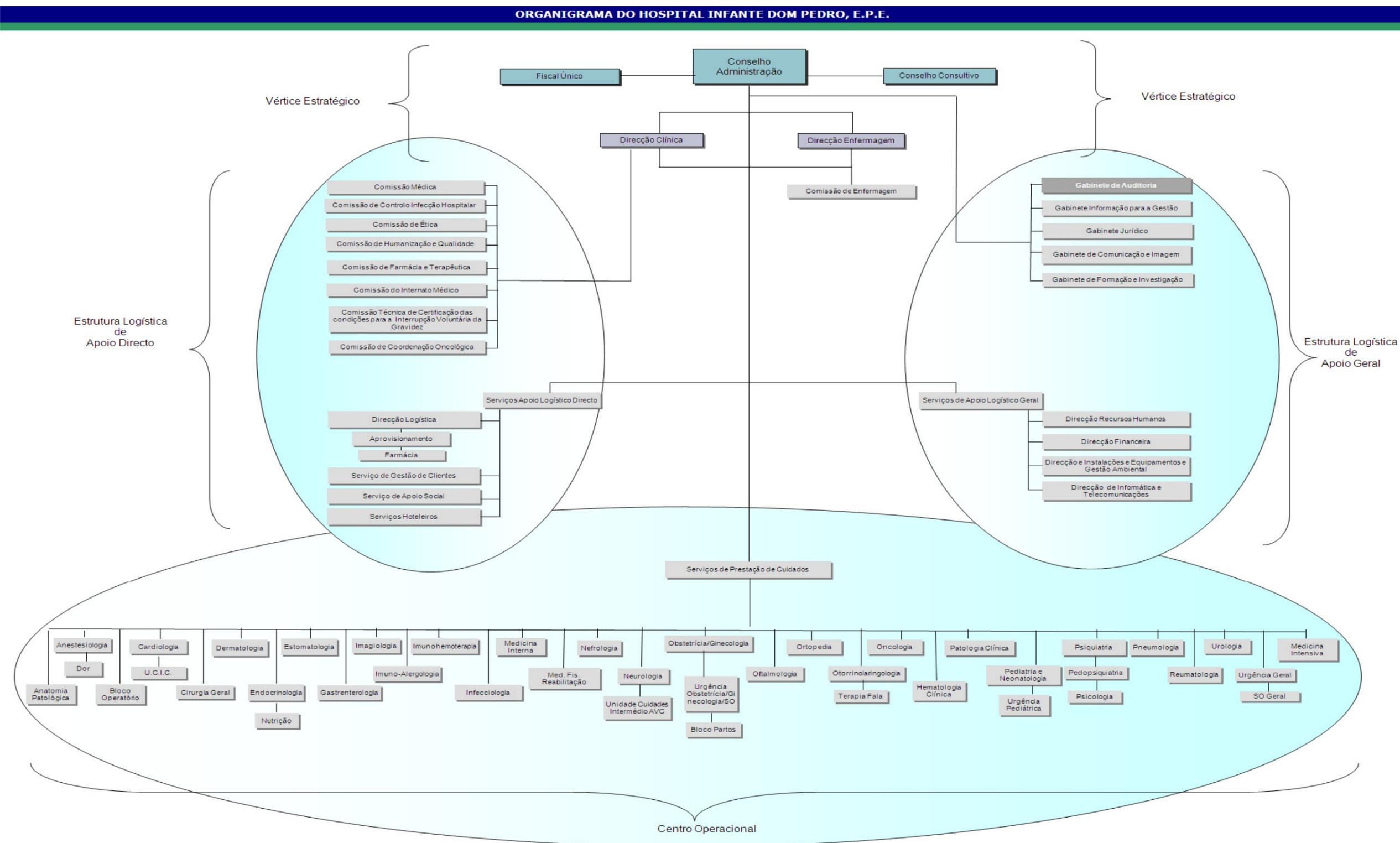
administração, onde as unidades de produção (os serviços de prestação de cuidados) aparecem de uma forma desagregada dos anteriores centros de responsabilidade (que desaparecem) e passam a reportar diretamente ao conselho de administração.

Com o pressuposto de que “o planeamento estratégico é a coluna vertebral de todo um projeto que se quer bem-sucedido, e no qual se expressa o papel preponderante da liderança, que a instituição deve assumir num mercado que se prevê cada vez mais competitivo e em permanente mudança” (HIP, 2009a: p. 30), o organigrama do HIP (ver Figura 6) foi revisto, passando a assentar em quatro eixos principais: vértice estratégico, apoio logístico direto, apoio logístico geral e centro operacional.

O vértice estratégico é constituído pelo conselho de administração, fiscal único, conselho consultivo, direção clínica e direção de enfermagem. O conselho de administração passou a integrar, para além do presidente do conselho de administração (Doutor em Medicina), três vogais, dois dos quais são a diretora clínica (único membro que se manteve do conselho de administração anterior) e a enfermeira diretora.

O apoio logístico direto é constituído por estruturas que fornecem apoio aos serviços do centro operacional: a direção logística que engloba o aprovisionamento e a farmácia e são responsáveis pelo fornecimento de materiais consumíveis e produtos farmacêuticos; o serviço de gestão de clientes que gere os recursos administrativos que estão em contacto direto com os clientes, assumindo na sua organização uma visão mais complexa e adequada do que o antigo ‘serviço de admissão de doentes’; o serviço de apoio social com uma função mais dinâmica e humanizada de apoio aos clientes; os serviços hoteleiros compostos pelos serviços de lavandaria, de alimentação, de limpeza, de transportes, gestão dos parques e jardins, morgue, casa mortuária, segurança e vigilância das instalações; e, finalmente, as comissões técnicas diversas (médica, de enfermagem, de humanização e qualidade, de controlo da infeção hospitalar, de farmácia e terapêutica, de coordenação oncológica e a direção do internato médico), que são de carácter consultivo ao conselho de administração e aos serviços de prestação de cuidados.

Figura 6 – Organigrama do HIP, EPE de 2008 a 2011



Fonte: Relatórios de Contas do HIP de 2008, 2009, 2010 e 2011 (HIP, 2009b: 38; HIP, 2010: 37; HIP, 2011: 42; HIP, 2012: 40)

No apoio logístico geral encontram-se as estruturas de suporte geral aos diferentes serviços da instituição: cinco gabinetes (órgãos de *staff*) e quatro direções. Os diferentes gabinetes são: de auditoria, de informação para a gestão, jurídico, de comunicação e imagem e de formação e investigação. Nas quatro direções temos: direção de recursos humanos, direção financeira, direção de instalações, direção de equipamentos e gestão ambiental e, ainda a direção de informática e telecomunicações.

O centro operacional é composto por todos os serviços de ação médica e que prestam cuidados de saúde aos clientes, representando a linha de produção e sendo a sua organização e funcionamento direcionados para o cliente.

Abandonou-se a identificação por centros de responsabilidade. Cada uma das células, que constituem os quatro eixos identificados no organigrama, tem um responsável (nos serviços de ação médica continuam a ser os diretores de serviço – médicos).

Em suma, a evolução do estatuto dos hospitais parece facilitar uma melhor adaptação ao contexto económico e financeiro, tendo o HIP manifestado uma preocupação evidente em refletir as mudanças ocorridas na sua estrutura organizativa do HIP. Da observação dos três organigramas é de realçar a movimentação que tem sofrido os serviços de apoio. Entre 2003 e 2006, embora dependentes do conselho de administração, estas estruturas apoiavam diretamente os serviços de primeira linha (de prestação de cuidados de saúde); em 2007 passaram a áreas diretamente dependentes do conselho de administração, em paralelo com a área clínica (serviços de prestação de cuidados de saúde); e em 2008 é novamente atribuída maior importância ao negócio principal da atividade hospitalar que é a prestação de cuidados de saúde, relegando os serviços de apoio para uma posição lateral.

### **6.3.2. As mudanças percebidas pelos intervenientes na gestão**

Nos diversos níveis de decisão a perceção sobre os efeitos da empresarialização na gestão diária do HIP, com as sucessivas alterações dos seus estatutos, são diversas e nem sempre se manifestam em consonância. Existe contudo alguma distinção de perceções entre os profissionais de saúde com cargos de gestão e os gestores. Porém dentro destas duas categorias de entrevistados denotam-se algumas discrepâncias de opiniões tendo subjacente: o grau de envolvimento do entrevistado no próprio processo de mudança, o conforto profissional (se está profissionalmente estável no HIP e com funções que lhe agradam) e a sua antiguidade no hospital.

A primeira mudança ocorrida nos estatutos do HIP, de um hospital SPA (HSPA) para um HSA, é identificada como uma imposição estatal relativamente pacífica e sem grande

impacto real na gestão diária do hospital. Esta foi a percepção do membro A do conselho de administração, o qual ocupa cargos em conselhos de administração de hospitais há mais de década e meia mas apenas há dois anos neste hospital, tendo afirmado:

*“Com a mudança que se efetuou em 2002-2003 para SA, não houve nenhum choque de gestão!... O nível dos conhecimentos de gestão, por parte dos médicos, continua a ser reduzido!... Nunca vi trabalhar assim, em nenhum hospital!... As chefias médicas deste hospital encontram-se aquém do nível dos outros hospitais,... já mais sensibilizados para as questões de gestão.”*

Na opinião deste entrevistado a primeira mudança de estatuto não se refletiu na gestão de primeira linha por causa das características de formação das chefias, mais vocacionadas para a sua formação como profissionais de saúde. Já quanto à mudança posterior, do estatuto SA para EPE, este membro do conselho de administração reconhece:

*“O Self Government está demonstrado noutros países!... (...) Entidades que prosseguem serviços públicos com uma autonomia e com um regime jurídico do direito privado (...) são mais eficientes do que as que têm um estatuto jurídico do direito público, sujeitas aos constrangimentos legais de compras, de contratação de recursos humanos, etc. (...) Eu acho que o estatuto EPE é um retrocesso em relação ao estatuto SA bastante acentuado. Não é que o estatuto SA fosse o mais adequado em termos formais, porque um hospital SA, está sujeito ao código das sociedades comerciais e supostamente tem que ter fins lucrativos!... Isso é uma incongruência!... Os hospitais públicos não podem ter fins lucrativos e, ao não ter, não devem ter um figurino como uma sociedade anónima que tem fins lucrativos. (...)*

*Seja como for, eu estava convencido que a mudança era por essa razão!... Mas na verdade, (...) há pequenos detalhes em que continua a ser necessária autorização prévia do proprietário ou da tutela..., em que se retira, perde ou limita aquela autonomia!...”*

Esta perspetiva é corroborada pelos profissionais de saúde com cargos de gestão. Por exemplo, a enfermeira-chefe E não observa qualquer sinal de mudança na gestão operacional:

*“Sinceramente?!... Eu acho que não houve nada, nem notei qualquer mudança!...”*

Também a enfermeira-chefe G partilha esta opinião:

*“Se os objetivos hospitalares efetivos [da gestão] caminhavam para uma autonomia?... Acho que a nível teórico [legislação] dá a impressão que sim, mas depois... na prática, não é essa a impressão que eu tenho!...”*

Porém esta mudança de estatuto é percebida na prática pelo menos no sentido da maior flexibilização na aquisição de bens e serviços, como evidencia a enfermeira-chefe D, com formação complementar em gestão e tendo exercido cargos de administração anteriormente:

*“A grande mudança foi a maior flexibilidade na aquisição dos bens e serviços,... foi não termos aquele rigor no SA como tínhamos no SPA!... (...)*

*A contratação do pessoal tornou-se mais fácil na medida em que não era tão burocrático o processo... Para mim foi uma grande vantagem!... Já o [estatuto de] EPE foi uma continuidade deste processo. Não notei grandes diferenças a nível operacional da passagem do SA para o EPE (...), as mudanças foram mais em termos jurídicos.”*

De uma forma quase generalizada, uma vez que o estatuto de EPE já era um facto há algum tempo, os diferentes colaboradores do HIP entrevistados apenas se referiam à empresarialização como um processo único, sem mencionarem qualquer distinção entre o estatuto de SA para EPE. Esta maior flexibilidade na contratação de recursos humanos, cujo processo se agilizou por deixar de ser tão burocrático, é a mais evidenciada pelos entrevistados, embora nem sempre como um sinal positivo. O diretor de serviço A, relativamente a alterações efetivas registadas com a mudança de estatuto, sem se referir claramente que a autonomia gera alguma instabilidade entre os recursos humanos, é perentório ao afirmar:

*“Eu não notei nada!... (...) Não se trabalha menos do que nos outros hospitais,... produz-se é muito menos porque não há agilização de procedimentos!... De um hospital SPA para um EPE, aquilo que me marcou mais, foi a degradação da relação,... isto é,... a grande diferença que eu acho... é a degradação da relação entre as pessoas!”*

Este entrevistado, relativamente à descrição da sua função, mostra bem a importância reduzida do fator económico e financeiro na gestão dos serviços de primeira linha:

*“Aquilo que está no regulamento do hospital tem mais a ver com formação e a minha função é mais coordenar os diversos serviços do que olhar por eles em termos financeiros... A parte económica não entra!...”*

Esta reconhecida ausência de melhoria na gestão nos serviços de primeira linha, para o diretor de serviço B, não reside propriamente no novo estatuto que na sua perspetiva pode facilitar a gestão, mas sim na falta de pessoal técnico com formação em gestão que apoie com maior eficiência as direções de serviços:

*“As pessoas podem não saber cumprir a sua função!... O estatuto em si dá maior viabilidade para isso!... Relativamente aos concursos [para aquisições de bens e serviços],... existe maior capacidade e uma maior autonomia relativamente ao estatuto SPA. (...) Por outro lado, a existência de chefias intermédias, os administradores de área que são administradores hospitalares e deviam acompanhar os serviços, permite que os diretores de serviço, entidades vocacionadas para a parte técnica, fiquem mais libertos,... porque para a sua função de gestão devem ser assessorados por um gestor. O grande trabalho de gestão é do gestor!...”*

*São raros os hospitais que têm uma gestão eficaz porque existe uma escassez de pessoal, mesmo nos HUC!... (...) Apenas um gestor de área para toda a área médica?!... (...) É muito pouco!... Compreende-se que sozinho [o administrador de área] não possa fazer todo o serviço necessário para*

*exercer uma boa gestão!... (...) Repare que o grande trabalho de gestão depende desse gestor,... que devia acompanhar convenientemente as direções dos serviços que, por sua vez, estão mais vocacionados para a parte técnica!...”*

Outro fator explicativo para a manutenção de uma certa inércia na gestão do HIP (na primeira linha), contrariando alguns dos objetivos que se pretendiam alcançar com a empresarialização, é a existência de uma cultura própria profissional que se manifesta pouco permeável à mudança. Esta questão é mencionada de uma forma recorrente quer por profissionais de saúde, quer por gestores. A inexistência de uma mudança de atitude na maioria dos colaboradores do hospital, apesar da alteração dos estatutos é evidenciada pela responsável do serviço de apoio A:

*“Era necessário que todos nós trabalhássemos para o mesmo fim!... Isso era o que se pretendia com a empresarialização,... que as pessoas aceitassem os desafios e produzissem e se tornassem eficientes. Pois, havendo mais autonomia, em princípio, a Administração poderia tomar a atitude de dizer: «Você não está a produzir, ou muda, ou mudamo-lo a si!...». Mas onde estão os efeitos práticos com a mudança?!... São muito poucos!...”*

Essa falta de efetividade da mudança do estatuto no terreno devido a uma cultura fortemente enraizada, ao nível da gestão operacional, é reforçada pela enfermeira-chefe A:

*“Nós temos uma cultura, por ventura, enraizada há tantos anos!... (...). As pessoas estão ligadas ao estatuto público e não gostam de chamar a isto uma empresa, que no fundo é!... É uma empresa prestadora de cuidados! E essa comunicação é que as pessoas não gostam de ouvir... Por exemplo,... ouvimos muitas vezes dizer: «Isto custa isso?!... Eu quero lá saber!... Eu não estou aqui para isso, mas sim para tratar os doentes!...». Ninguém está aqui a pedir que não tratem os doentes!... Mas se for possível tratar com menos custos é importante!...”*

*As pessoas ainda não se ligaram a esse espírito... A mudança de formato de SPA para EPE não alterou muito o dia-a-dia..., e nem sequer sentimos uma pressão para isso!”*

Esta entrevistada acrescenta, ainda, uma lacuna de linhas orientadoras na gestão da instituição, ao nível operacional, bem como uma falha na comunicação, que não se alterou com a mudança de estatuto:

*“Os grandes desafios são realmente a gestão dos escassos recursos humanos e responder a necessidades cada vez mais crescentes. Nós cada vez procuramos mais qualidade... Temos necessidade de produzir mais e, muitas vezes, fazer isso com recursos escassos não é fácil!... (...) Quanto aos recursos materiais, a sua gestão gera alguns conflitos porque nem sempre temos o que é necessário. Por exemplo, neste serviço, nem sempre temos o que os médicos pretendem, embora nem sempre o que eles pretendem seja o melhor! (...) Mas de facto, eles são bombardeados todos os dias com muita informação e querem experimentar tudo!...”*

*Nós sentimos que há uma falta de sensibilidade para diferenciar o que é prioritário!... Para onde é que vamos?... Qual é o rumo a tomar?... (...) Isso é um desafio todos os dias, pode crer!... Não há uma linha diretora que defina como gerir!... O que se gere é o dia-a-dia, é o imediato!... Neste serviço, uma adequada programação atempada era fundamental. Sobretudo, na gestão de recursos materiais e temos algumas dificuldades... Está bem que também temos algumas urgências... Mas no que é programado,... enfim... é programado só de nome, o que não nos permite gerir da melhor forma. (...)*

*A falta de comunicação entre os diferentes atores neste teatro é uma coisa que perturba muito a gestão e que pode ser melhorada!...”*

A enfermeira-chefe D reconhece a influência do contexto cultural mas, em sua opinião, o conselho de administração poderia contornar esta barreira com alguma sabedoria. Para além disso, esta colaboradora admite que a falta de continuidade do apoio à gestão e de monitorização, prestado pela UMHSA no início da empresarialização no terreno, contribuiu para que não se registassem melhorias efetivas na gestão:

*A nível da mudança da organização do hospital, que é sempre difícil dado o contexto cultural, depende muito também da forma de estar das pessoas do conselho de administração, das estratégias que utilizam, que nem sempre são bem-sucedidas. (...) No que diz respeito ao aspeto de acompanhamento, (...) as exigências passaram a ser as que tradicionalmente eram pedidas [enquanto SPA]... Passou a não haver a mesma exigência exercida relativamente aos SA. (...) Com a ARSC esse acompanhamento mudou quase 100% [referindo-se relativamente ao acompanhamento prestado pela UMHSA]. O modelo, neste aspeto, de alguma forma retrocedeu!...”*

Apesar de não haver perceção de melhorias significativas no HIP resultantes da empresarialização, existe alguma evidência de um aumento da sensibilidade face aos gastos, mesmo entre alguns dos profissionais de saúde. Por exemplo, o responsável pelo serviço de apoio B constata uma maior sensibilização para os gastos depois da mudança de estatuto:

*“A mudança de estatuto, de facto, fez com que os custos tivessem maior importância, que houvesse uma maior necessidade de informação. No entanto, as pessoas não procuram a informação da forma de custeio, o que não quer dizer que não saibam que os custos existem e que o sistema está montado. Apenas acham que, para já, não é importante!”*

A enfermeira-chefe G identifica o ganho de autonomia na aquisição de bens e serviços como uma limitação exatamente porque o fator custo ganha relevância na decisão:

*“Nesse sentido, apesar de nós agora termos que olhar um pouco à qualidade, estamos mais presos à parte económica, pelo menos na compra de equipamentos e materiais!...”*

Esta vertente dos gastos parece ter ganho maior relevância com a atuação do conselho de administração que tomou posse em setembro de 2008, o enfermeiro-chefe C aponta algum sinal de mudança:

*“Poucas alterações houve a nível de recursos humanos e da sua escassez para as necessidades do hospital, talvez tenha havido mais mudanças no conselho de administração!... Outra forma de governar a instituição!... (...) Sem dúvida nenhuma agora funciona mais à base de números. Com o recente conselho de administração diminuiu-se muito o stock, é mais fácil fazer novas aquisições, há menos burocracia, não precisamos ter tanto stock e poupa-se dinheiro.”*

Esta maior capacidade de agilidade na gestão, característica associada ao processo de empresarialização dos hospitais, deveria à partida ser um fator propício a mudanças mais profundas na gestão do HIP. De facto, esta foi a opinião manifestada pelo membro B do conselho de administração (anterior à mudança ocorrida em setembro de 2008) ao mencionar que o estatuto de EPE facilita qualquer processo de mudança por dois aspetos:

*“Primeiro, relativamente a todo este processo inovador, no âmbito da qualidade, da gestão de risco, da contabilidade de custos; é mais fácil introduzir este tipo de nova cultura e de nova sensibilidade nos hospitais EPE!... Os [hospitais] SPA ficarão na expectativa, depois irão sofrer transformação quando forem EPE!... Mas não tenho dúvida nenhuma que nos EPE é tudo muito mais fácil! (...) Por outro lado, a segunda razão é que nos EPE, com a flexibilização da gestão de recursos humanos e flexibilidade de gestão sob o ponto de vista das aquisições em contexto comercial interno, permite-se avançar muito mais depressa para este tipo de novas soluções.”*

Esta opinião não é generalizada, mesmo dentro do conselho de administração. O membro C do conselho de administração, referindo-se ao facto do estatuto EPE facilitar, ou não, os processos de mudança, realça novamente a influência da cultura hospitalar enraizada e esclarece:

*“É indiferente!... É uma percepção!... Com os centros de responsabilidade acho que poderia haver mais economia e sinergia de recursos a vários níveis. Mas para que funcionem é preciso ter em conta a cultura do hospital. Eu conheço bem essa cultura, ao longo dos vários anos tem corrido mal! (...) Para ter sucesso tem que haver uma estrutura bem definida, com o envolvimento das pessoas!... Com a nova organização, temos que saber primeiro a quê que temos que aderir e o que é que se pretende!... Sem o envolvimento das pessoas vai haver um falhanço. Não se formaram as pessoas nesse sentido!... E isto é uma implicação de qualquer mudança!...”*

Entre os entrevistados, o fator político é o constrangimento mais recorrentemente mencionado para não haver melhorias significativas na gestão do hospital, tal como era expectável com a empresarialização. A responsável do serviço de apoio A realça a dificuldade

que existe na gestão de um hospital cujo conselho de administração depende fortemente da vontade política:

*“Os hospitais não deviam estar consignados a partidos políticos!... Porque... quando existe uma mudança de orientação política governamental,... geralmente mudam as administrações. Os que estavam já não são de confiança!... Relativamente ao novo conselho de administração, o primeiro ano é sempre de desconfiança em relação a quem cá está!... Há que trazer pessoas da sua confiança e cada vez vão entrando mais pessoas,... tem que se manter essas pessoas e dar-lhes segurança, e isso tem feito com que haja mais pessoal do que antes quando havia concursos,... e não há uma linha de continuidade!... Anteriormente, estas contratações eram publicadas em termos de concursos a nível nacional. Apesar de tudo, havia mais abertura!...”*

*Também tem o reverso da medalha, a autonomia é boa mas é para bons gestores e estes não deviam ser substituídos... E se fossem era por má índole... (...) Não há continuidade... e isso desmotiva. Eu gosto imenso do meu trabalho, mas não impede a minha frustração!... (...) O que eu penso é que não é só nos hospitais, mas em todo o país... Há que arranjar lugares para certas pessoas!... Nós estamos na situação em que estamos por causa disso!... Passa a haver uma disparidade terrível!”*

A dependência da administração de um hospital às vicissitudes e mudanças políticas é reconhecida como uma verdadeira barreira ao progresso e a uma mudança efetiva. Também a responsável pelo serviço de apoio I, ao revelar os seus sentimentos face às mudanças efetivas que a alteração dos estatutos provocaram no hospital, reforça:

*“A questão não é o estatuto,... a questão são os dirigentes públicos, a forma como são nomeados os presidentes e os diretores!... São nomeadas pessoas, apenas, pelos partidos políticos a que pertencem!... Não há preocupação de qualidade, de competência, de honestidade e de espírito de serviço!... Enquanto for assim,... não há estatuto que resista!... Se o hospital fosse um serviço público, como era,... se houvesse pessoas com coragem para tomar decisões,... para dizer claramente «com que linha se cose», tudo bem!...”*

*Em termos efetivos, na prática, não vejo resultado nenhum,... nem funcional,... nem novos investimentos,... nem funções diferentes!...”*

Mais um exemplo que reforça esta mesma perceção veio do membro A do conselho de administração, ao refletir sobre a estratégia do HIP, alude:

*“Só lhe poderia falar na estratégia se iniciasse um processo de gestão completo!... Em termos de continuidade, tenho alguma dificuldade em me referir às políticas estratégicas..., pois nos últimos seis anos estive em três CA, e como tal... não há política estratégica nenhuma que resista. Por isso não vou entrar por aí..., posso referir apenas objetivos estratégicos!... É instável para as próprias administrações..., as políticas estratégicas passam a ser mais táticas.”*

A enfermeira-chefe G, com grande experiência no HIP, observa esta contingência política como perturbadora da estabilidade e da melhoria de gestão do hospital:

*“O hospital de Aveiro também está a passar por mudanças muito repentinas e grandes a nível de gestão e gestores e creio que isso também tem influência. Não há estabilidade necessária para agir de outra forma, isso tem muita influência!... E há um maior constrangimento em termos orçamentais.”*

Nas entrevistas que foram efetuadas com ARSC, foi evidenciada esta questão política como um argumento forte para a forma como decorreu a mudança. O entrevistado B do departamento financeiro da ARSC manifestou, quanto à mudança quer do estatuto de SPA para SA como de SA para EPE, como uma decisão essencialmente de cariz político:

*“Praticamente... é uma mudança política porque em termos práticos não há grande diferença!... Em alguns casos houve alguma perda, porque alguns instrumentos de gestão vieram trazer algum retrocesso, nomeadamente no processo das aquisições [referindo-se à mudança de SA para EPE].”*

Este interlocutor concorda que o HEPE ganhou maior flexibilidade na gestão. Contudo, também defende que dependerá muito da boa utilização dessa flexibilidade por parte da equipa de gestão:

*“Quando falamos em empresarialização temos que falar sobretudo pela boa utilização dos recursos existentes. (...) Recuso-me a acreditar que todos os HSPA são mal geridos, tal como todos os HEPE são bem geridos pelo facto de serem EPE!... Temos experiências cruzadas que mostram isso... Por exemplo, em Santa Maria da Feira, para percebermos um bocadinho do que lá se passa, temos que ir à essência do S. Sebastião. O hospital de S. Sebastião foi criado de raiz, as equipas vieram propositadamente para aquele serviço, os diretores de serviço é que escolheram a sua equipa, portanto tudo propenso à gestão empresarial!... (...) Coisa bem diferente do HSPA que foi transformado! ... Genericamente, as pessoas são as mesmas!... O ganho que têm, de facto, é poderem encontrar alguns incentivos e terem alguma flexibilidade de gestão em termos de pagamentos!... Vamos concretizar: o hospital tem, uma qualquer valência com uma considerável lista de espera de consultas, o conselho de administração pode negociar: «O senhor faz mais x de consultas e eu pago-lhe mais x por essas consultas!...». Nos HSPA isso não pode ser feito!... É nessa perspetiva que o HEPE tem de facto uma mais-valia. (...) Depende das pessoas que vão para determinados lugares!... Não é possível ter algum resultado sem os médicos!... Não se consegue em lado nenhum gerir contra a classe médica!... Temos que saber levar a água ao nosso moinho numa permanente concertação.”*

Este entrevistado não se coíbe em evidenciar a questão da falta de responsabilização pela gestão exercida por parte das equipas de gestão:

*“As equipas de gestão iniciam com determinadas missões e objetivos e têm que ser acompanhadas e avaliadas. No fim de cada ciclo de 3 anos, que é o mínimo, deve-se fazer a avaliação!... Se a avaliação é satisfatória a*

*equipa de gestão deve manter-se em funções..., não deve ser substituída!... Independentemente do círculo político!... Se for insatisfatória..., a equipa deve sair e ser responsabilizada pelos seus atos!... O problema é sempre a responsabilização!...*

*Enquanto não forem responsabilizados..., vai haver sempre algum laxismo, algum comodismo nestas funções!... Porque exigem esforço, trabalho, aplicação de medidas que..., por vezes, são difíceis de tomar e exigem alguma capacidade de confronto..., o que nem sempre é agradável!”*

Apesar de tudo, a empresarialização é entendida por este entrevistado como uma mudança necessária:

*“É uma transformação que eu entendo ser necessária no sentido de dotar essas instituições, porque são complexas, têm volumes financeiros muito grandes e, naturalmente, prestadores de atividades de saúde!... Portanto, uma área muito sensível, que é muito cara e, portanto, deve ser bem gerida.*

*Se (ênfase),... se através do modelo de gestão do SPA não é fácil gerir essas instituições, então porque não mudar o regime para poderem ter ferramentas de gestão mais adequadas?!... Digamos que um hospital SPA poderia ser bem gerido e poderia estar nesse formato desde que a administração pública tivesse esses mecanismos..., é tão simples como isso!... Não era uma inevitabilidade, só o é... face à legislação que temos!... (...) Porque se dentro da administração pública pudessem dar os meios, ou seja, a flexibilidade (muito enfaticamente) que agora os hospitais, em termos empresariais, têm,... se calhar, nem havia necessidade dessa transformação;... mas, não havendo, é preferível que tenham sido transformados para que possam ser bem geridos, tendo em conta o modelo de gestão... Agora, naturalmente que só a mudança do modelo não conta, não é?!... É preciso que haja bons gestores nessas instituições!”*

Fazendo uma alusão indireta à influência política, numa opinião completamente de observador externo, o entrevistado da empresa consultora, parceira do projeto SCAH, corrobora a primazia da capacidade de gestão para que a empresarialização tenha resultados:

*“Muitas vezes, no plano dos hospitais, verificamos que quem gere o hospital não tem o espírito de gestor!... E quando há uma pessoa à frente do hospital com esse espírito de gestão, nota-se a diferença no rumo que quer dar e à forma como o hospital está a ser gerido, a informação que quer obter no seu dia-a-dia e que quer controlar. Infelizmente esta não é uma exigência para a escolha dos órgãos de gestão!...”*

A relevância da capacidade de gestão e de liderança é reforçada como fator preponderante para a efetividade da mudança também pela entrevistada da ACSS:

*“Não há propriamente diferenças significativas e, se quiser,... um gestor no hospital é independente!... O que interessa são os objetivos, os recursos, as capacidades instaladas e a sua capacidade de gestão e de liderança... – de conseguir levar as pessoas a atingir os objetivos – e,*

*sobretudo, sentir-se sempre numa posição de estar a contribuir para a melhor resposta a uma população que está pré definida!...”*

O membro A do conselho de administração atribui importância ao benefício associado à possibilidade de haver uma concorrência entre os prestadores de serviços de saúde com esta empresarialização, à semelhança do que aconteceu no Reino Unido. Porém, constata a pouca probabilidade dessa concorrência poder ser efetiva:

*“Por outro lado, e este é um aspeto mais evidenciado no Reino Unido, onde fomos buscar inspiração para o nosso sistema de saúde, este estatuto deveria proporcionar um ambiente concorrencial,... em que o hospital de Aveiro pudesse concorrer com o hospital de Viseu ou de Leiria!... Isso não acontece!... Nem existe mecanismo nenhum para que isso aconteça!... Pelo contrário, acho que cada vez mais querem uniformizar, implementar os mesmos softwares em todo o lado, páginas da Web com construções iguais, etc.... É necessário maior autonomia de gestão!”*

Existem ainda funções que dependem de *lobbies*, e este foi outro fator mencionado como barreira para alcançar os objetivos da empresarialização. De acordo com o chefe de serviço C, existem funções de direção que, uma vez alcançadas, deixam de motivar as pessoas que as têm a melhorar as atividades dos serviços sob a sua direção.

*“Ninguém nasceu diretor de serviço, mas morre-se diretor de serviço!... Acho que devia ser uma posição rotativa. O poder vicia e amolece!”*

#### **6.4. Sistemas de informação de apoio à decisão e os novos desafios da empresarialização**

##### **6.4.1. Processo de planeamento e de controlo de gestão**

O processo de empresarialização e o novo sistema de financiamento, baseada na contratualização, veio reforçar a necessidade da melhoria de informação de gestão no HIP. Por um lado o Estado contratualiza os serviços do hospital baseado num contrato-programa e, por outro, enquanto responsável tutelar, obriga à existência de um plano estratégico que oriente toda a atividade do hospital.

A gestão dos HEPE já não se pode consubstanciar na decisão fundamentada apenas na intuição e no bom senso. Mesmo que a sua procura seja casuística ou intuitiva, a informação é uma exigência incontornável e obriga as instituições a proceder à sua recolha e tratamento de forma sistematizada de forma a fundamentar as suas tomadas de decisão.

Ao longo dos três primeiros anos da empresarialização dos hospitais (2003 a 2005), enquanto ainda sob a forma de SA, houve necessidade de delinear um processo estruturado e objetivo de avaliação do desempenho. Como já foi mencionado no capítulo 5, para além do apoio aos conselhos de administração, a Unidade de Missão teve um papel preponderante no

acompanhamento e monitorização dos hospitais SA através de instrumentos por ela definidos e implementados, que impunha uma recolha sistemática de informação. Estes procedimentos permitiram identificar a necessidade de melhorar a fiabilidade e utilidade da informação de gestão que era produzida nos hospitais, bem como do seu acesso atempado. A fiabilidade e a acessibilidade dos sistemas de informação passaram a ser requisitos indispensáveis para garantir a nova gestão empresarial preconizada para o setor hospitalar.

Atualmente, o hospital gere a concretização de um contrato-programa, que é negociado para três anos (com renegociação e formalização anual), envolvendo três entidades: a ACSS, a ARSC e o HIP (agora CHBV). “O contrato-programa consiste na contratualização da forma de financiamento da atividade assistencial desenvolvida, bem como na definição de alguns objetivos e responsabilidades, ao nível do plano de atividades do HIP” (HIP, 2012: 11).

O Ministério da Saúde define e quantifica objetivos globais e o nível de esforço de cada hospital. Por sua vez, o conselho de administração do hospital elabora um plano estratégico para um triénio assente numa negociação com os seus diversos serviços que efetuam uma previsão e uma quantificação clara de objetivos de produção, tendo em conta os potenciais recursos disponíveis. Depois de uma negociação entre o Ministério da Saúde e o hospital, são estabelecidos os objetivos de produção do contrato-programa. Finalmente, este é assinado entre o hospital e a tutela, representada pelos departamentos de contratualização das ARS. Com base neste contrato-programa, procede-se à revisão do plano de atividades e o hospital atualiza, conclui e aprova o seu plano estratégico para o triénio e, conseqüentemente, o orçamento económico para o ano seguinte.

Numa fase posterior, e não menos importante, o hospital faz a monitorização do orçamento: uma análise comparativa entre o programado e o realizado e a identificação de áreas críticas de desempenho que deverão ser objeto de ações corretivas, no sentido de ajustar as trajetórias e alcançar os objetivos estratégicos.

A partir de 2005, fruto da experiência dos primeiros anos de empresarialização, passou a ser anualmente publicada a “abordagem metodológica para o cálculo dos preços a praticar, do valor de convergência a atribuir às instituições e ainda a seleção dos indicadores a incluir no contrato” (ACSS, 2005: 3). Tem havido uma evolução contínua da metodologia estabelecida para os contratos-programa dos HEPE. Ao longo do triénio 2007-2009 os HEPE passaram a ter que apresentar instrumentos previsionais de gestão rigorosos, onde se incluem: “o orçamento económico e o plano de atividades anual e o plano estratégico a médio prazo

(três anos)”, sendo considerados como “fundamentais para o bom desempenho e acompanhamento dos Hospitais Empresa” (ACSS, 2006a: 30). Esta exigência, para além do referido triénio, teve prorrogação em 2010 e 2011 (ACSS, 2007a, 2008, 2010; Ministério da Saúde, 2010a). Para o ano de 2012 estabelece-se a finalidade de “melhorar o controlo financeiro das instituições através da inclusão de novos instrumentos previsionais ao contrato-programa: Balanço Previsional e Demonstração Previsional de Fluxos de Caixa (Demonstração de Resultados Previsional já incluída), reforçando a necessidade de ajustamento dos custos operacionais” (ACSS, 2012a: 4). Os documentos previsionais existentes (i. é plano de negócios, plano de desempenho, plano de ajustamento, demonstrações financeiras) foram uniformizados para a contratualização de 2013, sob a responsabilidade operacional da ACSS, dando providencia ainda a um maior rigor no planeamento estratégico e “um melhor alinhamento estratégico dos vários níveis da administração e melhoria de controlo de gestão” (ACSS, 2012b: 4). Assim, anualmente “as entidades passam a utilizar um instrumento previsional único de acordo com as orientações da Tutela para o triénio” e “devem rever este instrumento de acordo com a execução corrente e previsão futura” (*ibid*). Finalmente foi efetivado um processo de planeamento estratégico ao nível dos hospitais – um dos objetivos de melhoria de gestão desejado pela empresarialização – com a definição de planos a três anos, englobando “a definição de objetivos estratégicos, principais linhas de ação, planos de investimento e projeções económico-financeiras para o período, bem como a explicitação dos ganhos de eficiência e de produtividade prevista que permitam garantir a sustentabilidade a médio prazo de cada unidade hospitalar” (*ibid*).

Relativamente a incentivos e sanções para o desempenho dos hospitais, na metodologia prevista para 2006 (ACSS, 2005) propunha-se que o financiamento tivesse uma parte fixa (70%) e uma parte variável associada ao cumprimento de níveis de eficiência (20%) e ao cumprimento objetivos específicos regionais (10%). Nos contratos-programa para o triénio 2007-2009 (ACSS, 2006a, 2007a, 2008), prorrogados em 2010 e 2011 de forma extraordinária (ACSS, 2010; Ministério da Saúde, 2010a), prevêem-se incentivos de qualidade e de eficiência económico-financeira para o cumprimento das metas contratadas e penalizações para os desvios desfavoráveis registados. Por exemplo, no contrato-programa 2009 entre o Ministério da Saúde e os HEPE ficou estabelecido (cláusula 3<sup>a</sup> do anexo I – Apêndice A):

“1. Sempre que os volumes da produção realizada pelo Hospital na urgência forem inferiores aos contratados, o SNS assume o pagamento de cada unidade não produzida pelo

preço de 27,5% do preço contratado, valor correspondente a 50% dos custos fixos associados a esta produção.

2. Não há lugar a qualquer pagamento caso as unidades realizadas sejam inferiores a 50% do volume contratado, por linha de produção.

3. Se o volume da produção realizada pelo Hospital for superior ao volume contratado, o SNS assume o pagamento de cada unidade produzida acima deste volume, até ao limite máximo de 10%, ao preço marginal que corresponde a: 44% do preço contratado para o internamento de GDHs médicos e de GDHs cirúrgicos urgentes, internamento de doentes crónicos e permanência em lar dos IPOs; a 58% do preço contratado para a consulta e serviço domiciliários; a 45% do preço contratado para a urgência e, a 75 % do preço contratado para o hospital de dia e episódios de ambulatório classificados em GDH médicos.

4. Os episódios programados (internamento e ambulatório) classificados em GDH cirúrgicos não estão sujeitos às regras enunciadas no número anterior, sendo paga toda a produção realizada ao preço da Tabela do SIGIC (Anexo II), se o volume da produção realizada for superior ao volume contratado.”

Também o Ministério da Saúde promove reuniões de acompanhamento, em coordenação com as ARS, analisa e monitoriza a realização dos objetivos definidos e a execução orçamental dos hospitais, prestando apoio para a definição de planos de ação para a melhoria do desempenho económico-financeiro dos hospitais que registem desvios mais desfavoráveis. No seu papel de comprador de serviços de cuidados de saúde, com o objetivo de controlar e promover a qualidade do serviço prestado, o Ministério da Saúde faz a monitorização, quer do contrato-programa, quer dos indicadores do movimento assistencial e económico-financeiros, realiza reuniões de acompanhamento e procede à conferência da faturação para com o SNS. Para realizar estas tarefas, o Ministério da Saúde socorre-se de *templates* de monitorização mensal da ACSS e *templates* de monitorização mensal dos planos de desempenho relativamente à produção e indicadores do movimento assistencial.

Esta forma de adequar a oferta à procura dos cuidados de saúde permite, por um lado, uma melhor gestão orçamental do SNS porque se sabe antecipadamente qual a despesa que se vai efetuar e os serviços disponibilizados aos utentes (Caiado, 2007). Para além deste aspeto, permite que o financiamento dos hospitais passe a estar fortemente dependente da sua atividade efetiva e o bom desempenho da gestão passe a ser criteriosamente avaliado pela concretização dos objetivos previamente fixados e dos níveis de eficiência alcançados.

Desde 2009, de acordo com o disposto no Despacho n.º 32042/2008, de 16 de dezembro, que a ACSS publicita os dados relativos à execução económico-financeira consolidada do SNS e das instituições que integram o SNS (instituições hospitalares, unidades locais de saúde e agrupamentos de centros de saúde). A partir de agosto de 2011, por força do Despacho n.º 11374/2011, de 7 de setembro, a ACSS também passou a divulgar mensalmente, no seu *site* da internet, até ao 8.º dia do segundo mês seguinte, informação mais ampla dos principais dados de atividade, desempenho assistencial e económico-financeiro das entidades do SNS individualmente e agregados por cada ARS. Estes quadros de monitorização hospitalar (para os hospitais), à semelhança dos anteriormente designados “*tableaux de bord*”, apresentam os dados reais, a variação homóloga e a prevista no contrato-programa. O objetivo desta divulgação é, tal como enunciado no referido despacho, reforçar “... os mecanismos de transparência e de responsabilização, da gestão, da prestação assistencial e do consumo de cuidados de saúde, preventivos e curativos, que com maior acuidade se impõem no atual contexto económico-financeiro, em que são exigidas medidas de racionalização da despesa, iniciativas de contenção de custos e de melhoria de eficiência da organização, dos prestadores e dos recursos utilizados na prestação de cuidados de saúde.”

Todo este novo processo, de planeamento e controlo de gestão, bem como de divulgação da informação, transforma a necessidade de melhoria da acessibilidade e qualidade da informação numa urgência.

A existência de informações precisas, fiáveis e relevantes para o apoio à gestão permite reduzir incertezas, proporciona orientações para a mudança, facilita um planeamento mais assertivo e a sua monitorização, que é indispensável para a antecipação de problemas e execução de ações que conduzam à resolução dos mesmos atempadamente.

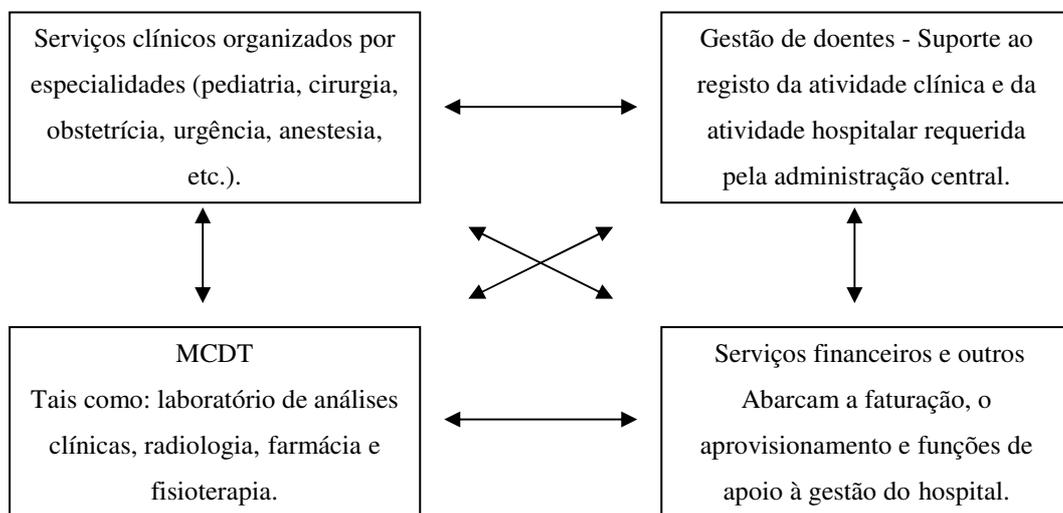
#### **6.4.2. Os sistemas de informação disponíveis no HIP**

Cada sistema de informação que o HIP dispõe foi desenvolvido para satisfazer as necessidades de tratamento e obtenção de informação como reflexo das exigências de organismos do Ministério da Saúde, como a ARSC e ACSS e, principalmente, das carências sentidas pelo gabinete de controlo de gestão do HIP para dar resposta aos pedidos externos e internos de informação.

Seguindo a linha de orientação evidenciada por Benson (2002), relativamente à forma como a informação circula nos hospitais do SNS (ver Figura 7), foram identificados vários sistemas de informação que cumprem: objetivos clínicos – agregam registos de dados de saúde e doença dos utentes (registos médicos, registos de enfermagem, resultados de exames,

relatórios); objetivos administrativos – prendem-se com registos de dados demográficos dos doentes e com os dados do funcionamento da instituição (entre outros: identificação dos utentes, pré-admissão, admissão, alta e transferências) e permitem a gestão de recursos e relatórios estatísticos e de atividades; objetivos dos MCDT – registos relacionados com o laboratório de análises clínicas, radiologia, farmácia, fisioterapia, entre outros; e, finalmente, objetivos financeiros e outros – registam dados relativos à gestão de pessoal, à contabilidade financeira, à contabilidade analítica, ao planeamento e controlo de gestão, bem como à faturação dos serviços prestados e gestão de *stocks* da instituição.

**Figura 7 – Fluxo de informação hospitalar e sistemas de informação**



Fonte: Adaptado de Benson (2002: 2)

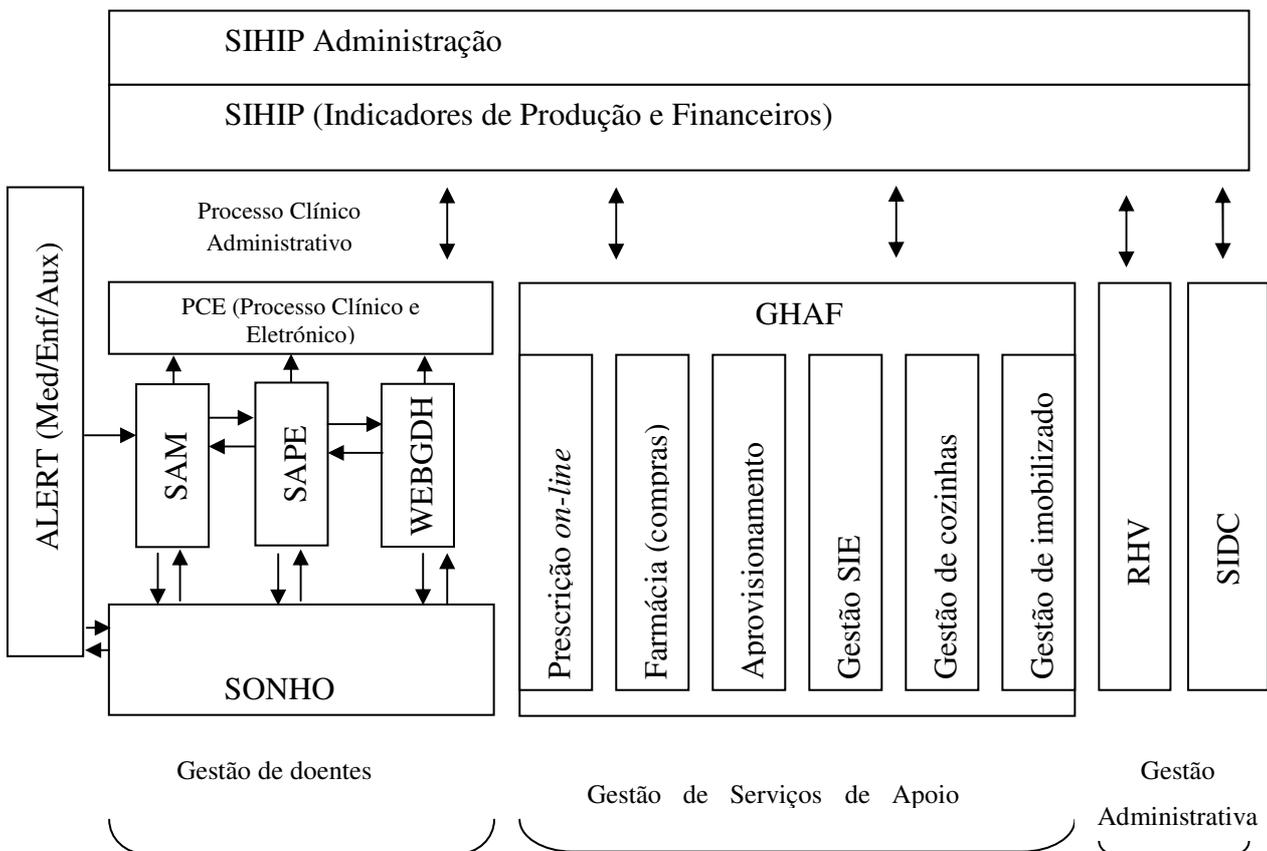
Benson (2002) faz referência à variedade de sistemas de informação diferentes que os hospitais do SNS têm e a necessidade que existe de trocar entre si dados, o que justifica a interoperabilidade como ‘pedra de toque’ de um registo integrado dos cuidados de saúde. A situação em Portugal não é muito divergente da britânica, tomando como exemplo o HIP.

Atualmente, de acordo com o que podemos observar na Figura 8, os sistemas de informação que existem no HIP estão direcionados para utilizadores distintos: administrativos, profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde), gestores (conselho de administração, diretores e responsáveis por serviços de apoio), direção clínica e de enfermagem e diretores de serviços. Alguns destes sistemas de informação permitem acessos diferentes consoante o tipo de utilizador.

O sistema de informação que é utilizado pelos administrativos (dos serviços de atendimento ao público) é o SONHO (Sistema de Gestão de Doentes Hospitalares – Sistema

Integrado de Informação Hospitalar), que foi desenvolvido pelo IGIF (substituído pela ACSS), encontra-se instalado na quase totalidade dos hospitais públicos portugueses. A sua origem remonta aos fins dos anos 80 e visa não só satisfazer as necessidades organizativas existentes no SNS, como também obter um sistema de informação que articule a informação clínica e não clínica. Em suma, o SONHO é uma ferramenta que integra os aspetos clínicos com os indicadores de produção e económicos, com o objetivo de tornar mais eficiente o trabalho administrativo nos hospitais portugueses (Teixeira e Brochado, 2005).

Figura 8 – Sistemas de Informação do HIP



**Legenda:** SIHIP – Sistema Integrado do HIP; ALERT – *Paper free hospital*, SAM – Sistema de Apoio ao Médico; SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem; WEBGDH – Portal da codificação clínica e dos GDH; SONHO – Sistema Integrado de Informação Hospitalar; GHAF – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia; SIE – Serviço de Instalações e Equipamentos; RHV – Recursos Humanos e Vencimentos; SIDC – Sistema de Informação Descentralizado da Contabilidade.

Fonte: Própria.

Utilizado na maior parte dos hospitais em Portugal, nos serviços de consulta, internamento, urgência, bloco operatório e hospital de dia, o SONHO está vocacionado para o registo administrativo de informação de gestão de doentes (identificação, gestão de doentes e

de consultas) e é muito utilizada para gerir a atividade do arquivo clínico: escolha de processos clínicos destinados à consulta, gestão do arquivo e gestão de requisição de processos (entradas e saídas no arquivo). Neste sistema os administrativos registam: os dados demográficos dos utentes (nome, morada, data de nascimento, entre outros), bem como os dados da atividade da instituição (o motivo da sua ida ao hospital, as datas de pré-admissão, admissão, alta e transferências, correspondência e ligações a companhias de seguros). Toda a informação recolhida é armazenada numa base de dados que é partilhada com outros sistemas como o SAM (Sistema de Apoio ao Médico - um sistema de registo informático clínico), o SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), WEBGDH (o portal da codificação clínica e dos GDH) e o sistema informático *ALERT Paper Free Hospital* (ALERT®).

De entre as várias funcionalidades do SONHO, podemos destacar, por exemplo: a transmissão dos registos completos de identificação dos doentes do SONHO para o SAM e vice-versa, para os MCDT e atos médicos que se registam ao longo do episódio de urgência. Esta funcionalidade permite a agregação de informação para a faturação dos serviços e meios utilizados por cada doente ao SNS, aos subsistemas de saúde ou às seguradoras; permite, ainda, facultar, em data adequada, o processo clínico do doente, agendas médicas e listas de espera. Assim, por exemplo, é possível listar os doentes com consulta marcada 72 horas antes da mesma e permitir a preparação dos dossiês clínicos. Outra grande vantagem é o tratamento estatístico destes dados informatizados – dos vários episódios de internamento, consultas externas, hospital de dia, cirurgia de ambulatório, urgências, interrupção voluntária de gravidez (IVG), MCDT, etc. – e o cálculo de indicadores que auxiliam a tomada de decisões. O SONHO fornece as informações para o sistema integrado de gestão da lista de inscritos para cirurgia (SIGLIC<sup>58</sup>) que gere e monitoriza a lista de espera nacional.

Contudo, não parece que as potencialidades do SONHO sejam utilizadas na sua plenitude por alguns dos seus utilizadores, existindo alguma desarticulação com o registo clínico da atividade assistencial do serviço de urgência do hospital, pelo que muitas informações não são passíveis de serem utilizadas. O diretor de serviço A refere:

*“Eu tenho um PDA [personal digital assistant] e registo todas as intervenções que faço,... mas isso não é atividade do meu serviço.”*

Também o responsável pelo serviço de apoio G refere:

---

<sup>58</sup> O SIGLIC, a partir da definição de um período máximo de espera para cada tipo de cirurgia, gere a nível nacional toda a lista de espera de cirurgias. Quando em determinado hospital um determinado utente se encontra no limite de três quartos desse período inicialmente estipulado, sem que tenha sido agendada a sua cirurgia, o sistema efetua uma busca de um outro hospital onde a mesma possa ser agendada e propõe ao utente.

*“Por exemplo,... no hospital temos serviços com velocidades completamente diferentes!... Enquanto as medicinas já fazem tudo a nível informático, praticamente não utilizam o papel para nada, os outros serviços estão na estaca zero: na cirurgia só fazem as notas de altas no computador, o resto é tudo feito à mão!... Mesmo dentro do hospital há diferenças grandes..., mas a tendência é para uniformizar todos os procedimentos exclusivamente num sistema informático e uniforme.”*

O sistema ALERT® é utilizado como ferramenta de gestão de doentes na urgência, possibilitando o registo, a interligação, a reutilização e a análise de toda a informação relacionada com os pacientes de cada episódio de urgência e a atividade associada à intervenção dos profissionais de saúde. Esta aplicação permite fazer a gestão de toda a informação desde o momento da entrada do doente até ao momento em que lhe é atribuída a alta. Os utilizadores desta aplicação são todos os profissionais dos serviços de urgência e das especialidades de apoio – médicos, enfermeiros e auxiliares. O ALERT® possibilita, a qualquer momento, obter uma visão global sobre os doentes em espera ou em atendimento e os meios de diagnóstico utilizados. Assim, os familiares podem receber informação permanente sobre o estado do doente.

Os profissionais de saúde têm sistemas de informação muito específicos quer de apoio à atividade clínica (SAM), quer de apoio à gestão do serviço de enfermagem (SAPE).

O SAM funciona sobre o SONHO e é uma aplicação vocacionada para a gestão da informação clínica e acompanhamento dos atos médicos, permitindo a gestão de dados clínicos dos pacientes. Desenvolvida pelo IGIF em colaboração com alguns médicos, partindo da informação clínico-administrativa introduzida no SONHO, esta ferramenta permite ajudar a orientar a atividade médica.

Todos os clínicos que realizam consultas, internamentos e urgências são os utilizadores autorizados do SAM, que exploram e registam a informação na perspetiva do médico e em ambiente *web* através de um perfil individual que lhes permite o acesso. O tipo de registos que são efetuados e consultados abarcam desde observações, entrevistas, exames, diagnósticos, prescrições e prognósticos até à gestão de atividades (procedimentos e prescrição) e documentos de reporte (relatórios, sumários e gráficos). Por exemplo, a “consulta externa” (agenda médica) disponibiliza no ecrã um calendário com informação sobre a agenda do médico (parte gerada nos sistemas de informação para unidades de saúde - SINUS<sup>59</sup>), uma lista dos doentes com consulta agendada podendo o clínico efetuar os registos

---

<sup>59</sup> O SINUS é um sistema estrutural e integrado de informação administrativa relativa aos cuidados de saúde primários, em que cada utente tem um número único de identificação integrado num processo de família, no centro de saúde ou extensão de saúde da sua área de residência. Esta aplicação permite, entre outras opções, o

e prescrições relacionados com cada doente agendado, entre outras funcionalidades disponíveis. Uma outra opção importante é o “processo clínico”, onde o clínico pode organizar a informação que vier a ser acrescentada na atividade em curso. Este sistema tem acesso a uma base de dados – Prontuário Terapêutico versão 3 – que auxilia o clínico na prescrição de medicamentos. Para além da prescrição, como já foi referido, uma outra funcionalidade é permitir fazer a emissão da receita, o pedido de análises clínicas e a consulta dos respetivos resultados em tempo real. Constatam-se, geralmente, “que os médicos manuseiam com especial agrado esta aplicação e salientam, em termos de eficácia e convivialidade, as melhorias que ela representa em relação ao «SONHO»” (Comissão Nacional de Proteção de Dados, 2004: 31).

O SAPE é um sistema de informação que apoia a atividade diária do enfermeiro. Esta ferramenta, também desenvolvida pelo IGIF, tem por base a *International Classification for Nursing Practice do International Council of Nurses* – CIPE (Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem). O sistema permite o tratamento e a organização da informação contida na documentação de enfermagem, na área do internamento, e apoiar as equipas de enfermagem, fomentando a melhoria da qualidade da assistência prestada. Neste sistema efetuam-se: (1) os registos das intervenções que resultam das prescrições médicas (medicação prescrita, as atitudes terapêuticas prescritas e os programas de saúde), aparecendo de forma automática as intervenções a realizar no plano de trabalho do enfermeiro; (2) os registos de fenómenos/intervenções de enfermagem – problemas do doente que são identificados pelo enfermeiro<sup>60</sup>; e (3) a prescrição de intervenções de enfermagem (para prevenir complicações, minimizar ou resolver os problemas identificados). Perante os registos introduzidos, o sistema elabora de forma automática um plano de trabalho de enfermagem, a partir do qual o enfermeiro vai introduzindo a informação sobre as ações implementadas ou não implementadas e a justificação da não implementação, bem como, no domínio da observação do doente, regista dados nas tabelas de parametrização, tabelas com codificações padrão dos serviços e da instituição. Cada enfermeiro terá o seu perfil de acesso. O SAPE socorre-se também da informação contida no WEBGDH, sistema que contém todos os GDH e ajuda a sua identificação de acordo com o registo de cada ocorrência.

Existe um *software* que reúne toda a informação destes sistemas (SONHO, ALERT®, SAM e SAPE) e faz o processo clínico e eletrónico do doente e, por sua vez, contribui para o

---

agendamento de consultas de especialidade nos hospitais de referência dessas unidades de saúde.

<sup>60</sup> O registo é efetuado utilizando a nomenclatura dos fenómenos de enfermagem – classificados na *International Classification for Nursing Practice do International Council of Nurses*.

processo clínico-administrativo, que agrega a informação mínima indispensável para a faturação do ato. Este *software* tem algumas informações clínicas, mas não é essencialmente clínico. De acordo com o responsável pelo serviço de apoio G:

*“O médico, quando acede ao processo clínico e eletrónico, consegue ver quais são as consultas que o doente tem marcadas, os internamentos que teve, as análises e os exames que fez, e... em alguns casos, em resultado disso, tem algumas descrições.”*

Relativamente à gestão de serviços de apoio, o mesmo entrevistado, salienta:

*“O nosso sistema ficou um pouco mais simplificado desde Janeiro [2010] com a aplicação que vou chamar de GHAF, gestão hospitalar prescrição on-line, que inclui o serviço de instalação e equipamentos, gestão da cozinha e inclui todas as funcionalidades que estavam no H-GeRe,... assim como tínhamos um apoio de inventário que também vai passar para aqui. Já não há mais complicações entre diferentes programas de logística.”*

Existe ainda o sistema de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia – GHAF. O GHAF integra os seguintes módulos: prescrição *on-line*, farmácia (compras), aprovisionamento (compras), gestão do Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE), gestão de cozinhas e gestão de imobilizado. O módulo de aprovisionamento engloba todo o tipo de consumíveis, desde o agravo administrativo ao antibiótico mais caro. A gestão de imobilizado apoia diretamente os procedimentos contabilísticos, como por exemplo o cálculo de depreciações, enquanto o SIE faz a gestão dos imobilizados - desde folhas de obra, reparações e gestão de armazéns avançados.

O Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento (SGICM), mencionado em diversas entrevistas como útil no apoio à tomada de decisão, era um *software* de gestão de materiais utilizado pela farmácia e pelo serviço de gestão de materiais (aprovisionamento). Atualmente, o SIGCM foi completamente substituído pelo GHAF em todas as componentes. As ações são desencadeadas no momento da realização da prescrição, através do fornecimento de auxílios *on-line* ao médico. Este sistema permite, entre outros, gerir: os vários procedimentos de aquisição – concursos, consultas de mercado e afins; os cabimentos ou orçamentos anuais para as várias rubricas; emitir notas de encomenda; dar entrada dos bens em *stocks* através das guias de remessa ou das faturas; dar entradas das faturas para custear os *stocks*; registar os pedidos dos vários serviços para os vários armazéns – produtos farmacêuticos, consumo clínico, produtos alimentares, material hoteleiro, material de conservação e reparação; e registar as saídas dos bens por centro de custo.

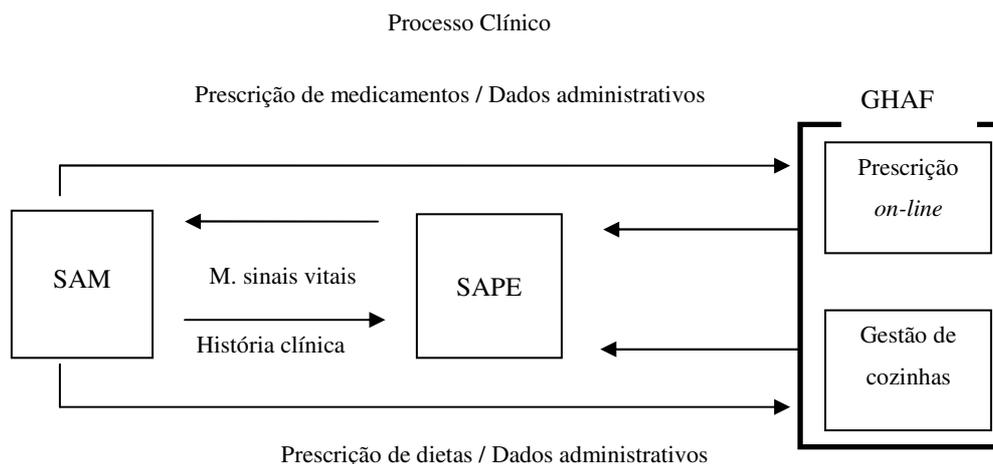
Também as funcionalidades do sistema Hospital Gestão e Refeições (H-GeRe), outra aplicação mencionada como indispensável no apoio à tomada de decisão relativamente ao

serviço de aprovisionamento, foram integradas e ampliadas no GHAF. Estas funcionalidades têm a ver com os pedidos de refeições por doente, indicando o serviço, a dieta e o estado do pedido; bem como o mesmo tipo de informação anterior e horas de entrega para suplementos individuais por doente, acessórios e as ceias de pessoal; permite a obtenção de relatórios sobre as refeições, suplementos, acessórios e ceias de pessoal; e permite, ainda, a emissão de talões individuais ou por serviço para empratamento (refeição e suplemento) e embalamento (acessório e ceia de pessoal). Na aplicação, existem vários perfis de acesso: enfermeiro, dietista/nutricionista e administrador.

Globalmente, o GHAF apoia diretamente o serviço de farmácia, os médicos (prescrição *on-line*), o responsável pelo aprovisionamento, o responsável pela gestão dos serviços de instalações e equipamentos e o responsável pelos serviços hoteleiros (gestão da cozinha), bem como contribui com informação relevante para a contabilidade. A responsável pelo serviço de apoio E esclarece:

*“Os serviços hoteleiros têm uma área abrangente bastante grande, que no fundo tem a ver com toda a parte logística do hospital,... temos diversos sectores dentro dos serviços hoteleiros, como a alimentação, a rouparia, segurança, transportes, parques, jardins, o gabinete médico que também é aqui gerido e está relacionado com a casa mortuária, as máquinas de desinfestação, resíduos, sector de transportes, transportes de doentes,... (...) tem a ver com a logística do hospital.”*

**Figura 9 – Comunicações entre sistemas do processo clínico**



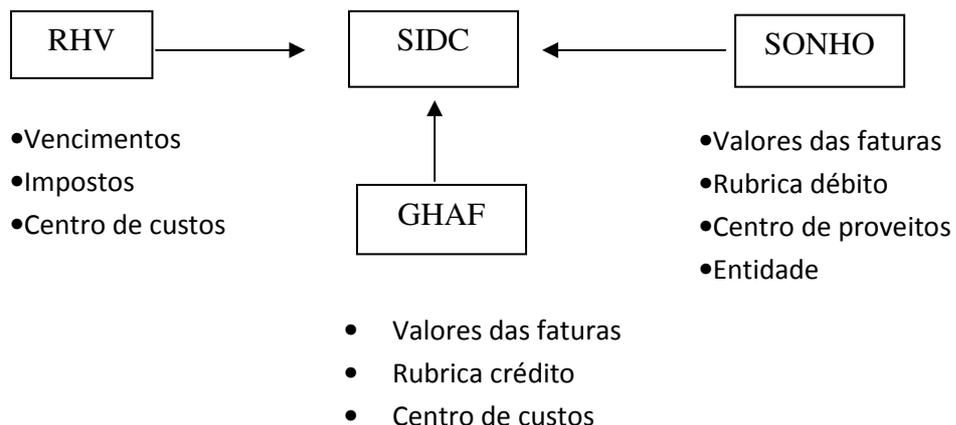
Fonte: Própria.

Na Figura 9 estão representadas as várias ligações que existem entre os diversos sistemas de informação do processo clínico. A prescrição *on-line* e a gestão de cozinhas, do

GHAF, estão em permanente comunicação com o SAM, de onde recebem a informação sobre os medicamentos e dietas prescritas, bem como dados administrativos sobre os doentes. Por sua vez, a prescrição *on-line* e a gestão de cozinhas fornecem informação ao SAPE sobre estas prescrições. Existem também comunicações entre o SAPE e o SAM, o segundo transmitindo ao primeiro a história clínica do doente e o primeiro enviando a descrição da evolução e da monitorização dos sinais vitais do doente ao segundo. Todas estas informações são absorvidas pelo sistema de processos clínicos e eletrónicos e pelo sistema de processos clínicos e administrativos.

Diretamente relacionados com a gestão administrativa e financeira incluem-se as aplicações de Recursos Humanos e Vencimentos (RHV), para processar vencimentos e efetuar a gestão de recursos humanos, e o Sistema de Informação Descentralizada da Contabilidade (SIDC) para os serviços de contabilidade, onde são realizados todos os registos contabilísticos das contabilidades: financeira, analítica e orçamental. O SIDC<sup>61</sup>, desenvolvido e atualizado pela ACSS, tem por objetivo a uniformização da informação contabilística para facilitar a consolidação de contas do SNS e a elaboração das “demonstrações financeiras das instituições que constituem o Serviço Nacional de Saúde, de modo a eliminar as duplicações decorrentes das relações inter-instituições, nas suas várias vertentes, Sector Público Administrativo e Sector Empresarial do Estado” (ACSS, 2006b: 4).

**Figura 10 - Informações recolhidas pelo SIDC**



Fonte: Própria.

<sup>61</sup> A última versão desta aplicação, que é dirigida aos hospitais EPE, foi disponibilizada no *site* da ACSS, em 4/05/2010, a aplicação versão 8.0 e o módulo de utilitários – SIDCUTIL. Os módulos orçamental – SIDCORCA e analítica – SIDCANA datam respetivamente de 13/05/2010 e 14/05/2010.

O SIDC recolhe informação processada por diversas aplicações (ver Figura 10): pelo RHV (valores dos vencimentos, impostos retidos, contribuições para a segurança social, contribuições para os sindicatos, bem como complementos de reforma, etc.); pelo GHAF (referente a faturas de compras, crédito de fornecedores, bem como valores de imposto sobre o valor acrescentado dedutível e a identificação dos respetivos centros de custo onde devem ser alocados os consumos) e pelo SONHO (valores das faturas relativas à prestação de serviços aos utentes, identificadas como rubricas a débito de clientes, identificação dos respetivos centros de proveitos e da entidade devedora – subsistemas de saúde, SNS ou outros). O responsável pelo serviço de apoio B, em abril de 2010, esclarece:

*“Relativamente aos recebimentos das receitas e pagamentos das despesas os lançamentos são efetuados diretamente no SIDC.”*

Um dos fatores fundamentais da falta de produtividade reside na deficiência da comunicação entre os diversos serviços. Este fator, que é evidente muitas vezes nas organizações hospitalares, reflete-se na organização interna e na imagem do profissional em sentido amplo, mas a questão deverá ser colocada sobretudo num sentido mais restrito – falta de comunicação e interligação entre serviços internos à organização, como refere Arez (2006: 33): “A existência de “ilhas” dentro da organização leva a diversos estrangulamentos de informação e documentação, com muitos dos esforços a serem efetuados, por vezes, em sentidos opostos e não em função de um objetivo comum”. Esta questão é um fator determinante para que a informação não flua de uma forma dinâmica.

Numa entrevista realizada em agosto de 2008, a responsável pelo serviço de apoio I referia exatamente essa dificuldade em angariar informação:

*“O sistema tem tanta coisa e eu perco tanto tempo a olhar para aquilo, que fui pedir outro [sistema de informação]!... O que necessito [de informação] devia ser fornecido pela própria contabilidade de gestão!... Eles deviam trabalhar alguma informação de acordo com as necessidades dos vários utentes internos... Para ir ver aos programas informáticos não faço mais nada!... A informação acaba por ser insuficiente, porque não me fornece os dados que quero. Se o programa for desagradável e complicado, faz perder tempo e não funciona!... (...) Devia haver um gabinete próprio que estudasse bem o sistema e o seu funcionamento, para melhor aplicação; devia tratar e centralizar a informação e, de seguida, fazê-la chegar, periodicamente, aos interessados sem que fosse solicitada.”*

Em setembro de 2008, a responsável pelo serviço de apoio A descrevia o tempo excessivo que o controlo de gestão ocupava só com a elaboração de mapas informativos para entidades externas:

*“O controlo de gestão preenche muitos mapas. Tem que haver o plano de desempenho, o orçamento para a tutela, orçamento mensal e no fim do ano é o relatório de contas! Ao longo do ano temos que preencher os mapas a enviar para a parte estatística, quer da parte financeira quer da parte de produção, para a Direção Geral do Tesouro e para o Banco de Portugal. Todos os mapas são preenchidos, cada um com o seu formato distinto. São ficheiros todos diferentes!... (...) E depois fazem experiências todos os anos!... (...) Nós trabalhamos mais para o exterior do que propriamente para gerir a instituição... que era o que devíamos estar a fazer!... E o facto de termos que organizar a informação a partir dos vários sistemas de informação que nós cá temos, alguns com informações inconsistentes sobre o mesmo assunto e que obrigam à consulta das fontes de informação para a confirmação dos dados, não ajuda absolutamente nada!... Já para não mencionar o facto de se a informação não estiver atualizada, se não estiver bem lançada,... os registos que eu vou buscar não são os mais corretos!... O que limita a utilidade da informação que forneço, porque eu tenho de me servir do que está registado, só quando deteto incongruências (e acontece frequentemente) é que vou tentar resolvê-las e peço que corrijam os dados.”*

Para além da dificuldade de angariar a informação dispersa em vários sistemas informáticos, a responsável pelo serviço de apoio H nas suas tarefas deteta erros de registo:

*“O que eu vim fazer nessa altura, e que continuo a fazer, é controlar, não nesse sentido [controlo de gestão], mas se as coisas são bem registadas, se há incongruências, fazem umas consultas, depois atribuem a um médico e colocam que é uma consulta não médica, ... (...) que eu saiba, não existem manuais de procedimentos,... se existiram,... já foi muito anterior a mim!...”*

Curiosamente, em outubro de 2008, o responsável pelo serviço de apoio B, que já tinha referido esta dispersão e variedade informação que era requisitada ao HIP, mostra os sinais de preocupação revelados a nível central sobre este facto:

*“A informação solicitada é cada vez em maior quantidade e com uma periodicidade menor... (...) A nível central parece sentirem que, se solicitarem mais informação, terão um poder maior sobre os hospitais.”*

Corroborando o trabalho exigente para o exterior e identificando as entidades que habitualmente requisitam informação ao HIP, a responsável pelo serviço de apoio H, já em 2010, nota que existe alguma preocupação das entidades em diminuir esta sobrecarga:

*“Há alturas em que se calhar mais de 50% do meu tempo é para isso!... (...) A ARS, a ACSS, Inspeção Geral das Atividades em Saúde, Entidade Reguladora da Saúde, assim que eu me lembre, estas são as [entidades a pedir informação] mais habituais,... o Tribunal de Contas e o INE também pedem, uma vez por ano. (...) Às vezes pedem informação que outros já pediram,... (...) mas pedem em momentos diferentes e às vezes até com características diferentes!... (...) Não sei até que ponto eles se repetem nesses pedidos, sinceramente!... Aliás eu até acho que ultimamente tem havido um certo cuidado em antes de fazerem esses pedidos,... isso sou eu que penso!... (...) Vão buscar informação a outro lado mais acima [entidade] ou que trabalhe connosco e mandam para confirmarmos. Isto faz sentido,...*

*pois as informações que têm que ser trabalhadas com rigor, se calhar, a confirmação que usamos no SONHO, não é muito fiável,... já é muito antigo [o programa] e tem algumas lacunas,... (...) permite hoje registar coisas do ano passado,... não fecha a informação,... até permite ter coisas registadas para 2018!...”*

Comprovando a aposta do HIP no domínio das tecnologias e dos sistemas de informação, em 2009, como vimos, foi iniciado o desenvolvimento e implementação de um sistema integrado de gestão – SIHIP – que criou os interfaces necessários e possíveis entre os diversos sistemas que existem no hospital de forma a obter informação relevante para o conselho de administração, direções intermédias e chefias de serviços. A ideia foi desenvolver um sistema, suportado por sistemas de informação previamente existentes, que agregasse a informação relevante para gestão e, por cada serviço, produzisse indicadores de produção e económico-financeiros que permitissem o acompanhamento em tempo real de toda a atividade do hospital. Os principais sistemas produzem informação para um repositório, uma central de dados, e vão beber a informação de que necessitam a essa central, existindo uma intercomunicação entre sistemas, sem pôr em risco os dados já existentes ou interferir com as suas atualizações.

O SIHIP, como sistema de apoio à decisão, adequando-se melhor ao novo estatuto, converte toda a informação necessária em mapas desenhados à medida do próprio conselho de administração e permite a obtenção da informação de uma forma sistematizada e uniforme, facilitando a negociação e contratualização interna (entre o conselho de administração e os diversos serviços do HIP). Já se encontra a ser utilizado mas já foi alvo de críticas por parte dos chefes de serviço. A responsável pelo serviço de apoio H esclarece:

*“Anteriormente (...) fazia os meus próprios mapas, os meus próprios... ou os que me pediam!... A forma de tirar os dados é que era diferente,... não era tanto de... imprimir o papel e depois andar a copiar para os mapas que me pediam,... tinha que os construir retirando dados de diversos sistemas e sistematizando-os de acordo com o pedido em formato Excel. (...) Então, os diretores de serviço pediam-nos os dados de forma individual, cada um pedia o que queria e como queria!... Neste novo sistema, o SIHIP, foram projetados mapas uniformizados, cada serviço tem o mesmo tipo de informação. (...) Todos têm o mesmo tipo de dados e no mesmo formato, negociam todos com base nisto e são avaliados de acordo com os mesmos indicadores. (...) Com a vantagem que está uniformizado e está disponível na hora... já não tem que ser trabalhada. (...) Isto está disponível para o hospital todo!... Algumas coisas ainda estão em preparação e neste momento não estão disponíveis para ninguém!...”*

“Garantir a compatibilidade entre os diversos sistemas de informação, clínicos, administrativos e financeiros, fornecendo e relacionando indicadores úteis para uma gestão

mais célere e racional dos recursos em função das necessidades do utente e o desejável equilíbrio funcional do Hospital” (ACSS, 2005: 6) era uma das recomendações sobre os sistemas de informação a utilizar nas urgências e que o HIP conseguiu concretizar, não apenas para os serviços de urgência, mas em todos os serviços do hospital. O contexto é de uma integração progressiva e crescente entre as diversas aplicações. A este respeito a responsável pelo serviço de apoio H refere:

*“Tenho diferentes indicadores, distribuídos por linhas de produção: internamento, consulta, bloco operatório, hospital de dia, GDHs ambulatório e urgência... Depois,... dentro de cada uma destas linhas de produção, temos vários indicadores: indicadores de internamento, a produção de consultas (as quantidades, as percentagens de marcação, faltas, etc...), alguns indicadores de produtividade... Mas existem sempre aqueles ‘Velhos do Restelo’ que (risos)... quando indicamos o número de consultas por médico, como um indicador de produtividade, eles dizem... «ah...não se pode comparar a produtividade da psiquiatria com a de dermatologia e outras, porque uma faz-se em meia hora e outra em 10 minutos,... supostamente, ou mais, conforme os casos». Mas dentro do mesmo serviço... compara-se a produtividade [entre médicos], não é?!... E podemos comparar com o mesmo serviço de outros hospitais. Esse é o objetivo.*

*Não é suposto por exemplo comparar os indicadores deste hospital com os indicadores do Hospital de Santo António, (...) mas podemos, por exemplo, comparar os serviços daqui com os serviços dos hospitais de Leiria, Figueira da Foz e outros semelhantes. A dificuldade aqui é ter os dados dos outros [hospitais] para fazer essas comparações. Alguns indicadores nós já conseguimos ter disponibilizados on-line através da ACSS.”*

Esta melhoria dos sistemas de informação disponíveis para o apoio à tomada de decisão, que se verificou no HIP devido às exigências da empresarialização, nomeadamente para fundamentar a negociação e a contratualização interna e externa, não foi sentida de igual forma por todos. O diretor de serviço A, fazendo referência à empresarialização, acrescenta:

*“Achei que melhoraram algumas coisas em termos da informática..., mas..., ainda não há um processo clínico,... os mecanismos de organização em questão de serviço são os mesmos,... não houve nenhum acréscimo na gestão nem informação para a gestão dos serviços!...”*

Este sentimento é recorrente e reforçado pela responsável pelo serviço de apoio H:

*“O formato não é o mais adequado para eles [chefes de serviço] analisarem,... eu sei porque eles queixam-se muito do formato!... (...) O trabalho que foi encomendado era para ser assim mesmo!... A administração quer assim,... também não se pode agradar a todos ao mesmo tempo,... pelo menos neste caso não se pôde!... (...) O acompanhamento agora está lá [no SIHIP] automaticamente,... nós não temos intervenção no acompanhamento, acabou tudo!... Está tudo centralizado no conselho de administração. O conselho de administração tem serviços com quem negociam diretamente, sem intermediários!... (...) E a maior parte [dos chefes de serviço] não tem*

*formação na área de gestão!... O único que tem é o da psiquiatria... Em termos de apoio à gestão são eles próprios que são autónomos, digamos que não têm qualquer apoio!...*

Apesar do formato não ser reconhecido como amigável para os chefes de serviço, eles vão contribuindo com sugestões que não têm tido reflexos no que se refere ao formato mas sim em conteúdo de informação. A responsável pelo serviço de apoio H reforça:

*“Procurando ter em conta as queixas que foram registadas, vai-se acrescentando informação... Tínhamos uma panorâmica geral do serviço e para alguns indicadores as coisas estão mais detalhadas... Tínhamos o número de consultas por serviço,... não é?! E agora temos o número de consultas por médico... Uma coisa que eles estão a pedir e vai ser feita, por exemplo,... é que as consultas todas do serviço, por exemplo, de cirurgia geral e eles querem as consultas por subespecialidade.”*

O que indicia, apesar de tudo, e ainda que possa ser de forma pontual, alguma preocupação com a informação que os chefes de serviço necessitam para o apoio à tomada de decisão após a empresarialização do HIP.

## **Capítulo 7 – Os sistemas de contabilidade e de controlo de gestão no HIP**

### **7.1. Introdução**

Depois de feita uma retrospectiva sobre a evolução do HIP, dos seus estatutos e estrutura organizacional, bem como uma incursão pelos sistemas de informação disponíveis para apoiar os diversos profissionais do hospital descrevem-se neste capítulo os sistemas de contabilidade e controlo de gestão existentes neste hospital. Não se pretendendo um estudo em toda a extensão dos sistemas de contabilidade de gestão, ir-se-á centrar no estudo dos sistemas que proporcionam informação sobre os gastos do HIP e a forma como estes são repartidos em função dos objetos de custeio (contabilidade analítica). O objetivo principal é aferir de que forma o sistema é usado para apoiar a decisão nos vários níveis de decisão e porquê que se sentiu uma necessidade de mudança do sistema.

Na secção seguinte é debatida a lógica de organização da contabilidade analítica do HIP, descrevendo-se como o sistema de contabilidade de gestão gera informação, bem como, a utilidade percebida dessa informação para efeitos de apoio à gestão. Posteriormente discutem-se as razões que antecederam a iniciativa do processo de mudança, as principais características do sistema de custeio adotado e processo de implementação, bem como, ainda, as potencialidades e limitações percebidas pelos vários intervenientes na adoção da nova ferramenta. Por último é analisada a situação atual do projeto SCAH no HIP, em particular, relativamente às aprendizagens conquistadas com este processo.

### **7.2. – A contabilidade de gestão no HIP**

#### **7.2.1. A lógica da organização contabilística**

A partir de 1998, todos os serviços e organismos da administração central, regional e local que não tivessem a natureza, forma e designação de empresa pública, tinham de aplicar obrigatoriamente o Plano Oficial de Contabilidade Pública (POCP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 232/97, de 3 de setembro. Sob supervisão da Comissão de Normalização Contabilística da Administração Pública (CNCAP), o objetivo principal da aplicação do POCP é o de proporcionar as condições de integrar numa só contabilidade, para além da tradicional contabilidade orçamental, a contabilidade financeira (ou patrimonial) e a contabilidade analítica (referida aqui, por questões de simplificação, também como contabilidade de gestão). O POCP tem uma inspiração no Plano Oficial de Contabilidade (POC), com as necessárias adaptações à realidade das entidades públicas<sup>62</sup>. No POCP: (1) a

---

<sup>62</sup> Segundo comunicado do Conselho de Ministros de 10 de maio de 2012, foi aprovado um diploma que

contabilidade orçamental é proposta de acordo com o regime de caixa, pois as despesas e receitas orçamentais – saídas de recursos financeiros e entradas de recursos financeiros – são conceitos financeiros, e contabilizada segundo o método digráfico; (2) a contabilidade financeira também é registada de acordo com o método digráfico, mas segundo o regime do acréscimo; (3) por último, a contabilidade analítica não apresenta uma definição da metodologia de registo, apenas sendo enunciado que é elaborada de acordo com o regime do acréscimo. Assim, resumidamente, o POCP tornava possível um melhor controlo financeiro pelas diversas entidades envolvidas e a obtenção de documentos financeiros indispensáveis e relevantes na perspetiva da contabilidade nacional (balanço, demonstração de resultados, mapas de execução orçamental e anexos às demonstrações financeiras).

O supracitado diploma previa ainda a possibilidade de adaptação dos planos setoriais existentes ou a existência de novos planos que fossem indispensáveis, para garantir a “criação de condições para a integração dos diferentes aspetos – contabilidade orçamental, patrimonial e analítica – numa contabilidade pública moderna, que constitua um instrumento de apoio aos gestores públicos” (Ponto 6 do preâmbulo do Lei n.º 232/97).

Neste sentido, o setor da saúde procedeu a uma aproximação à contabilidade financeira empresarial, numa progressiva consciencialização da importância da informação contida nas demonstrações financeiras como cruciais no suporte da tomada de decisão e da relevância da melhoria contínua da eficiência e eficácia na gestão dos recursos das entidades de saúde públicas. A 28 de setembro de 2000, através da Portaria n.º 898/2000, foi aprovado o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde, que “compreende as considerações técnicas, os princípios e regras orçamentais e contabilísticos, os critérios de valorimetria, o balanço e a demonstração de resultados, os mapas de execução orçamental, os anexos às demonstrações financeiras, o quadro de contas e suas notas explicativas, bem como a estrutura do relatório de gestão” (art.º 3.º). Este plano aplica-se a todos os serviços e organismos do Ministério da Saúde, assim como aos organismos autónomos sob sua tutela, mas que não tenham natureza, forma e designação de empresa pública. Contudo, “O hospital E. P. E. segue o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS), com as adaptações necessárias a estabelecer por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da

---

procede à revisão da estrutura e composição da Comissão de Normalização Contabilística (CNC), adaptando-a às suas novas competências a normalização para o setor público. A CNC, organismo tecnicamente independente, tem representadas as entidades públicas e privadas interessadas no domínio da contabilidade e funciona no âmbito do Ministério das Finanças. Por incumbência, a CNC deverá realizar os trabalhos técnicos para a aprovação de um único Sistema de Normalização Contabilística – Administrações Públicas (SNC-AP) adaptado às normas internacionais específicas para o setor público (IPSAS) e às leis nacionais que regulam estas matérias.

Saúde” (art.º 24.º dos Estatutos dos Hospitais EPE, anexo ao DL n.º 233/2005). A diferença entre os hospitais SPA e os hospitais EPE, relativamente à utilização do POCMS, é elucidada pelo responsável pelo serviço de apoio I:

*“Os hospitais do SPA regem-se pela contabilidade orçamental, na base de caixa, e não pelo princípio do acréscimo ou da especialização como acontece com os hospitais EPE”.*

No diploma que legisla o POCMS é recordado, no seu preâmbulo, o objetivo de conseguir “uma adequada uniformização dos princípios e procedimentos contabilísticos, nomeadamente na criação de uma contabilidade de compromissos e de uma contabilidade de caixa, com vista a uma correta administração dos recursos financeiros públicos, segundo critérios de legalidade, economia, eficiência e eficácia”. O POCMS estabelece ainda a obrigatoriedade de existência da contabilidade analítica nas instituições do SNS para as quais exista um plano de contabilidade analítica (ver ponto 2.8.).

Para os hospitais já tinha sido aprovado, em 27 de novembro de 1996, o Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH<sup>63</sup>), sendo, por isso, de aplicação obrigatória. A contabilidade analítica, além de disponibilizar dados de base para o planeamento, permite a avaliação dos resultados, comparando com o detalhe e discriminação possível os resultados obtidos face aos previstos. O PCAH estabelece as normas e procedimentos para a elaboração da contabilidade analítica com o intuito de dar informação sobre o cálculo e análise dos gastos e rendimentos dos produtos, serviços e atividades ou seja, em suma, sobre os verdadeiros ganhos de eficácia, eficiência e economia de recursos. O PCAH sofreu uma atualização em 2000, sendo que a última versão (3.ª versão) data de janeiro de 2007. Esta versão pretendeu efetuar as alterações necessárias para corrigir lacunas sentidas pela dinâmica dos hospitais ao proceder à implementação do plano no terreno, nomeadamente dos hospitais de especialidade e da nova realidade dos EPE, para além de introduzir um capítulo de apuramento de proveitos (rendimentos). Neste documento é reconhecido que “sendo a contabilidade analítica, uma contabilidade interna fundamental para a gestão de qualquer Instituição Hospitalar, o plano pretende apenas estabelecer linhas orientadoras para uma uniformização dos critérios de imputação e formas de imputação e formas de distribuição dos custos/proveitos, possibilitando diversos estudos entre as várias Unidades Hospitalares que integram o Serviço

---

<sup>63</sup> Este documento, que contém as normas e procedimentos para a elaboração da contabilidade analítica dos hospitais, nunca foi oficializado através de um diploma legal. A única referência em diploma legal é feita na Portaria 898/2000, de 28 de setembro, que aprova o POCMS, onde é explícito no seu ponto 2.8. que “O Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais (PCAH) foi já superiormente aprovado em 27 de novembro de 1996, sendo de aplicação obrigatória naquele subsector do SNS”.

Nacional de Saúde”, e assim se pretende “poder contribuir para o aperfeiçoamento dos dados analíticos e controlo de gestão mais eficaz, que permitam a utilização dos recursos de uma forma eficiente e racional e conseqüentemente, uma melhor qualidade na prestação dos cuidados aos utentes” (ACSS, 2007b: 7).

No SIDC (mencionado na secção 6.3.2) estabelecem-se ligações entre os referidos três módulos de contabilidade. No módulo de contabilidade orçamental são registados os dados do orçamento para o exercício em causa, com base nos contratos-programa que são negociados, geralmente, nos meses de Outubro e Novembro. Os dados da contabilidade financeira vão sendo registados ao longo do exercício com reflexo automático no módulo de contabilidade orçamental, permitindo uma análise dos desvios orçamentais pela comparação entre os valores inicialmente orçamentados (previstos) e os factos patrimoniais que na realidade vão ocorrendo. Por outro lado, ainda no que concerne à informação oriunda da contabilidade financeira, todos os lançamentos da contabilidade financeira na classe 6 (Custos e Perdas) e na classe 7 (Proveitos e Ganhos) têm reflexos automáticos na contabilidade analítica. Esta, por sua vez, depois de efetuar o apuramento de resultados por centros de custos e determinar os custos dos produtos e serviços prestados, bem como os resultados obtidos em cada uma das secções principais, transmite esta informação para o módulo de contabilidade orçamental. De acordo com o previsto para o SIDC, o desempenho dos principais centros de custos pode ser analisado por comparação entre os valores orçamentados de cada centro de custo – departamento (decorrentes da contratualização interna) - e os efetivamente realizados.

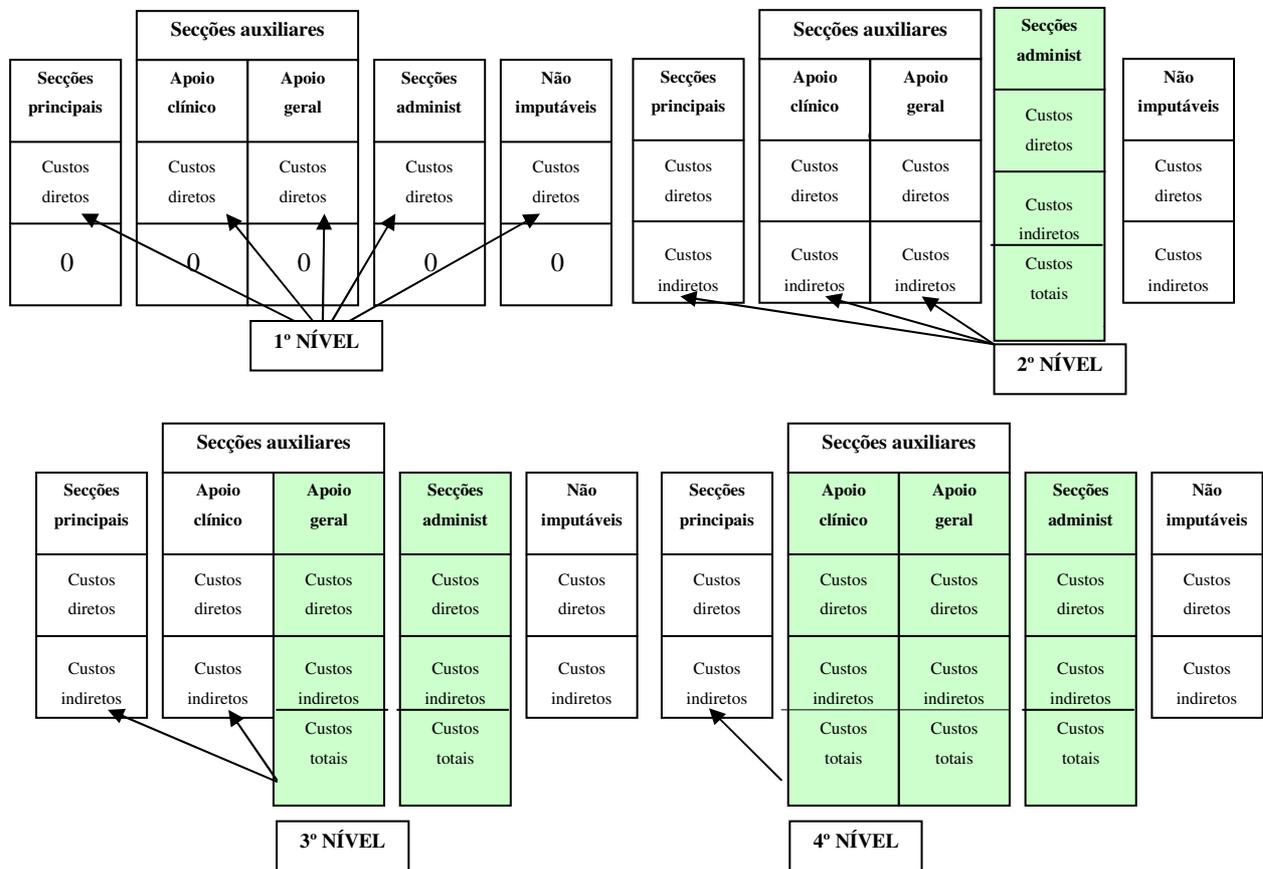
Como ferramenta de apoio à tomada de decisão e de avaliação da qualidade de gestão, a informação gerada pela contabilidade serve vários utilizadores. O número de utilizadores é, ainda, mais elevado no setor público, nomeadamente no setor da saúde, uma vez que prevalece a necessidade de controlo da execução orçamental e a melhor relação entre os recursos consumidos e a qualidade do serviço prestado; além disso, o poder e a responsabilidade (ou a sua ausência) encontram-se fragmentados em vários níveis e em vários organismos dentro do mesmo nível. Nem no POCP, nem no POCMS são definidos, de forma explícita, os utilizadores da informação contabilística pública.

### **7.2.2. O sistema de contabilidade analítica**

O PCAH que preconiza o sistema de contabilidade analítica para os hospitais (designado também por sistema de contabilidade de gestão, no próprio documento) assenta numa estrutura alargada de centros de custos/proveitos, orientados em função dos diversos serviços de prestação de cuidados de saúde. Subjacente a todo o plano impera o método das

secções homogéneas para a identificação dos custos das secções principais e auxiliares<sup>64</sup>, bem como a determinação dos custos unitários diretos e totais.

Figura 11 - Estrutura e regras do PCAH (3ª versão)



Fonte: Adaptado do PCAH 3ª edição (ACSS, 2007b: 26-28).

Na sua versão mais atualizada, o PCAH determina um processo iterativo de apuramento dos custos/proveitos das secções em quatro níveis (ver Figura 11). No primeiro nível efetua-se a imputação dos custos diretos pelas secções principais, auxiliares e administrativas; estes custos são imputados às secções que requisitaram e consumiram os bens e/ou serviços que constam na classe 6 – Custos e Perdas – da contabilidade financeira.

<sup>64</sup> As secções homogéneas reconhecidas (centros de custos) na 3.ª versão do PCAH (ACSS, 2007b: 25) incluem: secções principais (contas 1XXXXX), secções auxiliares de apoio clínico (contas 2XXXX), secções auxiliares de apoio geral (contas 3XX) e secções administrativas (contas 4X). As secções principais subdividem-se em serviços clínicos internamento (cuidados continuados integrados, medicina/especialidades médicas, cirurgias/especialidades cirúrgicas, obstetrícia-ginecologia, medicina da criança e do adolescente, etc.) e serviços clínicos de ambulatório (hospital de dia, urgência, consulta externa, serviço domiciliário e cirurgia de ambulatório). As secções auxiliares de apoio clínico abarcam: os MCDT, anestesiologia, bloco operatório e outros serviços de apoio clínico. As secções auxiliares de apoio geral referem-se ao serviço de instalações e equipamento e aos serviços hoteleiros. As secções administrativas são constituídas pela administração e Direção e pelos serviços técnicos e administrativos. O plano permite que cada uma das secções (principais e auxiliares) possa ser ramificada em várias outras subsecções, de acordo com a estrutura organizacional e as necessidades de informação de cada entidade.

Nos restantes três níveis são alocados os custos designados como indiretos (ver Figura 11). Estes custos, geralmente, são tratados anualmente de acordo com os prazos indicados pela ACSS, através de um ficheiro próprio elaborado por este organismo e disponibilizado através da intranet. Para a alocação dos custos indiretos “a abordagem prevista nesta edição do PCAH passa pela utilização exclusiva da distribuição recíproca” (ACSS, 2007b: 48) tendo por base os critérios de repartição estipulados no próprio plano<sup>65</sup>.

No segundo nível procede-se à distribuição dos custos totais das secções administrativas pelas secções auxiliares e principais proporcionalmente aos seus custos diretos. No terceiro nível os custos totais das secções auxiliares de apoio geral são distribuídos pelas secções de apoio clínico e secções principais que beneficiam das suas atividades, ou de acordo com uma tabela elaborada pelo próprio hospital (alguns dos serviços hoteleiros). No HIP, tal como nos outros hospitais, esta repartição é efetuada de forma proporcional aos custos diretos (serviço de instalação e equipamento) ou tendo por base o custo unitário de produção e as requisições efetuadas por cada um dos beneficiários, por norma, esta identificação é feita pelo próprio serviço que requisita (serviço de alimentação e dietética - n.º de refeições ponderadas, serviço de tratamento de roupa - kilos de roupa tratada, lar - n.º de diárias, serviço de viaturas - n.º de quilómetros percorridos); já os gastos com parques e jardins são distribuídos por todas as secções de acordo com a área ocupada por cada uma. Finalmente, no quarto nível os custos totais das secções auxiliares de apoio clínico são alocados às secções principais que beneficiam das suas atividades. Também neste nível, sempre que possível, como foi analisado também nos dados da contabilidade analítica de 2008 do HIP, a repartição baseia-se no custo unitário de produção de acordo com as atividades consumidas por cada secção (n.º de exames, n.º de análises, n.º de sessões, n.º de transfusões, n.º de tratamentos, n.º de amostras processadas, n.º de procedimentos anestésicos – todos estes n.ºs são ponderados por dados estatísticos associados aos custos distribuídos, n.º de intervenções cirúrgicas realizadas – bloco operatório, n.º de cirurgias – cirurgia experimental, n.º de atendimentos – dietética / nutrição, n.º de litros – esterilização e n.º de relatórios – perícias médico-legais e médicas).

---

<sup>65</sup> Ver ACSS (2007b: 53-57) para uma análise completa dos critérios de repartição cujas indicações e unidades de obra a serem utilizadas como referência são homogeneizadas. Neste trabalho foram retiradas apenas algumas referências exemplificativas. A imputação das prestações recíprocas é efetuada automaticamente pelo sistema após o preenchimento das tabelas principais de alocação no terceiro nível (mapa de realização das secções homogéneas). As grelhas das unidades de obra das secções homogéneas são estabelecidas pela Tutela para que haja uma homogeneização da informação entre as diversas instituições hospitalares (para maior detalhe ver - ACSS, 2007b: 59-68).

Para além da definição dos vários níveis de repartição dos custos (gastos) diretos e indiretos, o PCAH apresenta uma tabela conceptual das diversas contas da classe 6 – Custos e perdas – que elucida o utilizador sobre o conteúdo de cada uma das contas, no âmbito da contabilidade financeira, e a sua forma de imputação na contabilidade analítica.

Após o quarto nível de repartição, os custos totais das secções principais são repartidos pelas atividades de cada uma (unidades de produção como: n.º de consultas, n.º de visitas, n.º de sessões, n.º de doentes tratados, n.º de intervenções, dias de internamento) calculando-se os respetivos custos unitários de produção.

**Quadro 2 - Resumo da imputação de gastos do HIP 2007-2009**

Ano	Custos	Valor	%
2007	C. Diretos	43.524.237,63	68%
	C. Indiretos	20.585.259,60	32%
	C. não imputáveis (diretos e indiretos)	564.019,79	0,88%
	Total	64.109.497,23	100%
2008	C. Diretos	46.201.388,95	67%
	C. Indiretos	23.071.775,79	33%
	C. não imputáveis (diretos e indiretos)	89.274,02	0,13%
	Total	69.273.164,74	100%
2009	C. Diretos	53.219.778,65	71%
	C. Indiretos	21.541.133,57	29%
	C. não imputáveis (diretos e indiretos)	121.814,75	0,16%
	Total	74.760.912,22	100%

Fonte: Adaptado da BDEA (ACSS)

A repartição dos custos diretos pelas diversas secções era uma informação requerida mensalmente pela ACSS e publicada anualmente na sua Base de Dados de Elementos Analíticos (BDEA), situação suspensa em 2010 por indicação deste organismo<sup>66</sup>. Dado que não existem registos da contabilidade analítica em 2010 no HIP, procedeu-se à análise dos dados analíticos do HIP apenas de 2007, 2008 e 2009 (ver resumo no Quadro 2). Foi evidente uma ligeira diminuição do peso dos custos indiretos relativamente ao total de gastos no ano 2009 (abaixo dos 30%), decorrente de um maior rigor na imputação dos custos.

<sup>66</sup> Consultar: <http://www.acss.min-saude.pt/bdea/> que contém a publicação destes elementos relativamente a cada um dos hospitais para os anos de 2003 a 2009. A informação aqui publicada inclui: um resumo dos custos das secções principais (diretos, indiretos, totais e não imputáveis), os custos principais de cada valência específica (de acordo com o PCAH), os respetivos custos unitários (para as valências que apresentem uma unidade de obra), os custos diretos e indiretos imputados a cada uma das valências e notas e observações remetidos pelos hospitais e resultantes da análise prévia efetuada pelos próprios (de acordo com proposta da ACSS). No ano de 2010 houve a suspensão da publicação destes elementos, pois estava já a ser delineado um novo formato de divulgação dos indicadores dos hospitais públicos pela ACSS.

Ainda assim, a reclassificação dos gastos não é, de todo, isenta de dúvidas, uma vez que para certos elementos de gastos pode não ser fácil tal afetação. A repartição de gastos diretos pelas secções é efetuada de forma manual recorrendo à utilização de folhas de cálculo (*microsoft excel*), sendo o respetivo apuramento de resultados realizado de forma automática (utilizando a aplicação de contabilidade). Ao longo da entrevista com o responsável pelo serviço de apoio E foi referido:

*“Há uma grande dificuldade em aferir a contabilidade de custos, apesar dos critérios estarem definidos!... Os suportes informativos, em muitas circunstâncias, não nos permite aferir com tanto rigor como gostaríamos. (...) Atualmente, de cada vez que recebemos as faturas, nós fazemos logo a imputação de custos diretos pelos centros de custos antes de as remetermos ao serviço de contabilidade. Mas também... eventualmente, cada departamento estará mais dentro da realidade e do funcionamento para poder permitir fazer essa repartição do que aqueles que estão propriamente na contabilidade analítica, que têm que ter uma visão muito abrangente e muito global do hospital... Nós recebemos a fatura e fazemos a repartição numa aplicação Excel. (...) Entretanto esses mapas vão para a contabilidade e a contabilidade faz a imputação por secção homogénea de acordo com a repartição por nós indicada.”*

No HIP não existe qualquer repartição dos rendimentos<sup>67</sup> e os centros de custos são meros acumuladores de gastos. Não são, por isso, apurados quaisquer resultados por tipo de cuidado de saúde prestado e não é possível obter uma margem decorrente da diferença entre os gastos do serviço e a retribuição obtida. Esta construção limita a análise de rendibilidade dos serviços efetivamente prestados ao exterior, não havendo ainda, por exemplo, qualquer forma de aferir o resultado dos serviços que contribuem com a sua atividade para outras unidades internas. Contudo, é importante ter, igualmente, informação precisa sobre a retribuição dos serviços efetivamente prestados (intermédios e finais) e dos gastos inerentes aos mesmos, para a tomada de decisão. Uma análise comparativa cuidadosa do valor dos benefícios obtidos e do valor dos consumos incorridos, relativamente a toda a atividade assistencial prestada, é que indica o verdadeiro desempenho económico da instituição por período, por ato prestado e/ou por doente.

Em resumo, a contabilidade analítica, tal como está definida para os hospitais, envolve: (1) a identificação de centros de custos, para a acumulação de custos diretos e indiretos quer dos serviços relacionados com a produção hospitalar (secções principais), quer

---

<sup>67</sup> Contudo, o PCAH (ACSS, 2007b: 71) indica que a “produção do Serviço Nacional de Saúde: A imputação dos proveitos, numa primeira fase, deverá ser feita ao nível das secções principais. Numa segunda fase, a Unidade Hospitalar deverá “distribuir” os proveitos das secções principais pelas secções auxiliares de acordo com os serviços requisitados.” No que respeita à produção do não SNS a imputação dos proveitos é feita “diretamente, às secções principais e auxiliares que deram origem ao proveito” (*ibid*).

dos serviços de apoio (secções secundárias); (2) a identificação das suas atividades (processadas nessas mesmas secções); (3) determinação dos meios utilizados e dos respetivos custos bem como dos custos dos outros centros que lhe devam ser atribuídos por critérios de imputação; (4) o cálculo das suas atividades através de unidades de produção ou de ponderações para que seja possível determinar o custo unitário das secções e, se for o caso, imputar a outros centros; e, ainda, (5) o cálculo dos proveitos totais e unitários por cada centro de custo da produção hospitalar (secções principais), que ainda não é tratado no HIP nem nos restantes hospitais, de acordo com a observação da BDEA divulgado no *site* da ACSS.

Do programa utilizado pelo HIP para a execução da contabilidade analítica, no painel de navegação acede-se facilmente aos quadros: (Q1) apuramento dos custos unitários das secções principais e (Q2) apuramento dos custos unitários das secções auxiliares e administrativas e quadro resumo. Existe ainda uma folha de validação que identifica o total de custos da demonstração de resultados em confrontação com o total de custos da contabilidade analítica dado pela agregação dos custos não imputáveis e das principais linhas de produção: internamento, hospital de dia, urgências, consultas e serviço domiciliário.

Nos quadros de apuramento de custos unitários obtém-se informação sobre a distribuição dos custos diretos (por cada linha de custo da contabilidade financeira) e indiretos (de cada secção auxiliar) por todas as secções. Nestes quadros visualiza-se a descrição das unidades de obra, a quantidade de unidades de obra, o custo direto total e unitário, bem como o custo indireto total, o custo total e o custo unitário total por cada secção (quando possível, também para as secções auxiliares). Para as secções principais temos a informação por duas unidades de obra diferentes para os serviços clínicos de internamento (dias de internamento e doentes tratados) e para os serviços clínicos de ambulatório – hospital de dia (doentes tratados e n.º de sessões). Relativamente às restantes secções principais dos serviços clínicos de ambulatório a informação é disponibilizada apenas para uma unidade de obra: urgências (doentes atendidos), consultas externas (n.º de consultas), serviço domiciliário (n.º de visitas) e cirurgia de ambulatório (n.º de cirurgias).

O quadro resumo faculta informação sobre os custos totais, diretos, indiretos e unitários diretos e unitários totais por valências (especialidades médicas) mas sem a descrição das componentes do custo. Apenas é evidenciada a informação que o PCAH indica sobre o mapa de realização das secções homogéneas – custos, não havendo qualquer informação disponível sobre proveitos no mapa de realização das secções homogéneas.

### **7.2.3. A utilidade da informação produzida**

Em Portugal, a questão da definição de preços tornou-se ainda mais problemática a partir do momento em que o SNS iniciou a contratualização dos serviços dos hospitais públicos. Se, para alguns serviços públicos, o cálculo dos custos tem um papel importante no juízo da adequação dos preços e taxas a pagar pelo utilizador, mesmo que impere uma política de preços sociais longínquos dos verdadeiros custos suportados, no contexto dos serviços hospitalares, o cálculo do custo é preponderante para determinar o preço dos bens e serviços a serem contratualizados pelo SNS.

Esta nova forma de financiamento hospitalar do SNS fundamentado na contratualização é, geralmente, encarada como um instrumento de entendimento entre o comprador e o prestador e baseia-se num diálogo e numa negociação prévia, assente na previsão da produção do prestador e nas necessidades do comprador. Como clarifica a entrevistada da ACSS:

*“Nós temos um painel que nos diz por onde é que vamos caminhar mais ou menos, mas o que importa é, irmos fazendo uma contratualização de base negocial, que chamamos contratualização relacional, que, de alguma maneira, por força da monitorização e do acompanhamento esperamos que até ao final do ano ela se aproxime daquilo que são a satisfação das necessidades das pessoas. (...) Porque a contratualização não é mais que um veículo para fazer com que a política de saúde, e a distribuição de recursos, aconteça.”*

A contratualização é observada pelo entrevistado B do departamento financeiro da ARSC como indispensável:

*“As instituições vocacionadas para a saúde não estarão direcionadas para o lucro!... Mas, seguramente, vocacionadas para os meios com que podem fazer o melhor possível... e, como se tratam de meios caros, estamos a falar de um mercado altamente competitivo que utiliza tecnologia de ponta, quer a nível de equipamento, quer a nível de meios terapêuticos,... tem que se ter todo o cuidado. Porque, se de facto os ganhos em saúde são evidentes com a utilização dos equipamentos, também temos que ter um cuidado enorme com a sua afetação e com a sua racionalidade. Daí que a instituição per si tem uma visão própria que é micro... mas as ARS e a Administração Central têm uma posição macro e têm que gerir de acordo com a dimensão do país e com as necessidades e recursos do país, que nem sempre vão de encontro, às vontades e necessidades das instituições per si!...”*

Todo este processo de contratualização externa pressupõe um processo idêntico de contratualização interna. Neste contexto, depois de uma recolha de dados históricos da produção, dos objetivos dos diretores de serviço e das estratégias do conselho de administração relativamente à contratualização externa, no HIP existe um Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão que procede à análise dos dados e a uma negociação com

os diretores de serviço, estabelecendo, posteriormente, um contrato para cada um dos serviços. Ao longo do ano, é efetuada a monitorização e a avaliação interna da produção de cada um dos serviços.

Todo o processo de contratualização (interna e externa) traz novas exigências e fontes de complexidade à informação produzida e divulgada. Nomeadamente, relativamente à grande dificuldade em valorizar os custos incorridos e os proveitos obtidos em cada um dos serviços. O apuramento do resultado económico é viável, apenas, para as secções principais, mas no HIP nem para estas obém o resultado. Como elucida o administrador de área B, numa última entrevista já realizada em 2012:

*“Houve uma altura [2006-2007-2008] em que havia contratualização interna com os serviços,... (...) o serviço, com base no histórico, tinha que definir metas para o ano seguinte... aquilo era formalizado... e depois até havia um controlo durante o ano, se eram atingidos ou não os objetivos. Depois, no conselho de administração seguinte [setembro de 2008], perdeu-se a questão da contratualização interna, perdeu-se completamente!... Isto anda muito ao sabor dos conselhos de administração,... isto é um EPE, mas é um EPE que é gerido consoante os conselhos de administração que vêm. E há uns que se calhar dão muita importância à contratualização interna e há outros que acham que isso não tem importância e dão mais importância a outras coisas!... (...)*

*No outro conselho de administração anterior estava o diretor de serviço, estava o gestor de área, estava o enfermeiro chefe, e contratualizava-se a produção, o investimento, os recursos humanos,... servia de base para a contratualização externa, para o plano de investimentos,... era uma contratualização onde era tudo abordado!... Depois... isso deixou de se fazer,... agora... este novo conselho de administração, como está cá há muito pouco tempo, ainda não sei, ainda não chegou a essa fase!... Era importante que a contratualização interna fosse anterior à definição do plano de desempenho e das projeções para o ano seguinte!... Atualmente, perdeu-se um bocadinho essa... essa rotina e talvez daí também que os diretores de serviço deixaram de acompanhar... porque se calhar... também sentiram que não era importante!...”*

Porém, sobre o processo de contratualização interna, já em 2008, o diretor de serviço A duvidava da credibilidade do processo:

*“Tivemos uma discussão do plano de atividades no ano passado, em que se previa a contratualização!... Mas é muito difícil!... Os serviços vão assinar “de cruz” uma coisa sobre o qual não têm conhecimento!... Não conseguem... com verdadeiro desígnio melhorar as coisas no ano seguinte, porque não têm informação sobre o ano anterior,... não há informação para a gestão!... Por muito que queiram que os médicos participem nas orientações e na melhoria das coisas... há uma série de sugestões, mas depois, não temos acesso aos números!... (...) O ideal seria o serviço ter o seu orçamento e... geri-lo de acordo com aquilo que tivesse contratualizado. Só*

*que aquilo que se contratualiza,... eu penso que se vai cumprindo aquilo que se contratualiza,... só que o que se contratualiza é assinado de cruz,... quer dizer, não é baseado em coisa nenhuma,... pega-se nos números do ano anterior e acrescenta-se 10% e depois olha... vamos ver... e vai dando para se cumprir esses mínimos,... mas não é com conhecimento de facto, é apenas uma estimativa!...”*

Também o diretor de serviço C revela o mesmo sentimento de desconfiança:

*“Não há planeamento, não há orçamentos por centros de custos, o contrato-programa existe, mas não sei se é efetivo!...”*

Contudo, no HIP, já foi dada uma formação aos diretores de serviço para melhorar a contratualização interna. Em maio de 2008, foi realizada uma ação de formação em contabilidade de gestão e auditoria que, promovida pelo conselho de administração (com o apoio de alguns colaboradores do HIP), pretendia mostrar as ferramentas de apoio e motivar os diretores de serviço para a avaliação trimestral adequada à contratualização anual que se processa internamente<sup>68</sup>. O membro B do conselho de administração elucidou:

*“Este curso de formação pretendia fazer com que os diretores de serviço percebessem que os contratos que fazemos com os serviços são uma réplica daquilo que é feito com a tutela (...).*

*As insuficiências existentes, não são única e exclusivamente em termos de sistemas de informação,... são fundamentalmente do conhecimento sobre a própria contabilidade. O quê que se anda a discutir ainda?!... É a própria terminologia imputação,... muitos médicos desconfiam dos custos diretos e desconfiam dos custos indiretos, não compreendem porquê que internamente deveriam ter de pagar o serviço a quem realiza serviços para eles... Para eles só existem custos diretos, os custos indiretos não existem e é difícil discutir estes números com alguns grupos profissionais, nomeadamente [com os médicos é difícil. (...)*

*O que pretendemos explicar em quatro ou cinco dias é isso: o que são proveitos, o que são os custos, o que é que o sistema de informação disponibiliza, qual é a ferramenta que podem consultar... Se não consultam é porque não querem!... Está disponibilizada!... Fazer entender o que é o controlo interno,... como podem eles próprios utilizar a ferramenta e usufruir de taxas de execução, através de linhas pessoais com base na informação que lhe vai ser enviada trimestralmente e com base nos contratos-programa, de modo que possam despertar e corrigir antecipadamente, antes que alguém ‘castrador’ do sistema tenha argumentos!...”*

---

<sup>68</sup> Nesta formação interna (cujo material de apoio foi cedido para esta investigação) previa-se a existência de ‘centros de responsabilidade’ que correspondiam às áreas estabelecidas no organigrama e que integravam diversos serviços que eram tidos como centros de resultados. Nesta formação foram dados exemplos concretos de como eram calculados os custos (diretos e indiretos) de cada serviço aos quais se contrapunham os proveitos (resultantes da remuneração do SNS e outras entidades). Para além disso, era feita a simulação de um eventual pagamento de preços de transferência interna relativamente aos MCDT (calculados apenas com base nos próprios custos dos exames).

O administrador de área A (em setembro de 2008) também identifica esta lacuna de formação nos diretores de serviço ao realçar que eles têm preocupação apenas com os números da produção efetuada e falta de sensibilidade para a identificação dos custos indiretos necessários à realização da sua produção:

*“Para quem é que estamos a falar?!... Porque o médico não quer saber quanto gastou, mas quer saber quanto é que fez... Quanto é que gastou, se ele for ‘porreiro’, deixa-nos averiguar e dar-lhe os números vitais, fora isso não!... (...) Para o médico, por exemplo, uma atividade que passa pela colheita de sangue (...) ele não vê como um custo inerente ao seu serviço, a resposta é logo: «Primeiro, não sou eu que faço isso, é uma enfermeira, depois, porque é que isto está no meu centro de custos, ou na minha atividade, ou no cômputo geral do meu objeto de custeio e não no objeto de custeio de outro, como na patologia, depois o que é que eu tenho a ver com isto tudo!...». (...) É o problema dos hospitais,... porque o outro é que tem os custos,... porque ou outro é que tem aquela atividade,... que nem sequer tem a ver com a minha Direção de serviço.”*

Esta mesma impressão tem o responsável pelo serviço de apoio B:

*“Os médicos não estão sensibilizados para isso [os custos indiretos]!... É que em primeiro lugar, na saúde, está o que eles aprenderam!... (...) Acabam por não estar tão sensibilizados como deviam estar!...”*

O administrador de área B (em setembro de 2008) conhece bem como é produzida a informação da contabilidade analítica e reconhece a dificuldade em obter a informação adequada e fiável para apoiar a decisão, apesar de a identificar como útil no apoio à decisão:

*“Existe muita informação que não estando informatizada é difícil de imputar corretamente às secções. Torna-se difícil ter a informação necessária!... Às vezes, não se conseguem critérios mais adequados... Muitas vezes, é difícil distribuir corretamente a carga horária de todas as pessoas e o custo com o pessoal pelos centros de custos... Para se ter uma contabilidade analítica correta tínhamos que ter os custos corretamente repartidos por todos os centros de custos desde o enfermeiro ao pessoal médico, o que é muito difícil!... (...) Este fator ganha maior evidência quando existe grande mobilidade de pessoas entre serviços, e não existe uma atualização frequente dos centros de custo, neste sentido... (...).*

*Relativamente aos serviços, todos os meses é enviada informação para todos os serviços, mas relativamente à produção e não à informação financeira, e é importante,... é importante os serviços saberem quanto é que gastam!...”*

Alguns dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos superiores de saúde) já estão (de alguma forma) familiarizados com a linguagem da gestão (orçamentos, custos, preços) mas a sua orientação, nas suas práticas, mantém-se clínica, tendo alguma relutância em adotar ou endereçar a contabilidade de gestão como fonte de informação para as

suas ações. Porém, para os diretores de serviço disporem de informação sobre a questão dos custos suportados pelos seus serviços é cada vez mais essencial. Assim revela a responsável pelo serviço de apoio H quando debate a questão e é indagada sobre o possível aumento de pedidos de informação, após a empresarialização do HIP, por parte dos chefes de serviço:

*“Depende de cada um!... Há alguns chefes de serviço que nós deduzimos que só querem números para lá por... mas há outros que até querem esclarecer as suas dúvidas quanto ao modo como se calculam e imputam os custos, vêm de vez em quando tirar dúvidas...”*

*A percentagem dos médicos interessados não será assim tão mínima! Acho que se não estivessem preocupados não viriam aqui!... Por exemplo: na sexta-feira passada estive aqui um médico bastante tempo porque tinha cinco altas na mão mas apareciam menos registos. Naquele momento ele estava preocupado e tentou corrigir... Não sei se fosse ao contrário se ele estaria tão preocupado!...”*

Relativamente aos proveitos, na maior parte dos casos, nem há noção de que se está perante um proveito, dado que não existe um método de valoração dos bens/serviços para todos os serviços. Para os serviços de apoio há quem defenda no HIP a existência de um método indireto – o preço de transferência interna. O recurso a preços de transferência interna iria colocar uma marca visível (o preço) em toda a cadeia de produção e/ou prestação serviços, tornando possível avaliar a eficácia dos objetivos definidos e criar maior dinamismo ao próprio processo de contratualização interno. O diretor de serviço B concretiza:

*“Só os serviços finais têm resultados. Os serviços intermédios deviam estar a faturar a todos os serviços os produtos que lhes vende,... o que não é possível!... Por exemplo,... a medicina recebe o dinheiro,... ficam todos contentes, porque receberam o dinheiro e não têm que pagar a ninguém, o seu desempenho é ótimo! O hospital depois, como não faz essa contabilidade interna, não paga um possível preço de transferência interna aos MCDT, por exemplo. Estes representam apenas um custo!... Se houver interesse nas administrações – que em muitos casos são cargos políticos e não de administração – devem ser implementados os preços de transferência interna, para que os serviços intermédios [de apoio] possam avaliar convenientemente o seu desempenho!”*

Este diretor de serviço acrescenta, ainda, outra questão para a qual a existência de preços de transferência interna seria indispensável:

*“Há outro aspeto: suponhamos que eu quero muito uma tecnologia em que há interesse para o hospital e em que o hospital até concorda para podermos vender esses serviços a outros hospitais, (...). Eu posso chegar ao meu colega de Águeda e dizer-lhe: «olha, em vez de mandares esse teste para Coimbra eu faço-te isso e até te faço um desconto!...». Mas faço um desconto de quanto?... Eu posso fazer um desconto porque ele trabalha com uma portaria, trabalha com preço da portaria, o mesmo com que os hospitais trabalham!... No fundo o Hospital da Universidade de Coimbra vai-lhe*

*aplicar o preço que a portaria menciona para aquele código, (...), para já, tenho que saber se os meus preços, de acordo com os custos que eu suporto no serviço, são maiores ou menores do que os preços estipulados na referida portaria... (...) Sem saber o preço real não posso,... não consigo negociar!...*

Em julho de 2008, este diretor de serviço reconhecia:

*“Aquilo que a contabilidade de gestão me dá, atualmente, não me serve para nada!... Mesmo quando quero fazer um relatório a dizer quais foram os meus proveitos potenciais, que é o que me interessa saber no final do ano, não consigo! Eu tenho de me servir dos preços da portaria para o fazer e tenho algumas dificuldades... Procuo utilizar esses preços e fazer a comparação deste ano com o ano anterior para saber se a minha performance, no fundo, tem sido boa ou tem sido má!... (...) Existem dados de consumo,... eu sei quanto é que gasto em reagentes,... mas não posso ver isso de uma forma integrada, só de uma forma isolada. Mas estou a gastar muito ou não? Aumentei o gasto... mas também recebi mais doentes ou não? Gastou-se mais... mas isso também foi acompanhado com mais custos com o pessoal ou não?... O desperdício aumentou?... Será porque mandamos fazer menos exames fora?... Temos que ver de forma integrada,... tem que ser analisado em conjunto!... Se o custo aumentou, será que estamos a assumir custos que antigamente era outro serviço que pagava?... Isto faz-me lembrar os vencimentos, o hospital tem que ter em conta os vencimentos e o aumento de 2%... fez despedir o pessoal [por causa das restrições orçamentais para os gastos com o pessoal]. O Hospital vai tentar cumprir essa meta, mas no entanto pode fazer perfeitamente, e à vontade, subcontratação ao preço que quiser!...”*

O diretor de serviço A, em novembro de 2008, é ainda mais radical ao afirmar:

*“Relativamente à contabilidade, não nos chega informação nenhuma desse género. Nós não temos os números da cirurgia, não temos a ideia daquilo que fazemos em relação ao ano anterior e temos um contrato-programa que nos diz... que é assinado anualmente, mas que se baseia um bocado... numa coisa que é só papel... não há nenhuma informação para a gestão!... Aos serviços não chega qualquer informação para a gestão...”*

Já o responsável pelo serviço de apoio C é perentório, relativamente ao uso que fazia da informação disponibilizada pela contabilidade analítica, ao dizer:

*“Não, não utilizo de todo essa informação!...”*

Mas as chefias de enfermagem revelam alguma sensibilidade para a questão dos gastos. Apesar de não utilizar a informação da contabilidade analítica, obtêm informação sobre a produção e alguns dos respetivos gastos por outras vias. O enfermeiro-chefe B, em novembro de 2008, assinala:

*“Normalmente, não utilizamos informação nenhuma da contabilidade analítica... Nós aqui temos o processo clínico informatizado que é o sistema alargado que permite fazer a gestão dos doentes, sabemos os custos, os gastos, a necessidade de recursos humanos em função do número de doentes, das atividades, sua situação clínica e dos cuidados que necessitam... Em*

*relação aos recursos de material consumível disponível, informaticamente, podemos consultar o sistema de gestão e acondicionar os 'stocks'. Posso pedir aprovisionamento, procurar e redefinir recorrendo ao sistema de gestão de 'stocks'. Peço estatisticamente tudo que gastei durante o ano, e posso saber os gastos por dia, por mês, por semana, trimestralmente ou por semestre. Isso é muito importante!..."*

Em maio de 2008, a enfermeira-chefe A já tinha referido:

*"A informação que nos é disponibilizada são os gastos dos serviços mensalmente... (...) Eu acho que os dados deviam ser discutidos entre as pessoas que têm responsabilidade. Aquilo chega-nos, nós olhamos, mas pouco nos diz. (...) Na gestão intermédia não tem reflexo, porque ninguém olha para aquilo, ninguém valoriza, não é utilizável!... (...) Ninguém questiona ninguém porque é que se gastou mais nisto ou menos naquilo!... Não se faz uma análise! (...) Talvez seja avaliado e analisado a nível de administração de topo que, com certeza, o fará!..."*

*O que interessa é que essa informação chegue aos vários níveis de decisão. Eu, por exemplo, nunca discuto isso com o meu administrador de área!... Como responsável por gerir os materiais deste serviço, até seria útil, poderia ser um ponto comum para dialogar... Mas isso não faz parte das nossas políticas!... O sistema de contabilidade de gestão é mal aproveitado!"*

O administrador de área C, em setembro de 2008, elucidava a importância dos custos e da informação disponibilizada e da sua validação para o apoio à tomada de decisão:

*"São relevantes quando validados!... Nós não temos uma estrutura de registo de custos ou de contabilidade de custos que nos permita chegar a conclusão nenhuma!... Isto, para além de termos aqui alguns défices de informação entre diferentes serviços! A informação dos custos é sempre uma informação que nos chega tarde e com muito esforço!... Ou seja, que tem que ser por nós, pelo menos por mim, pesquisada, procurada, trabalhada e analisada à raiz. Eu acho que, sinceramente... neste hospital há muita preocupação com o controlo dos custos, mas não há muito trabalho de aferição dos custos!..."*

A responsável pelo serviço de apoio D reforça:

*"Não me sirvo propriamente da informação da contabilidade analítica, o que acontece é que geralmente cruzamos os dados do programa que [eu] habitualmente uso e a informação necessária para a contabilidade analítica!..."*

Este sentimento não é comum a todos os serviços de apoio. Para além dos serviços de apoio que trabalham a informação financeira, existem responsáveis por outros serviços de apoio que utilizam a informação da contabilidade analítica apesar de detetarem algumas das suas ineficiências. Durante a terceira fase de entrevistas, já em 2010, o responsável pelo serviço de apoio G denuncia grande lacuna latente na contabilidade analítica:

*"O software tem uma coisa muito má,... não permitir cenários!... E em contabilidade analítica precisa-se de cenários!... A contabilidade*

*analítica aqui é oficial, tem os centros de custo mas aqui não se pode fazer mais nada, porque se nós quisermos mudar algum cenário, o sistema não permite... Os conselhos de administração caem sempre no mesmo erro, quando chegam cá acham que aqueles centros de custos estão mal agregados ou estão bem agregados e mudam aquilo tudo!... O que é que acontece? Tudo o que está para trás fica afetado e já não dá sequer para fazer comparações!...”*

Também a responsável pelo serviço de apoio E, em 2010, referiu a necessidade de informação atempada que a contabilidade analítica ainda não tem capacidade para fornecer:

*“Se chegar ao fim do ano e quiser saber quanto gastei em todas as minhas áreas?!... Eu sei porque faço esse acompanhamento mensal!... (...) Mas, para que eu tenha a certeza da interpretação que estou a dar aos números prefiro ir diretamente ao controlo de gestão e obter essa informação... Para a contabilidade continuamos a ir à contabilidade, mas não há um acesso direto!... (...) Se calhar nós deveríamos ter uma contabilidade de custos mensal para podermos fazer um acompanhamento mais de perto, para podermos no fundo fazer o controlo de custos e fazer a análise que é típica da gestão analisando com os períodos homólogos, as variações, oscilações, etc....”*

Ao nível do conselho de administração, a utilização da contabilidade analítica é preponderante como ferramenta de apoio à decisão. Também neste patamar de decisão, são enunciadas algumas das limitações da contabilidade analítica. O membro A do conselho de administração, em junho de 2008, elucidava:

*“Apesar de no nosso caso não podermos propriamente eliminar os produtos que não são rentáveis e ter outros (somos um serviço público ou prestamos um serviço público), a contabilidade analítica já nos ajuda a guiar nas nossas decisões de alocação de recursos e de investimentos... Para já,... diz-nos logo o que queremos saber, dentro do portefólio de serviços que temos, vamos poder saber quanto é que nos custa uma cirurgia da «hérnia» [com o SCAH],... quanto custa uma cirurgia da «prótese de anca»... A informação sobre os custos é indispensável para tomar decisões!... Contudo, neste momento, nós não sabemos quanto é que nos custa exatamente cada um dos serviços que temos, a informação não é tão precisa quanto gostaríamos!... A nossa perceção é de que os números que temos de alguns dos serviços não parecem corresponder à realidade!... Para além disso, a contabilidade analítica diz-me que o serviço X, tem aqueles custos mas depois usa como unidade de mão-de-obra, o exame, a cirurgia, ou o quer que seja, ou a análise... e dá-me um valor unitário. Dentro das análises, uma análise pode custar 1 euro e a outra pode custar 100 ou 200... Não me diz exatamente quanto é que me custa cada produto que nós produzimos!... (...) E depois ainda há o problema de não ter a informação atempada... (...) Já temos investido muito em tecnologias de informação, mas se não tivermos processos devidamente estruturados e pessoas comprometidas com as coisas, isso não nos leva a nada!...”*

*Relativamente aos outros níveis de decisão, a minha perceção é que alguns serviços de apoio são confrontados com a necessidade de utilizar a*

*informação contabilística, bem como os diretores de área, mas é uma utilização muito deficiente e pouco relevante na medida em que a informação disponível não é propriamente muito fiável!... No entanto, já quanto às chefias intermédias não creio que utilizem a informação contabilística. Alguns têm sensibilidade, mas digamos que são exceções, que confirmam a regra.”*

A primeira entrevista realizada ao membro B do conselho de administração (em maio de 2008) demonstrava a sua necessidade de informação mais precisa sobre os custos e proveitos:

*“Nos dias de hoje, a informação é indispensável quer seja na vertente de custos ou de proveitos. Mas há uma desconfiança muito grande!... (...) É fundamental para a avaliação que se faz hoje relativa à introdução de uma nova técnica, aquisição de um novo equipamento, a utilização de uma nova técnica cirúrgica ou de uma nova técnica médica,... com a contratação dos recursos humanos,... com a criação de um novo espaço,... etc. (...)*

*Temos um sistema de contabilidade com o método das secções homogéneas em que predomina, (...) a vertente de custos. Inclusivamente, nem temos uma contabilidade especializada para proveitos, isto é, temos grandes códigos de proveitos das grandes funções do hospital, e não temos códigos de proveitos para o serviço X ou da consulta externa Y... (...) Para mim, os códigos de centros de custos são simultaneamente códigos de centros de proveitos!... A contabilidade não está estruturada nesse sentido, o que é uma pena!... (...)*

*Outra grande lacuna é a periodicidade com que nós temos informação,... no mínimo seria útil ter informação trimestral. Sei que é impensável, (...) mas a ideia que eu tenho é que seja trimestral para que os diretores de serviço e os gestores tenham usufruto. (...) O que nos falta é resolver a subnutrição de controlo interno, porque tem tudo a ver com a qualidade de informação... (...) De qualquer forma, em termos de sistema de informação, temos muitas insuficiências. Detetamos muitas vezes indefinição da própria variável, da própria classificação, que deturpa logo a informação, quer seja no âmbito do custo quer seja no âmbito do proveito. (...)*

*Nos outros níveis de decisão, a contabilidade analítica é utilizada por aqueles que estão mais despertos para isso, só cerca de 5 a 10% dos diretores de serviço, por isso é que há um curso de formação.”*

Já em março de 2010, a responsável pelo serviço de apoio H reforça o facto da monitorização da produção ter diminuído de intensidade (relativamente ao efetuado pelo conselho de administração anterior) e a lacuna patente de informação financeira:

*“Uma das situações é que falta aqui um gabinete de informação, pois os utilizadores não sabem como ir buscar a informação necessária. (...) Dantes fazia-se muito mais... havia um acompanhamento mensal, trimestral e anual. Depois de enviar os dados para o conselho de administração ... fazia-se o resumo dos desvios e um relatório sobre a monitorização feita. Com este conselho de administração isso deixou de acontecer. Também relativamente à contratualização interna, era feito um acompanhamento muito mais exaustivo*

*do que agora. Se estava a decorrer como previsto,... e um dos objetivos é fazer as projeções que se pretendem mensais. A parte financeira já não se encontra aqui... À partida dava para perceber como estava a decorrer o serviço, e o facto de se fazer a análise que fazíamos, ajudava-nos a ter uma visão crítica e por vezes éramos chamados para dar o nosso parecer sobre a situação. Agora, internamente, não há esse acompanhamento mensal. Mas o acompanhamento está lá diariamente [com o novo sistema de gestão integrado], nós não temos é intervenção!...*

*Continuo a achar que faz falta [um gabinete de tratamento de informação financeira],... pois a maior parte dos chefes de serviço não tem formação na área de gestão!..."*

### **7.3. – O processo de mudança do sistema de contabilidade de gestão e as expectativas criadas**

#### **7.3.1 A decisão de mudança**

A decisão de mudança, para a metodologia *Activity-based Costing (ABC)*, partiu da ACSS ao verificar que não era suficiente calcular os preços dos serviços prestados nos cuidados hospitalares com base nos custos apurados pela contabilidade analítica existente nas instituições hospitalares (método das secções homogéneas). Havia necessidade de um sistema mais sólido que identificasse claramente o custo de cada uma das atividades hospitalares. De acordo com Borges *et al.* (2010), após sete anos de contratualização, a experiência demonstrou a necessidade dos hospitais progredirem no processo de contratualização, passando a fundamentar a sua negociação com maior evidência empírica sobre a sua própria estrutura de custos, com um conhecimento realista e sustentado dos custos efetivamente incorridos de acordo com as várias componentes dos custos da sua atividade.

A possibilidade desta nova realidade seria também o ponto de partida ideal para a negociação interna, com os diversos serviços do hospital, de forma a melhorar a sustentação do contrato-programa e a negociação com a administração central. Estas questões foram “a pedra de toque” para a iniciativa de mudança do sistema de custeio. A este propósito, uma responsável pelo Financiamento e Contratualização na ACSS refere:

*“O custeio por atividades ganha importância, para mim, porque a contabilidade analítica já os hospitais a tem desde a década de 80. A contabilidade analítica por secções homogéneas,... (...) Os hospitais só sentiram essa necessidade na década de 80, quando as empresas no mundo estavam a começar exatamente o custeio por atividades... Qualquer coisa está mal!... (...) E... para uma boa contratualização interna, eu preciso de ter o custeio das atividades,... porque, eu em saúde, mais do que nas outras empresas,... (...) eu tinha que conhecer bem as linhas de produção, para saber se alguma valia a pena manter ou comprar fora,... se algumas estavam a ficar muito caras,... como é que eu as tornava mais eficientes, etc. (...) É que enquanto eu, numa empresa, com facilidade posso dizer que esta linha de*

*produção não interessa (...) Algumas das linhas de produção dentro dos hospitais eu não posso abdicar delas,... (...) Eu talvez pudesse mandar fazer fora, por exemplo, o ambulatório, mas eu preciso de uma continuidade da linha ali. Há linhas de produção que eu não posso abdicar delas,... mas para eu não abdicar delas então eu tenho que as tornar eficientes,... e tenho, sobretudo, que clarificar uma coisa que é - o quê que é serviço público?... Porque eu posso ter um determinado serviço que me diz assim, quando vamos negociar: «Olhe, com este preço que você me está a fazer, eu não quero manter este serviço, portanto eu quero fechá-lo às 8 horas da noite porque a partir daí ele não vai repercutir». E eu digo-lhe: «Não!... Tu tens que manter o serviço aberto 24 horas, porque isto é um serviço público eu quero e preciso de o dar à população 24 horas.»; E Ele diz: «Então você paga!»; Então eu digo: «O quê?... O que é o valor justo?» (...) E para isso (...) é um conhecimento de facto com o custeio por atividades. (...)*

*Enquanto gestora, aos níveis decisionais nacionais, eu tenho uma outra preocupação: os preços que eu fixo devem assentar em conhecimentos de unidades homogêneas da forma como nós as temos calculado, até agora, humm... são aproximações,... mas com grandes desvios, quer para cima, quer para baixo!... Eu não devo, sobretudo, quando o Eurostat me obriga desde 2003 a manter uma filosofia de paralelismo entre os preços do público e do privado,... eu não posso montar um preço muito superior àquilo que é o seu custo,... (...) e, por outro lado, aquilo que eu tenho que conhecer muito bem é o preço, ou melhor, o custo efetivo para a produção. (...) A margem que eu posso ter nos preços dentro do público é a margem que eu permito de lucro no privado. Isto tem que estar explícito e claro! (...) Por isso, eu devo ter os tais centros de elevada diferenciação onde eu consigo demonstradores públicos que me... fixam o que são as melhores práticas, e o que são os melhores preços, preços de referência, no público... (...) Eu não consigo fazer isso se não tiver um bom sistema de custeio por atividades.”*

Esta necessidade é também evidenciada na metodologia para a definição de preços e fixação de objetivos, para os contratos-programa de 2009, ao fazer uma referência ao facto de “não ter sido possível concluir o estudo piloto para o custeio por atividades em desenvolvimento em cinco hospitais e que se espera poder vir a melhorar significativamente o conhecimento sobre a formação dos preços a praticar” (ACSS, 2008: 4). Esta citação reforça a ideia do principal objetivo do projeto de implementação do custeio baseado nas atividades não ser o de estipular preços iguais aos custos, mas sim dispor de uma fundamentação dos preços mais sólida e de custos mais detalhados bem como mais claros para ambas as partes intervenientes na negociação dos contratos externos (entre as ARS e os conselhos de administração) e internos (entre os conselhos de administração e os chefes de serviço).

O entrevistado B do departamento financeiro da ARSC não deixou de mencionar a importância do *tableau de bord*, nesta iniciativa de mudança, como uma ferramenta muito

importante que falhou por falta de informação fidedigna e falta de preparação e de responsabilização dos conselhos de administração:

*“Por um lado, o tratamento da informação, porque para se tratar a informação, nós temos que assegurar que ela é fidedigna, não é,... e que é muitíssimo bem tratada!... (...) Às vezes, dependendo da forma como é colhida, dependendo do conhecimento desses sistemas de suporte, de facto, poderia e criava algumas discrepâncias entre as instituições, o que tornava, naturalmente, o instrumento pouco seguro relativamente à sua utilização. (...) Por outro lado, a novidade, há pouca sensibilidade de alguns conselhos de administração para esse tipo de instrumentos... aliás, de uma forma geral, a administração hospitalar...enfim... (...) não tem estado, julgo eu, não sei se suficientemente preparada, mas durante muito tempo, suficientemente alertada para as necessidades da eficácia e da eficiência! (...) E depois, naturalmente [o tableau de bord] tinha subjacente, e isso não se chegou a ver porque entretanto o modelo terminou e isso é que eu tenho imensa pena, a questão da responsabilização e aí me parecia que era efetiva! (...) Eu penso que é a grande questão da nossa administração pública, é a questão da responsabilização das chefias de topo e a mobilização das chefias intermédias... sem isso, não há reformas, nem legislação que possa surtir efeito!... Tudo passará pela responsabilização e as consequências dessa responsabilização!...”*

De resto, a desconfiança sobre a fiabilidade da informação disponibilizada pela contabilidade analítica do HIP foi evidente quando analisada a utilidade percebida deste tipo de informação nos vários níveis de decisão (ver secção 7.2.3.). Como importante é evidenciado, ainda por este entrevistado, a questão do preço dos serviços como fator crítico que induziu a necessidade da mudança do sistema de custeio:

*“A questão de definição de preço... a tentativa da obtenção de um preço mais fidedigno, que traduza efetivamente o que é a produção hospitalar,... ou seja, a atividade hospitalar, é importante para a definição de um modelo de preços futuros. A tal questão da contabilidade analítica, por vezes aplicada de forma muito rudimentar nos hospitais... o novo sistema [de custeio baseado nas atividades] será até um meio dessa contabilidade analítica passar a ser melhor implementada, passarem a ter mais rigor na informação... nesse sentido é ótimo!... Porque, se resultar,... não tenho dúvidas que a contabilidade analítica melhorará e o sistema de custeio também melhorará com isso,... e a formação do preço será mais justa, mais próxima do real... e os hospitais poderão ser mais adequadamente financiados. (...)*

*O GDH, como o próprio nome indica, diz Grupo de Diagnóstico Homogéneo, ou seja, ainda assim é muito agregador. Naturalmente, o ser agregador tem vantagens e desvantagens quando estamos a falar na questão da formação do preço. (...) O ABC ajudará, naturalmente, a ter o custo por doente tratado,... a ter o custo por diária de internamento no formato tradicional,... mas [também] saber qual o doente que foi para aquele tratamento, para aquela atividade, para aquele GDH, para aquela*

*patologia!... Porque apesar de tudo o GDH é agregador, estão lá várias patologias e com graus de complexidade diferentes,... o GDH não mede a complexidade, é uma 'pecha' que tem!..."*

Referindo-se aos preços estipulados para os GDHs, a entrevistada da ACSS, responsável pelo Financiamento e Contratualização, menciona um dos problemas que a contabilidade analítica não consegue resolver, que de resto foi também mencionado por um dos administradores hospitalares do HIP, e que pretende ver resolvido com a mudança para o sistema de custeio baseado nas atividades:

*"O custeio dos GDHs assenta num algoritmo que foi importado dos EUA, adaptado à realidade com base nos custos históricos... Os custos históricos têm os enviesamentos normais de um processo de custeio de sistema de contabilidade analítica tradicional. Em que, por exemplo, (...) eu tenho os médicos imputados ao serviço de medicina e, portanto, tudo o que é custo do médico de medicina vai para o serviço de medicina, mas ele faz, não sei quantos serviços de urgência e não sei quantas consultas, e não sei quantas técnicas... As urgências que ele faz para além das suas horas, que são horas extraordinárias, como foi na urgência, eles fazem a imputação daquilo,... [mas] a imputação dos custos, a cada uma das parcelas, tinha que ser feita por uma abordagem de contabilidade analítica que infelizmente não foi montada em Portugal,... e que corresponde mais ou menos ao custeio por atividades.*

*O que eu faço,... se eu pegar numa contabilidade analítica e tentar esmiuçá-la no sentido da atribuição das cargas de trabalho, a cada uma das áreas,... o que estou a fazer é um custeio por atividades,... não estou a fazer outra coisa!..."*

Esta entrevistada refere, ainda, que o objetivo de conseguir bases sólidas para a fundamentação do *pricing* dos serviços de saúde a contraturalizar, externa e internamente, era o objetivo inicial a cumprir, mas que o sistema de custeio baseado nas atividades irá estimular a realização de *benchmarking* a nível central, identificando exemplos de referência. Desta forma, os próprios hospitais poderão determinar os centros nevrálgicos que precisam de maior atenção e ser alvo de melhoria:

*"Eu acho que essa informação é parte da informação necessária a um benchmarking. Nós temos benchmarkings para a qualidade, para dados clínicos,... nestas componentes de conhecimento dos custos é que não temos!... As pessoas não conseguem fazer passar, verdadeiramente, quanto custam as suas atividades,... portanto, sentem-se muito mal com isso!... O que nós aqui procurávamos era colmatar essa necessidade de informação de custeio, em termos de custeio."*

Esta necessidade de mudança não foi só manifestada pela administração central, mas também já tinha sido sentida pelo próprio HIP; além disso, a opção pelo ABC como sistema

de custeio também já havia sido pensado pelo HIP, como nos revela o membro A do conselho de administração:

*“Nós já tínhamos sido confrontados com as limitações do nosso sistema de contabilidade analítica quando a tutela nos abordou, no sentido de saber, se tínhamos interesse em participar nesse projeto... Logo dissemos que sim,... por um lado... pela necessidade que tínhamos de ter um sistema melhor e por outro lado... pelo facto de a tutela nos apoiar (...). Como sabe... temos constrangimento[s] financeiro[s] e não podemos consultar empresas para nos ajudar a implementar um sistema desse tipo!... Seja como for,... esse sistema ABC é um sistema com dificuldades de implementação, mesmo numa empresa privada!... Considerando o nível em que esta organização está e o tipo de organização,... é uma empreitada muito grande implementar aqui no hospital um sistema desse tipo, mas logo se verá. (...)*

*A escolha por um sistema de custeio baseado nas atividades, não foi apenas por sugestão da tutela, por caso já tínhamos pensado anteriormente no ABC, não tínhamos pensado noutra sistema.”*

Este sentimento foi revigorado pelo responsável do serviço de apoio B:

*“A ideia da mudança partiu da tutela... Contudo, a informação como não era fidedigna, as pessoas, que estão mais ou menos ligadas ao sistema de contabilidade que existia, sentiam falta de informação... Apesar de ter partido de uma proposta da tutela, também foi bem aceite aqui dentro do HIP essa proposta, porque também [o HIP] estava a necessitar dessas informações. Digo-lhe sinceramente que não tenho informação fidedigna e suficiente!...*

*Nós temos agora uma maior necessidade de informação mas não da contabilidade do sistema de custeio. A maior parte da informação é avulsa: quanto é que aquele serviço gasta com o pessoal? Quanto ganha aquele médico? Quanto ganha aquele técnico superior? Quanto é que a urgência gasta em medicamentos? Quais são os medicamentos? (...) Não temos uma informação da relação custo/proveito, isto é, ir ao sistema de custeio, abrir a aplicação e dizer assim: uma urgência custa tanto e só se recebeu tanto... vamos lá perceber porquê!... Ir ao cerne da questão era estabelecer a relação. Os centros de custos estão um pouco moribundos!... Não sou eu só que o digo!... Vá-se lá saber porquê?”*

Para justificar que foi uma escolha assertiva, a responsável pelo Financiamento e Contratualização na ACSS, já depois da divulgação dos primeiros resultados obtidos por alguns dos hospitais que participaram no projeto-piloto, refere:

*“A ACSS neste momento tem resultados em que diz que há GDHs que estão n vezes acima daquilo que é o preço que tem fixado e há GDHs que estão grandemente abaixo!... Ora isto é da maldade do algoritmo que está por trás?!... Não,... é da maldade do sistema do custeio que temos histórico. (...)*

*Eu não preciso dos outros hospitais, se calhar, no país para ter custeio por atividades!... Porque os alemães têm algumas experiências em alguns hospitais, mas não têm em todos,... porque eles fazem a avaliação do*

*sistema por atividades em alguns hospitais, exatamente para determinarem com maior rigor os custos em determinadas áreas. Se quiser, é isso que eu gostava de ter no final de tudo isto!...*

*No início nós pedimos a cada região, que nos identificassem 5 hospitais... depois verificamos que alguns aderiram, outros não... Acho que não conseguiram perceber bem o processo,... os nossos sistemas de informação nos hospitais não estão aptos, como os sistemas das empresas nos EUA, para se fazer com facilidade este tipo de coisas, e isto dá muito trabalho!... No momento em que estamos, simultaneamente, a pedir que diminuam os recursos humanos... Eu penso que o país perde uma grande oportunidade, se 'deixar ir por água abaixo' este projeto, e perde mais uma oportunidade de conhecer com realismo aquilo que acontece.*

*Este projeto, do meu ponto de vista, além de servir estas duas componentes, que é a clarificação e a formação de melhores preços, em termos nacionais, mas também o melhor conhecimento das linhas de produção para o decisor, ao nível dos hospitais,.. acresce aqui,... enfim,... uma outra questão que é fundamental,... ele empurra necessariamente as instituições para terem melhores sistemas de informação, (...) e para caminharem no sentido da existência de Balanced Scorecard e... portanto, eu queria [cumprir] no final dois objetivos: um era para os hospitais e outro em termos nacionais!...O meu objetivo era fechar isto com o empurrar os hospitais para virem a ter melhor informação, e para virem a ter o seu Balanced Scorecard, inclusivamente já havia licenças disponíveis na ACSS para experimentarmos e para as coisas funcionarem como devia ser!..."*

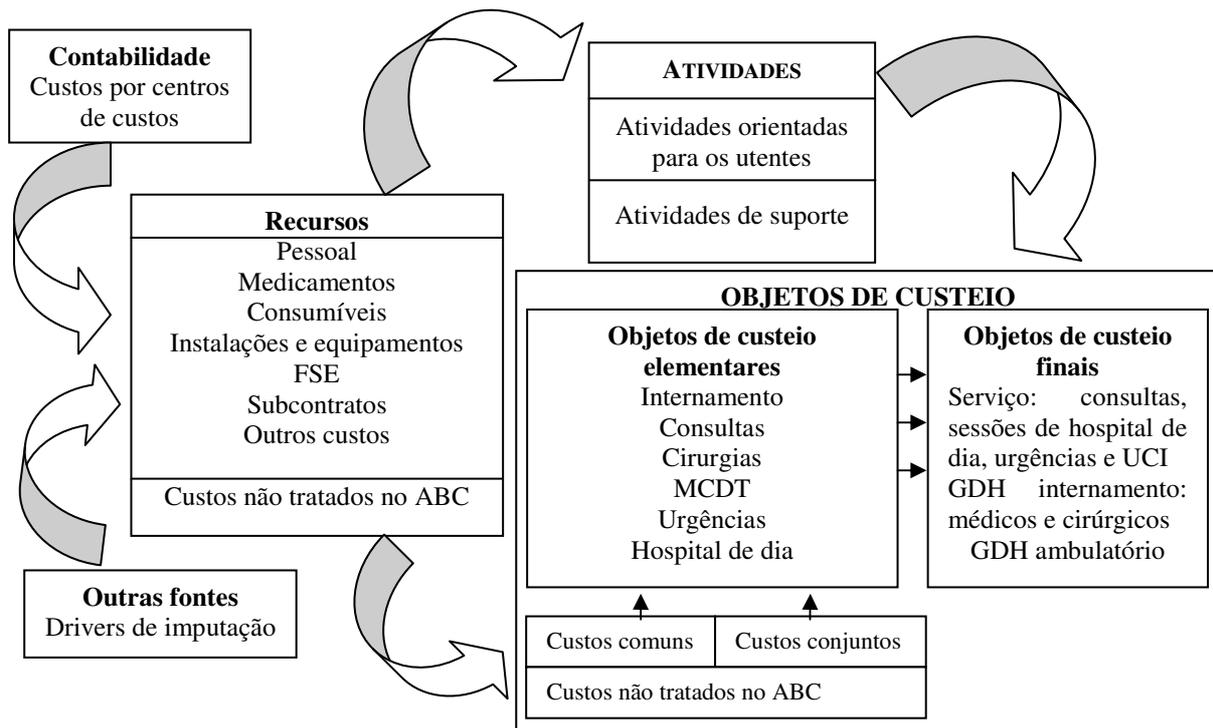
### **7.3.2. Caracterização do SCAH**

O modelo conceptual do SCAH (Figura 12) teve como origem um sistema concebido em 1997 para um hospital público português, pela mesma empresa de consultoria que viria a desenvolver o ABC ara os hospitais públicos em 2007.

Esta experiência pioneira de aplicação do ABC num hospital público explica o facto de já haver um dicionário de partida das atividades, quando se iniciou o projeto. Contudo, isso não impediu que cada hospital fizesse a revisão do dicionário existente e propusesse novas atividades de acordo com a sua realidade em concreto. Para isso foi necessário, com a colaboração dos serviços do hospital, averiguar: (1) Quais as atividades realizadas para a prestação do serviço?, (2) Quais os recursos necessários para as realizar?, (3) Quais as unidades adequadas à medição do desempenho de cada atividade?, (4) Que produtos ou serviços utilizam aquelas atividades? e (5) Qual a importância dessas atividades (numa relação de causa/efeito) para o serviço/produto?

Podemos observar na Figura 12, que a fonte de informação dos recursos consumidos é a contabilidade (repartindo os recursos pelos centros de custos), sendo que os *cost drivers* são definidos a partir de outras fontes de informação. O princípio de base é perceber como o recurso é consumido.

Figura 12 – Modelo conceptual do SCAH



Fonte: Construção própria<sup>69</sup>

No projeto SCAH, existem recursos que são associados diretamente aos objetos de custeio (como o consumo de medicamentos – ver exemplo do Anexo 20) e recursos que são associados às atividades e ainda outros recursos (custos comuns e outros) que não são assumidos diretamente por um objeto de custeio, nem por uma atividade específica – sendo designados, no HIP, como outros custos de exceção. Os recursos são distribuídos pelas atividades e pelos objetos de custeio utilizando *cost drivers* de recursos (*resource cost drivers*) e *cost drivers* de atividades (*activity cost drivers*). As atividades foram identificadas em dois grupos: atividades de prestação de cuidados de saúde (orientadas para os utentes – relacionadas diretamente com a prestação do serviço em si, desde a receção do utente) e atividades de suporte (como por exemplo, as atividades dos serviços financeiros).

Relativamente aos objetos de custeio, foram considerados os objetos de custeio elementares que poderão ser agregados em outros objetos de custeio mais latos, designados por objetos de custeio final. Por exemplo, o objeto de custeio final GDH de internamento 229 – Procedimentos na mão ou no punho, exceto grandes procedimentos articulares – inclui

<sup>69</sup> Adaptado da apresentação do projeto SCAH pela consultora, em reunião ocorrida em 27 de setembro de 2007, conjugado com informações recolhidas nas entrevistas e a apresentação dos primeiros resultados do HIP, do Hospital de Santa Marta e do Hospital de Santo André, em reunião realizada em 12 de setembro de 2008.

objetos de custeio elementares do bloco (operações no sistema osteomuscular e operações no tegumento) e objetos de custeio final de internamento (ortopedia e pediatria). Por sua vez, o objeto de custeio elementar do procedimento cirúrgico no sistema osteomuscular consome recursos (medicamentos, amortizações e material de consumo clínico), bem como as atividades principais do bloco, de farmácia, de suporte ao bloco e de suporte ao hospital e outros gastos comuns.

Os indutores de custo dos recursos fundamentam-se na forma como é feito o consumo desses recursos na prestação do serviço: tempo de execução, equipas afetadas, e outros. As atividades são, por sua vez, alocadas aos objetos de custeio elementares pelos respectivos níveis de utilização segundo unidades de medida dessas atividades (*activity cost drivers*), como por exemplo: dias de internamento, duração de um exame, doentes tratados ou refeições servidas. Os outros custos de exceção são: custos comuns (distribuídos por todos os objetos de custeio, sem que haja uma relação de causa e efeito, com base no seu peso relativo), custos conjuntos (comuns apenas a um pequeno conjunto de produtos e serviços, também sem qualquer relação de causa e efeito) e custos não tratados no ABC. Finalmente, os custos dos objetos de custeio elementares são distribuídos pelos objetos de custeio finais. Ao longo de toda esta cadeia (recursos, atividades, objetos de custeio elementares e objetos de custeio finais) são apurados os custos totais e custos unitários.

As atividades neste projeto SCAH foram estruturadas de acordo com processos tipo que já se encontravam identificados nos hospitais, de uma forma uniformizada, e, por sua vez, constituem objetos de custeio elementar: urgências (por especialidade – emergentes, não prioritários e serviço de observações), consultas externas (por especialidade – primeiras consultas e consultas subsequentes), internamento (por serviço), cirurgias (programadas, de urgência e de ambulatório – por procedimento cirúrgico), hospital de dia (por sessão/por ato médico) e MCDT (por exame). O responsável pelo serviço de apoio B, na última entrevista realizada, relativamente à forma como foram identificadas as atividades e como se chegou a uma uniformização, refere:

*“As atividades foram definidas pela consultora com base no primeiro projeto que foi desenvolvido para o famoso Hospital do Barreiro, depois as atividades estiveram em... em análise crítica pelos grupos de trabalho em cada hospital do projeto-piloto, tendo culminado numa lista comum de atividades para todos os hospitais. Nos grupos de trabalho, os enfermeiros, primeiro, queriam detalhar o máximo depois quando era necessário discriminar as horas homem para cada uma das atividades... como não conseguiam, foram restringindo as atividades às mais importantes.”*

Já anteriormente este entrevistado tinha explicado a razão de se ter chegado a um consenso sobre as atividades e a estrutura conceptual do SCAH:

*“Essa estrutura funcionou de base para que os resultados fossem comparáveis e depois adaptada a cada hospital conforme as suas realidades,... realidade de sistemas de informação e realidade de estudos específicos que os hospitais fizeram. Por exemplo, houve hospitais que conseguiram para quase todos os procedimentos cirúrgicos um índice de esforço. (...) Aqui no HIP, as atividades foram divididas pelas equipas de trabalho e de acompanhamento que tiveram uma intervenção muito ativa na análise. (...) Todos os hospitais analisaram os projetos de custeio e fizeram ajustamentos. (...)*

*Agora, podemos chamar a isto um sistema por atividades, mas nem sequer está a ser implementado como um tradicional sistema de custeio por atividades porque nem todos os custos estão a passar pelas atividades. Temos muitos custos que vão diretamente aos objetos de custeio!...”*

Neste método do ABC, todos os custos, quer sejam industriais ou não industriais, são assumidos como recursos a serem alocados. Já no sistema implementado, de contabilidade analítica dos hospitais (de acordo com o PCAH), todos os custos são assumidos como custo dos produtos e serviços de prestação de cuidados de saúde. A manutenção deste método de distribuição dos custos totais (*Fully Distributed Cost – FDC*) permite a coincidência total entre os custos da contabilidade financeira e os custos do sistema de custeio.

Borges *et al.* (2010: 149) acrescentam ainda que, neste projeto, a capacidade excedentária e não utilizada não foi explicitamente tratada, bem como o custo associado ao serviço público. Estas duas questões fazem com que os hospitais que têm capacidade excedentária tenham um custo associado às atividades e, conseqüentemente, aos produtos e serviços superiores aos hospitais que não revelam esse excesso de capacidade.

### **7.3.3. O processo de mudança**

O projeto SCAH, por iniciativa da ACSS, teve como parceira uma consultora que já tinha tido uma experiência anterior de desenvolvimento e aplicação do método ABC num hospital português, como referido anteriormente. Para a ACSS, nesta primeira fase, era importante implementar e testar experimentalmente o novo modelo de cálculo de custos ABC num pequeno número de hospitais públicos, mas com características o mais diversificadas possível, e representativas de todas as patologias e GDHs. Optou-se pela seleção de cinco hospitais os quais foram convidados a entrar no projeto-piloto e solicitada a colaboração de cada uma das cinco ARS. A escolha final recaiu sobre as seguintes entidades: Hospital de Santo António, EPE (ARS Norte), Hospital Infante D. Pedro, EPE (ARS Centro), Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Hospital de Santa Marta (ARS Lisboa e Vale do Tejo),

Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE – Hospital José Joaquim Fernandes – Beja (ARS Alentejo) e Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio – Portimão (ARS Algarve). Adicionalmente, paralelamente ao projeto, também participou de forma autónoma o Hospital do Divino Espírito Santo (Ponta Delgada) onde foi implementado o mesmo sistema, mas sem financiamento da ACSS.

Na sessão de apresentação do projeto no HIP, a 29 de Maio de 2007, foram mencionadas como características relevantes de seleção dos hospitais para a sua inclusão no projeto: (1) ter uma equipa de gestão inovadora e aberta à mudança; (2) haver pelo menos dois profissionais dedicados ao projeto; (3) conseguir a colaboração de outros profissionais na validação do modelo, na recolha de informação e na análise de resultados; (4) ter a informação contabilística de acordo com o POCMS e centros de custo por serviço; bem como, (5) ter determinados sistemas de informação disponíveis. Estes sistemas de informação são os seguintes: gestão de doentes, classificação de GDHs, contabilidade, gestão de pessoal, gestão de *stocks*, classificação de doentes, farmácia, gestão de laboratórios e gestão de MCDT. Desta listagem de sistemas de referência, o HIP só não dispunha do sistema de classificação de doentes, que não foi considerado como uma condição obrigatória, mas apenas preferencial. O entrevistado B do departamento financeiro da ARSC confirma:

*“Foi uma iniciativa que partiu da ACSS, e porque as ARS estão fortemente envolvidas no processo de contratualização que é feita a nível regional, naturalmente que envolveu todas as ARS para a escolha dos hospitais-piloto.*

*Coube a cada uma das ARS sugerir qual o hospital da sua área regional de saúde que poderia arrancar para esse projeto. (...) O nosso papel foi essencialmente na escolha do hospital-piloto da região centro!... (...) A nossa escolha recaiu sobre o HIP porque sabíamos que tínhamos todo o tipo de aplicações fornecidas pela ACSS, bem como uns serviços financeiros que sempre trabalharam bem, sempre cuidaram bem da informação,... portanto, sabíamos que a informação contabilisticamente era bem tratada e feita com bastante rigor em termos de contabilidade geral... (...) e sabendo que a analítica, dentro das limitações que existiam, também procurava fazer um bom trabalho e cumprir com o plano de contabilidade analítica dos hospitais... entendemos ser o hospital ideal para esse fim. (...) Isso seria facilitador para o hospital e para as equipas de trabalho harmonizarem a informação.*

*Nós sugerimos... (...) mas houve logo uma aceitação e uma vontade forte que se traduziu na formação de uma equipa, jovem, dinâmica, trabalhadora e a mobilização interna dos médicos e pessoal adjacente, foi muito importante para que este processo pudesse avançar!... A própria consultora fez sessões de sensibilização, em cada uma das instituições como processo de motivação. (...)*

*Não correu mal a nossa escolha... mas o mérito foi todo deles!... (...). Sei que a equipa de Aveiro foi muito empenhada, muito interessada, muito esforçada e isso deixa-nos satisfeitos. Foi um hospital que muito contribuiu para o sucesso do projeto-piloto.”*

O processo de implementação do projeto SCAH, inicialmente previsto para ter uma duração de sete meses (com exceção do Hospital de Santo António, EPE, devido à sua dimensão), decorreu em cinco fases (Borges *et al.*, 2010 e apresentação do ABC no HIP pela consultora, em maio de 2007 – ver Apêndice B):

▪ Fase 0 – Planeamento e formação da equipa de projeto – com os objetivos de preparar a realização do projeto, dar formação à equipa de projeto e, principalmente, envolver a equipa de projeto do hospital na implementação para que ficasse responsável e garantisse no futuro a gestão e manutenção do SCAH. Nesta fase, a formação consistiu na apresentação do desenho do projeto, conceitos gerais de ABC, apresentação de casos práticos com interação, parametrização do sistema e gestão do projeto. As ações de formação foram estruturadas não só para as equipas de projeto, mas também para a ACSS, as ARS e também os hospitais. Ao longo de todo o processo de implementação, as ações de formação eram complementadas pelo apoio prestado regularmente (por telefone, e-mail e presencialmente) pela consultora às equipas de projeto (formação *on the job*), nomeadamente, sobre a realização de estudos específicos e a recolha de informação. No HIP, foi de extrema importância a apresentação do projeto extensiva a todos os diretores de serviço e enfermeiros-chefes, como uma ação de sensibilização do projeto.

▪ Fase 1 – Ajustar o modelo – identificando as diferenças entre o modelo inicialmente proposto e a realidade operacional do hospital, para que se fizessem os necessários e possíveis ajustamentos: ao dicionário de atividades, à lista dos objetos de custeio, à estrutura de recursos, aos drivers de recursos, aos *drivers* de atividades, às fontes de informação de *drivers*.

▪ Fase 2 – Recolha e tratamento de informação – com os objetivos de dar formação complementar à equipa do hospital para levantamento e tratamento da informação. A consultora conjuntamente com a equipa do hospital preparou e apoiou a recolha de informação, criou e distribuiu documentação de suporte à gestão de projeto (entre outra, sobre estratégia de gestão, mecanismos de controlo de documentação e responsabilidades das equipas) bem como, tratou e validou a informação nos três módulos que compõem o modelo. Esta fase só foi possível com o *know-how* dos profissionais de saúde dos vários serviços do hospital que procederam à descrição da sequência de atividades que realizavam para cada tipo

de ato médico e à recolha de horas e de índices de esforço de procedimentos cirúrgicos ou exames de diagnóstico (tempo de execução de determinadas atividades e os recursos humanos necessários para a sua realização).

▪ Fase 3 – Implementação da solução (ABC e *reporting*) – em que foi dada formação aos utilizadores nas aplicações de suporte, parametrizados os três módulos do sistema, e apurados e validados os resultados de um ano.

▪ Fase 4 – Interpretação e comunicação de resultados – divulgação dos resultados obtidos no hospital aos vários serviços, os quais depois de aceites integraram a base de dados nacional com o objetivo de permitir a nível central (ACSS) a análise comparativa dos resultados apurados por cada instituição.

O processo de implementação nos hospitais prolongou-se para além dos sete meses em todos os hospitais-piloto (apêndice B). O HIP, cujo processo de implementação estava previsto decorrer de maio de 2007 a janeiro de 2008, começou a implementação na data prevista mas terminou a validação dos resultados em setembro de 2008, não tendo efetuado a divulgação dos resultados internamente. Foi o primeiro hospital a obter resultados.

Para este projeto, havia um Comité de Coordenação Global, composto por representantes da ACSS, das ARS, da consultora, dois membros de cada um dos conselhos de administração dos hospitais e professores universitários especialistas na área. De acordo com o entrevistado da empresa consultora:

*“O Comité de Coordenação Global tinha como funções garantir o bom funcionamento de todo o projeto, acautelar a comparabilidade dos resultados, assegurar reuniões esporádicas entre os representantes das várias entidades participantes para promover a troca de experiências e aprendizagens no decurso do processo de implementação nos vários hospitais e pressionar para o cumprimento dos prazos, tudo isto com o objetivo último de levar o projeto a ‘bom porto’.”*

Em cada um dos hospitais participantes foi definida, para o projeto, uma estrutura com quatro níveis: Comité de Acompanhamento, Gestão de Projeto e Equipa de Projeto (subdividida entre Equipa Principal e uma Equipa de Acompanhamento). No HIP, foi estabelecido, também, um Comité de Coordenação Global – composto por um *partner* e um *senior manager* da consultora, o presidente do conselho de administração do HIP e a diretora clínica; para além destas comissões – existia, ainda, um comité de controlo de qualidade – função exercida pelo mesmo *partner* da consultora. As restantes equipas já previstas para cada um dos hospitais, no caso do HIP, tinham uma composição caracterizada por:

- Comité de Acompanhamento – formado pelo comité de coordenação global;

- Gestão do Projeto – composta pelo *senior manager* da consultora e o técnico superior A do HIP;
- Equipa de Projeto:

- Equipa Principal: composta por um *senior consultant* da consultora (100% de dedicação), o técnico superior A, um técnico superior (ambos com 75% de dedicação), um administrador hospitalar (25% de dedicação) e, ainda, um técnico superior (com dedicação a 50%) do HIP.

- Equipa de Acompanhamento: composta por dois médicos, a enfermeira diretora, um enfermeiro-chefe, um gestor de área e dois técnicos superiores. Esta equipa tinha como responsabilidades: participar em reuniões de trabalho em que fosse necessário o seu conhecimento do negócio; comunicar à equipa principal todas as preocupações relacionadas com o projeto; apoiar a equipa na revisão do dicionário de atividades; apoiar a equipa na revisão da lista de objetos de custeio; apoiar a realização de estudos específicos e colaborar na análise de resultados do apuramento do modelo.

Vários foram os constrangimentos verificados no processo de implementação que justificaram a derrapagem dos prazos previamente definidos para a conclusão das diversas fases do processo de implementação. Ao longo das entrevistas realizadas, a investigadora efetuou um levantamento dos pontos fracos e pontos fortes detetados relativamente ao modo como se realizou o processo de implementação.

Foram identificados como fatores críticos de sucesso no processo de implementação (Consultora, reunião de 29 de maio de 2007): o envolvimento dos profissionais de saúde com conhecimento profundo da atividade assistencial; cumprimento dos prazos estipulados; disponibilidade da equipa de acompanhamento para apoiar a equipa principal; disponibilidade dos sistemas de informação; controlo e gestão adequados do projeto pela equipa principal e pelo gestor do projeto do hospital; capacidade de antecipação de riscos e de identificação de medidas corretivas; comunicação apropriada sobre o andamento do projeto à comunidade hospitalar; e capacidade de validação dos resultados pelos vários serviços/áreas assistenciais.

Durante o processo de implementação a consultora detetou (Consultora, reunião de 27 de setembro de 2007), como pontos fracos do processo de implementação do projeto, os seguintes aspetos: a falta de informação consolidada, fiável e em suporte aplicacional (o que levou à realização de mais estudos específicos do que os inicialmente previstos); sistemas de informação desatualizados face às Portarias em vigor (o que levou à existência de códigos

fictícios); e falta de procedimentos uniformizados, entre os serviços do mesmo hospital e entre os hospitais (envolvidos no projeto), revelados por lançamentos contabilísticos pouco rigorosos em algumas contas.

Mais tarde, são enumerados como aspetos a melhorar no processo (Consultora, reunião de 3 de abril de 2008): a falta de disponibilidade das equipas para o projeto, relegando-o para segundo plano; a falta de qualidade e a dispersão da informação no hospital; o fraco envolvimento da comunidade hospitalar; a demora na recolha de informação e na obtenção de elementos resultantes dos estudos específicos; a necessidade de alterações no custeio associada à instabilidade do modelo e ao seu fraco nível de detalhe; o incumprimento dos prazos e a falta de documentação do projeto. Porém, foram realçados nesta apresentação (Consultora, reunião de 3 de abril de 2008), como pontos fortes: o envolvimento e compromisso da equipa de projeto do hospital; o apoio e a partilha de conhecimento entre as equipas dos vários hospitais-piloto; o perfeito conhecimento técnico sobre os conceitos base e metodologia de implementação do modelo de custeio revelado pela equipa de trabalho; o seu crescimento no conhecimento da atividade do hospital e a identificação contínua de oportunidades de melhoria.

O entrevistado da consultora reforçou na entrevista que concedeu alguns dos constrangimentos observados no processo de implementação:

*“Um dos objetivos do projeto nestes moldes de implementação do custeio, desta vez, foi garantir que as equipas dos hospitais ficavam com o know-how para implementar o projeto e manter o projeto no futuro, logo, tinham que ser eles a dar continuidade e a manter as atividades que nós tínhamos dado. Eles seriam os principais atores, nós apenas orientávamos e apoiávamos pontualmente!... Quando estávamos no hospital, íamos com eles às reuniões, e trabalhávamos com eles alguns ficheiros, até eles perceberem como é que se faziam. Quando nós não estávamos presentes, eles tinham que fazer esse trabalho sozinhos,... o que não aconteceu!... (...) E fez com que os prazos que nós estávamos a pedir fossem sempre dilatados.*

*Não havia, nos hospitais, uma equipa completamente dedicada a este projeto. (...) Era um dos fatores críticos que nós colocámos para garantir o desenvolvimento. Isto estava previsto nos contratos. (...)*

*Lançávamos o trabalho e eles não davam continuidade. (...) Se calhar, porque para o hospital [o projeto] ainda não é uma prioridade. (...) Porque o facto de ser um projeto em que o dinheiro não saía do bolso dos hospitais, fez com que houvesse uma maior desresponsabilização!... Fruto dessa constatação foi acrescida uma cláusula nos novos projetos – o hospital só pode receber algum dinheiro quando apresente alguns resultados, o que obriga [as equipas do hospital] a trabalhar com mais afinco [no projeto] e já sentimos algum resultado!...”*

Relativamente aos pontos fortes do processo de implementação, este entrevistado realça principalmente a troca de experiências e o espírito coletivo promovido pelo processo:

*“Foi de realçar o espírito de entreatajuda e interação entre os vários hospitais que entraram no projeto!... Tivemos várias reuniões com os hospitais, trabalharam em conjunto, partilharam experiências, (...) e chegámos à conclusão que os hospitais com problemas idênticos tinham procedimentos completamente diferentes e por vezes opostos. Por exemplo, falando de lançamentos em termos de contabilidade, havia casos que em relação ao mesmo assunto lançavam os dados em contas diferentes, e quando íamos fazer esse tratamento em termos de contabilidade, verificávamos que a nível de tratamento divergiam muito, conforme a interpretação que cada hospital dava ao assunto, [quando] supostamente deviam ter o mesmo tipo de custo. (...) Em termos de procedimentos internos dos hospitais, foi onde sentimos maior divergência, a nível de tratamento e definição de recursos!... Não existe um manual... e quando existe... depende da interpretação que cada um tem!... Devia haver um manual de procedimentos a nível nacional: tenho estas contas na contabilidade, o quê que eu lanço em cada uma; existem estes tratamentos, como é que devem ser lançados; tenho estes tratamentos vão para aquela conta. (...) A ACSS lê as rubricas, de diferentes hospitais da mesma forma. Olha para as rubricas com valores,... agora o quê que está lá dentro... não sabe!... Neste sentido, o sistema de custeio vai ser uma nova ferramenta para fazer essa análise.”*

A representante da ACSS, na entrevista realizada em outubro de 2008, identificou algumas fraquezas do processo de implementação:

*“A complexidade do processo pelas diferentes especificidades dos serviços é o maior obstáculo...”*

*Há um outro obstáculo, mas esse já é conjuntural, que é o atual momento em que vivemos com necessidade de redução de custos do pessoal, leva-nos a ter alguma dificuldade em conseguir uma equipa que possa dedicar-se ao projeto!... (...) Esses são os principais constrangimentos,... digamos... mais gerais... Depois temos outro constrangimento, sempre necessariamente, que é a motivação das próprias pessoas,... nós temos sempre pessoas que veem neste tipo de instrumentos, que são instrumentos que introduzem a transparência e o rigor, (...) como autênticos sistemas ‘Big-brothers’ na sua organização. (...) Mas é um obstáculo que pode ser trabalhado, enquanto os outros dois, eu acho que, são estruturantes! (...) Há ainda mais um obstáculo que, de alguma maneira, também é condicionante, (...) a fragilidade que temos em alguns dos sistemas de informação!... Mas se estamos à espera do sistema ideal, para podermos fazer estas coisas, nós nunca chegaremos lá!...”*

Corroborando a necessidade de promover o projeto no HIP, de envolver as pessoas, para que a mudança se processe com êxito, o membro A do conselho de administração reconhece a dificuldade que sentiu inicialmente, mas acredita que essa promoção deverá ser, ainda, maior depois da implementação concretizada:

*“A minha participação começou pela aceitação da participação no projeto,... depois foi indicar uma pessoa quase em full time para isso e promover reuniões com as chefias todas, tentando explicar qual era a bondade disto, e sensibilizá-las para o conjunto de informações que iria ser solicitado, da necessidade da sua colaboração. (...) É evidente que vou promover posteriormente a utilização da ferramenta. Já há várias pessoas que participaram no processo, pessoas de vários grupos profissionais, médicos inclusivamente, pessoas que podem replicar para os outros o estado do processo de implementação e,... se for necessário, haverá formação adequada!”*

A participação do membro B do conselho de administração no processo de implementação foi pontual, tendo participado nas reuniões do projeto convocadas pela ACSS e incentivado no hospital a equipa de projeto. Na sua opinião é de realçar esforço e mérito do *sponsor* como fundamental para que todo o processo tivesse o sucesso que teve no HIP:

*“O sacrifício do esforço valeu a pena!... (...) Não há dúvida que o nosso sponsor, com altos e baixos, conseguiu a motivação das pessoas na recolha dos elementos, terminar a recolha de informação e seu tratamento... E agora ganhou a “camisola amarela”. Com ele, é difícil que falhe qualquer projeto em que esteja empenhado, é bem coordenado, bem orientado e merece o nosso apoio.*

*Foi esse apoio que eu lhe dei em termos de relatório, de espírito crítico, de falar com a equipa de projeto, (...) e pressionar quem deve dar informações, inclusivamente, exigir, estabelecer prazos, focalizar. Fundamentalmente, nestes projetos, tem que haver um elemento do conselho de administração, e neste sentido... nos últimos tempos... fui eu!...”*

Contudo, este membro do conselho de administração é de opinião que todo o processo foi um pouco penalizado pela falta de sensibilização de alguns serviços para a importância do rigor na recolha de informação que lhe era pedida:

*“É uma lacuna existente, penso que, tirando os serviços, onde houve uma intervenção muito efetiva da parte do nosso sponsor, em termos genéricos, pouco trabalho se tem feito no sentido da sensibilização para o projeto. (...) Neste processo de mudança, nem toda a gente está sensibilizada!...”*

O administrador de área B, que participou na recolha dos dados, reconhecendo que não foi uma atitude generalizada, evidenciou no terreno esta relutância e a pouca receptividade dos profissionais de saúde (principalmente os médicos) em colaborar com o projeto:

*“Não foi assim muito boa... Alguns enfermeiros (...) e enfermeiros-chefes, porque depois nós acabamos mais por fazer a ponte com os enfermeiros porque também têm mais disponibilidade... e às vezes é difícil chegar ao diretor de serviço. Quando foi para fazer a recolha de horas!... (...) Pedir às pessoas para distribuírem o tempo delas, o tempo que demoram a ver o doente,... o tempo que demoram a tratar o doente,... (...); as pessoas não estão minimamente receptivas a fazer esse trabalho!... As pessoas*

*acabaram por fazer o trabalho. Todas as pessoas entregaram, algumas perceberam bem o objetivo deste trabalho, perceberam que era uma média... mas houve outras que disseram: «isto não faz sentido, já viu bem o que nos está a pedir?».*

*E depois saber que vamos lá uma vez e, se tivermos dificuldades, voltar a perguntar, achavam que estávamos a fazer um trabalho para as controlar. Então tentávamos explicar-lhes!... (...) Nesse sentido, acho que... não foi assim muito recetivo... também temos que compreender que há pessoas que não estão minimamente orientadas para este tipo de tarefas (...) Toda a gente entregou, mas há pessoas que depois não entendem o objetivo do trabalho. (...) Ouvíamos: «Vocês andam aí com estes estudos que não dão em nada!... Vocês andam a perder tempo!...». (...)*

*Porque ao fazer a recolha de horas... digo-lhe já... que eu tenho a noção que enquanto houve serviços que de facto tiveram a preocupação em distribuir as horas,... como é que eu gasto as minhas 40 horas por semana... por atividades... eu acredito que houve pessoas que estiveram a ler o dicionário e a ver onde é que encaixavam... porque houve pessoas que até vieram perguntar algumas atividades que não viam lá!... Eu tenho a certeza que houve serviços que distribuíram aquilo um bocadinho “ad-hoc”!... (...) Na parte de recolha de horas havia muita subjetividade... depois toda a recolha de horas de médicos foi feita pelos gestores de área um bocadinho com base nos horários, porque os médicos... não quiseram estar minimamente ocupados em distribuir as horas... aí houve muita subjetividade!...”*

A enfermeira-chefe E mostrou-se um pouco relutante em falar do assunto e revela uma certa frustração:

*“No processo de mudança o meu envolvimento limitou-se ao preenchimento de um ficheiro que me foi solicitado e até hoje ainda não recebi qualquer informação... Apenas, atribuí o tempo médio a cada profissional pelas várias tarefas que lhes eram pedidas no serviço.”*

Relativamente à participação da enfermeira-chefe G, esta não só recolheu os tempos despendidos nas diversas tarefas como analisou as atividades incluídas no seu serviço e procedeu à sua retificação:

*“Estive a ver as atividades e depois revi, com mais duas pessoas... Reformulámos algumas atividades e acrescentámos outras. Na altura em que foi feito o trabalho, o serviço não estava com muitos utentes... fui eu e mais duas colegas que fizemos as médias!... A partir do momento em que a equipa soube que estávamos a fazer esse trabalho, claro que nos davam essa informação, até em género de brincadeira e conseguimos fazer!... As pessoas ficaram curiosas por saber os resultados porque, no dia-a-dia, levávamos isso como se fosse um exercício que nos ia dar alguma informação e deu resultado... Na parte médica tive a colaboração da diretora e dos auxiliares, que obtiveram essa informação, mas correu bem!”*

O diretor de serviço C foi perentório ao considerar que o processo de mudança poderia estar enviesado à partida, apesar de não encontrar uma forma mais adequada de proceder à mudança, pois:

*“As pessoas que foram contactadas a fazer parte das equipas de projeto foram escolhidas de acordo com a sua capacidade de empenho no projeto, já estavam predispostas para os custos e interessadas em saber, ou seja, foram escolhidos os melhores acessos... Este revela-se, para mim, um ótimo ponto de partida, mas posteriormente deveria ser incentivado este sentimento aos restantes serviços do hospital!...”*

Também o diretor de serviço A esclarece:

*“Por muita vontade que tenham que os médicos participem, não nos dão informações para participar!... (...) É preciso que as pessoas percebam o que se pretende... só quando perceberem e tiverem a informação que precisam é que poderão participar na organização!... (...) Só se consegue cativar as pessoas se elas participarem nas coisas!... Os diretores de serviço não validam os dados... os dados estatísticos que o hospital apresenta não são validados pelos diretores de serviço... a informação não passa por eles, não é?!... É complicado (com este) historial pôr os médicos a participar nisto. (...)*

*“Talvez por uma exigência!... (...) Se o sistema não der nada... é muito difícil pôr as pessoas a participar se elas não tiverem nenhum proveito com isso, e o proveito não é monetário, está a perceber?... É... ou em condições de trabalho, ou em acessibilidade à informação!... Nós não conseguimos por as pessoas ‘a seco’ a fazer isto só porque agora é obrigatório... fazem, mas fazem sempre contrariadas e... depois começa a ter muitos erros [a informação]...”*

Porém, o diretor de serviço B, na segunda entrevista realizada em outubro de 2008, apesar das dificuldades com que se confrontou para cumprir o que lhe foi pedido, não só realçou a importância de terem pedido a colaboração dos profissionais como acredita ser um fator crítico para o sucesso do processo de implementação do SCAH, pois só com esta colaboração foi possível proceder a ajustamentos nas atividades previamente estipuladas e na metodologia de recolha de dados:

*“A nossa intervenção enquanto serviço é fundamental!... Só nós é que conhecemos os trâmites!... Não ponha as consultoras sozinhas a fazer isso!... Todas as empresas são diferentes, têm que ter ideias... Os serviços de saúde são muito específicos, não é nenhum método que opere de um lado e saia tudo de outro. (...) Os processos são complexos e influenciam todo o processo de custeio!... É sempre difícil de fazer, mas tem que se contar com os tempos médios... (...) Qual é a média de tempo que demora fazer 300 análises,... quanto pessoal é preciso,... quanto é que se gasta em reagentes,... depois há o custo da tarde, o custo da noite, o custo dos casos com urgência e sem ela. Os preços são diferentes... (...) De maneira que a nossa participação é absolutamente necessária!... Os serviços internos do hospital, os funcionários do hospital estão perfeitamente de acordo quanto aos objetivos e ao interesse*

*do produto final do SCAH. (...) A metodologia a utilizar, não estava correta de início e teve que ser adaptada, aquilo que nos era solicitado não estava de acordo com as necessidades. Mas adaptou-se e foi aceite, estávamos plenamente de acordo já há bastante tempo relativamente a este processo de implementação de um sistema de custeio. (...) Infelizmente, eu ainda não vi o produto final!... Nós fornecemos os dados e... mais nada!...”*

Mais uma vez, se denota uma ponta de frustração dos profissionais que colaboraram no projeto de não lhes ter sido apresentado os resultados do SCAH.

O responsável pelo serviço de apoio B, relativamente ao processo de implementação no que concerne à forma e às discrepâncias entre a programação inicial e a realização de todo o processo, enumera mais constrangimentos, tendo realçado um fator positivo importante:

*“Foi feito, primeiro, uma reunião com todos os diretores de serviço e os enfermeiros-chefes. Só que, como projeto-piloto que foi... teve um erro,... passou muito tempo desde a primeira reunião até que as pessoas fossem chamadas. Foi um ano e oito meses, e por isso caiu no esquecimento!... (...)”*

*Outra barreira foi a total ausência de colaboração da ARS. A ARS nunca deu qualquer tipo de colaboração e tem grande conhecimento dos hospitais,... havia muitos estudos específicos que tinham sido feitos para as portarias e passaram pela ARS.... Muito know-how deles podia ter sido passado para o lado de cá, os estudos específicos que foram feitos para a imagiologia e para a patologia... ‘ninguém vai inventar a roda’!... (...)”*

*Para mim, o sistema foi mal montado!... (...) Tendo em conta os sistemas de informação que também são uma limitação e os recursos que os hospitais tinham afetos ao projeto,... isto devia ter sido aplicado por serviços. Cada ano seria um serviço... A ACSS pretendia a visão de um todo... compreendo isso,... mas não concordo... e a prova é que só dois hospitais apresentaram resultados até agora!... E vamos ver dos seis hospitais quantos apresentam... eu aposto em quatro!... Há dois que nunca vão apresentar. Estes segundos hospitais-piloto já viram muitos destes constrangimentos reduzidos!... De qualquer das formas os sistemas de informação são muito fracos. A falta de recursos humanos é um constrangimento nosso, porque nunca houve duas pessoas a 75%, quanto mais a 100%!... (...)”*

*Quanto às forças, houve muita dedicação da equipa de trabalho, houve muita dedicação de muitos profissionais, nomeadamente no setor de apoio clínico, tal como na terapia, serviço de sangue, bloco operatório, todos os serviços onde foram feitos estudos específicos... Houve um grande envolvimento até dos próprios diretores dos serviços, dos médicos, dos enfermeiros-chefes, dos técnicos... houve mesmo muito apoio!...”*

#### **7.3.4. Potencialidades e limitações do SCAH**

Depois de discutirmos o processo de mudança, em que foram elencados os pontos fortes e pontos fracos do processo em si, passamos a evidenciar as potencialidades e as limitações que os intervenientes no processo de mudança referiram em relação ao SCAH. Esta descrição é feita unicamente com base nas entrevistas realizadas e a três níveis: partindo do

nível da administração central – a ACSS e a empresa consultora; passando pelo nível da administração central – ARSC; e ao nível do próprio hospital, através da auscultação de todos os níveis de decisão.

Assim, relativamente às potencialidades do SCAH, a representante da ACSS, na entrevista realizada em outubro de 2008, identificou:

*“Do ponto de vista do sistema de saúde, na sua globalidade, para os decisores e para a política, o sistema (...) é potenciador de uma maior transparência,... de uma maior responsabilização,... de um maior rigor,... também é potenciador e impulsionador da contratualização interna porque vem olhar para as coisas e obriga as pessoas a refletir sobre isso... (...) e é também uma mais-valia para a transparência no processo de formação de preços!... Porque,... a formação de preços é vista, muitas vezes pelo prestador, como uma ‘caixa negra’,... onde ele não percebe porque é que se paga 50 e não se paga 150, não é?!... E o processo do custeio por atividades introduz essa transparência!... Mostra-nos o que há de bom e o que há de mau...”*

*Porque, também... quando se comparam dois hospitais na mesma linha de produção, nós encontramos que a maior parte das diferenças são de práticas clínicas. E essas são depois um outro problema,... como é que nós temos duas práticas em que uma é indutora de um acréscimo significativo no custo? Como é que trabalhamos isto com os prestadores?... Ao identificar isso, já é ótimo, e ao verificá-lo, já temos hipóteses de discutir, e da discussão pode sair uma maior normalização, dando alguns contributos para a melhoria da prática clínica.”*

Esta dúvida sobre o processo de construção da tabela de preços dos serviços de saúde foi confirmada com alguma frequência pelos profissionais de saúde. O diretor de serviço B demonstrou mesmo alguma indignação:

*“Mas são os profissionais que lá vão a Lisboa, ao Ministério, à ACSS, dizer quanto é que custa aquele exame de cardiologia, oftalmologia, etc.?... Com base em quê é que tem sido feito isso? (...) Antes deste processo nunca houve nada... Como é que existem tabelas sem se ter feito um trabalho sério de custeio hospitalar?!... Portanto, aquilo pode estar muito certo ou muito errado. Mas ainda bem que fizeram todo este processo de levantamento de custos!...”*

As vantagens do SCAH decorrem do próprio modelo teórico do ABC, como refere o entrevistado da consultora:

*“O ABC é um sistema que está mais orientado para aquilo que é a prática do dia-a-dia da organização. O ABC é um modelo teórico, que na prática é adaptado a cada uma das realidades, o facto de ter uma componente... que são as atividades... permite que a informação que estamos a pedir às pessoas consiga ser melhor interpretada pelas classes de saúde profissionais... Com este sistema de custeio consegue-se ter informação de custos que até agora não era possível, porque a analítica dava a informação de uma forma global,... o ABC permite detalhar de forma mais fina e*

*perceber melhor o que é que compõe cada um dos custos de que estamos a falar. (...) A ACSS vai conseguir perceber em termos dos objetos de custeio, o quê que compõe o custo de cada um, porquê que um tem mais custos do que outro. (...) De acordo com a ACSS, a contabilidade analítica de que dispõem está a ficar ultrapassada e não lhes dá informação fiável... Porque cada hospital tem critérios próprios e especificidades próprias que não estão uniformizadas, apesar de terem um plano único para a contabilidade analítica. (...)*

*Há outro fator importante... é que passa a ser uma ferramenta de gestão interna, de modo que o próprio hospital passa a saber quanto custou a atividade que foi realizada. E os próprios serviços dentro do hospital sabem relativamente ao que produzem: quanto é que custa, que impacto é que tem em termos do orçamento do hospital, que receitas é que tem associadas. (...)*

*Depois tem outro fator adicional que é o facto de ser uma ferramenta com muito potencial em termos de administração e de gestão do hospital, até para avaliação de desempenho, tem muito potencial de crescimento em termos de informação... Não fazemos agora mas podemos,... por exemplo, no futuro vir a fazer comparações entre o que é produzido e a capacidade instalada. Eu posso vir a analisar as perdas em áreas que eu podia ser mais produtivo, por exemplo, ver como é que posso rentabilizar os recursos que tenho afetos a determinados serviços, que posso ter a funcionar mais duas ou três horas por dia!...”*

O membro B do conselho de administração identifica como principal vantagem do SCAH:

*“... Permitir uma diferenciação e um fio muito mais fino relativamente aos custos, mais apurado do que os sistemas tradicionais. Por isso, acredito neste sistema, ou noutro que seja mais novo e lhe dê uma estrutura diferente do tradicional!...”*

A colaboradora do serviço de apoio B, que participou no processo de recolha de informação em diversos serviços, solicitando as informações e dando explicações sobre o conteúdo dos formulários que deveriam ser preenchidos, menciona:

*“Uma das vantagens que tenho ouvido, dos profissionais de saúde, em relação ao SCAH, é que tem uma linguagem mais próxima do clínico... relativamente às atividades, eles percebiam melhor do que nós, porque era muito clínico, estava mais próximo da sua linguagem. (...) Era completamente diferente da analítica que não ia diretamente de encontro à informação que eles compreendiam. Quando veem aquela atividade... os profissionais de saúde sabem do que se trata, até porque foram eles que ajudaram a criar aquelas atividades!...”*

O administrador de área A descreve a grande vantagem de se obter, através do SCAH, o custo por doente perfeitamente identificado com todo o tipo de serviços que lhe foi efetivamente prestado:

*“Eu digo, sinceramente, acho que o caminho, numa organização como esta, é o caminho do custo por doente, mas não é um doente fictício ou imaginário,... mas sim, com o nome, com número de episódio, com a idade, com o GDH, com memória efetiva,... com data de admissão e alta,... porque é na identificação do doente que devem recair os custos e o SCAH permite essa informação.”*

O responsável pelo serviço de apoio B, numa primeira entrevista realizada em março de 2008, referindo-se à complexidade do modelo e a outros constrangimentos, afirmava:

*“A aplicação da consultora é má. Tive uma grande recetividade da parte dos profissionais de saúde da casa, mas não há uma estrutura montada para este sistema. Se continuar assim, daqui a um ano vamos voltar a falar e está morto o sistema, pois precisa de uma estrutura,... não é uma pessoa sozinha que o pode desenvolver num hospital. (...) Depois temos outras limitações, por exemplo, para termos um bom sistema de custeio e para que sirva como base à gestão, é preciso que não haja limitações estruturais como, por exemplo, não saber quantos exames é que se fizeram lá fora,... quanto custaram,...etc. (...)*

*Resumidamente as fraquezas são: (1º) as do próprio sistema em si; acho que é um sistema pesado para montar em qualquer setor de atividade e que exige muitos recursos; (2º) as do próprio modelo em que o hospital está envolvido, porque não há recursos dedicados 100% à contabilidade de custos e, num sistema e num projeto desta dimensão é uma grande dificuldade (...); (3º) os fracos sistemas de informação que nós temos influenciam muito, e eu próprio, também, determinei alguns pontos fracos que têm mais a ver com o próprio seguimento do projeto em si... Isto é, acho que este modelo nunca poderia ter sido implementado num hospital como um todo, sinceramente,... acho que devia ter sido serviço a serviço; disse-o no início e agora, facto consumado, ainda reforço mais.... Porque seria muito mais fácil obter resultados trimestrais por serviço, e com isso ir mantendo as pessoas mais vivas e mais críticas, com mais vontade de ver o projeto evoluir!*

*E acho que o facto de se ter tentado um “full sistem costing”, tentou-se distribuir cada cêntimo foi mau... Há uma grande dispersão de recursos em muitos serviços e, quanto mais tentamos descascar, discriminar os custos e tentar chegar a todos os serviços, mais difícil é!... Por outro lado, como já se referiu, a nível da consultora, o sistema que eles têm para dar apoio é muito primário, nem eu acho admissível que eles entrem num hospital para implementar um sistema de atividades como esse que ainda é tão primário. (...)*

*A grande vantagem, na minha opinião, não é tanto passar pelas atividades para ir aos objetos de custeio; é, acima de tudo, quando as pessoas decidem implementar o sistema baseado de atividades, significa que vão flexibilizar... e é essa a grande vantagem que tem em face ao sistema das secções homogêneas que é agora utilizado; isto é,... eu tenho que saber exatamente o que é que distingue os vários GDH dentro do mesmo serviço. (...) Este sistema, mais flexível, permite distinguir os custos de um doente dentro de um serviço de uma forma mais correta, porque temos GDH muito caros. (...) E é isso que o sistema nos permite verificar!...”*

Mas, já em novembro do mesmo ano, numa segunda entrevista, o mesmo interveniente realça as potencialidades do sistema e reforça e acrescenta mais constrangimentos por ele detetados:

*“A aplicação da consultora é muito fraca e obriga a um carregamento manual de dados excessivo,... que faz com que o trabalho seja dificultado. Além disso, à partida, é pouco “user-friendly”, isto é para ir melhorando, já tem algumas melhorias, mas está longe de ser prática...”*

*As forças foram, finalmente, eu poder chamar por exemplo o diretor da patologia clínica que acabou de ter um concurso de reagentes e poder ver que estávamos a gastar tanto,... e poder comparar com aquilo que acabara de adjudicar,... ver se estava caro se estava barato,... coisa que até aí, era impossível fazer. Há uma relação que pode ser avaliada... Agora, só falta, ser devidamente utilizada!... Eu acho que este sistema, principalmente (...) mais a nível das secções de apoio clínico, terapêutico, bloco operativo, aí sim, é extremamente importante para comparar quanto custa lá fora, quanto custa internamente e quanto custa se concessionarmos... (...)*

*Outro aspeto, que pode ser importante, é relativamente às áreas subfinanciadas ou não financiadas e poder até negociar os contratos-programa!...”*

O membro B do conselho de administração é igualmente crítico relativamente à ausência de uma transferência automática de dados de um ano para o outro:

*“Um dos problemas que me foram colocados tem a ver com a transferência dos dados de um ano para o outro,... não existe!... O carregamento dos dados tem que ser feito manualmente!... (...) Não posso estar a disponibilizar três ou quatro pessoas para estarem a carregar, naqueles três ou quatro dias, dezenas e dezenas de dados!...”*

Este entrevistado, numa segunda entrevista realizada em novembro de 2008, corroborando com outras opiniões já evidenciadas, acrescentou ainda:

*“O sistema não tem um ambiente muito amigável, a própria estrutura do programa não está compreensível, a abertura dos campos, etc... A informação precisa de ser explicada,... deve haver alguém que perceba os circuitos do sistema e que facilite a análise da informação!... (...) Mesmo sendo um custeio por atividade, a interpretação não é imediata!... (...) Necessita de uma depuração e que se possa extrair a informação que é verdadeiramente útil para cada um dos utilizadores no apoio à decisão. (...) A análise de custos por atividade tem que ter uma análise crítica associada.”*

O administrador de área B evoca também a questão do carregamento manual ser identificado como um constrangimento e acrescenta a sua pouca utilidade pelo facto da informação de base datar de 2006:

*“Mas a própria aplicação que a consultora desenvolveu... é muito rudimentar,... aquilo não tinha nada!...Praticamente tinha que se carregar tudo manualmente,... fazer as ligações todas à mão... aquilo devia ter*

*ficheiros suportados de excel... aquilo foi uma coisa muito pesada!... (...) Para os resultados da aplicação ainda não olhei... mas isto são dados de 2006... eu agora quero fazer uma análise... eu prefiro ir à contabilidade geral, porque ainda não temos a contabilidade analítica de 2008... (...) agora não vou a uma aplicação buscar os dados de 2006!..."*

Depois de ter tido oportunidade de consultar alguns dos resultados obtidos, o administrador de área A também mencionou a informação de base como uma limitação do SCAH (na altura já com dois anos de mora); porém, não vê como obstrução à utilidade da ferramenta no apoio à decisão, pois é passível de ajustamentos:

*"O sistema de custeio por atividades tem um contra no HIP,... que é o facto dos custos de base serem os do ano de 2006... e tem dois problemas: mudou uma portaria a meio do ano de 2006 e outra em princípios de 2007 com implicações em 2006... Portanto, criámos ali dois tipos de agrupamentos de dados: gastos de 2006 e atividades e tempos de 2007 e já de 2008. E, de facto, o ano de 2006 atualmente não é representativo da atividade dos movimentos dos doentes nesta casa!... (...) O trabalho necessário foi de muita minúcia, estar a distribuir a carga horária... tem que haver, volta e meia, um ajustamento, uma validação, uma comparação, uma confrontação, que não há!... Porque nós, pessoalmente, não temos tempo, e necessito da colaboração dos médicos e enfermeiros para isso... e num hospital... a parte financeira não é propriamente a prioridade para os profissionais de saúde!... Aí é que está o problema, deveria ser tão prioritário como as compras. (...) Nos hospitais somos muito rigorosos naquilo que é para fora: as notas de encomenda, a assinatura, a adjudicação, a entrega, etc.,... mas na gestão interna... É uma questão de cultura!... Não há essa cultura nos hospitais!"*

Este administrador refere ainda que o tipo de informação que consta na ferramenta foi negociada com a ACSS e o objetivo que se pretendia de obter uma linguagem mais próxima dos profissionais de saúde não foi alcançado:

*"Muito embora o SCAH tenha querido ir ao encontro da linguagem dos médicos, a informação que obtemos não é a informação que os médicos querem... a informação que está programada foi negociada com a ACSS e vem relatar em função de uma série de diagnósticos ou procedimentos tipificados, que nem sequer têm a ver com a linguagem corrente que os médicos utilizam e nem sequer têm implicações diretas ou mexem diretamente com aquilo que está a ser extraído e é faturado e que faz chegar o dinheiro ao hospital!... Pois, aí é que bate o ponto... porque... há sempre codificação para tudo, e a codificação que é muito boa para quem está a olhar para os dados e quer agregar e chegar a conclusões de custos, proveitos, fazer estimativas, previsões, etc.,... não é a linguagem que os médicos falam. Muito embora já estejamos a aproximarmo-nos também da normalização da linguagem. (...) Isto é um projeto muito à frente, ou demasiado à frente no tempo, mas (...) não é um projeto concebido para um público-alvo de médicos mas sim das administrações."*

O administrador de área B pretendia ver ultrapassada uma das limitações graves do sistema de contabilidade analítica e, por enquanto, não vislumbra uma solução, apesar de o sistema SCAH evidenciar informação necessária para a sua resolução:

*“Os doentes devem estar 24 horas em serviço de urgência, não devem exceder. Mas no período de janeiro e fevereiro, muito complicado, com a entrada de muitos idosos e com a falta de camas que houve no internamento,... (...) foram para lá, cinco dias depois. Durante esse período, (...) porque estiveram internados nas urgências, são gastos da urgência, mas a produção é do internamento!... (...) Este tipo de problemas, não vai ser resolvido agora pelo novo sistema!... Só poderia ser resolvido se houvesse o sistema de transferência interna aqui dentro, mas não há. Ao estar aqui um doente, além das 24 horas, vendiam esse doente para outro departamento ao preço que ele ficou aqui!... São estes pequenos, grandes, problemas que surgem.”*

O entrevistado B do departamento financeiro da ARSC resume os principais pontos de força e fraqueza que deteta no SCAH:

*“As principais forças são o detalhe de informação e uma outra lógica de informação de chegar a um preço mais por patologia que é o mais indicado para se agir em termos de gestão e para se poder definir preços para o financiamento; também a própria implementação, (...) sendo feita com regras facilita o trabalho. (...) Como ponto fraco (...) a dificuldade de implementação, os tais sistemas de informação pouco explorados!... (...) A má utilização dos sistemas de informação, a má qualidade de informação e se é má... o resultado final está distorcido à partida!”*

### **7.3.5. Expectativas quanto à utilização do SCAH**

As entrevistas revelaram um otimismo sobre o potencial papel das informações de custos de referência. As perceções dos intervenientes envolvidos no processo de mudança, relativamente às expectativas quanto à utilização deste sistema de custeio novo, indiciam, na maior parte, um otimismo quanto ao uso da informação sobre custos e uma preocupação em aproveitar ao máximo as potencialidades da ferramenta no apoio à tomada de decisão.

O entrevistado da equipa de consultores observou:

*“O objetivo é alargar [o projeto SCAH] a todos os hospitais. (...) Por isso é que a ACSS pretende, neste momento, validar o tipo de dados, que está a ser produzido nos hospitais-piloto, fazer uma análise mais detalhada do tipo de informação e dados que se podem obter,... estabilizar um deles [o sistema de um dos hospitais do projeto-piloto] e alargar o modelo, para levar aos outros hospitais, quer EPE quer SPA, a todos os do SNS. Assim, seria possível,... não só criar uma base nacional de comparação de preços, mas também perceber que novas formas de construção de preços é que podemos incorporar nos modelos de financiamento.”*

Este entrevistado concretiza melhor esta ideia ao dar um exemplo concreto já detetado nas suas observações nos hospitais do projeto-piloto:

*“Os custos de deslocação de transporte dos doentes, por exemplo, do hospital de Portimão para os doentes virem a Lisboa fazer tratamentos, suponhamos para virem ao Hospital de Santa Marta que é especializado em cardiologia, estes custos de deslocação, na prática, não estão contemplados no financiamento.*

*Agora, em termos do modelo atual, nós comparamos os vários objetos de custeio, de vários hospitais e chegamos à conclusão que há custos superiores para uma mesma consulta ou internamento. Nós verificamos que a mesma consulta sai mais cara nuns hospitais que noutros... o que nós conseguimos perceber é que se trata de uma nova componente de tratamento... (...) a incorporar em termos de financiamento,... criar uma nova linha de financiamento para transporte de doentes para tratamento.”*

Os relatórios internos também poderão constituir ‘sistemas de alerta’ e permitir que o hospital tome ações preventivas que permitam alcançar ou até melhorar os objetivos inicialmente estipulados para o seu desempenho. O membro B do conselho de administração (em maio de 2008) evidenciava as expectativas que sentia em alguns colaboradores do HIP face à ferramenta:

*“Apesar do sistema não estar a ser utilizado ainda, no âmbito dos serviços de suporte à decisão, (...) têm algumas expectativas!... Em alguns diretores de serviços, (...) aqueles que trabalham para os outros, vêm-se criadas determinadas expectativas, para que possam vir a emitir a sua fatura interna. (...) Isso [a informação sobre o custo] vai-lhes trazer aquilo que eles não conseguem transferir - a sensibilidade para o custo com alguns GDH cujos exames ficam caríssimos. (...) Portanto nesses serviços parece-me que já estão muito sensibilizados!... E depois todos os serviços de suporte à decisão veem isto como algo inovador.”*

Este membro do conselho de administração refere ainda a vantagem que teria um sistema destes para o SIADAP (Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública):

*“Estão ainda a elaborar um modelo que os vai avaliar [os elementos dos conselhos de administração] sob o ponto de vista: de objetivos estratégicos, avaliação de desempenho contratual, de execução dos dirigentes... vão avaliar o desempenho do conselho de administração em cada mandato. Isso é um incentivo para a utilização desta ferramenta.”*

Posteriormente, em entrevista realizada em novembro de 2008, este entrevistado demonstrou um entusiasmo maior pelo projeto SCAH, porque já se tinha servido de alguns resultados para o apoio à tomada de decisão em alguns casos concretos, como a negociação de reagentes para as análises clínicas e na contratualização interna de determinadas cirurgias em horário extraordinário. Este membro do conselho de administração pôde verificar o rigor da informação obtida:

*“Para minha surpresa, fiquei a saber que o sistema me consegue indicar com muito rigor e rapidamente, sem eu ter que fazer cálculos adicionais, o custo dos diversos serviços e atividades associadas ao doente,... desde o custo das análises que realizou até ao custo do bloco operatório ou do internamento, e por atividades realizadas em cada um desses fatores... Isto é fabuloso!... Porque posso facilmente avaliar se compensa ou não fazer determinada cirurgia em horário extraordinário, face ao valor que obtenho do respetivo GDH... Eu tinha uma vaga ideia do que iria obter com este sistema de custeio, mas excedeu largamente as minhas expectativas! (...) Isto pressupõe uma continuidade, o sistema morre por si só se não o alimentarmos!... Não há dúvida nenhuma, em minha opinião, que deveria ser criado um núcleo ou associar alguém à contabilidade analítica, não no sentido de duplicação de trabalho, mas que incorporasse a atividade de custeio, alguém que compreendesse os circuitos e pudesse fornecer informação adicional e fizesse propriamente o controlo de gestão. (...)*

*Até então tinha um certo descrédito!... (...) E depois já tínhamos uma contabilidade analítica, que continuava a ser exigida pela administração central... (...) Só no fim, tive consciência de que foi muito pouco o envolvimento que o conselho de administração teve para com o projeto, dada a importância da ferramenta!...”*

O membro C do conselho de administração confirma este sentimento e revela a sua frustração:

*“Foi um repto que penso merecer maior empenho do conselho de administração!... (...) Acaba por ser uma ferramenta fundamental para demonstrar outro tipo de custos, relativamente ao que temos apurado ao longo dos anos, e o ir ao pormenor dos pormenores... não conseguimos tudo, mas é bom!...”*

O administrador de área B, quanto à futura utilização da informação produzida pelo novo sistema de custeio pelos diversos níveis de decisão no HIP, revela algumas reticências mas concorda com o membro B do conselho de administração quanto à necessidade de um gabinete de informação que trabalhe a informação relevante para cada tipo de utilizador:

*“A curto prazo não acredito!... Essa informação vai ser mais útil para o conselho de administração e mais para as chefias intermédias de gestão. Porque ... sinceramente, não estou a ver, um diretor de serviço estar... preocupado com o custo, não quer dizer, que não esteja,... eu até lhe posso dar essa informação e até chegar junto de um diretor de serviço de psiquiatria, que eu considero que é uma pessoa que tem interesse neste tipo de informação e dar-lhe os dados, se for eu a sensibilizá-lo,... agora um diretor de serviço, por si só, não se preocupa!...”*

*Agora... eu acho que o diretor de serviço se preocupava mais se lhe fossem lá levar a informação... é natural que olhasse para aquilo... (...) Se não se preocupam com as consultas e o consumo, vão-se preocupar com os custos? (...)*

*Mas eu acho que é importante enviar a informação... e depois, se calhar também, fazer algum trabalho junto deles para os sensibilizar...”*

O responsável pelo serviço de apoio C concorda com a existência de um gabinete de informação que fornecesse a informação útil para o apoio à gestão, com base nos dados obtidos pelo SCAH:

*“Eu creio, que tudo dependerá da forma como as pessoas forem sendo informadas, elucidadas e sensibilizadas sobre o instrumento de trabalho que o SCAH pode ser para o seu dia-a-dia... Há toda uma série de questões que poderão ser consideradas, ou informação, não em quantidade mas em qualidade, de maneira a que as pessoas possam retirar dali, quando precisarem, informações... Inicialmente, pode ser enviado um relatório para as pessoas se orientarem. Vamos tentar superar a inércia das pessoas, fornecendo nós a informação!...”*

O diretor de serviço A também sugere o envio de relatórios mensais mas, como médico que é, privilegia a informação tratada por alguém que traduza o essencial e que torne perceptível a informação para a classe médica:

*“Não é só ter informação... A gente pode não os perceber [relatórios] ... porque é preciso alguma literacia em relação a essas coisas da nossa parte... seria preciso uma orientação nesse sentido. (...)*

*Nós temos necessidade de informação, e a informação também gera necessidades... eu penso que, se calhar, um relatório mensal é uma boa política... No hospital onde trabalhei eu tinha um relatório mensal da minha lista de espera... o estado dos doentes da minha lista de espera... se estavam tratados,... se estavam agendados,... se tinham consulta ainda,... se tinham consultas pendentes de outros serviços... Isso era-me fornecido... (...) Isso aqui nunca me foi dado!... Aqui não existe!... Uma periodicidade mensal, inicialmente, e depois às vezes é preciso ajustes... (...) Mas acho que o mínimo era mensal!...”*

O diretor de serviço B acha imprescindível que a divulgação da informação seja completamente transparente, como forma até de responsabilização dos diversos serviços:

*“A informação deve estar sempre disponível para todos os serviços, sem limitações e com toda a transparência!... Há serviços que não gostam que os outros serviços saibam daquilo que eles gastam ou daquilo que eles ganham!... Estamos todos a trabalhar numa instituição e não há cá ‘fintas’... A transparência deve ser norma da instituição (...). O que é que me interessa saber quanto é que posso gastar aqui, se gasto mais, e se ultrapassar custos não me acontece nada, se ultrapassei... paciência!... Deve haver um controlo e consequências para a falta desse controlo ou controlo inadequado.”*

A responsável pelo serviço de apoio I espera que o novo sistema melhore a comunicação, a interação e a necessidade de obtenção de informação relevante:

*“Com a mudança do sistema de contabilidade vai haver um incentivo a ter mais informações e a haver uma maior interação entre os departamentos.”*

Na segunda entrevista ao responsável pelo serviço de apoio B (novembro de 2008), a expectativa inicialmente demonstrada (em entrevista anterior) foi reduzida a uma grande decepção, apesar de ainda manter alguma esperança que a tutela force a utilização do SCAH:

*“Quando nós fizemos os estudos específicos, as pessoas perceberam que nós estávamos a ir por um patamar, por onde ninguém tinha ido, mas depois... não foi dado o passo seguinte, que era a reunião com os vários serviços, para que se pudesse fazer a análise dos custos de vários serviços,... ‘descascar’ cada objeto de custeio,... para as pessoas perceberem onde é que estavam a gastar mais dinheiro, para poderem tomar medidas... Esse passo não foi dado! (...)*

*Eu acho que, a única hipótese deste modelo SCAH vir a ser utilizado enquanto sistema de contabilidade de gestão, é recorrer ao modelo novamente em 2009. É a única hipótese!... (...) Que dê informação que as pessoas considerem fidedigna, válida e acima de tudo útil... Aí sim,... é que se vai incentivar à sua utilização!... (...)*

*Quanto à expectativa... eu tenho muita expectativa!... Trabalhei um ano e tal, por isso tenho muita expectativa,... mas agora entrou um conselho de administração novo, o que de alguma forma veio ‘abrandar o passo’, porque agora tem outras prioridades. Espero que, quando houver maior estabilidade no HIP, que essa informação nos venha a ser útil, quanto mais não seja por exigência da tutela!...”*

Ao nível da administração regional de saúde, o entrevistado A do departamento financeiro da ARSC revela grande confiança no projeto:

*“Acima de tudo vai ser muito útil para os hospitais!... Vai ser importante para ARS e para ACSS no sentido de abrir novas atividades... e aí podemos claramente aferir... o custo das atividades nos diversos hospitais e, de facto, (...) eventualmente, mesmo acabar com esta atividade, encaminhá-la para outra instituição, e abrir outra atividade aqui... mais no sentido de planeamento... digamos assim, estratégico!... Mas acima de tudo, para os hospitais, se for devidamente utilizado... então acho que sim que vai ser de grande utilidade para os hospitais.”*

Este entrevistado revelou a grande expectativa de poder vir a haver verdadeira concorrência entre os hospitais públicos e a contratualização passar a ser negociada não apenas em função de quantidades a produzir mas também em função de preços a oferecer:

*“A competitividade entre os hospitais... se for vista no bom sentido... eu penso que podemos chegar aí... tendo em conta que há alguns fatores relevantes, vamos lá ver... o país é pequeno demais e está inclinado demasiado para o litoral... temos que fazer uma discriminação ativa, ou seja, não podemos pôr tudo o que é hospitais de topo e equipamentos de topo no litoral só porque a facha da população se encontra ali... temos que ter no interior pontos referenciais com bons equipamentos e atrativos... porque... atrás de um hospital bem equipado, forçosamente, vão bons médicos... e se não houver um bom hospital, com bons equipamentos, os concursos ficam*

*vazios, por muito que se lhe pague bem!... O Estado tem obrigação de ter essa visão, a chamada 'visão helicóptero'!... (...)*

*Agora é assim,... a população também é um bem finito... eu [hospital] não posso adoecer todos... não é?!... Para continuar a autossustentar-me!... Eu tenho é de,... uma vez que faço menos, ver o que posso fazer para encurtar os meus custos de maneira que aquilo que eu faço menos ainda ter um custo aceitável!... Nesse aspeto a competitividade é possível... e é desejável... mas não se pode cair no exagero de hospitais não aceitarem determinadas valências... (...) Os hospitais empresa... têm que ser empresas muito particulares... (...) Temos que jogar nesses dois campos... e, neste caso, o papel do Estado é fundamental, de alguma forma 'obrigar' a garantir os serviços mínimos em todas as valências necessárias para aquela população... e, obviamente, se quiserem ser competitivos à custa da eliminação das gorduras internas, aí o Estado deve apoiar.(...)*

*Eu acho que, neste momento, com todo o respeito pela parte privada, que dá uma grande ajuda ao Estado, internamente podia haver... utilizando outro sistema de referênciação, mas podíamos usar os serviços públicos. E desta forma estávamos a financiar o próprio Estado. Há hospitais que, façam uma ou façam mil... há custos fixos que têm que ser forçosamente pagos. Se além disso ainda vou pagar a clínicas privadas... nesse caso o Estado está a perder recursos. O SIGIC, por exemplo, é um caso em que o Estado podia apostar numa competitividade interna... no âmbito do SNS para garantir isso!... (...) Nesta parte específica este programa em si, a questão de preços... é um passo ainda muito grande, temos que... dar mais corpo a este modelo.”*

O entrevistado B do departamento financeiro da ARSC está esperançado numa possível generalização do sistema aos restantes hospitais:

*“As expectativas foram muitas, é um esperar no futuro. Houve hospitais diferentes, heterogéneos, o que é bom,... não foram todos idênticos e da mesma região!... É muito bom, (...) que se generalize e que possa vir a ser mais uma ferramenta e um bom instrumento de gestão, mais do que a importância para a tal formação de preços. Espero que tenha sucesso e venha a ser generalizado. (...) Com a realidade que conheço, infelizmente, acho que vai ser mais útil, neste momento, à ACSS, mas espero que venha a ser mais útil às instituições.”*

O conselho de administração do HIP espera passar a haver uma maior racionalidade na tomada de decisões, de acordo com o seu membro A:

*“Eu presumo que vai haver mais racionalidade da parte das chefias na tomada de decisões, com esse novo sistema de apoio à decisão, que atualmente não têm. E agora, com a organização por áreas de responsabilidade, é mesmo indispensável. O gestor desse centro pelo menos já vai passar a ter mais um apoio para melhorar a sua tomada de decisão!...”*

Porém, a enfermeira-chefe D manifestou a sua desconfiança quanto à futura utilização da ferramenta e reforça a opinião de que é necessário uma exigência a nível superior:

*“Agora pergunto: esse sistema de custeio que eu considero uma ferramenta de trabalho extremamente importante, qual foi a vantagem*

*dele?... Está na gaveta?... É assim que se gasta o dinheiro em projetos que de alguma forma são financiados, revelam certa importância e depois ficam parados?...*

*Essa ferramenta tem que ser implementada, por exigência da tutela e depois o conselho de administração, empenhado, deve ser responsabilizado no exercício das suas funções, não pode haver desculpas!... (...) Colocarem em segundo plano uma ferramenta tão importante. Isso é que não pode ser!..."*

A enfermeira-chefe E ainda mantém a expectativa de poder vir a utilizar a informação do SCAH e acha que vai ser útil em todos os níveis de decisão:

*Poder-me-ia socorrer desse trabalho para fundamentar o plano do pessoal, por exemplo. (...) Eu acho que servirá a toda a hierarquia, desde a tutela, conselhos administrativos, chefias intermédias, a nível macro e a nível micro. (...) Quanto à divulgação da informação,... acho que seria útil e importante; mas, não sei se seria bem aceite. Aí, ponho as minhas dúvidas!... Poderia haver barreiras para que se fizesse isso. Mas considero importante haver acesso à informação, pois tudo o que proporcione maior conhecimento é enriquecedor, para todos os profissionais. Ter informação, é ter conhecimento, ter conhecimento, é ter poder, e o poder não é para mandar executar, é para fortalecer as competências do saber."*

### **7.3.6. Aprendizagens conquistadas com o processo de mudança**

Globalmente, já foram referidas na secção 7.3.4. algumas lições retiradas com todo o processo de mudança que o projeto SCAH envolveu. A deteção de erros ou de situações que devem ser contornadas num futuro próximo, são as aprendizagens imediatas que se retiram da forma como o projeto-piloto decorreu no HIP. Ainda no decurso do projeto-piloto, fruto das barreiras encontradas, foi iniciado o estudo de uma uniformização de códigos e procedimentos registados nos hospitais, cuja responsabilidade e garantia de elaboração de uma tabela de conversão<sup>70</sup> foi assumida pela própria ACSS.

A consultora elencou os fatores críticos de sucesso para a melhoria do sistema de custeio no futuro próximo (Consultora, 3 de abril de 2008): (1) automatização de alguns procedimentos de registo de informação, como a transferência de dados de um ano para o outro; (2) melhoria dos atuais procedimentos de registo de informação (nomeadamente a uniformização da codificação a utilizar ser apenas a da portaria em vigor, o maior controle dos exames realizados no exterior e o registo dos quilómetros que são percorridos por serviços); (3) criação de automatismos no sistema de custeio, sempre que a informação

---

<sup>70</sup> Esta tabela de conversão foi sugerida para harmonizar e compatibilizar codificações e registos cujos conteúdos são de ordem diversa e que provocam distorções na distribuição dos custos analíticos, bem como esclarecer os critérios de codificação de atos e procedimentos relativamente à própria faturação dos serviços prestados. Apesar de existir um PCAH que reflete um esforço para a uniformização de critérios de imputação e formas de distribuição de custos e proveitos, durante o projeto-piloto foi realçada alguma discordância entre os procedimentos contabilísticos dos diferentes hospitais participantes no projeto.

residente em sistema de informação tiver a qualidade necessária; e (4) avaliação da necessidade de simplificar algumas áreas do modelo, como por exemplo, reduzir o número de atividades para simplificar o processo de recolha de horas.

A análise detalhada que foi necessária realizar, com a colaboração dos diversos intervenientes para a obtenção de informação relevante, particularmente em alguns serviços no sentido de desenvolver e ajustar o SCAH ao HIP, contribuiu para a deteção de lacunas importantes não só nos gastos afetos às atividades, como também na própria faturação dos serviços. Situações que dificilmente seriam detetadas sem este trabalho de minúcia. O administrador de área A confiou-nos um exemplo:

*“Todo o processo criou nesta casa algumas expectativas e resultados interessantes. As pessoas tiveram alguma curiosidade. Fui pesquisar dois ou três e no caso das cataratas, mesmo com custos baseados no ano de 2006, e mau grado, o custo do serviço de oftalmologia era muito superior ao que faturávamos. Depois de mais uma pesquisa verificámos que foi esquecido o registo do preço da consulta pelo contrato-programa!...”*

O entrevistado B do departamento financeiro da ARSC vê com distinção este processo de mudança como uma oportunidade de aprendizagem para os vários intervenientes:

*“Todo este processo de mudança pode ter um papel muito importante e fundamental na motivação, na sensibilização e na utilização, eventualmente no acompanhamento estreito das ARS com os hospitais,... no sentido de promover e divulgar internamente e em termos técnicos, nomeadamente na qualidade de informação, na afinação de uma boa contabilidade analítica!...”*

O entrevistado A do departamento financeiro da ARSC salienta como mais importante a possibilidade de uniformizar os sistemas de contabilidade dos hospitais:

*“Neste processo de mudança, nos cinco hospitais que participaram, já se conseguiu detetar algumas rubricas do plano de contabilidade analítica que não eram tratadas do mesmo modo em todos os hospitais [participantes no projeto].*

*A mudança do sistema ou a tentativa de mudança do sistema serviu pelo menos para criar uniformidade no sistema de informação. Não sei se algum dia vai haver um dicionário, que seria ideal, em cada hospital, para saberem o que é que deviam colocar em cada um dos itens ou rubricas!... Aí, acho que houve um trabalho que foi iniciado, mas não foi terminado. Existia uma comissão contabilística responsável por isso. (...)*

*Já quanto ao objetivo da obtenção de preços, da forma como os preços são praticados julgo que não vamos ter grandes surpresas!... Alguns, provavelmente, vão chegar à conclusão que pagamos mais do que devíamos, mas outros não. Acho que a questão estará mais ou menos equilibrada. (...)*

*Agora, uma aprendizagem muito rica será a consciencialização das pessoas intervenientes que não estão, efetivamente, ligadas a estas áreas*

*económico-financeiras, ao fazerem de determinada forma, resulta e pode ser educativo [na componente de custos].”*

Esta foi também a sensibilidade revelada por um dos consultores relativamente aos efeitos imediatos que foram sentidos ao longo do próprio processo de mudança:

*“Uma das principais dificuldades que existiram nestes projetos implementados nos hospitais foi a falta de informação de origem. Quando a informação de origem não está carregada, não há forma de conseguir ter a informação correta com os custos bem imputados. (...) E alguns dados saem enviesados... É um problema de base que existe nos hospitais e que só se conseguirá colmatar dentro de um ano ou dois, quando conseguirem identificar o que está mal na origem e introduzir novos procedimentos!... Com este sistema já se conseguiu identificar vários erros praticados. Por exemplo, em Aveiro, em 2008, têm sido introduzidos novos procedimentos internos para garantir que em 2009, quando correrem este modelo, possam obter informações mais corretas. (...)*

*Este projeto permitiu detetar as áreas de ineficiência nos hospitais. Eles conseguiram perceber as falhas que tinham, as estruturas de centros de custos mal definidas.”*

A opinião do conselho de administração, através do seu membro A, é de que no mínimo todo este processo de mudança já foi um sucesso na medida em que criou maior sensibilidade dos intervenientes no processo para estas questões económico-financeiras:

*“Foi uma oportunidade para que os diretores médicos e muitos deles já estão sensibilizados para isso, passem a querer utilizar o sistema como uma ferramenta de gestão. Já há alguns diretores que vêm perguntar: «quanto é que custa a cirurgia que eu faço?» Já estão mais interessados em saber...”*

Existem ainda algumas opiniões contrárias, tal como é o caso da responsável pelo serviço de apoio A que responsabiliza a força profissional:

*“Nem o processo de mudança faz com que as pessoas abram mais os horizontes e pensem mais nestas questões!... É preciso mais coesão, porque os próprios médicos trabalham cada um por si, sem estar a receber ordens e depois, nunca ninguém teve coragem para se impor!...”*

A enfermeira-chefe E não se coíbe em identificar como uma lacuna, a corrigir em processos de mudança semelhantes no futuro, o facto de não ter havido divulgação no HIP dos resultados obtidos, mesmo que não se pretendesse utilizar no futuro a ferramenta:

*“Não sei, mas acho, que primeiro devia ser publicitado e apoiado. Preencher o ficheiro, como eu preenchi e nunca saber o resultado sem ter sequer um ‘feedback’, nem sequer sei se havia algum erro no registo. Efetivamente, vendo os resultados poderia saber se estava a corresponder à expectativa.”*

A enfermeira-chefe A também tem pena de não ter tido ainda nenhum retorno do trabalho que lhe foi pedido, no entanto salienta que no seu serviço:

*“As pessoas acharam importante e começaram a ter a percepção, pela primeira vez, do que são os custos de um serviço. (...) O processo realizado sensibilizou [-as] para isso!... Hoje já têm uma atitude diferente, por vezes já fazem reparos nos custos, chamando para isso a atenção ao próprio cirurgião!”*

A enfermeira-chefe G também referiu esse fator desfavorável mas indicou que, apesar de tudo, o trabalho efetuado nos serviços com a recolha dos tempos das tarefas serviu como tema de debate numa reunião do serviço:

*“Depois da recolha de informação, falaram nisso numa reunião acerca do tempo que demorávamos. Precisamos até de mais profissionais, porque este trabalho devia ser feito com mais calma. Fizemos isso, e ainda estivemos a comparar utentes que já estiveram cá... com outros que vinham pela primeira vez... e comparamos os tempos que demorávamos com umas e com outras, conforme a situação de cada uma e o tempo que demorávamos no acolhimento. Foi importante esta reflexão!...”*

O enfermeiro-chefe B confirma a necessidade de divulgação da informação e salienta que todo este processo alertou para os custos do seu serviço, promoveu uma reflexão; sendo de opinião que mesmo ao nível operacional deveria haver formação específica para sensibilizar no sentido de uma contenção de custos:

*“A divulgação da informação é necessária e acaba também por ser uma forma de responsabilização e de coação!... Mas eu penso que, ainda, poderíamos ir mais longe!... Já tive oportunidade de falar com um vogal, e ele achou muito bem que no futuro se faça uma formação para todos os trabalhadores... Muitos não têm noção do custo de determinados materiais. Muitas vezes, gastamos superfulamente e involuntariamente material porque não sabemos o seu custo. Se as pessoas estiverem motivadas e souberem quanto custam determinados materiais seriam mais rigorosos na sua aplicação evitando assim alguns desperdícios!... Daí a necessidade da formação e informação das pessoas para estarem envolvidas e terem mais cuidado na utilização e manutenção dos materiais. Todos estes cuidados contribuiriam para uma redução dos custos. (...) Para além disso, a gestão e a compra de materiais existentes no hospital devia estar a cargo de alguém ou de uma comissão que tivesse competência para escolher de entre os materiais e os medicamentos só os de melhor preço/qualidade. Isso poderia ser feito, de forma agregada e planeada, a nível de hospitais dentro da mesma categoria!...”*

A consultora, relativamente às suas perspetivas sobre a evolução do SCAH, fez uma análise sucinta sobre os fatores críticos de sucesso para a manutenção e continuidade do sistema de custeio (Consultora, 3 de abril de 2008): (1) comparar os resultados obtidos com a informação de 2006 (ano que serviu de base para a elaboração do sistema de custeio); (2) promover a discussão sobre os resultados e respetiva validação; (3) apurar os resultados para 2007, para verificar a independência face aos consultores e consolidar o *know-how* sobre a

metodologia de construção do modelo; (4) atribuir formalmente a responsabilidade pelo sistema de custeio, garantindo que o processo seja incluído nas atividades de gestão do hospital; (5) utilizar o sistema de custeio como uma ferramenta de gestão no hospital; e (6) envolvimento da ACSS como entidade patrocinadora e centralizadora do processo, analisando e envolvendo os hospitais nas análises efetuadas.

Dos fatores que estavam ao alcance do HIP verificou-se que nenhum, até ao momento, foi satisfeito. Resumidamente, o projeto foi abandonado pelo hospital, apesar de ter servido para corrigir a estrutura dos centros de custos da contabilidade analítica, alguns procedimentos internos, nomeadamente, de registos nos sistemas de informação, e de ter conduzido a um processo de melhoria dos próprios sistemas de informação como foi observado no capítulo 6 e como nos foi confirmado pelo responsável pelo serviço de apoio B:

*“Para mim o sistema de custeio SCAH dá a informação que seria necessária para gerir bem!... Seria uma aposta, se houvesse alguém que se dedicasse a isso!... Eu disse isso numa reunião em Lisboa e toda a gente bateu palmas... Acho que o hospital devia lutar por isso. Podia haver um gabinete de informação que trabalhasse para o hospital a informação para gestão.*

*A minha sensibilidade é que não se trabalha propriamente para o hospital, a informação é trabalhada para a ACSS, para o INE, etc.*

*Neste momento, está a ser montado um sistema de informação que vai trabalhar mais para dentro, mas não com base no SCAH, é mais na ótica dos centros de custos... mas agora reformulados. Não vamos sair das secções homogéneas!... É esse o salto que mentalmente não foi dado. Não temos a mínima hipótese!...”*

Porém, a relevância deste sistema de custeio é resumida pelo diretor de serviço B:

*“Portanto, este sistema [de custeio baseado nas atividades] é um sistema fundamental para que os gestores possam atuar!...”*

A implementação do SCAH no HIP, apesar de ter sido apenas relativamente a 2006, permitiu a obtenção de custos reais mais detalhados da atividade do hospital, aproximando a comparabilidade entre o financiamento e os custos. Da comparação dos preços estipulados no contrato-programa estabelecido com o HIP para 2006 e os custos unitários por rubrica de financiamento apurados pelo SCAH (ver Quadro 3), é possível concluir que os casos em que os preços estão subavaliados face aos custos são os mais recorrentes. Podemos destacar o GDH médico do internamento cujo preço por doente equivalente é cerca de 545 € inferior ao seu custo de produção e o serviço domiciliário cujo preço é inferior ao custo da atividade em cerca de 85%.

Tal como é referido pelo Tribunal de Contas (2011: 65), “a abordagem do SCAH exigiu uma intervenção de toda a organização de cada unidade hospitalar, o que implicou um esforço motivacional e físico elevado, donde sobressaem os estudos específicos que tiveram como objetivo distinguir, por ato ou atividade, todos os custos e unidades consumidas”.

O conhecimento dos custos das atividades hospitalares de acordo com a forma como são negociadas, atualmente, através de um contrato-programa é imprescindível para que o conselho de administração do HIP atue em conformidade, possa gerir mais eficientemente e negociar as condições estabelecidas no próprio contrato-programa com a ACSS com propriedade e, inclusivamente, ter uma base sólida para reivindicar preços que estão desajustados face à realidade hospitalar e abrir a discussão para a reavaliação dos mesmos.

**Quadro 3 - Custos unitários e os preços fixados no Contrato-programa do HIP (2006)**

<b>Atividades</b>	<b>Custo unitário (SCAH)</b>	<b>Preço unitário (contrato-programa)</b>	<b>Diferença</b>	<b>Diferença (%)</b>
Consultas externas	77,32	85,17	7,86	+10,15%
Primeiras	79,19	-	-	-
Subsequentes	76,56	-	-	-
Hospital de dia	194,19	180,24	-13,95	-7,18%
Urgência	115,98	67,56	-48,42	-41,75%
Serviço domiciliário	267,62	40,60	-227,02	-84,83%
Ambulatório (doentes saídos)				
GDH Médico	-	-	-	-
GDH Cirúrgico	1054,14	1357,73	303,59	+28,80%
Internamento (doentes equivalentes)				
GDH Médico	1974,16	1429,87	-544,31	-27,57%
GDH Cirúrgico	2396,04	2591,63	195,59	+8,16%

Fonte: Adaptado de Tribunal de Contas (2011: 50).

O projeto SCAH foi indiscutivelmente benéfico ao estabelecer pontes para a melhoria dos registos e dos próprios sistemas de informação direcionados para a gestão e para o processo decisional no HIP, quer a nível operacional, quer estratégico. Porém, apesar da evolução positiva nos sistemas de informação, ainda não é possível a obtenção dos custos por GDH. A prossecução da utilização do SCAH no HIP permitiria alcançar este objetivo.

A ACSS conseguiu, com este projeto-piloto, obter um custo médio por GDH, com base nos resultados obtidos pelos hospitais envolvidos no projeto, que serve como ponto de

partida para estabelecer preços mais consentâneos com a realidade portuguesa e promotores de eficiência. Para além disso, a heterogeneidade dos hospitais envolvidos no projeto-piloto permite justificar a existência de custos de produção dos GDH distintos de acordo com as características do próprio hospital. Apesar de todos os constrangimentos referidos relativamente ao projeto SCAH, seria interessante a continuidade do projeto, a atualização anual dos custos de referência, por forma a haver maior realismo e credibilidade na fixação e definição dos preços a contratualizar com os hospitais.

Não será demais reforçar que este projeto suscitou o desenvolvimento de procedimentos e maior harmonização na aplicação do atual PCAH e, por isso, um maior rigor na obtenção de custos analíticos que permite melhorar a sua comparabilidade entre instituições hospitalares e obtenção de dados nacionais mais uniformizados.

## **Capítulo 8 – O impacto da adoção da empresarialização e do ABC na perspetiva da Teoria Institucional**

### **8.1. Introdução**

No desenvolvimento deste estudo de caso longitudinal não se propõe uma série de generalizações, mas aspectos fundamentais do comportamento humano e social, das relações institucionais que podem ser observados no contexto organizacional e influenciar processos de mudança; faz-se a análise da interdependência de fatores, processos e estruturas que operam nos vários níveis (sociedade, setor e organização) e que moldam, constroem, dão poder, influenciam e são influenciados pelos interesses e ações dos seus vários atores – crenças culturais e regras mais amplas que estruturam o conhecimento e conduzem a tomada de decisão (Scott, 2008; Lounsbury, 2008; Thornton, 2002 e Townley, 2002).

O propósito inicialmente planeado para o estudo a desenvolver no HIP era observar o impacto da mudança, os seus efeitos práticos, o resultado da mudança do sistema de contabilidade de gestão em termos de efectividade no apoio à tomada de decisão aos vários níveis de decisão de um hospital. Contudo, imponderáveis, no decorrer do estudo, impediram a realização deste objetivo mas permitiram aprofundar o estudo sobre qual o impacto da adoção de políticas da NPM na gestão do HIP. Para responder a esta questão principal, foram derivadas questões que pudessem contribuir para o esclarecimento da primeira: (1) Como se processou a empresarialização nos hospitais públicos e em particular no HIP?; (2) Porquê e como foi implementado o ABC no HIP?; (3) Quais as dificuldades sentidas pelo HIP na implementação do ABC?; (4) Quais os efeitos e consequências destas políticas da NPM na gestão do HIP?

Neste capítulo, as referidas questões vão ser examinadas à luz da Teoria Institucional e sempre que oportuno elucidam-se as aferições com recurso a excertos de discursos dos entrevistados, alguns que já foram referidos, ao longo dos capítulos seis e sete, e outros que ainda não tinham sido utilizados. Na secção seguinte, relacionando o contexto social e económico, em que o hospital desenvolve a sua atividade, com as recentes evoluções da Teoria Institucional, é apresentada uma análise da evolução do setor da saúde em Portugal, no que concerne à implementação de iniciativas relacionadas com a NPM e as diferentes lógicas institucionais subjacentes. Como se discutirá as reformas associadas à NPM foram introduzindo novas racionalidades e novas práticas que desafiam os princípios da organização burocrática e da lógica de administração a ela associada, bem como a lógica inerente aos profissionais de saúde (lógica profissional), e faz com que haja a emancipação de uma nova

lógica – da gestão empresarial. Nesta secção, o objetivo é cruzar a informação e detetar sinais das lógicas institucionais mais evidentes subjacentes à evolução histórico-legal do setor hospitalar e da gestão das instituições hospitalares em particular. Na terceira secção a discussão centra-se na compreensão das razões que levaram o HIP a adotar políticas da NPM (a empresarialização e a adoção do ABC), ou seja, como é que as pressões institucionais e económicas conduziram a essa decisão e em que medida a Teoria Institucional enquadra o desenrolar desses acontecimentos no HIP. Na quarta e última secção avalia-se o impacto da adoção dessas políticas de NPM na gestão do HIP, qual foi a receptividade dos diferentes atores responsáveis pela gestão, como é que a Teoria Institucional, principalmente os seus recentes desenvolvimentos em torno das lógicas institucionais, pode explicar esse impacto; como é que essas políticas geram novas formas de tensão e constituem um novo enquadramento onde se estabelecem relações entre duas lógicas concorrentes – a lógica de gestão empresarial e a lógica profissional – e são negociados os princípios de ação, critérios de responsabilização e formas de legitimação; sendo que a organização tem intrinsecamente uma lógica de administração pública burocratizada na sua origem e, ainda que inconscientemente, exerce alguma influência nestas novas relações.

## **8.2. A evolução do setor da saúde em Portugal e as lógicas institucionais**

### **8.2.1. A lógica de administração pública burocratizada**

A própria fundação do SNS, com a Lei Arnault (Lei 56/79, de 15 de setembro) promulgada durante o IV Governo Constitucional, revela como uma das preocupações centrais do Estado garantir o acesso à saúde a “todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social...” (artigo 4.º n.º 1), apesar de considerar como subjacente as restrições económicas “... impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis” (artigo 6.º n.º 1). Financiada por dotação orçamental, a estrutura do SNS é descentralizada e desconcentrada, havendo órgãos centrais, regionais e locais, com a tomada de decisão fortemente regulada e burocratizada – com uma lógica de administração pública burocratizada. Ongaro (2009) enquadra Portugal, a França, a Espanha, a Grécia e a Itália num *cluster* com uma tradição napoleónica, cujo sistema de administração pública tradicional está mais preocupado “com a preparação e a aplicação de legislação, e a regulação dos poderes públicos na relação entre o setor público e os cidadãos” (Ongaro, 2009: 2). Consequentemente, a tendência do *Neo-Weberian State*, traduzindo a adoção de alguma flexibilidade inerente às reformas associadas a políticas da NPM em Estados tipicamente weberianos (Pollit e Bouckaert, 2011), é a opção que melhor se adequa a este *cluster* (Ongaro,

2009) cujos países são fortemente centralizados, com tradição administrativa forte, com politização dos cargos de topo e com uma função pública claramente distinta do setor privado. A burocracia mantém-se com uma autoridade central contínua, em que o núcleo de operações e as regras são definidos hierarquicamente e permitem uma continuidade e consistência à tomada de decisão burocrática (Pollitt, 2009).

Porém, o discurso político, desde o I Governo Constitucional (1976), revela uma preocupação com o funcionamento dos hospitais, reconhecendo-se o esforço financeiro que este setor representa para o Estado. No programa de governo do II Governo Constitucional é feita uma referência à necessidade de tomar medidas na área de gestão administrativa e financeira da saúde, prevendo “Alteração substancial dos conceitos, métodos e instrumentos de gestão predominantes no setor” (Portugal, 1978a: 139).

Esta tendência na retórica política ganha ainda mais força nos X, XI e XII Governos Constitucionais (entre 1985 e 1995); influenciados por uma tendência mercantilista que se vai disseminando na Europa, cresce então a apreensão relativamente aos hospitais, reconhecendo-se a necessidade de mudanças profundas no modelo de financiamento, a necessidade de promoção de concorrência entre o setor público e privado e a necessidade dos hospitais públicos serem geridos de forma competente e responsável, com vista a melhorar a eficiência dos seus recursos (ver secção 5.3.3.). Este discurso ganha forma através do Estatuto do SNS, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, onde se identificam iniciativas de NPM, com uma nova lógica de mercado subjacente. O Estatuto do SNS, entre outras iniciativas, incentiva: experiências de novos modelos de gestão dos serviços públicos de saúde; a atribuição da gestão de serviços públicos de saúde a privados; o desenvolvimento de um setor privado da saúde (com apoio através do estabelecimento de convenções); a existência de um sistema de copagamentos na prestação de cuidados de saúde (até então gratuito) de acordo com a capacidade financeira dos utentes; a criação de sistemas alternativos de seguros de saúde; mecanismos especiais de mobilidade e contratação de pessoal (flexibilização na gestão de recursos humanos) incentivando métodos e práticas concorrenciais; e, ainda, a possibilidade das instituições de saúde constituírem-se em unidades de saúde (agrupamentos de hospitais e centros de saúde), assegurando de uma forma mais integrada e consistente a continuidade da prestação de cuidados.

O referido diploma legislativo encetou as bases para que as instituições de saúde tomassem iniciativas que conduzissem a uma melhoria na eficiência, sem ter havido na realidade nenhum sinal da sua concretização. Porém, só no XIII Governo Constitucional,

prossequindo no mesmo tom de inovação, inclui nos seus objetivos e orientações da sua política de saúde: melhoria do funcionamento e aumento da eficiência dos hospitais e unidades de saúde, com novos modelos de gestão baseados numa autonomia administrativa e financeira e mecanismos de responsabilização dos seus órgãos de gestão (Portugal, 1995). Neste sentido, entre outras diligências de cariz tendencialmente na lógica de mercado, por iniciativa governamental (traduzidos em diplomas legais) são constituídas três novas organizações para experimentar os novos modelos de gestão: concessão da gestão de um hospital a uma empresa privada mediante concurso público (Hospital Fernando Fonseca em 1995); criação de raiz de um hospital com natureza empresarial (Hospital de São Sebastião em 1996); e um agrupamento de instituições de saúde com gestão pública do tipo empresarial (Unidade Local de Saúde de Matosinhos em 1999).

Igualmente importante é de referir o início da substituição progressiva do método clássico de financiamento retrospectivo dos hospitais para um tipo de financiamento prospetivo com base nos GDH, em 1997; a criação de agências de acompanhamento de serviços de saúde (em 1996), posteriormente designadas por agências de contratualização dos serviços de saúde (em 1997), passando estas a ser as responsáveis por desenvolver a perícia na aferição, análise, negociação e decisão de distribuição dos recursos; e, ainda, a constituição de centros de responsabilidade integrada nos hospitais do SNS (em 1999). A criação das agências de contratualização e o novo sistema de financiamento prospetivo, permitem estabelecer uma separação entre o financiador e o prestador de serviços de saúde e procurar garantir que as necessidades de saúde e interesses dos cidadãos fossem assegurados com a maior equidade possível, partindo de uma melhor utilização dos recursos públicos para a saúde. Pois “a contratualização efetuada através de um contrato programa, permite substituir a lógica da cobertura e custos, independentemente da qualidade e quantidade dos serviços prestados, pelo pagamento dos serviços efetivamente prestados, tendo em conta a complexidade técnica da prestação” (Caiado, 2007: 8). Esta foi a premissa para reconhecer a necessidade de desenvolver instrumentos de informação e de monitorização adequados para apoiar todo o processo de contratualização, principalmente no que concerne à angariação de dados que permitissem determinar preços mais ajustados para os serviços de saúde a contratualizar e posteriormente efetuar a monitorização dos contratos.

Foram os primeiros passos para a alteração da organização típica do hospital público fundamentada numa lógica de administração burocratizada, em que o objetivo é a obediência ao que é prescrito nas leis. A boa administração é aquela que na tomada de qualquer decisão

cumpra escrupulosamente os processos, procedimentos, regras e diretrizes que estão regulamentados, obedecendo a uma estrutura hierárquica com responsabilidade política jurídica para com a tutela; sendo que “a correção legal e processual prevalece sobre o desempenho e os resultados” (Meyer e Hammerschmid, 2006: 1003). O que justifica a formação académica de base de grande parte dos membros dos conselhos de administração associada ao Direito. O próprio conselho de administração do HIP, em 2007, tinha três dos seus cinco elementos com licenciaturas em Direito, sendo que os outros dois elementos teriam que ter, de acordo com a lei, formação em medicina e em enfermagem. Também o sistema de emprego público depende de regulamentação detalhada, existe uma distância relativamente à empregabilidade no setor privado e tem como característica pouca mobilidade intersectorial (Meyer e Hammerschmid, 2006), sendo que no caso específico do setor da saúde ela é quase inexistente (apenas relativamente ao pessoal administrativo).

Nesta dimensão, da lógica de administração pública burocratizada, na saúde, apesar da existência de uma estrutura hierárquica definida, o discurso centra-se na ideia do administrador público como um interlocutor do Estado que está ao serviço do cidadão e zela pelo cumprimento restrito das normas que regem o domínio do seu trabalho e do profissional de saúde que presta cuidados de saúde e vela pelo bem-estar do utente, tendo subjacente a relevância dos profissionais de saúde como altamente especializados, com uma formação académica e prática que lhe conferem uma autonomia de decisão, quanto aos diagnósticos e tratamentos, na linha de produção (da prestação de cuidados de saúde aos utentes). Assim, “o hospital difere substancialmente das burocracias mecânicas, na medida em que os profissionais obedecem a valores, normas éticas e códigos profissionais e não a uma hierarquia” (Monteiro, 1999: 318).

### **8.2.2. A lógica de gestão empresarial**

As referidas reformas no setor da saúde, no setor hospitalar em particular, foram atribuindo gradualmente forma legal a uma lógica de mercado que atinge o seu auge com o XIV e o XV Governos Constitucionais (1999-2004). Esta nova lógica de mercado reconhece, como foi amplamente debatido na secção 5.3.4., a inoperância da gestão burocrática e sem proclamar as virtudes da nova lógica (de mercado) no domínio da saúde – porque não se observa a saúde como um negócio – promove uma orientação mais mercantilista invocando o aumento do bem-estar do utente (cliente). Alguns dos elementos que caracterizam esta lógica são os seguintes: (1) introdução de parcerias público-privadas, com o setor privado a ser incentivado a participar na gestão e no financiamento dos hospitais públicos; e (2)

empresarialização do setor hospitalar, tendo por base a alteração das práticas públicas de gestão e financiamento (com a introdução de tabelas de preços para a saúde) e a mudança do estatuto administrativo dos hospitais para uma natureza empresarial (em quase metade dos hospitais públicos). Neste contexto, o Estado passa a ter uma responsabilidade maior como regulador do mercado da prestação de serviços de saúde, quer no âmbito dos seus operadores, quer nos mecanismos de regulação económica – fixação dos preços e fiscalização da observação de critérios de qualidade e de desempenho.

O processo de empresarialização dos hospitais e a introdução de mudanças ao nível do sistema de financiamento dos hospitais (como já foi referido na secção 5.3.4.) revelaram ainda mais a necessidade de melhoria na informação de gestão. A empresarialização, exigindo um apoio direto a cada um dos hospitais empresarializados para que se adaptassem às novas exigências organizacionais e aos novos instrumentos de gestão de acordo com princípios do setor privado, permitiu que a Unidade de Missão (com um papel de *coaching* dos conselhos de administração) aferisse melhor, *in loco*, as carências de informação que cada um dos hospitais tinha e as incongruências de informação entre hospitais. Esta entidade, criada pela Tutela e prevista para exercer competências apenas durante três anos, necessitava de recolher informação não só para apoiar o planeamento de cada hospital, como para poder realizar o respetivo acompanhamento e monitorização e, ainda, proceder ao *benchmarking* entre os hospitais utilizando para isso um *tableau de bord* (publicado ao longo do triénio 2003/2005). Este *benchmarking*, entre os HEPE, tinha por objetivo analisar as diferenças de desempenho económico-financeiro através de alavancas operacionais de gestão corrente, dando armas para avaliar: (1) o potencial de melhoria de cada hospital em cada uma das suas principais áreas de atuação; (2) identificar as “melhores práticas” e programas transversais que pudessem no curto prazo resultar em melhorias nas áreas identificadas (Caiado, 2007). Este processo exigiu melhoria na qualidade, na acessibilidade atempada e na forma fácil de obtenção da informação de gestão, a qual passa a ser fundamental para os gestores dos hospitais (Caiado, 2007), bem como para a tutela.

A importância deste apoio à gestão prestado pela UMHSA e do *tableau de bord* como ferramenta de apoio, controlo e incentivo à prossecução dos objetivos de melhoria de desempenho dos HSA, foram reconhecidos quer pela ARSC quer pelo conselho de administração e até por um enfermeiro-chefe do HIP:

*“A Unidade de Missão tinha um controlo muito mais efetivo, muito mais próximo em relação aos SA do que agora existe. (...) A contratualização é para todos os hospitais EPE, o acompanhamento é feito de igual forma,*

*mas perde-se aqui a especificidade dos hospitais serem quase chamados mensalmente, e, acompanhados na sua evolução.”* (Entrevistado A da ARSC);

*“Sim, foi fundamental [o apoio da Unidade de Missão] (...), como EPE voltou a estar sem esse apoio,... e aí julgo que é uma perda porque era necessário que houvesse uma instituição, uma equipa, ou algo, que desse orientação, apoio,... que fosse um 'porto de abrigo', para um processo que é novo e implica muito trabalho.”* (Entrevistado B da ARSC);

*“Quando a Unidade de Missão caiu... caíram os projetos!...”* (membro B do conselho de administração);

*“Com a ARSC esse acompanhamento mudou quase 100% [referindo-se relativamente ao acompanhamento prestado pela Unidade de Missão]. O modelo, neste aspeto, de alguma forma retrocedeu!...”* (enfermeiro-chefe D);

Se o XVI Governo Constitucional, devido ao seu curto período de existência, não teve uma intervenção de relevo na governação do setor da saúde; o XVII Governo Constitucional (2005-2009), num contexto de globalização e com focalização no crescimento da economia, tem como maior referência na sua agenda política a ‘Modernização da Administração Pública’ para que se adeque melhor aos objetivos de crescimento económico. Porém, não descurou do setor da saúde e, reforçando a componente pública do SNS, teve como ‘bandeira’ a criação de mais valor para os recursos que dispõe através de uma melhor gestão.

No setor hospitalar, permanecendo numa lógica de mercado, sem contudo comprometer a focalização no cidadão, entre outras iniciativas, este Governo procurou aumentar a efetividade e eficiência: reorganizou a rede de referenciação dos serviços de urgência/emergência do SNS, concentrando serviços em hospitais com maior capacidade; efetuou uma avaliação da experiência de empresarialização dos 31 HSA e transformou-os em HEPE, com esta nova estrutura orgânica surge a figura de gestor público (profissionalmente especializado e individualmente responsável pela otimização do desempenho); alterou o regime remuneratório do trabalho extraordinário nos serviços de saúde; procedeu à revisão do modelo das parcerias público-privadas (aperfeiçoando e incrementando o controlo financeiro das novas parcerias e procedendo a alterações nos contratos existentes de forma a diminuir os encargos para o Estado); procedeu à reorganização da rede hospitalar, promovendo os Centros Hospitalares (fusão de hospitais para a otimização dos recursos); e, ainda, consolidou o processo de contratualização da prestação de serviços de saúde (2008) passando todos os hospitais a serem financiados através de contratos-programa. Fica clara, desta forma, a distinção entre o financiador e o prestador, em que existe a garantia de que o Estado (financiador) transfira os montantes estipulados no contrato-programa e seja exigido ao

prestador o cumprimento de metas quantitativas e qualitativas estabelecidas no mesmo, passando a existir uma efetiva responsabilização pelos resultados obtidos.

A partir de finais de 2009, numa anunciada conjuntura de fortes constrangimentos orçamentais, o XVIII Governo Constitucional tem como principal preocupação, relativamente ao setor hospitalar, a reorganização interna dos hospitais para que seja consolidado o modelo empresarial público, se incentive a criação de centros de responsabilidade integrada e se alcance a tão desejada gestão mais eficaz e eficiente assente na responsabilização pelos resultados e na avaliação do desempenho dos prestadores de serviços de saúde. O que comprova que apesar de uma já longa história de implementação de políticas de NPM e de introdução no setor público hospitalar de uma lógica de mercado, o real efeito das iniciativas dos diversos Governos, até então, ficou aquém dos objetivos pretendidos. Porém, devido à necessidade de reduzir os gastos orçamentais em saúde (bem como noutras áreas), este Governo centrou-se na prossecução de medidas que reduzissem imediatamente a despesa: reduziu a composição dos conselhos de administração dos HEPE e uma série de despesas inerentes aos funcionários públicos e prosseguiu com a política de racionalização das estruturas afetas à saúde e rentabilização da utilização dos recursos disponíveis (criando e reestruturando mais Centros Hospitalares).

Já sob um Programa de Ajustamento Económico e Financeiro, resultante do Memorando de Entendimento assinado com a *Troika*, o atual Governo (XIX Governo Constitucional) tem prosseguido com as mesmas orientações na senda de uma lógica de mercado, em que as instituições de prestações de cuidados se vêm forçadas a gerir melhor os poucos recursos de que dispõem, na medida em que as restrições orçamentais são ainda maiores e de tudo se fazer para cumprir as metas orçamentais. Assim, este Governo sugere medidas de racionalização de despesas e iniciativas de contenção de gastos e de melhoria da eficiência na organização dos prestadores, com o conseqüente aumento da *accountability* por parte dos prestadores e exercício de um maior acompanhamento e controlo pela Tutela (ver a secção 5.3.4), donde se podem destacar: o combate à fraude; as Normas de Orientação Clínica (NOCs); a criação de programas de mobilidade dos recursos humanos entre instituições do SNS de forma a diminuir os gastos com horas extraordinárias; a promoção da competitividade com a aplicação de acordos com prestadores privados; um reforço do controlo e do acompanhamento do desempenho económico-financeiro dos hospitais, com a divulgação mensal dos novos *tableaux de bord* dos hospitais (desde setembro de 2011, por força do Despacho n.º 11374/2011, de 29 de agosto) que incluem indicadores: económico-financeiros,

de utilização da capacidade utilizada, de produtividade dos recursos humanos e de eficiência e produção. Estes novos *tableaux de bord* tiveram como ponto de partida os que foram concebidos no início da empresarialização, mas agora apresentam uma bateria de indicadores que foi alvo de melhorias. É uma ferramenta que reforça os mecanismos de transparência e de responsabilização da gestão. Porém, só a partir de janeiro de 2013 foi retomada a sua publicação mensalmente, sendo que a publicação de quadros comparativos do desempenho dos HEPE e hospitais em regime de PPP (*benchmarking*) é feita trimestralmente.

Independentemente das reformas que foram aqui resumidas, “a importância e atualidade da gestão em saúde não se medem apenas pelas tendências atuais para a integração dos cuidados de saúde e pelas pressões com vista à crescente e contínua racionalização (económica, técnica e organizacional) dos serviços de saúde”; “o hospital tende a tornar-se uma ‘empresa’ não só pelo crescente peso e sofisticação do seu sistema técnico e organizacional de trabalho, como também pela crescente complexidade e conflitualidade da sua envolvente socioeconómica e das necessidades, interesses e expectativas dos seus diferentes *stakeholders*” (Graça, 2005: 4).

Assim, a lógica de gestão empresarial nos hospitais foi introduzida por força da evolução do próprio conceito e estrutura do hospital e associada a esta nova lógica de mercado. Em resultado desta nova lógica a gestão passa a ser consentânea com características da gestão exercida no setor privado, bem como adotadas as ferramentas de gestão utilizadas no setor privado. Os sistemas de informação passam a ser fundamentais para o apoio à tomada de decisão, assentando a gestão na clarificação da responsabilidade, melhoria do desempenho, responsabilização e prestação de contas (Nunes, 2010: 8-9). Esta lógica de gestão empresarial só é possível devido à maior autonomia administrativa e financeira que a nova legislação atribuiu estatutariamente aos HEPE. Porém, Aguiar (2010) salienta a influência importante que a Tutela exerce nesta autonomia através das ARS no financiamento e na gestão e recrutamento dos recursos humanos, com o conseqüente “aumento do papel do Estado enquanto instrumento de intervenção económica” (Aguiar, 2010: 202). De facto, os orçamentos dos hospitais continuam “a ser definidos e atribuídos pela Tutela” e a ser o “Ministro da Saúde a nomear os conselhos de administração” (Barros *et al.*, 2011: 32).

Neste sentido, existe uma semelhança entre o caso português com o estudado por Christensen *et al.* (2008) relativamente à Noruega em que se observou uma manifestação discordante após a aplicação de políticas associadas à NPM por causa das conseqüências negativas de menos controlo político, diminuição da qualidade do serviço, aumento da

desigualdade social; relativamente aos hospitais a situação foi ainda mais crítica existindo tentativas de manutenção do poder político em paralelo com a autonomia empresarial.

Desde o início do processo de empresarialização até à atualidade, o refinamento e a exigência de informação a ser fornecida relativamente aos HEPE, requerida pela Tutela, foi crescendo com a finalidade de melhorar o controlo financeiro das instituições. Tal é justificado pela fragmentação, resultante da empresarialização que cria a necessidade de aumentar a coordenação e a regulação. Em 2012, para além dos planos de negócio, de desempenho e de ajustamento, foram acrescentados novos instrumentos previsionais ao contrato-programa: Balanço Previsional e Demonstração Previsional de Fluxos de Caixa (com a Demonstração de Resultados Previsional). Para a contratualização de 2013 estes documentos previsionais (com uma base trienal mas negociados anualmente) foram uniformizados, sob orientação da Tutela, com o objetivo de providenciar um maior rigor no planeamento estratégico, em todos os níveis de administração dos serviços de saúde e melhoria de controlo de gestão (ACSS, 2012b).

No contexto atual, em que “existe uma incapacidade para as organizações estatais responderem aos novos desafios económicos, tecnológicos e sociais” (Rego *et al.*, 2010: 368), o grande desafio do Estado é garantir a sustentabilidade do SNS e promover a competição, procurando “combinar e concertar da melhor forma as suas funções de Estado democrático, concretamente de Estado de Direito, com as novas orientações de gestão na Administração Pública fundadas a partir de uma lógica de mercado” (Rego e Nunes, 2009: 4). Nesse sentido, as mudanças legais que vão acontecendo, ao longo dos anos, podem vir a não ser materializadas, “há o risco de que muitas delas poderem não se traduzir em mudanças reais e surgirem efeitos imprevistos” (Barros *et al.*, 2011: 136).

No que se refere à implementação de políticas associadas à NPM nos hospitais públicos, em Portugal também se verifica o que Pettersen *et al.* (2012) observaram na Noruega relativamente à politização da gestão de topo que condiciona qualquer processo de reforma. Com uma ligeira diferença, o alinhamento dos conselhos de administração dos hospitais públicos portugueses empresarializados funcionam à luz das indicações expressas do Governo, não pela inovação da introdução de políticos nos conselhos de administração (como aconteceu na Noruega), mas pela manutenção da intervenção política na nomeação dos conselhos de administração. Existe uma acérrima tendência para os conselhos de administração serem restringidos quanto ao cumprimento dos objetivos orçamentais de acordo com as orientações ministeriais. Por outro lado, tal como referem Pettersen *et al.* (2012), esta

situação abre espaço para o conflito, na tentativa do conselho de administração tentar balancear a racionalidade das decisões e os diversos interesses instalados, e problemas com ambiguidades, emoções e oportunismos dos diversos grupos dentro do hospital. Tal como se pode observar nas medidas da Tutela em 2013, é incentivada a uniformização dos instrumentos de informação que servem de base de apoio à tomada de decisão e respetivo acompanhamento e controlo, o que evidencia a tendência de recentralização do controlo da governação e, a conseqüente, responsabilização do poder de decisão do conselho de administração.

### **8.2.3. A lógica profissional**

De acordo com a descrição anterior, é notório que em Portugal se verificaram, no setor público de saúde, as três formas preconizadas por Harding e Preker (2003) para a reforma dos serviços públicos – procurando melhorar a eficiência, a produtividade, a qualidade e a responsabilização – aplicáveis ao setor de saúde (ver secção 3.3.4.).

Apesar da recente maior exigência quanto à responsabilização pelos resultados, Portugal procedeu a reformas de gestão, reforçando as capacidades de gestão dos administradores através do apoio de grupos especializados e dando liberdade aos conselhos de administração para a contratualização de gestores, adotando práticas e impondo legalmente a adoção de ferramentas de gestão típicas do setor privado, bem como, revendo os sistemas de informação para melhorar o apoio à tomada de decisão (entre outros, a implementação do ABC) e atribuindo a concessão da gestão de hospitais públicos a entidades privadas.

Foram encetadas reformas de financiamento, passando a haver uma distribuição de recursos diretamente associada à prestação de cuidados, um pagamento por ato, por episódio, por dia de internamento, tendo também subjacente a complexidade de cada um dos serviços, em vez de uma dotação orçamental. A forma de financiamento adotada, baseada em contratos-programa previamente negociados com base na estimativa das necessidades da população de uma região e na capacidade de oferta dos prestadores de serviços de saúde dessa região, limita a tão indesejada procura induzida pelos próprios serviços. Para além disso, o acompanhamento que é atualmente exercido, dos critérios quantitativos e qualitativos, desde o processo negocial até à execução dos contratos-programa, bem como a uniformização recente dos instrumentos de informação, permitem um maior controlo dos gastos públicos em saúde, reduzindo a possibilidade de desvios indesejáveis e a baixa produtividade das instituições.

Em Portugal, as reformas no setor da saúde também foram em termos organizacionais. Ao contrário do mencionado por Harding e Preker (2003), estas reformas não surgiram de

uma forma complementar, mas sim como o primeiro passo para a grande reforma, uma vez que ao longo do percurso do SNS foram havendo iniciativas pontuais no âmbito dos dois tipos anteriores de reformas sem que houvesse efeitos práticos visíveis. Com a transformação de metade dos hospitais públicos em hospitais empresa (atualmente o processo foi já alargado duma forma quase global aos restantes hospitais públicos) o objetivo principal foi o de melhorar a estrutura funcional da instituição para agilizar e tornar mais eficaz a tomada de decisão, dotá-la de maior autonomia administrativa e financeira. Porém, em Portugal, estas reformas, só muito recentemente, associadas a uma política de reorganização e fusão de instituições em Centros Hospitalares permitiram a existência de uma mobilização dos recursos e a criação de um ambiente mais competitivo, tal como foi proposto por Saltman e Figueras (1997) e, ainda Chawla e Govindaraj (1996).

Tal como observado por Harding e Preker (2003), nem sempre as reformas de gestão são eficazes devido a uma limitação que os gestores têm no poder de controlo sobre os fatores de produção, por subsistir uma cultura própria da administração pública tradicional (lógica de administração pública burocratizada), que é um entrave real à obtenção de melhores resultados destas reformas, ao qual se pode acrescentar, ainda e especificamente no setor da saúde, uma lógica profissional muito forte. Como já foi referido, este último fator é reforçado por Campos (2004: 11) ao identificar na saúde um corpo de profissionais de saúde que ainda goza de “estabilidade de emprego, baixa flexibilidade, relações hierárquicas obscuras, ausência de objetivos e metas a atingir e a reduzida responsabilização para com os pacientes e administradores locais”. Estas características limitam o poder negocial dos gestores públicos e representam uma clara barreira à aplicabilidade na plenitude deste tipo de reformas.

A lógica profissional desde sempre teve tendência a dominar as ações nos hospitais. Os profissionais de saúde têm uma cultura profissional que “é transmitida durante a longa formação e prática supervisionada pelos professores, colegas e associações profissionais” (Monteiro, 1999: 318). A importância destes profissionais na estrutura organizacional impele Mintzberg (1983) a reconhecê-la como uma ‘burocracia profissional’ que dota o centro operacional com o poder principal. Efetivamente, “o elevado nível de qualificação dos profissionais dificulta, ou impossibilita a supervisão hierárquica” e “o profissional garante o seu poder na organização, não apenas pelo controlo sobre o seu próprio trabalho, mas procura controlar as decisões de carácter administrativo que lhes dizem respeito” (Monteiro, 1999: 318).

O profissional de saúde é reconhecido como alguém que, tendo obtido uma competência adquirida pela via académica e prática profissional, ocupa uma posição no hospital com funções e atividades específicas que dificilmente poderá ser ocupada por outro profissional que não tenha competências idênticas. A base para garantia de qualidade da prestação dos cuidados de saúde é a confiança na competência e julgamento dos profissionais. Na saúde “as profissões são principalmente responsáveis por si e para com as organizações profissionais em vez de para com as organizações que os empregam” (Liff e Andersson, 2012: 48).

Como é perceptível, o profissional de saúde tem uma obrigação de prestação de contas implícita na sua responsabilidade para com os pacientes e para com a sociedade em geral, a partir do momento em que a qualidade do serviço significa que os profissionais trabalham em função dos melhores interesses dos pacientes (Liff e Andersson, 2011). Partindo deste pressuposto, o profissional tem, relativamente à organização que o emprega, apenas uma responsabilização lateral, sendo esta uma forma de socialização de prestação de contas onde existe uma interdependência entre o ‘eu’ e os outros criada e promovida por formas de “socialização de governação definida em situações em que a responsabilização face-a-face num conselho é eficaz, mas existe relativa ausência de transparência externa fornecida pela divulgação dos seus mecanismos associados aos mercados” (Roberts, 2001: 1564). Esta é a *accountability* lateral que é típica de quem exerce funções de direção tendo subjacente uma cultura profissional em que possa sustentar as suas decisões, “os médicos são predominantemente profissionais e a sua lealdade é para com a sua profissão mais do que para com as organizações empregadoras” (Abernethy, 1996: 143).

A referida responsabilização lateral (e prestação de contas) é diferente da responsabilidade hierárquica, “baseada principalmente em sistemas administrativos e podem individualizar a responsabilidade desde que os responsáveis e os seus dependentes hierárquicos sejam obrigados a reportar o desempenho e assim sucessivamente” (Liff e Andersson, 2012: 48). Porém, quando existe o domínio da lógica profissional (sua ética, os seus valores e crenças subjacentes à profissão), a sociedade exige que as profissões defendam este ideal e exerçam a sua atividade de forma independente. De acordo com Liff e Andersson (2012), a lógica subjacente à atividade profissional de medicina não procura satisfazer o cliente (paciente), mas sim corresponder à confiança que a sociedade tem nos profissionais médicos de acordo com um “código de conduta que exige uma atuação dos profissionais no

melhor dos interesses dos doentes” (Liff e Anderson, 2012: 49) e, por isso, o exercício da atividade é feito de uma forma unilateral e independente.

Pode haver uma propensão para que o profissional tenha um poder discricionário, separado do controlo de gestão da administração e que mesmo o profissional com cargos de chefia, em determinadas situações, atribua maior relevância à lógica profissional do que à lógica de gestão empresarial ou à lógica de administração pública burocratizada e, uma vez que neste sentido as decisões são baseadas na sua competência profissional, é natural que estejam pouco suscetíveis a interferências nas suas decisões. Até porque têm toda uma classe profissional que os apoia nessas decisões, “usando a própria estrutura hierárquica e burocrática para exercer o domínio profissional” (Liff e Andersson, 2012: 49).

Porém existem perigos associados com o elevado poder discricionário profissional. Na opinião de Timmermans (2008), um mercado de trabalho seguro – com base em estatutos legais e competências académicas altamente especializadas, desejáveis e indispensáveis à sociedade – “fornece a uma profissão com os direitos garantidos pelo Estado a autodeterminação e proteção contra as forças competitivas do mercado” (Timmermans, 2008: 165). O autor acrescenta que esta segurança profissional, fortemente institucionalizada, implica que os profissionais são capazes de se distanciarem de outras profissões e frustrar qualquer controlo e intromissão de terceiros, havendo uma autoproteção a pressões externas e podendo inibir a evolução organizacional. Os profissionais de saúde, especialmente médicos, têm este tipo de enquadramento, pertencem a um mercado que “reflete um nicho económico particular, muitas vezes demarcado por privilégios legais concedidos pelo Estado, que envolve uma relação estabilizada entre a profissão, o Estado e o público em geral legitimada pelas vantagens funcionais que a profissão promete produzir” (*ibid*: 179). Uma profissão que em vez de ser controlada por entidades externas, rege-se principalmente por autorregulação, “por meio de mecanismos formais e informais, tais como códigos de ética, exigências da sua formação académica, redes de referência, ...” (*ibid*: 165).

Por outro lado, Liff e Andersson (2012: 49) observam que “um elevado grau de discricionarieidade de poder na tomada de decisão operacional pode levar a grandes variações na forma como práticas raciocínio profissionais são conduzidas”, o que pode colocar em causa o grau de confiança do científico do qual as profissões dependem. Para contornar esta questão, existem Estados que normativamente (com recurso a comissões técnicas) introduzem sistemas que proporcionam maior uniformidade entre as diferentes práticas na profissão, com “a padronização de processos e práticas e a criação de indicadores quantitativos, inseridos nos

sistemas de informação, têm contribuído, para essa intensificação e para a legitimação das decisões de gestão” (Carvalho, 2005: 9).

Não obstante, Nyland e Petterson (2004: 82-83) referem, que em geral, os líderes clínicos ao nível do departamento são muitas vezes avaliados de acordo com a sua capacidade para manter os limites orçamentais; mas que, por outro lado, individualmente, os profissionais são avaliados de acordo com o desempenho clínico, uma dinâmica que exige uma envolvimento no trabalho coletivo, resultante do desempenho global do serviço. Os investigadores registam que aqui temos um dilema de avaliação e controlo entre os diferentes níveis na hierarquia do hospital. Dilema entre o controlo administrativo e a liberdade profissional (dada a autonomia dos profissionais clínicos). O acesso à informação pode ser visto como uma base de poder, e as assimetrias de informação são conhecidas como um contexto importante na tomada de decisão: (1) a informação sobre a produção (atividade) dos médicos é requerida pelos gestores hospitalares, mas pode não ser dado para o sistema de gestão porque o pessoal clínico pode querer assegurar a autonomia do seu trabalho; (2) os clínicos interessam-se pela informação contabilística como relevante para a sua própria atividade, mas não necessariamente como um meio para a gestão central. O importante e difícil é estabelecer os limites da dicotomia sobre o papel dos instrumentos de gestão e da informação contabilística, como elemento promotor de melhorias na atividade clínica ou como um meio de controlo de gestão central.

Relativamente às reformas do setor hospitalar, Pettersen (2004) conclui que as observações indicam que a lógica dos profissionais de saúde, as suas normas e valores dominam e tentam contrariar os processos de reforma. A autora acrescenta que as reformas são introduzidas para produzir mudanças internas na produção do serviço e na gestão do hospital; porém constata que continua a haver uma divergência entre a gestão clínica e a gestão de topo, sendo que as reformas pretendidas não parecem ter um efeito direto na mudança das decisões e das ações ao nível operacional.

#### **8.2.4. O impacto global esperado das mudanças implícitas na NPM à luz da Teoria Institucional**

Com a transformação de grande parte dos hospitais públicos em entidades públicas empresariais, o Estado instituiu de maneira coerciva uma homogeneização do padrão das organizações e dos procedimentos de gestão, mais próximos dos utilizados nas empresas privadas, introduzindo progressivamente uma lógica de gestão empresarial no setor hospitalar público. Estes hospitais, apesar do novo estatuto de entidade pública empresarial com autonomia, têm, na sua maioria, o mesmo formato organizacional e a manutenção de práticas

de gestão anteriores a coexistirem com novas práticas, também elas homogeneizadas, que são impostas através de mecanismos coercivos e normativos que desenham procedimentos que vão desde o planeamento e orçamentação, até à prestação de contas, aos Ministérios da Saúde e das Finanças, e controlo de gestão.

Porém, esta linha de mudanças ao nível do desenvolvimento em Portugal parece não contrariar os resultados obtidos quer pela pesquisa feita por Groot (1999) na Holanda, pela investigação de Jacobs *et al.* (2004) – relativamente ao impacto das reformas de saúde, na Alemanha, na Itália e no Reino Unido – ou, ainda por Pettersen (1999) na Noruega (ver a secção 3.3.3.). Os referidos estudos concluíram que quase não foi notória qualquer repercussão das reformas de NPM no exercício da profissão por parte dos médicos, mantendo a sua conduta operacional (Groot, 1999) e, apesar de haver um maior interesse por parte dos médicos seniores, o acesso à informação contabilística era muito limitado (Jacobs *et al.*, 2004). Pettersen (1999) chega a concluir que o intuito de contenção de custos nas atividades do pessoal clínico não passou de uma retórica de gestão inerente à experiência dos sistemas de pagamentos prospetivos na Noruega, neste caso ela identifica como razão principal (ver secção 3.3.3.) a coexistência de duas subculturas fragmentadas – a subcultura clínica do hospital (lógica da aplicabilidade), subjacente aos médicos e enfermeiros, e a subcultura administrativa (lógica da consequência).

No HIP, com a sucessão de acontecimentos de mudanças estatutárias e organizacionais, apesar dos papéis dos indivíduos e das suas funções não terem sofrido alterações significativas, as lógicas subjacentes à forma como esses papéis são conduzidos e exercidos na nova estrutura organizacional é que se foram alterando, proporcionando relações diferentes. A evolução da legislação, relativamente ao setor hospitalar, promoveu a introdução de instrumentos de gestão do setor privado, incentivando maior responsabilização pelos resultados. Em princípio, a introdução desta nova lógica de gestão empresarial deveria produzir “mais eventos que reforçam ou corroem a dominância de uma lógica subjacente” (Thornton, *et al.*, 2005: 130). Neste caso, as lógicas institucionais existentes no HIP (nomeadamente, a lógica de administração pública burocratizada e a lógica profissional) deveriam ressentir-se e serem contaminadas, de alguma forma, com os princípios subjacentes a esta nova lógica institucional. Contudo, o que se verifica é a coexistência de diferentes lógicas no contexto hospitalar a funcionarem em simultâneo, formando camadas que se sobrepõem em diferentes períodos (Reay e Hinings, 2009) e que podem alterar as suas posições de dominância num ou noutro momento.

Com base nas tabelas de categorias efetuadas por Thornton *et al.* (2005) e Ezzamel *et al.* (2012), o Quadro 4 sintetiza as principais características que diferenciam as três lógicas institucionais identificadas, nesta investigação, no setor hospitalar e que serviram de base para analisar a evidência recolhida e ajudar a compreender os fenómenos em análise.

**Quadro 4- Lógicas institucionais no setor hospitalar**

<b>Parâmetros</b>	<b>Lógica de administração pública burocratizada (existente)</b>	<b>Lógica profissional (existente)</b>	<b>Lógica de gestão empresarial (emergente)</b>
Fontes de identidade	Burocracia Ideologia política influente	Profissão	Gestão de recursos escassos
Fontes de legitimidade	Sistema democrático	Formação e experiência profissional	Execução eficiente dos contratos-programa
Fontes de autoridade	Estrutura da organização Regulamentação do Governo	Associações profissionais Regulamentação do Governo	Conselho de administração Regulamentação do Governo
Valores/racionalidade	Democracia e equidade	Bem-estar do paciente	Melhoria do desempenho e de eficiência na gestão de recursos
Bases de focalização	Emissão de diretrizes, normas e regras	Reconhecimento pelo paciente e seus pares	<i>Benchmarking</i> dos hospitais
Bases de estratégia	Garantir o acesso à saúde aos cidadãos com o máximo de equidade possível independentemente da sua condição financeira	Utilizar os melhores recursos possíveis para o bem-estar do paciente	Maximização da utilização dos recursos disponíveis Cumprimento dos critérios acordados com a Tutela

Fonte: Adaptado de Ezzamel *et al.* (2012: 286)

Neste estudo de caso em Portugal, verifica-se que, apesar de haver uma manifestação de algum interesse pela parte económica por parte dos diretores de serviço (médicos responsáveis pelo serviço), devido a uma progressiva relevância da lógica de gestão empresarial, ainda existe relutância a que sejam influenciados por essa questão no seu dia-a-dia e, apesar do acesso a dados contabilísticos ser difícil, a demonstração de necessidade de conhecimento desses dados por parte dos diretores de serviço e enfermeiros-chefes e o recurso aos mesmos para a tomada de decisão é quase impercetível. Mesmo quando têm de tomar decisões de gestão, apesar da lógica de gestão empresarial ir ganhando alguma importância, continuam a ser predominantemente influenciados pela lógica profissional (caracterizada no Quadro 4). Por outro lado, o próprio Conselho de Administração e os restantes gestores do

HIP (dos serviços de apoio), ainda embutidos na lógica de administração pública burocratizada e dependentes do desempenho dos serviços de primeira linha (de prestação de cuidados de saúde aos utentes), veem constrangimentos para que as mudanças associadas à NPM, com introdução da lógica de gestão empresarial, tenham o impacto desejado. Este conflito de lógicas institucionais é evidenciado, de uma forma resumida, pelo administrador de área A:

*“ (...) num hospital... a parte financeira não é propriamente a prioridade para os profissionais de saúde!... Aí é que está o problema, deveria ser tão prioritário como as compras. (...) Nos hospitais somos muito rigorosos naquilo que é para fora: as notas de encomenda, a assinatura, a adjudicação, a entrega, etc.,... mas na gestão interna... É uma questão de cultura!... Não há essa cultura nos hospitais!”*

A descrição anteriormente feita da “sequência histórica dos eventos proporciona um enquadramento temporal para compreender como a sobreposição estrutural dá acesso a diferentes lógicas institucionais e como os empreendedores institucionais que percebem analogias e descontinuidades nas lógicas institucionais transformam-nas em ações que mantêm a estabilidade ou iniciam a mudança” (Thornton, *et al.*, 2005: 131). Neste caso de estudo, como se elucidará nas secções seguintes, não havendo propriamente empreendedores institucionais, como refere DiMaggio (1991) (i.é., indivíduos ou atores organizacionais que criam plataformas para a inovação e mudança organizacional ou institucional ao explorar as descontinuidades culturais), existe uma sobreposição institucional, onde os papéis individuais, as estruturas organizacionais e as funções, anteriormente definidas, são impelidos a criarem uma plataforma de entendimento (Thornton, 2004).

### **8.3. A adoção da NPM pelo HIP**

A adesão ao projeto SCAH, além de resgatar a legitimidade do HIP relativamente a um maior rigor da informação contabilística, também pretendeu aumentar a sua utilização, transversalmente, no apoio à tomada de decisão. Foram transversais as manifestações auscultadas sobre esse sentimento de necessidade de informação contabilística mais rigorosa e precisa em todos os níveis de decisão:

*“A informação sobre os custos é indispensável para tomar decisões!... Contudo, neste momento, nós não sabemos quanto é que nos custa exatamente cada um dos serviços que temos, a informação não é tão precisa quanto gostaríamos!... A nossa perceção é de que os números que temos de alguns dos serviços não parecem corresponder à realidade!...”* (membro A do conselho de administração);

*“Nós não temos uma estrutura de registo de custos ou de contabilidade de custos que nos permita chegar a conclusão nenhuma!... (...) Eu acho que, sinceramente... neste hospital há muita preocupação com o controlo dos custos, mas não há muito trabalho de aferição dos custos!...”* (administrador de área C);

*“Não me sirvo propriamente da informação da contabilidade analítica, o que acontece é que geralmente cruzamos os dados do programa que [eu] habitualmente uso e a informação necessária para a contabilidade analítica!...”* (responsável pelo serviço de apoio D);

*“Aquilo que a contabilidade de gestão me dá, atualmente, não me serve para nada!...”* (diretor de serviço B);

Esta necessidade de maior rigor na informação produzida pela contabilidade de gestão dos hospitais também foi percebida aos níveis de decisão macro do setor hospitalar, quer pela ACSS (mentora da implementação do ABC) quer pela ARSC:

*“O custeio por atividades ganha importância, para mim, porque a contabilidade analítica já os hospitais a tem desde a década de 80. A contabilidade analítica por secções homogéneas,... (...) para uma boa contratualização interna, eu preciso de ter o custeio das atividades,... porque, eu em saúde, mais do que nas outras empresas,... (...) tinha que conhecer bem as linhas de produção, para saber se alguma valia a pena manter ou comprar fora,... se algumas estavam a ficar muito caras, como é que eu as tornava mais eficientes, etc. (...) O custeio dos GDHs assenta num algoritmo que foi importado dos EUA, adaptado à realidade com base nos custos históricos... Os custos históricos têm os enviesamentos normais de um processo de custeio de sistema de contabilidade analítica tradicional.”* (responsável pelo Financiamento e Contratualização da ACSS em 2007);

*“O ABC ajudará naturalmente, a ter o custo por doente tratado, a ter o custo por diária de internamento no formato tradicional, mas [também] saber qual o doente que foi para aquele tratamento, para aquela atividade, para aquele GDH, para aquela patologia!...”* (entrevistado B da ARSC).

Um dos objetivos da obtenção de maior rigor na determinação dos custos dos hospitais relaciona-se com a questão dos preços a definir para a contratualização:

*“Enquanto gestora, aos níveis decisoriais nacionais, eu tenho uma outra preocupação: os preços que eu fixo devem assentar em conhecimentos de unidades homogéneas da forma como nós as temos calculado, até agora, mm... são aproximações,... mas com grandes desvios, quer para cima, quer para baixo!... (...) Aquilo que eu tenho que conhecer muito bem é o preço, ou melhor, o custo efetivo para a produção. (...) E depois, (...) eu não consigo fazer isso se não tiver um bom sistema de custeio por atividades.”* (responsável pelo Financiamento e Contratualização da ACSS em 2007);

*“A questão de definição de preço... a tentativa da obtenção de um preço mais fidedigno, que traduza efetivamente o que é a produção hospitalar, ou seja, a atividade hospitalar, é importante para a definição de um modelo de preços futuros. (...) O novo sistema [de custeio baseado nas atividades] será até um meio dessa contabilidade analítica passar a ser*

*melhor implementada, passarem a ter mais rigor na informação... nesse sentido é ótimo! (...) E a formação do preço será mais justa, mais próxima do real e os hospitais poderão ser mais adequadamente financiados.”* (entrevistado B da ARSC).

A escolha do ABC, como a ferramenta ideal para obtenção de custos mais rigorosos por GDH nos hospitais, foi feita pela representante da ACSS entrevistada, por já ter sido aplicada com sucesso em outros hospitais e para a implementação do projeto foi escolhida uma empresa internacional de consultoria com experiência na implementação de sistemas ABC. A influência da entrevistada foi preponderante para a legitimação da ferramenta como sendo a ideal para os objetivos que se pretendiam:

*“O custeio por atividades nasce em Portugal em 98. Eu vi isto a funcionar em Espanha em dois hospitais, no Alcorcón e no S. Carlos,... em Madrid,... (...) achei interessante e com um contributo,... (...). E portanto, eu contactei médicos que estavam ligados àquilo, (...) alguns médicos vieram cá, e depois o próprio Secretário de Estado [da saúde naquele ano], achou esta ideia interessante!... (...) Achei que era interessante e montámos no hospital do Barreiro. (...) Quando em 2005 peguei nisto,... por acaso o Secretário de Estado era o mesmo,... eu era a mesma, não é?!... Entretanto, quando fui colaborar com ele, surge de imediato, a necessidade que foi muito bem agarrada pelo Dr. Manuel Teixeira. (...) Aquilo que a Deloitte tinha era a mais-valia de (...) algumas experiências, noutras áreas, onde eles tinham já implementado [o ABC]. (...) A única empresa em Portugal, com experiência na área, era aquela. Por isso foi aquela que foi contactada, no sentido de ver se havia viabilidade de a implementar [a ferramenta do ABC], com alguma rapidez e nada mais!...”* (responsável pelo Financiamento e Contratualização da ACSS em 2007).

Pode ser aqui identificado, à luz da Teoria Institucional, um processo de isomorfismo normativo nesta opção de implementação do ABC, já que resultou de ideias veiculadas pela formação profissional na área do custeio, por parte da responsável pelo departamento de Financiamento e Contratualização da ACSS, de que o ABC constitui o ‘state of the art’. Para além disso, a opção pelo ABC e não por outra ferramenta foi uma forma do HIP melhorar o sistema de contabilidade analítica, o qual, conforme descrito anteriormente, era muito imperfeito. O HIP revelou, através de um membro do conselho de administração e do responsável pelo serviço de apoio B que, ainda antes do HIP ter sido convidado para integrar o projeto, já tinha havido um interesse na mudança e a escolha da mesma ferramenta. A integração no projeto só fez com que o HIP resolvesse avançar mais rapidamente com esta iniciativa de mudança apoiada pela Tutela:

*“Nós já tínhamos sido confrontados com as limitações do nosso sistema de contabilidade analítica quando a tutela nos abordou, no sentido de saber, se tínhamos interesse em participar nesse projeto. Logo dissemos que*

*sim, por um lado... pela necessidade que tínhamos de ter um sistema melhor e por outro lado... pelo facto de a tutela nos apoiar. (...) A escolha por um sistema de custeio baseado nas atividades, não foi apenas por sugestão da tutela, por acaso já tínhamos pensado anteriormente no ABC, não tínhamos pensado noutra sistema.”* (membro A do conselho de administração);

*“A ideia da mudança partiu da tutela. Contudo, a informação como não era fidedigna, as pessoas que estão mais ou menos ligadas ao sistema de contabilidade que existia sentiam falta de informação. Apesar de ter partido de uma proposta da tutela, também foi bem aceite aqui dentro do HIP essa proposta, porque também [HIP] estava a necessitar dessas informações. Digo-lhe sinceramente que não tenho informação fidedigna e suficiente!...”* (responsável do serviço de apoio B).

O projeto SCAH pretendia, para além da determinação dos custos dos GDH<sup>71</sup> por parte do Ministério da Saúde, proporcionar uma ferramenta de controlo de gestão que potenciase a eficiência de gestão dos hospitais públicos EPE:

*“Uma outra questão, que é fundamental,... é que ele [o ABC] empurra necessariamente as instituições para terem melhores sistemas de informação, mais clareza dos sistemas de informação e para caminharem no sentido da existência de Balanced Scorecard e... portanto eu queria ao final dois objetivos: um era para os hospitais e outro em termos nacionais,...o meu objetivo era fechar isto com o empurrar os hospitais para virem a ter melhor informação, e para virem a ter o seu Balanced Scorecard!... (...) Eu acho que essa informação é parte da informação necessária a um benchmarking. Nós temos benchmarkings para a qualidade,... para dados clínicos,... nestas componentes de conhecimento dos custos é que não temos!...”* (responsável pelo Financiamento e Contratualização da ACSS em 2007).

A contabilidade, como componente central da estrutura formal, traduz uma imagem da organização e, por isso, é importante para as estruturas de poder e para os diversos interesses dos atores sociais. A contabilidade “pode ser usada para defesa e justificação de ações e interesses de grupos específicos, tanto dentro das organizações quanto no campo organizacional de sua abrangência” (Rezende, *et al.*, 2012: 36); foi este o principal interesse do projeto SCAH - ser um instrumento de apoio à definição de preços dos GDH que a Tutela tinha que contratualizar com as instituições de saúde.

---

<sup>71</sup> Como explicitam Llewellyn e Northcott (2005), o Governo britânico também sentiu a necessidade de proceder a uma uniformização da informação tendo tomado a iniciativa de proceder ao Exercício de Custo de Referência Nacional (*National Reference Costing Exercise – NRCE*). Esta foi a base para operacionalizar os HRGs (*Homogeneous Related Groups*), conseguindo: (1) mensuração da atividade hospitalar de uma forma uniforme; (2) com os mesmos códigos para as mesmas atividades dentro das mesmas categorias; e (3) adotar os mesmos protocolos de medição do custeio (Llewellyn e Northcott, 2005: 571 e 572). O Outro objetivo que o Governo britânico quis alcançar com este processo era a publicação da informação sobre a eficiência relativa do custo dos hospitais e, com esta uniformização da informação, “trabalhar nos hospitais torna-se mais normalizado” Llewellyn e Northcott (2005: 557).

## **8.4. A adoção da empresarialização e do ABC na gestão do HIP**

### **8.4.1. O impacto da empresarialização na gestão do HIP**

Nesta parte pretende-se examinar como é que a gestão do HIP foi influenciada pelas lógicas institucionais da administração pública burocratizada, da gestão empresarial e profissional na adoção de políticas associadas à NPM (de que a empresarialização e a adoção do ABC são reflexo, dada a evolução histórica do setor da saúde em Portugal).

“As sociedades ocidentais modernas privilegiam uma forma particular de racionalidade e, então, as organizações agem de acordo com o contexto cultural, para ganhar maior legitimidade, se elas conseguirem imitar ou reproduzir simbolicamente essa racionalidade” (Carruthers, 1995: 315). Estas estruturas organizacionais formais por vezes são aparentes e diferentes da prática corrente. Carruthers (1995) defende que esta dissociação pode ter ainda mais significado quando existe uma cultura diferente cujos procedimentos e regras são capazes de melhorar o desempenho organizacional, em vez dos procedimentos técnicos associados à tal estrutura formal adotada. A estrutura formal serve para reforçar a aparência da organização e dar-lhe maior legitimidade apenas porque cria uma imagem de escolhas racionais.

De acordo com a evidência empírica, a dissociação que é reconhecida no impacto da empresarialização no HIP relaciona-se com as expectativas da introdução de uma lógica de gestão empresarial como dominante no HIP e, por isso, a obtenção, de significativos aumentos do desempenho face a uma melhoria na eficiência da gestão dos recursos disponíveis, com os resultados e as práticas que efetivamente são reconhecidas como correntes na organização. Verificam-se três ordens de razão que, estando interligadas e influenciando-se mutuamente, impedem a implementação efetiva da empresarialização no HIP: (1) A manutenção de uma estrutura burocratizada com fortes influências políticas; (2) A importância e necessidade de gestores públicos de topo com cariz de líderes (como corolário do ponto anterior); e (3) A importância da classe profissional no desempenho do HIP e, por isso, a existência de uma dicotomia de lógicas que é determinante para a gestão.

Relativamente à primeira barreira a evidência foi transversal aos vários domínios de entrevistados. A perceção comum é no sentido de que o facto de se manter a mesma estrutura organizacional – com a mesma espinha dorsal, em que os cargos de relevância se mantêm com alguma estabilidade (pelo estatuto profissional de chefia) ou são alterados pela nomeação política – representa uma limitação para que os objetivos da empresarialização sejam concretizados na sua plenitude ou, pelo menos, numa parte significativa. O fator referido mais

desestabilizador para que haja uma verdadeira empresarialização é o fator político; reconhecido, inclusivamente, pelos próprios nomeados cuja instabilidade no cargo não lhes permite pensar estrategicamente:

*“Só lhe poderia falar na estratégia se iniciasse um processo de gestão completo!... Em termos de continuidade, tenho alguma dificuldade em me referir às políticas estratégicas..., pois nos últimos seis anos estive em três conselhos de administração, e como tal... não há política estratégica nenhuma que resista.”* (membro A do conselho de administração);

*“Os hospitais não deviam estar consignados a partidos políticos!... Porque... quando existe uma mudança de orientação política governamental,... geralmente mudam as administrações. (...) Não há uma linha de continuidade!... (...) Não há continuidade... e isso desmotiva.”* (membro C do conselho de administração).

O administrador de área B é perentório quanto à importância que tem essa influência política na rotatividade dos conselhos de administração e como o HIP é afetado nas suas rotinas fundamentais, como por exemplo, o processo de contratualização:

*“Houve uma altura [2006-2007-2008] em que havia contratualização interna com os serviços,... era feita, havia dados, o serviço, com base no histórico, tinha que definir metas para o ano seguinte... aquilo era formalizado... e depois até havia um controlo durante o ano, se eram atingidos ou não os objetivos. Depois, no conselho de administração seguinte [setembro de 2008], perdeu-se a questão da contratualização interna, perdeu-se completamente!... Isto anda muito ao sabor dos conselhos de administração,... isto é um EPE, mas é um EPE que é gerido consoante os conselhos de administração que vêm.”*

Os responsáveis por serviços de apoio, os diretores de serviço e enfermeiros-chefes também consideram uma desvantagem o hospital estar sujeito a uma rotatividade dos conselhos de administração condicionada pela vontade política:

*“A questão não é o estatuto,... a questão são os dirigentes públicos, a forma como são nomeados os presidentes e os diretores!... São nomeadas pessoas, apenas, pelos partidos políticos a que pertencem!... Não há preocupação de qualidade, de competência, de honestidade e de espírito de serviço!... (responsável pelo serviço de apoio I);*

*“Não há estabilidade necessária para agir de outra forma, isso tem muita influência!...”* (enfermeira-chefe G).

Outra sensibilidade demonstrada é sobre a própria Tutela que, apesar da atribuição de maior autonomia administrativa e financeira, continua a ter formas de limitar essa autonomia e parece querer uniformizar ainda mais as instituições impedindo a individualidade e, o consequente, ambiente concorrencial:

*“Há pequenos detalhes em que continua a ser necessária autorização prévia do proprietário ou da tutela..., em que se retira, perde ou limita*

*aquela autonomia!... (...) Nem existe mecanismo nenhum para que isso [a concorrência] aconteça!... Pelo contrário, acho que cada vez mais querem uniformizar, implementar os mesmos softwares em todo o lado, páginas da Web com construções iguais, etc.... É necessário maior autonomia de gestão!” (membro A do conselho de administração);*

*“Se os objetivos hospitalares efetivos [da gestão] caminhavam para uma autonomia?... Acho que a nível teórico [legislação] dá a impressão que sim, mas depois... na prática, não é essa a impressão que eu tenho!...” (enfermeira-chefe G).*

Alguns dos entrevistados, conhecendo bem as estruturas e organizações hospitalares mas tendo uma observação externa ao HIP, mencionam também a influência política como uma restrição à prossecução de uma gestão empresarial efetiva e como corolário à relativa diminuta importância das competências que os nomeados poderão ter para a gestão, para serem verdadeiros líderes:

*“Se a avaliação é satisfatória a equipa de gestão deve manter-se em funções..., não deve ser substituída!... Independentemente do círculo político!... Se for insatisfatória..., a equipa deve sair e ser responsabilizada pelos seus atos!... O problema é sempre a responsabilização!... (...) Agora, naturalmente que só a mudança do modelo não conta, não é?!... É preciso que haja bons gestores nessas instituições!” (entrevistado B da ARSC);*

*“Muitas vezes, no plano dos hospitais, verificamos que quem gere o hospital não tem o espírito de gestor!... (...) Infelizmente esta não é uma exigência para a escolha dos órgãos de gestão!... (...) O que interessa são os objetivos, os recursos, as capacidades instaladas e a sua capacidade de gestão e de liderança... – de conseguir levar as pessoas a atingir os objetivos – e é, sobretudo, sentir-se sempre numa posição de estar a contribuir para a melhor resposta a uma população que está pré definida!...” (entrevistado da consultora).*

A existência de uma cultura profissional forte, com uma hierarquia burocratizada, inerente à própria carreira profissional, e que condiciona os cargos de direção (médicos) e chefia (enfermeiros) de serviços também contribui para que o impacto da empresarialização no HIP tenha pouca relevância nos níveis intermédios de gestão e que haja, até, uma espécie de ‘escudo’ protetor à ‘invasão’ de uma lógica de gestão empresarial:

*“Eu não notei nada!... (...) Não se trabalha menos do que nos outros hospitais,... produz-se é muito menos porque não há agilização de procedimentos!... (...) Aquilo que está no regulamento do hospital tem mais a ver com formação e a minha função é mais coordenar os diversos serviços do que olhar por eles em termos financeiros... A parte económica não entra!...” (diretor de serviço A);*

O próprio HIP, apesar das tentativas de adaptação da sua estrutura organizacional, mantém enraizada a lógica de administração pública burocratizada que é reconhecida por alguns profissionais. Não obstante, já existe, por parte de alguns enfermeiros-chefes, uma

certa complacência e compreensão relativamente à necessidade de entrar em linha de consideração com conceitos introduzidos pela lógica de gestão empresarial:

*“Nós temos uma cultura, por ventura, enraizada há tantos anos,... que agora é difícil estarmos sempre a pensar nisso. As pessoas estão ligadas ao estatuto público e não gostam de chamar a isto uma empresa, que no fundo é!... É uma empresa prestadora de cuidados. (...) Ninguém está aqui a pedir que não tratem os doentes!... Mas se for possível tratar com menos custos é importante! (...) As pessoas ainda não se ligaram a esse espírito... A mudança de formato de SPA para EPE não alterou muito o dia-a-dia..., e nem sequer sentimos uma pressão para isso! (...) Os grandes desafios são realmente a gestão dos escassos recursos humanos e responder a necessidades cada vez mais crescentes. (...) Nós sentimos que há uma falta de sensibilidade para diferenciar o que é prioritário!... Para onde é que vamos?... Qual é o rumo a tomar?... (...) Isso é um desafio todos os dias, pode crer!... Não há uma linha diretora que defina como gerir!...”* (enfermeira-chefe A).

Na opinião do diretor de serviço C a burocracia profissional e o estatuto adquirido profissionalmente é o verdadeiro impedimento para que haja uma efetiva mudança:

*“Ninguém nasceu diretor de serviço, mas morre-se diretor de serviço!... Acho que devia ser uma posição rotativa. O poder vicia e amolece!”*

Com uma visão mais abrangente, um dos entrevistados da ARSC faz referência à importância dessa burocracia institucionalizada e ao confronto frequente entre a lógica profissional e a lógica de gestão empresarial. Porém revela ceticismo relativamente a que a lógica de administração pública burocratizada seja um impedimento ao exercício de uma gestão empresarial, denunciando a necessidade de se exigir a responsabilização para que se verifique um esforço de negociação por parte dos conselhos de administração:

*“Quando falamos em empresarialização temos que falar sobretudo pela boa utilização dos recursos existentes. (...) Recuso-me a acreditar que todos os HSPA são mal geridos, tal como todos os HEPE são bem geridos pelo facto de serem EPE!... (...) O hospital de S. Sebastião foi criado de raiz, as equipas vieram propositadamente para aquele serviço, os diretores de serviço é que escolheram a sua equipa, portanto tudo propenso à gestão empresarial!... (...) Coisa bem diferente dos HSPA que foram transformados! ... Genericamente, as pessoas são as mesmas!... (...) Depende das pessoas que vão para determinados lugares!... Não é possível ter algum resultado sem os médicos!... Não se consegue em lado nenhum gerir contra a classe médica!... Temos que saber levar a água ao nosso moinho numa permanente concertação. (...) Enquanto não forem responsabilizados..., vai haver sempre algum laxismo, algum comodismo nestas funções!... Porque exigem esforço, trabalho, aplicação de medidas que..., por vezes, são difíceis de tomar e exigem alguma capacidade de confronto..., o que nem sempre é agradável! (...) Digamos que um hospital SPA poderia ser bem gerido e poderia estar nesse formato desde que a administração pública tivesse esses mecanismos...,*

*é tão simples como isso!... (...) Naturalmente que só a mudança do modelo não conta, não é?!... É preciso que haja bons gestores nessas instituições!”* (entrevistado B da ARSC).

Este testemunho reforça a necessidade de harmonização entre as três lógicas institucionais que foram identificadas no HIP e que é imperativo que exista um esforço, pelo menos entre a lógica profissional e a lógica de gestão empresarial para que a organização possa alcançar os objetivos pretendidos com a empresarialização.

#### **8.4.2. Mudança do sistema de contabilidade de gestão para o ABC e seu impacto no HIP**

Se inicialmente o HIP integrou o projeto de mudança do sistema de contabilidade de gestão, aderindo a uma conformidade de procedimentos com os seus pares para ir de encontro às expectativas do Estado e dos seus *stakeholders*, procurando um reconhecimento como um hospital da ‘linha da frente’, posteriormente retrocedeu no seu percurso e, apesar de ter implementado o novo sistema (ABC), optou por continuar a utilizar o sistema anteriormente existente (com base no método das secções homogéneas) e que nunca chegou a ser abandonado.

Se, de facto, enquanto projeto-piloto, o SCAH alcançou o objetivo da Tutela de estabelecer cálculos de custos dos atos e serviços médicos (dos GDH) mais assertivos, enquanto ferramenta de apoio à tomada de decisão no hospital, presentemente, não se pode assumir que o ABC tenha tido impacto de relevo na gestão do HIP. Não houve uma difusão da ferramenta no HIP, quanto aos primeiros resultados obtidos e a necessária demonstração da sua utilidade percebida pelos diferentes atores que são responsáveis pela tomada de decisão no hospital. Por outro lado, apesar das potencialidades evidenciadas e partilhadas, transversalmente neste estudo de caso, sobre o ABC (ver secção 7.3.4.), manteve-se o sistema de contabilidade de gestão que já existia no HIP e o novo sistema foi colocado completamente de parte. Para tal também contribuíram as limitações evidenciadas pelo SCAH e manifestadas por diversos entrevistados (ver secção 7.3.4.), donde se destacam: (1) a exigência de carregamento manual de dados excessivo o que dificulta o trabalho; (2) o sistema ser pouco ‘*user-friendly*’; (3) a impossibilidade de transferência de dados de um ano para o outro, tendo que ser efetuado manualmente; (4) a interpretação dos dados não é imediata, exigindo uma análise crítica e uma depuração da informação para que seja útil no apoio à decisão para um dos utilizadores; (5) a implementação do sistema foi elaborada com dados sobre gastos de 2006 e atividades e tempos de 2007 e já de 2008; (6) embora se tenha pretendido ir ao encontro da linguagem dos médicos, a informação obtida não é a requerida por estes mas sim

uma informação negociada com a ACSS e mais direcionada para a administração; e (7) o sistema ainda não permite resolver os problemas de custeio da transferência dos doentes entre serviços (dos preços de transferência interna).

O interessante de todo o processo é compreender, sob o ponto de vista da Teoria Institucional, porquê que não se tornou um mecanismo efetivo para apoiar a tomada de decisão, desde o processo de negociação interna e externa dos contratos-programa até ao respetivo acompanhamento e controlo dos resultados obtidos e responsabilização pelos mesmos. Esta opção seria a via mais racional, uma vez que o HIP não dispõe, atualmente, de nenhum outro sistema que lhe permita determinar os custos dos GDH de uma forma rigorosa, sendo estes a base de contratualização entre a Tutela e o HIP.

De acordo com a evidencia recolhida, para além dos conflitos existentes entre, principalmente, a lógica profissional e a lógica de gestão empresarial, cuja reflexão já foi feita na secção anterior, identifica-se como corolário dessa conflitualidade as diferentes necessidades de acesso a dados contabilísticos que os distintos grupos (profissionais de saúde com cargos de gestão e restantes decisores) revelaram sentir.

Não parece que exista um número significativo de profissionais de saúde, com cargos de gestão, a terem necessidade da informação gerada pelo ABC nem de qualquer tipo de informação relacionada com os custos. A informação mais relevante, para este grupo, relaciona-se com os dados sobre a atividade e não os custos da atividade. Isto é o que sugerem as afirmações de alguns responsáveis de outros serviços de apoio que, nesta área de saber, têm contacto com os profissionais de saúde:

*“Os médicos não estão sensibilizados para isso [os custos indiretos]!... É que em primeiro lugar, na saúde, está o que eles aprenderam!... (...) Acabam por não estar tão sensibilizados como deviam estar!...”* (responsável pelo serviço de apoio B);

*“Depende de cada um!... Há alguns chefes de serviço que nós deduzimos que só querem números para lá por... mas há outros que até querem esclarecer as suas dúvidas quanto ao modo como se calculam e imputam os custos, vêm de vez em quando tirar dúvidas...”* (responsável pelo serviço de apoio H).

Já os próprios profissionais de saúde e alguns dos responsáveis de serviços de apoio são muito claros referindo que não usam esse tipo de informação ou arranando subterfúgios para justificar a sua não utilização, como por exemplo: (1) o facto de não terem um acesso direto à informação quando a pretendem; (2) não haver um gabinete de informação que trabalhe a informação de custos de modo a torná-la perceptível, interessante e útil; ou, ainda (3) a falta de divulgação periódica, a quem de direito (profissionais com cargos de gestão), por

forma a promoverem o interesse para com a informação de custeio. São diversas as manifestações sobre o não recurso à informação sobre custos:

*“Não, não utilizo de todo essa informação!...”* (responsável pelo serviço de apoio C);

*“Normalmente, não utilizamos informação nenhuma da contabilidade analítica...”* (enfermeiro-chefe B);

*“Uma das situações é que falta aqui um gabinete de informação, pois os utilizadores não sabem como ir buscar a informação necessária. Podem consultar... mas não sabem como o fazer. (...) Continuo a achar que faz falta [um gabinete de tratamento de informação financeira],... pois a maior parte dos chefes de serviço não tem formação na área de gestão!...”* (responsável pelo serviço de apoio H);

*“Para a contabilidade continuamos a ir à contabilidade, mas não há um acesso direto!... (...) Se calhar nós deveríamos ter uma contabilidade de custos mensal para podermos fazer um acompanhamento mais de perto, para podermos no fundo fazer o controlo de custos e fazer a análise que é típica da gestão analisando com os períodos homólogos, as variações, oscilações, etc....”* (responsável pelo serviço de apoio E);

*“Relativamente à contabilidade, não nos chega informação nenhuma desse género. Nós não temos os números da cirurgia, não temos a ideia daquilo que fazemos em relação ao ano anterior e temos um contrato-programa que nos diz... que é assinado anualmente, mas que se baseia um bocado... numa coisa que é só papel... não há nenhuma informação para a gestão... aos serviços não chega qualquer informação para a gestão... não há feedback da produtividade dos serviços...”* (diretor de serviço A);

*“A informação que nos é disponibilizada são os gastos dos serviços mensalmente e não temos mais que essa informação. (...) Eu acho que os dados deviam ser discutidos entre as pessoas que têm responsabilidade. Aquilo chega-nos, nós olhamos, mas pouco nos diz. (...) Na gestão intermédia não tem reflexo, porque ninguém olha para aquilo, ninguém valoriza, não é utilizável.”* (enfermeira-chefe A).

Mesmo quando necessitam da informação, os decisores dos níveis intermédios não procuram informação e tentam socorrer-se e adaptar as necessidades de informação com base em informação histórica que já têm. Um exemplo evidente é a contratualização interna, sobre o período em que era efetivamente exercida entre o conselho de administração e as chefias intermédias foram reveladas algumas situações:

*“Tivemos uma discussão do plano de atividades no ano passado, em que se previa a contratualização!... Mas é muito difícil!... Os serviços vão assinar “de cruz” uma coisa sobre o qual não têm conhecimento!... Não conseguem... com verdadeiro desígnio melhorar as coisas no ano seguinte, porque não têm informação sobre o ano anterior,... não há informação para a gestão!... Por muito que queiram que os médicos participem nas orientações e na melhoria das coisas... há uma série de sugestões, mas depois, não temos acesso aos números!...”* (diretor de serviço A);

*“Não há planeamento, não há orçamentos por centros de custos, o contrato-programa existe, mas não sei se é efetivo!...”* (diretor de serviço B).

A situação detetada foi tão crítica que o conselho de administração, como nos revelou o seu membro B, optou por dar cursos de formação, socorrendo-se da responsável pelo gabinete de controlo de gestão do HIP, sobre o que se pretendia com a contratualização interna e sobre contabilidade analítica, como estava a informação organizada no sistema de contabilidade de gestão existente no HIP (por secções homogéneas) e como eram determinados os custos de cada serviço, de cada doente, etc.:

*“Este curso de formação pretendia fazer com que os diretores de serviço percebessem que os contratos que fazemos com os serviços são uma réplica daquilo que é feito com a tutela”* (membro B do conselho de administração).

Porém, esta falta de sensibilidade relativamente aos custos e o facto de não sentirem necessidade dessa informação retirada do sistema de contabilidade de gestão tem a ver com a panóplia de outros sistemas de informação que o HIP dispõe, na sua maior parte implementados anteriormente pela ACSS, que servem grupos bem definidos de utilizadores (ver secção 6.4.2.). A informação encontra-se tão dispersa, existindo sobre o mesmo assunto frequentemente informação díspar, que o conselho de administração em 2009 resolveu desenvolver um programa de gestão internamente que, absorvendo informação diretamente dos vários sistemas existentes e compatibilizando-a, pudesse organizar a informação necessária para o apoio à decisão (o SIHIP - descrito na secção 6.4.2.). Convém salientar que esta decisão resultou, em parte, da implementação do ABC pelas diversas incongruências de informação que foram sendo, então, detetadas. Esta questão provocou também alguns ajustamentos nos procedimentos de registo e na alocação de gastos no próprio sistema de contabilidade de gestão existente (por secções homogéneas).

Em síntese, foi evidenciado como a ACSS teve influência para encorajar a adoção do ABC mas não teve poder para tornar a sua utilização obrigatória. A ACSS foi mentora e envolveu-se no projeto SCAH enquanto teve um interesse próprio – a definição dos preços mais rigorosos e assertivos para os GDH.

#### **8.4.3. Coexistência de lógicas institucionais e as suas implicações no HIP**

A Teoria Institucional, tradicionalmente, “deseja manter a separação das dimensões técnica e institucional, mas o mundo real confunde os dois” (Carruthers, 1995: 318), porque os processos institucionais são, na prática, técnicas. Carruthers faz esta referência para justificar a dissociação relativamente à implementação formal de um novo sistema de contabilidade e à sua influência na rotina, notando que estas têm pouco ou nenhum efeito

sobre a realidade das organizações. As aparências são frequentemente mantidas e justificadas as mudanças por questões de índole técnica e de reconhecimento pelo meio em que a organização opera. Se a contabilidade está a ser usada essencialmente para justificar as decisões da Tutela em detrimento de apoiar a tomada de decisão no HIP, então, pode-se dizer que a racionalização da contabilidade está dissociada do real, segundo o enquadramento de Carruthers.

Esta explicação convencional da Teoria Institucional para a dissociação, relativamente às instituições formalmente adotadas e a sua aplicação efetiva, não tem sido pacífica. A literatura mais recente refere que deverão haver razões internas, a nível micro, que justifiquem tal dissociação. A necessidade de proteger determinadas práticas ou grupos resultante de inovações introduzidas, muitas vezes, conduzem a resultados que não eram antecipadamente esperados, deixando a organização adotar a técnica apenas cerimonialmente (Johansson e Siverbo, 2009).

Com uma análise mais profunda dos atores e das suas práticas efetivas no HIP, a investigadora confirmou que é útil a ampliação da análise institucional preconizada por Lounsbury (2008). A evidência empírica obtida neste estudo de caso salienta uma clara dissociação entre a adoção formal da empresarialização e do ABC e a sua utilização no terreno. De facto, apesar dos esforços do conselho de administração e da área financeira, os princípios da empresarialização não constituem a primeira referência na prática diária da linha intermédia de decisores, na sua maioria profissionais de saúde; nem o ABC é utilizado no HIP, quer pelos profissionais de saúde, nem pelos restantes gestores em todos os níveis de decisão. Estes resultados são consistentes com os argumentos de alguns investigadores que defendem que verificaram uma dissociação entre a adoção formal de mudanças e o seu impacto na realidade da organização.

Uma das explicações para que esta situação aconteça, no caso particular do HIP, reside no facto dos cuidados de saúde, analisados de uma forma holística, não serem mensuráveis e quantificáveis, de acordo com a visão restrita dos critérios da lógica de gestão empresarial que se conduzem por uma eficiência na gestão de recursos. Teoricamente, as pressões exercidas pela introdução de medidas associadas à NPM, numa lógica de gestão empresarial pública induz repercussões negativas à autonomia do profissional de saúde.

Uma segunda explicação relaciona-se com o facto dos diretores de serviço se reverem na lógica profissional e quererem corresponder às expectativas dos utentes de acordo com as suas competências profissionais como forma de ganhar maior legitimidade relativamente aos

utentes e aos seus pares. A lógica profissional, de acordo com o principal fim a que se destina a atividade de um hospital, é a lógica institucional de ordem superior, é a lógica principal que molda as práticas e interações dos atores no terreno (Thornton, 2002; Lounsbury, 2002). Apesar de embutida num contexto em que foi introduzida a lógica de gestão empresarial, a lógica de ordem maior que efetivamente institui os princípios da organização e de legitimidade do setor é a lógica profissional. Neste estudo de caso confirma-se a tendência para a reivindicação do estatuto da profissão em períodos de transformação institucional (ver secção 2.5.3), como sugeriu Lounsbury (2002).

Apesar da reconhecida necessidade do exercício de uma gestão conduzida por princípios empresariais e da mudança do sistema de contabilidade de gestão, cuja adoção de um novo sistema cumpria os requisitos exigidos, globalmente, pela comunidade, o impacto real no HIP não foi consentânea com as expectativas. Para isso também contribui a existência de uma indefinição hierárquica na prática com os correspondentes graus e conteúdos de responsabilização pouco claros em cada um dos níveis de gestão que se mantêm com a carga histórica institucional de uma lógica de administração burocratizada.

Neste estudo de caso não estão em causa práticas e procedimentos específicos, mas sim a introdução de uma nova lógica na atividade diária de tomada de decisão dos decisores, na sua maioria profissionais de saúde com cargos de gestão. Confirma-se a existência de uma racionalidade teórica (lógica de gestão empresarial) e de uma racionalidade prática (lógica profissional) – duas dimensões que, neste caso, estabelecem conflitos entre si – não existindo uma coexistência pacífica entre as diferentes lógicas sem domínio prevacente de nenhuma em particular, como o observado por Scott *et al.* (2000). No HIP, a evidência revela que existe uma lógica dominante, apesar de todas as contrariedades que é a lógica profissional. A lógica de gestão empresarial vai exercendo algumas incursões e introduzindo novas questões a serem ponderadas na prática diária, mas que só ganham alguma influência por força maior – as fortes restrições orçamentais a que o país tem estado sujeito. Não obstante, não é impeditivo a que haja uma forte contestação e tentativa permanente do exercício do domínio da lógica profissional.

A investigadora conclui que é imperativo encontrar soluções de compromisso entre estas lógicas institucionais concorrentes. O desejável é que haja uma plataforma de entendimento ou uma colaboração entre os diferentes atores que permita um esbatimento entre as incompatibilidades de pressupostos subjacentes às diferentes lógicas institucionais existentes, promovendo um melhor desempenho global da organização.

De facto, a era pós-NPM pode ser vista em parte como um desenvolvimento dependente da trajetória da NPM e em parte como uma resistência à NPM (Christensen e Lægread, 2007). O conceito de pós-NPM, como referem Liff e Andersson (2012: 51), “implica a ambição de integrar unidades desintegradas (...) isso significa uma combinação de responsabilidades hierárquicas e laterais, a integração tornou-se também um objetivo em si mesmo, independente das duas correntes subjacentes que se destinava a integrar”. Esta integração relaciona-se com a lógica de colaboração entre as lógicas institucionais concorrentes que coexistem no hospital. Se, por um lado, existem elementos de interesse próprio dadas pela interpretação do serviço ideal aplicado às profissões; por outro lado, a estrutura hierárquica e burocrática pode ser usada para exercer o domínio profissional e a introdução da lógica de gestão empresarial pode complementar, em vez de substituir, a lógica profissional e ajudar a alcançar as ambições dos profissionais de exercer com profissionalismo (Liff e Andersson, 2012).

Diversos atores defendem a necessidade de negociação e entendimento, a introdução de uma nova lógica de cooperação que, neste caso, relacione e equilibre as três lógicas que coexistem no HIP e, assim, facilite um caminho na prossecução de objetivos comuns que permitam alcançar melhorias na gestão dos recursos disponíveis escassos e melhorar o desempenho da instituição. Esta inferência foi verbalizada por alguns entrevistados no HIP e por um dos entrevistados da ARSC, com uma visão mais agregada do setor:

*“A falta de comunicação entre os diferentes atores neste teatro é uma coisa que perturba muito a gestão e que pode ser melhorada!... (...) O que interessa é que essa informação [de custos] chegue aos vários níveis de decisão. Eu, por exemplo, nunca discuto isso com o meu administrador de área. Como responsável por gerir os materiais deste serviço, até seria útil, poderia ser um ponto comum para dialogar. Mas isso não faz parte das nossas políticas!... O sistema de contabilidade de gestão é mal aproveitado!”* (enfermeira-chefe A);

*“Era necessário que todos nós trabalhássemos para o mesmo fim!... Isso era o que se pretendia com a empresarialização,... que as pessoas aceitassem os desafios e produzissem e se tornassem eficientes.”* (responsável pelo serviço de apoio A);

*“As instituições vocacionadas para a saúde não estarão direcionadas para o lucro!... Mas, seguramente, vocacionadas para os meios com que podem fazer o melhor possível... (...) Porque, se de facto os ganhos em saúde são evidentes com a utilização dos equipamentos, também temos que ter um cuidado enorme com a sua afetação e com a sua racionalidade. (...) Eu penso que é a grande questão da nossa administração pública, é a questão da responsabilização das chefias de topo e a mobilização das chefias intermédias... sem isso, não há reformas, nem legislação que possa surtir*

*feito! Tudo passará pela responsabilização e as consequências dessa responsabilização.*” (entrevistado B da ARSC).

Como já foi referido, também a organização burocrática não é temporária, nem os profissionais que a compõem, fazendo com que as políticas associadas à NPM possam ter um impacto mais suave e, até, atenuar as críticas que se impunham à burocracia da administração pública. Neste sentido, o entusiasmo inicialmente colocado nos mecanismos do tipo mercado e na empresarialização torna-se mais brando (Pollitt e Bouckaert, 2011; Christensen *et al.* 2008). Convém recordar que, por exemplo, Khaleghian e Gupta (2005) defendem que as reformas, inspiradas na NPM, têm um papel limitado o que pode sugerir a necessidade de um regresso adaptado à ‘velha administração pública’, pelo simples facto de se atribuir maior relevância às características das funções públicas de saúde e à melhoria da sua prestação pelo próprio Governo.

No caso português, com uma natureza histórica centralizada, as iniciativas de reforma para serem efetivamente implementadas necessitam de tempo para garantir que se processe uma mudança, ainda que demorada, nas ideologias, “a descentralização bem-sucedida depende do ambiente social e cultural, para além da legislação e regulamentos” (Barros *et al.*, 2011: 33).

As conclusões deste estudo revelam como a aplicação das políticas associadas à NPM, apesar de fortemente influenciadas pela produção legal, apenas conseguem alcançar um impacto pontual na gestão do HIP. Deteta-se o mesmo sintoma que foi constatado noutras investigações recentes sobre a necessidade de maior conhecimento acerca da contabilidade e controlo de gestão por parte de outros profissionais, nomeadamente da profissão médica (Østergren, 2009).

## **Capítulo 9 – Conclusões finais**

### **9.1. Introdução**

Neste capítulo é apresentada numa primeira secção sumariamente o contexto do estudo apresentado. De seguida são evidenciadas as conclusões mais importantes da investigação relativamente à aplicação das reformas de saúde levadas a cabo em Portugal no âmbito das políticas associadas à NPM. Igualmente é discutido de que forma a Teoria Institucional permitiu compreender e explicar os fenómenos em estudo. Na terceira parte deste capítulo referem-se as limitações da investigação conduzida. O capítulo termina com uma reflexão e com sugestões para futura investigação.

### **9.2. Contexto desta investigação**

O mercado da saúde tem características peculiares que são muito diferentes de qualquer outro mercado clássico em que a oferta e a procura tendencialmente se equilibram; na saúde a procura é potencialmente infinita mas os recursos não o são. Para além de que o “conhecimento necessário para fazer escolhas informadas sobre prestadores de cuidados de saúde e até mesmo tratamentos é muitas vezes incompleta ou indisponível” (Timmermans, 2008: 168). Estas são questões que condicionam, à partida, a aplicação ‘pura e dura’ dos mesmos formatos e instrumentos da gestão privada às instituições públicas que prestam cuidados de saúde aos cidadãos.

Com a adesão de Portugal à, então, Comunidade Económica Europeia (CEE), houve pressões no sentido de se proceder a uma reforma do setor público. A experiência de outros países que implementaram políticas associadas à NPM, nomeadamente da Europa Central, Austrália e Nova Zelândia, demonstrou, globalmente, melhorias significativas na utilização mais eficiente dos recursos disponíveis, no maior rigor de gestão, na melhoria de instrumentos de planeamento, de acompanhamento e controlo do desempenho hospitalar e, ainda, na exigência de maior transparência e *accountability*. Foi com base nesta evidência que o governo português, principalmente a partir de meados dos anos 80, iniciou experiências pontuais similares às que observava naqueles países, com resultados em alguns aspetos idênticos que permitiram implementar uma reforma mais drástica baseada na empresarialização de quase metade dos hospitais públicos portugueses.

Esta investigação começou a ser delineada, ainda em 2004, face à dinâmica gerada no setor hospitalar provocada pela dita reforma, a qual visou tornar estas organizações mais eficientes sob o ponto de vista da utilização dos recursos disponíveis e melhoria do seu

desempenho por forma a reduzir os gastos orçamentais. Durante um período de tempo extenso, a imprensa foi bombardeada com artigos de opinião resultantes de expectativas diversas quanto às reformas empreendidas.

O primeiro interesse da investigadora recaiu sobre os *tableaux de bord*, dos hospitais empresarializados, e que servindo de base para a realização de *benchmarking*, eram divulgados trimestralmente. Pensou-se, na altura estudar o real impacto deste instrumento, de transparência e responsabilização, na gestão de um hospital público empresarializado e na evolução do seu desempenho – tendo para o efeito já estabelecido contactos com o HIP para a realização do estudo. Contudo, com a ausência da publicação desses dados a partir de meados de 2005 e com a possibilidade de realização de um projeto-piloto de mudança dos sistemas de contabilidade de gestão nos HEPE, foi redireccionando o foco da investigação.

Assim, mais tarde, optou-se por fazer um estudo profundo de um hospital público português exposto quer à empresarialização quer ao processo de mudança para um novo sistema de contabilidade de gestão – o ABC. O objetivo foi discutir o processo de introdução de uma nova lógica no setor, bem como o porquê e o como foi implementado o ABC, e quais os efeitos, consequências e impacto das políticas associadas à NPM na gestão do HIP.

Foi efetuada uma investigação que partiu do geral para o particular. Após a revisão de referências bibliográficas sobre vários estudos de caso no âmbito da NPM e da mudança dos sistemas de contabilidade de gestão com diferentes enquadramentos teóricos (cuja leitura tinha sido iniciada na proposta inicial de investigação) e o estudo dessas teorias explicativas dos fenómenos - a Teoria Institucional foi a teoria eleita como a mais adequada para ajudar a explicar os fenómenos em estudo nesta investigação.

A partir da recolha de evidência - com a realização de entrevistas, observação direta, recolha de documentos e exploração dos sistemas de informação do HIP, a participação em reuniões sobre o projeto SCAH e conferências sobre as reformas hospitalares - prosseguiu-se para a fase de análise profunda do caso. Foram esboçadas explicações alternativas com base nos principais padrões, temas, categorias e nas inter-relações que emergiram (Yin, 2009: 130) e procedeu-se à avaliação de conclusões.

Numa perspetiva institucional, a Teoria Institucional, nomeadamente através do conceito de lógicas institucionais, revelou-se importante para compreender a adoção da empresarialização e do ABC num hospital público e o seu impacto na gestão. O estudo realizado mostrou que se observaram os três tipos de isomorfismo preconizados por Powell e DiMaggio (isomorfismos coercivo, mimético e normativo) e que estes constituem bons

alicerces para compreensão da adoção da empresarialização e do ABC. Contudo estes conceitos não permitiram explicar o impacto da implementação dessas políticas no HIP. Para entender o porquê das dificuldades em se praticar uma gestão com características empresariais no HIP foi necessário recorrer aos novos desenvolvimentos da Teoria Institucional – mais exatamente à noção de lógicas institucionais.

Da análise global efetuada ao HIP, estruturada a partir da revisão da bibliografia e dos dados empíricos obtidos, foi possível ter um conspecto claro das relações entre os acontecimentos. Foram visualizados dois pontos fundamentais: primeiro que a empresarialização foi uma política da NPM adotada governamentalmente a nível nacional por constrangimentos orçamentais, como reação ao crescente aumento dos gastos na saúde e como solução para tornar a gestão dos hospitais públicos mais eficiente; porém apurou-se que os decisores do HIP não sentiram um maior constrangimento com o novo estatuto, pelo contrário, ainda que temporariamente, o sentimento comum era de algum conforto com a maior autonomia adquirida; segundo a implementação do ABC no HIP, outra manifestação da NPM, resultou de uma proposta governamental, com o objetivo inicial de melhorar o apuramento dos custos dos serviços prestados e permitir a posterior realização de controlo dos mesmos uma vez que utiliza uma linguagem mais ‘amiga’ do médico. O estudo mostrou que, apesar de uma boa receptividade da ferramenta, houve algum ceticismo quanto à sua utilidade futura como ferramenta de apoio à tomada de decisão, nomeadamente pelos níveis intermédios de decisão.

Ao longo do trabalho empírico, se a questão da adoção da empresarialização foi pacífica, havendo uma tendência para serem muito próximas ou semelhantes as opiniões, não foi surpreendente a diferença de perceções entre os chefes de serviço e enfermeiros-chefes e os outros responsáveis pela tomada de decisão, relativamente à implementação do ABC. Efetivamente, relativamente à introdução deste instrumento no HIP, foram detetadas maiores distâncias entre as respostas dos dois grupos em análise, bem como situações mais híbridas de opinião.

Esta investigação demonstrou que no HIP a tão desejada descentralização do processo de tomada de decisão ficou aquém das expectativas, na prática. A lógica de administração burocratizada permanece ativa, em que a hierarquia de poder não foi alterada, face à era pré-NPM, com um contínuo domínio da lógica profissional, ainda que haja uma progressiva imiscuição da lógica de gestão empresarial.

### **9.3. Principais conclusões e contribuições do estudo**

#### **9.3.1. Impacto da empresarialização e da implementação do ABC na gestão**

As principais conclusões do estudo podem sumariar-se da seguinte forma:

1. A empresarialização do hospital foi aceite pacificamente; porém, quanto aos resultados efetivos da mudança de estatuto, não é unânime que os objetivos pretendidos com esta medida da NPM tenham sido alcançados. Apesar do reconhecimento de uma melhoria na rapidez da tomada de certas decisões, devido à maior autonomia que o hospital obteve em determinadas áreas, os profissionais de saúde, contrariamente aos administradores, não identificam esta mudança como uma melhoria do sistema;
2. Relativamente ao impacto da empresarialização no HIP, apesar de existirem registos de uma melhoria global no desempenho, permanecem diversas questões na gestão do HIP, as quais impedem: (a) a concretização da contratualização interna, entre o CA e os diversos serviços, nos mesmos moldes em que é efetuada a contratualização externa (entre a Tutela e o Hospital) e com informação adequada que permita efetuar essa contratualização com base, por exemplo, em custos efetivos por GDH contratualizado; (b) a existência de planeamento, acompanhamento e controlo de gestão, efetuado por cada serviço, de forma a antecipar e corrigir desempenhos indesejados de acordo com os indicadores avaliados pela Tutela; e, ainda, (c) um diálogo profícuo entre os gestores e os profissionais com cargos de gestão nos diversos serviços, com uma base de entendimento que permita o alcance de objetivos institucionais comuns;
3. A adesão do HIP ao projeto-piloto desenvolvido pela ACSS para a substituição do sistema de contabilidade de gestão resultou da necessidade que o próprio hospital já havia sentido quanto à obtenção de custos das suas atividades mais fidedignos e à oportunidade que lhe foi apresentada de o fazer sem ter que investir grandes recursos;
4. Colateralmente foi aferido que o projeto de implementação do ABC nos hospitais não tinha por objetivo máximo estar confinado ao uso individual dos hospitais envolvidos, mas sim alcançar uma base mais próxima da realidade para a determinação dos preços indicativos dos GDH. Através da análise das entrevistas e principalmente das reuniões em que a investigadora participou com a tutela, conclui-se que este projeto pretendia primeiramente obter informação sobre os preços-base para a negociação dos contratos-programa e a melhoria e uniformização da contabilidade de gestão dos hospitais que possibilitasse uma informação agregada mais rigorosa. Pretendia-se, ainda, que após a implementação do ABC estar completa nos hospitais públicos portugueses, dispor de

informação que ajudasse a obter dados mais fidedignos para a realização e publicação do atual *benchmarking* dos hospitais públicos e dos hospitais em regime de parcerias público-privadas, ao agrupar hospitais semelhantes para cada indicador de desempenho (de acordo com um conjunto de fatores) e a respetiva divulgação de *rankings*.

5. O desenvolvimento do ABC e o seu processo de implementação no HIP foi planeado tendo em conta a participação ativa dos principais atores na tomada de decisão do HIP. Tal permitiu que fossem efetuadas correções e ajustamentos, relativamente ao dicionário de atividades, adequados ao HIP e de acordo com as expectativas desses atores, de forma a facilitar e incentivar a utilização do novo sistema por parte de todos os decisores da organização;
6. O impacto da mudança do sistema de contabilidade de gestão no HIP foi dissociado das expectativas iniciais. Quando o HIP optou pela adesão ao projeto-piloto de implementação do ABC reconheceu como útil a mudança, principalmente com o objetivo de melhor satisfazer as necessidades de informação para o apoio à decisão de topo no hospital e melhorar a eficiência de gestão, o controlo de custos e estar melhor documentado para negociar os contratos-programa. Posteriormente, depois dos primeiros resultados obtidos, o HIP acabou por não utilizar a ferramenta devido às seguintes razões: (a) a tutela continua a requerer os dados fornecidos pelo sistema de contabilidade de gestão que já existia (baseado no método das secções homogéneas), não requerendo qualquer informação sobre o novo sistema; (b) seriam necessários novos recursos humanos para poder manter o novo sistema ativo; (c) a receptividade por parte dos profissionais de saúde não foi globalmente favorável e, fruto da constante renovação política; e (d) o novo Conselho de Administração (que tomou posse em 2008) optou por melhorar o sistema de contabilidade de gestão que existia ultrapassando algumas lacunas detetadas no processo de implementação do ABC e criar internamente, com os recursos existentes, um novo sistema de apoio à decisão – o SIHIP, que serve principalmente a gestão de topo e que aglutina toda a informação que se encontra de forma dispersa (em vários sistemas de informação utilizados no HIP por diferentes tipos de utilizadores) e lhes permite obter a informação necessária para apoiar a tomada de decisão;
7. Apesar dos chefes de serviço, enfermeiros-chefes, administradores hospitalares, responsáveis de serviços de apoio e o próprio Conselho de Administração terem sido envolvidos no processo de implementação do projeto SCAH, existem atitudes diferentes relativamente à ferramenta, de uma forma geral. Enquanto os primeiros (profissionais de

saúde), geralmente, demonstraram pouco interesse em participar e foram críticos quanto à utilidade da ferramenta e à sua utilização efetiva, já os segundos (administradores hospitalares e restantes responsáveis pelos serviços de apoio) esforçaram-se por colaborar e compreenderam melhor a importância da ferramenta. Por sua vez, o Conselho de Administração, os administradores hospitalares e os responsáveis por serviços de apoio reconheceram atributos na ferramenta para apoiar a tomada de decisão e admitiram que este processo de mudança foi influente para uma mudança de atitude na gestão. Esta clivagem torna patente a conflitualidade existente entre duas lógicas institucionais concorrentes: a lógica profissional e a lógica de gestão empresarial; demonstra também aceitação da lógica de gestão empresarial por parte de alguns profissionais que, não refutando a lógica profissional, vão demonstrando alguma cedência e espaço para a progressão de ideias projetadas pela lógica de gestão empresarial.

### **9.3.2. Contribuições**

Esta investigação permitiu expandir o domínio teórico da Teoria Institucional, ao recorrer ao conceito de lógicas institucionais para explicar os processos de resistência à operacionalização do ABC no HIP.

No estudo de caso apresentado, as evoluções recentes da Teoria Institucional permitiram clarificar as relações entre o nível macro (setor hospitalar), o nível meso (HIP) e o nível micro (responsáveis do HIP) e analisar o porquê e o como da implementação de políticas da NPM no HIP, bem como o seu impacto no HIP e se houve efetivamente mudanças de atitudes. Com esta investigação foi possível expandir o domínio teórico da Teoria Institucional. Com este estudo de caso a investigadora pretendeu contribuir para uma visão mais abrangente e integradora na Teoria Institucional e demonstrar como se pode adequar melhor esta teoria na análise e explicação da realidade organizacional, recorrendo aos mais recentes desenvolvimentos da Teoria Institucional (das lógicas institucionais) para explicar a heterogeneidade institucional.

Igualmente este estudo reforça as conclusões apresentadas por Ezzamel *et al.* (2012: 301) sobre a forma como o impacto da mudança (provocada pelas reformas) reflete a influência de outras lógicas para além da lógica que impulsiona diretamente essa mudança.

A introdução de políticas da NPM corresponde a uma modernização da gestão com o intuito de preparar os hospitais para a sobrevivência numa lógica de mercado. Porém a missão do hospital constrói-se com múltiplas lógicas coexistentes e até concorrentes.

A implementação efetiva exige uma plataforma de entendimento e o reconhecimento, por parte dos atores cuja atitude assenta na lógica profissional (por esta ser a lógica dominante), que pode haver um equilíbrio entre diversas lógicas. A introdução da lógica de gestão empresarial, com medidas orientadas para a eficiência, é reconhecida como pertinente por permitir e incentivar a responsabilização partilhada na organização. Esta será a base para que todos estejam recetivos à verdadeira mudança, possam adaptar-se a novas exigências e possam compreender que só com uma mudança de atitude é possível tirar o máximo partido dos novos instrumentos de gestão introduzidos nos hospitais.

Os chefes de serviço e os enfermeiros-chefes têm um papel importante na predisposição para compreender a importância da lógica de gestão empresarial; igualmente os responsáveis pela tomada de decisões devem procurar compreender o papel que a lógica profissional tem na atividade hospitalar. Com esta abertura mútua para o entendimento, pode-se esperar que os responsáveis por decisões intermédias e o Conselho de Administração estejam mais recetivos à implementação de novos modelos e ferramentas de gestão e de controlo de gestão.

Outras iniciativas da Tutela poderiam ter maior aceitação se se verificasse uma relação de colaboração entre os vários grupos profissionais nos hospitais.

É expectável que esta investigação tenha contribuído para uma melhor compreensão sobre os papéis dos diferentes atores envolvidos na aplicação efetiva de mudanças na gestão e nos instrumentos de gestão nos HEPE.

Um dos pressupostos de um processo de mudança deverá ser a focalização nos profissionais, já que são estes que devem constituir o núcleo da mudança, compreendê-la e assumi-la.

É aqui reconhecida a urgência de uma nova atitude na gestão para que possa ser ultrapassada a inércia que até agora se tem contemplado na gestão dos hospitais. Partindo da premissa que Sakellarides (2009) defende quanto à necessidade dos hospitais terem de experimentar uma transformação efetiva na sua organização e no seu funcionamento e proceder a mudanças que ultrapassem a utilização dos clássicos mecanismos de comando e controlo. Esta tese mostra a importância da adoção de uma nova lógica na gestão dos hospitais – a lógica de colaboração.

No que concerne à efetivação do recurso ao ABC como verdadeiro instrumento de apoio à decisão, seria útil que a Tutela incentivasse a mudança efetiva do sistema de contabilidade de gestão baseado nas secções homogéneas para um sistema de custeio baseado

nas atividades, passando a exigir informação resultante deste novo sistema. Tal permitiria vantagens, nomeadamente as seguintes: (1) maior racionalização ao nível dos consumos; (2) harmonizar procedimentos de qualidade; (3) potenciar eventuais poupanças, na medida em que permitiria ter uma visão global sobre os custos de cada atividade e, conseqüentemente, sobre o preço efetivo a atribuir aos serviços prestados entre diferentes departamentos; (4) obter uma base real de comparação entre os custos reais de cada GDH e os preços praticados e contratualizados pela Tutela; e, ainda, (5) perspetivar uma melhor prestação de cuidados de saúde, pois uma melhoria na gestão (desde o planeamento à monitorização) libertaria os profissionais de saúde para se focarem na sua atividade principal.

#### **9.4. Limitações percecionadas**

A primeira limitação desta investigação está associada ao facto de ter sido conduzido um único estudo de caso. A condução de um ou poucos estudos de caso impedem a investigadora de formular generalizações. Outros estudos de caso são necessários de forma a confirmar os resultados aqui obtidos antes de se proceder à generalização teórica (analítica).

A segunda limitação do estudo refere-se ao número de entrevistas realizadas aos chefes de serviço. Apesar de terem sido entrevistados todos os membros do Conselho de Administração (que estava em exercício no início do estudo), assim como todos os responsáveis pelos serviços de apoio e administradores de área e, ainda, uma grande parte dos enfermeiros-chefes, o número de entrevistas aos chefes de serviço (médicos) não foi muito elevado essencialmente devido à sua pouca disponibilidade para serem entrevistados.

A última limitação refere-se ao facto de a investigação não ter abrangido outros hospitais que tenham sido empresarializados e que tenham adotado o ABC. Tal não foi possível pelo facto de o HIP ter sido o primeiro hospital a concluir a implementação do SCAH (em setembro de 2008), apesar de serem seis os hospitais piloto. Fica pois em aberto a realização do mesmo tipo de estudo em outros hospitais com o objetivo de se verificar se em contextos diferentes se chegam às mesmas conclusões.

#### **9.5. Sugestões para investigação futura**

Diversas questões ficaram em aberto na sequência da conclusão da presente investigação, as quais consubstanciam as sugestões para futura investigação apresentadas nesta secção.

A primeira sugestão relaciona-se com o desenvolvimento deste estudo de caso ao Centro Hospitalar do Baixo-Vouga, e analisar se as recentes transformações em Centros

Hospitales e as novas exigências governamentais quanto à introdução de novos instrumentos de gestão, de transparência e divulgação de resultados contribuem ou não para um maior domínio da lógica de gestão empresarial, com o inerente despertar da necessidade dos chefes de serviço e dos enfermeiros-chefes para o recurso a informação da contabilidade de gestão para o apoio à tomada de decisões.

Outra sugestão para investigação futura refere-se à extensão da análise deste estudo de caso a mais hospitais a estudar a influência que os novos critérios de transparência e *accountability* têm sobre a atividade dos clínicos (linha operacional), se o atual sistema de pagamentos da atividade hospitalar exerce algum impacto nas suas decisões, como é que os orçamentos e os planos financeiros mudaram a atitude dos clínicos ao usar uma linguagem mais financeira e se esta mudança se refletiu no processo de comunicação da organização e de difusão e implementação desta nova lógica de gestão empresarial.

Finalmente sugere-se a realização de estudos baseados em questionários ao universo de todos os hospitais públicos portugueses para estudar no seu conjunto o impacto da empresarialização em mudanças internas e no uso de instrumentos da contabilidade de gestão.

## **Bibliografia**

### **i. Bibliografia**

- Abel-Smith, B. e E. Mossialos (1994), Cost containment and health care reform: a study of the European Union, *Health Policy* 28, 89-132.
- Abernethy, M.A. (1996), Physicians and resource management: The role of accounting and non-accounting controls, *Financial Accountability and Management* 12, 141-165.
- Abernethy, M.A. e J.U. Stoelwinder (1991), Budget use, task uncertainty, system goal orientation and subunit performance: A test of the 'fit' hypothesis in not-for-profit hospitals, *Accounting, Organizations and Society* 16(2), 105-120.
- Abernethy, M.A. e J.U. Stoelwinder (1995), The role of professional control in the management of complex organizations, *Accounting, Organizations and Society* 20(1), 1-17.
- Abernethy, M.A. e Lillis, A.M. (2001), Interdependencies in Organization Design: A Test in Hospitals, *Journal of Management Accounting Research* 13, 107-129.
- Abernethy, M.A. e P. Brownell (1999), The role of budgets in organizations facing strategic change: An exploratory study, *Accounting, Organizations and Society* 24(3), 189-205.
- Aguiar, F.B. (2010), Novos Modelos de Gestão Hospitalar, in Rego, G. e R. Nunes, *Gestão da Saúde*. Lisboa: Prata & Rodrigues Publicações, Lda., 199-216.
- Ahrens, T. e C.S. Chapman (2006), Doing qualitative field research in management accounting: Positioning data to contribute to theory, *Accounting, Organizations and Society* 31, 819-841.
- Ahrens, T. e J.F. Dent (1998), Accounting and Organizations: Realizing the Richness of Field Research, *Journal of Management Accounting Research* 10, 1-39.
- Aidemark, Lars-Göran e L. Lindkvist (2004), The vision gives wings – A study of two hospitals run as limited companies, *Management Accounting Research* 15, 305-318.
- Alonso, M. (2005), Les réformes des systèmes de santé. Les cas de l'Allemagne, le Royaume-Uni et l'Espagne, in Beltran-Vidal, D. e F. Maniez (Editores). *Les mots de la santé* Presses. Lion, Universitaires de Lyon, [http://hal.inria.fr/docs/00/54/21/54/PDF/reformes\\_des\\_systemes\\_de\\_sante.pdf](http://hal.inria.fr/docs/00/54/21/54/PDF/reformes_des_systemes_de_sante.pdf), acedido em 11 de novembro de 2013.
- Alves, S.R.P. (2012), *Contabilidade, Controlo de Gestão e Gestão nos Hospitais Portugueses: Dicotomia Público versus Privado*. Tese de Doutoramento em Gestão, Porto: Faculdade de Economia da Universidade do Porto, <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66985/2/13335.pdf>., acedido em 20 de novembro de 2013.
- Alvesson, M. (2003), Beyond Neopositivists, Romantics, and Localists: a Reflexive Approach to Interviews in Organizational Research, *Academy of Management Review* 28(1), 13-33.
- Arez, N. (2006), A transformação dos hospitais em entidades públicas empresariais, *Revista dos Técnicos Oficiais de Contas* 75, 31-33.
- Baker, C. (2005), Membership categorization and interview accounts, in Silverman, D. (Ed.), *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, London, 2nd Ed., Sage Publications, 162-176.
- Ballantine, J., S. Brignall e S. Modell (1998), Performance Measurement and management in public health services: a comparison of U.K. and Swedish practice, *Management Accounting Research* 9, 71-94.
- Barley, S. R. e P. S. Tolbert (1997), Institutionalization and structuration: studying the links between action and institution, *Organization Studies* 18(1), 93-117.

- Barros, P.P. (2009), *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*, Coimbra, 2.<sup>a</sup> Edição, Almedina.
- Barros, P.P. (2010), As Parcerias Público-Privadas na Saúde em Portugal, in Simões, J. (coord.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde, um percurso recomendado*, Coimbra: Edições Almedina, SA, 519-560.
- Barros, P.P. (2012), Governação Clínica e Qualidade: a Relevância da Gestão, Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, <http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/Pedro%20Barros.pdf>, acessido em 22 março 2013.
- Barros, P.P. e J.P. Gomes (2002), Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português Lisboa, Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa, GANEC – Gabinete de Análise Económica, <http://www.dge.ubi.pt/aalmeida/Gestao-medicina-11-12/BARROS-2002.pdf>, acessido em 25 de maio de 2012.
- Barros, P.P., S.R. Machado e J. Simões (2011), *Health system review - Health Systems in Transition* 13(4), 1–156, <http://www.euro.who.int/-data/assets/pdf-file/0019/150463/e95712.pdf>, acessido em 12 de abril de 2013.
- Baxter, J. e W. F. Chua (1998), Doing field research: practice and meta-theory in counterpoint, *Journal of Management Accounting Research* 10, 69-88.
- Baxter, J. e W. F. Chua (2003), Alternative management accounting research: whence and whither, *Accounting, Organizations and Society* 28, 97-126.
- Benson, T. (2002), Why general practitioners use computers and hospital doctors do not - Part 2: scalability, *British Medical Journal*, 325, 1090-1093, <http://www.bmj.com/cgi/content/full/325/7372/1090>, acessido em 20 de Fevereiro de 2010)
- Blomgren, M. (2003), Ordering a profession: Swedish nurses encounter New Public Management reforms, *Financial Accountability and Management* 19(1), 45-71.
- Bode, I. (2013), Processing Institutional Change in Public Service Provision – The Case of the German Hospital Sector, *Public Organization Review* 13, 323-339.
- Boltanski, L. e L. Thevenot (1991) *On Justification: Economies of Worth*. Princeton, NJ: Princeton University Press, [1986]. Referido in Thornton, P.H. e W. Ocasio (2008), Institutional Logics, in Greenwood, R. et al. (eds), *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. Thousand Oaks, CA: Sage, 99-129.
- Borges, C.M., R. Ramalho, M. Bajanca, T. Oliveira, M.J. Major, P. Diz e V. Rodrigues (2010), Implementação de um sistema de custeio baseado por atividades nos hospitais do SNS, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 9, 141-160.
- Bosa, I. (2001), Changes in Accountability and Professional Identities Across Levels of Health Care, *Paper presented at the Price Waterhouse Coopers European Doctoral Colloquium in Accounting*, Athens, Greece, 2001, 21-23 April.
- Brock, D., M. Powell e C.R. Hinings (Eds.) (1990), *Restructuring the Professional Organization: Accounting, Health Care and Law*, Londres: Routledge Editors: 1990.
- Bromwich, M. e I. Lapsley (1997), Decentralisation and Management Accounting in Central Government: Recycling Old Ideas? *Financial Accountability and Management* 13(2), 181-201.
- Brunsson, N. (1994), Politicization and 'company-ization' – on institutional affiliation and confusion in the organizational world, *Management Accounting Research* 5, 323-335.
- Brunsson, N. e K. Sahlin-Andersson (2000), Constructing Organizations: The Example of Public Sector Reform, *Organization Studies* 21(4), 721-746.

- Brunsson, N.; I. Lapsley e P. Miller (1998), Editorial – Constructing Health Care Accountants: melding calculation and care, *Management Accounting Research* 9, 31-35.
- Burns, J. (2000), The dynamics of accounting change: interplay between new practices, routines, institutions, power and politics, *Accounting, Auditing & Accountability Journal* 13(5), 566–596.
- Burns, J. e R.W. Scapens (2000), Conceptualizing Management Accounting Change: An Institutional Framework, *Management Accounting Research* 11(1), 3-25.
- Caiado, J.C. (2007), Informação de Gestão em Saúde: Desafios da moderna gestão empresarial dos hospitais, Lisboa: Colóquio Conversas de fim de tarde, 30 de março, <http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/InformacaodeGestaoemSaude.pdf>, acedido em 22 de julho de 2009.
- Calltorp, J. (2012), How can our health systems be re-engineered to meet the future challenges? The Swedish experience, *Social Science and Medicine* 74, 677-679.
- Campos, A.C. (1999), Administração pública. Bloqueio e desenvolvimento, In Barros, P.P. e J. Simões (coord.), *Livro de homenagem a Augusto Mantas*, Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde – APES.
- Campos, A.C. (2003), Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 21(1), 23-33.
- Campos, A.C. (2004), Decentralization and privatization in Portuguese health Reform, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 4, 7-19.
- Campos, A.C. (2005), *Decisão em Saúde: Conceitos e Problemas*, Lisboa, 6 de maio, <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/arquivo/decisaosaude.htm>, acedido em 29 de janeiro de 2008.
- Campos, A.C. (2007), Por um sistema de saúde mais eficiente, Lisboa, setembro, [http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/4BB90E5E-FC90-461D-BF2C-416ED8E77308/0/CE80Antonio\\_Correia\\_de\\_Campos.pdf](http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/4BB90E5E-FC90-461D-BF2C-416ED8E77308/0/CE80Antonio_Correia_de_Campos.pdf), acedido em 29 de janeiro de 2008.
- Campos, A.C. (2008), *Reformas da saúde: o fio condutor*, Coimbra: Edições Almedina.
- Campos, A.C., C. Costa, F. Ramos, L. Patrão, M.F. Cortês, M. Roque, M.R. Giraldes e R. Carvalho (1987), *A combinação Público-Privada em Saúde: Privilégios, estigmas e ineficiências*, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Campos, L., M. Borges e R. Portugal (eds.) (2009), *Governança dos Hospitais*, Alfragide: Casa das Letras.
- Carruthers, B.G. (1995), Accounting, Ambiguity, and the New Institutionalism, *Accounting, Organization and Society* 20(4), 313-328.
- Carvalho, M. (2005), *Nova Gestão Pública e reformas da saúde: O profissionalismo numa encruzilhada*, Tese de Doutoramento em Ciências Sociais, Universidade de Aveiro.
- Chawla, M. e R. Govindaraj (1996), *Improving hospital performance through policies to increase hospital autonomy: implementation guidelines*, Washington, D. C.: Worldbank, <http://www.worldbank.org>, acedido em 15 de julho de 2011.
- Christensen, T. (2012), Global Ideas and Modern Public Sector Global Ideas and Modern Public Sector Reforms: A Theoretical Elaboration and Empirical Discussion on a Neoinstitutional Theory, *The American Review of Public Administration Sciences* 42(6), 635-653.
- Christensen, T. e P. Lægreid (2001), New Public Management - The effects of contractualism and devolution on political control, *Public Management Review* 3(1), 73-94.
- Christensen, T. e P. Lægreid (2007), The Whole-of-Government Approach to Public Sector Reform, *Public Administration Review* 67(6), 1057-1064.

- Christensen, T. e P. Lægreid (2013), Welfare Administration Reform Between Coordination and Specialization, *International Journal of Public Administration* 36(8), 556-566.
- Christensen, T., A. Lie, e P. Lægreid (2008), Beyond New Public Management: Agencification and Regulatory Reform in Norway, *Financial Accountability and Management* 24(1), 15-30.
- Chua, W.F. (1986), Radical Developments in Accounting Thought, *The Accounting Review* 61(4), 601-632.
- Chua, W.F. (1995), Experts, networks and inscriptions in the fabrication of accounting images: a story of the representation of three public hospitals, *Accounting, Organization and Society* 20, 111-146.
- Clarke, P. e I. Lapsley (2004), Management accounting in the new public sector, *Management Accounting Research* 15(3), Editorial, 243-245.
- Clegg, S., C. Hardy e W. Nord (Eds) (1996), *The Handbook of organization studies*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cohen, S.J, M. Weinberger, S.A. Mazzuca e C.J. McDonald (1982), Perceived influence of different information sources on the decision-making of internal medicine house staff and faculty, *Social Science and Medicine* 16(14), 1361-1364.
- Coombes, R. (1987), Accounting for the control of doctors: management information systems in hospitals, *Accounting, Organizations and Society* 12(4), 389-404.
- Cooper, D. e W. Morgan (2006), Case Study Research in Accounting, *Eden Doctoral Seminar on Case-Based Research in Management Accounting*, Brussels, Abril 10-14 de 2007.
- Correia, T. (2009), A reconceptualização dos modos de produção de saúde no contexto da reforma hospitalar portuguesa, *Revista Crítica de Ciências Sociais* 85, 83-103.
- Correia, T. (2011), New Public Management in the Portuguese health sector: a comprehensive reading, *Sociologia on line – Revista da Associação Portuguesa de Sociologia, Sociologia on line*, 573-598, [http://revista.aps.pt/cms/files/artigos\\_pdf/ART4dc41d5890f57.pdf](http://revista.aps.pt/cms/files/artigos_pdf/ART4dc41d5890f57.pdf), acedido em 30 setembro 2013.
- Costa, C.S. (2013), Intervenção de abertura, in: *Para uma Reforma Abrangente da Organização e Gestão do Sector Público*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 28-30 janeiro, 12-15, [http://www.cfp.pt/wp-content/uploads/2013/05/VolumeProceedings\\_ReformaSectorPublico-jan2013.pdf](http://www.cfp.pt/wp-content/uploads/2013/05/VolumeProceedings_ReformaSectorPublico-jan2013.pdf), acedido em 29 agosto 2013
- Costello, S.J. (1994), *Managing Change in the Workplace*, Irwin Professional Publishing, referido em Clarke, P. e I. Lapsley (2004).
- Covaleski, M.A., M.W. Dirsmith e S. Samuel (1996), Managerial accounting research: The contributions of organizational and sociological theories, *Journal of Management Accounting Research* 8(1), 2-35.
- Craveiro, I. e P. Ferrinho (2001), Planear estrategicamente: a prática no SNS, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 19(2), 27-37.
- Cruz, I. (2006), Is it THE big reform of the Portuguese National Health Service or just another one?, *29.º Congresso da European Accounting Association*, Dublin, 23 de Março.
- Dawsom, S. e C. Dargie (2002), New Public Management – A discussion with special reference to UK health, in McLaughlin, K., S.P. Osborne e E. Ferlie (Eds.), *New Public Management – Current trends and future prospects*, Londres: Routledge Ed., 34-56.
- Dent, M. (1991), Autonomy and medical profession: medical audit and management control, in Smith, C., D. Nights e H. Willmott (eds), *White-Collar Work*, London: Macmillan, referido por Jacobs (1998).

- Diderichsen, F. (1995), Market reforms in health care and sustainability of the welfare state: lessons from Sweden, *Health Policy* 32, 141-153.
- Dillard, J.F., J.T. Rigsby e C. Goodman (2004), The making and remaking of organization context: Duality and the institutionalization process, *Accounting, Auditing & Accountability Journal* 17(4), 506-542.
- DiMaggio, P. (1991), Constructing an organizational field as a professional project: U.S. art museums, 1920–1940, in W.W. Powell e P. DiMaggio (Eds.), Chicago: University of Chicago Press, 267-292.
- DiMaggio, P. e W. W. Powell (1991a), Introduction, in W.W. Powell e P. DiMaggio (Eds.), *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago: University of Chicago Press, 1-38.
- DiMaggio, P. e W. W. Powell (1991b), The iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields, in Powell, W.W. e P. DiMaggio (Eds.), *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago: University of Chicago Press, 63-82.
- Dixon, A. e E. Mossialos (eds.) (2002), *Health care systems in eight countries: trends and challenges*, London: London School of Economics and Political Science, European Observatory on Health Care Systems.
- Donabedian, A. (1971), Social Responsibility for Personal Health Services: An Examination on Basic Values, *Inquiry* 8(2), 3-19, referido em Williams, A. (1988).
- Dunleavy, P., H. Margetts, S. Bastow e J. Tinkler (2006), New Public Management is dead – long live digital-era governance, *Journal of Public Administration Research and Theory* 16(3), 467-494.
- Edwards, T., P. Almond, I. Clark, T. Colling e A. Ferner (2005), Reverse Diffusion in US multinationals: Barriers from the American Business System, *Journal of Management Studies* 42, 1261-1286.
- Eisenhardt, K. M. (1989), Building theories from case study research, *The Academy of Management Review* 14(4), 532-550.
- Escoval, A. (1997), *Sistemas de Financiamento da Saúde. Análise e tendências*, Tese de Mestrado em Ciências Empresariais, Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Escoval, A. (2003), *A evolução da administração pública da saúde: o papel da contratualização, fatores críticos do contexto português*, Tese de Doutoramento em Gestão, Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.
- Ezzamel, M., K. Robson e P. Stapleton (2012), The logics of budgeting Theorization and practice variation in the educational field, *Accounting, Organization and Society* 37, 281-303.
- Ezzamel, M., K. Robson, P. Stapleton e C. Mclean (2007), Discourses and institutional change: ‘Giving Accounts’ and accountability, *Management Accounting Research* 18, 150-171.
- Fennel, M. L. (1980), The Effects of Environmental Characteristics on the Structure of Hospital Clusters, *Administrative Science Quarterly* 25, 485-510.
- Ferguson, K. e I. Lapsley (1989), Ressource management in the NHS: the information requirements of hospital doctors, *Public Money Management* 8(Winter), 21-25.
- Ferlie, E. e A. Mark (2002), Organizational research and the New Public Management: The turn to qualitative methods, in McLaughlin, K., S.P. Osborne e E. Ferlie (Eds.), *New Public Management – Current trends and future prospects*, Londres: Routledge, 311-323.

- Ferlie, E. e L. Fitzgerald (2002), The sustainability of the New Public Management in the UK, in McLaughlin, K., S.P. Osborne e E. Ferlie (Eds.), *New Public Management – Current trends and future prospects*, Londres: Routledge, 341-353.
- Ferlie, E., L. Ashburner, L. Fitzgerald e A. Pettigrew (1996), *The New Public Management in Action*, Oxford: Oxford University Press.
- Ferreira, F.A.G. (1990), *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Figueras, J., R. Robinson e E. Jakubowski (eds.) (2005), *Purchasing to improve health systems performance, European Observatory on Health Systems and Policies*, Open University Press.
- Fligstein, N. (1987), The Interorganizational Power Struggle: The Rise of Finance Personnel to Top Leadership in Large Corporations, 1919–1979, *American Sociological Review* 52, 44-58.
- Fligstein, N. (1991), The structural transformation of American industry: An institutional account of the causes of diversification in the largest firms, 1919-1979, in Powell, W.W. e P. DiMaggio, *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago: University of Chicago Press, 311-336.
- Flynn, N. (2002), Explaining the new Public Management – The importance of context, in McLaughlin, K., S.P. Osborne e E. Ferlie (Eds.), *New Public Management – Current trends and future prospects*, Londres: Routledge, 57-76.
- Friedland, R. e R. Alford (1991), Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions, in Powell, W.W. e P. DiMaggio, *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago: University of Chicago Press, 232-63.
- Gonçalves, L.F.M. (2008), *Análise da eficiência dos hospitais SA e SPA segundo uma abordagem de fronteira de eficiência*, Tese de Doutoramento em Gestão, Lisboa: ISCTE, <http://hdl.handle.net/10071/2457>, acedido em 30 de setembro de 2013.
- Graça, L. (2000), *Evolução do Sistema Hospitalar: Uma Perspetiva Sociológica (VII Parte) - Europa: O Sistema Técnico (Depois da II Guerra Mundial)*. <http://www.ensp.unl.pt/lgraca7textos91.html>, acedido em 29 de Janeiro de 2008.
- Graça, L. (2005), Importância da Gestão em Saúde, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 23(1), 3-4.
- Greenwood, R. e C.R. Hinings (1996), Understanding radical organizational change: Bringing together the old and the new institutionalism, *Academy of Management Review* 21(4), 1022-1054.
- Greenwood, R., C. Oliver, K. Sahlin e R. Suddaby, R. (2008), Introduction, in Greenwood, R., C. Oliver, R. Suddaby e K. Sahlin (Eds.), *The Sage Handbook of Organizational Institutionalism*, Thousand Oaks, CA: Sage, 2008, 1-46.
- Greenwood, R., R. Suddaby e C.R. Hinings (2002), Theorizing change: The role of professional associations in the transformation of institutionalized fields, *Academy of Management Journal* 45(1), 58-80.
- Groot, T. (1999), Budgetary reforms in the non-profit sector: a comparative analysis of experiences in health care and higher education in the Netherlands, *Financial Accountability and Management* 15(3/4), 353-376.
- Groot, T. e T. Budding (2008), New Public Management's Current Issues and Future Prospects, *Financial Accountability and Management* 24(1), 1-13.
- Guerra, I.C. (2006), *Pesquisa qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentido e formas de uso*, Cascais: Príncipeia.
- Guthrie, J., O. Olson e C. Humphrey (1999), Debating Developments in New Public Financial Management: The Limits of Global Theorising and Some New Ways Forward, *Financial Accountability and Management* 15(3-4), 209-228.

- Harding, A e A.S. Preker (2003), A conceptual Framework for the Organizational Reforms of Hospitals, in Preker, A.S. e A. Harding (Ed.), *Innovation in health service delivery: the corporatization of Public Hospitals*, Washington: The World Bank, <http://www.worldbank.org>., acessado em 25 de julho de 2007.
- Harfouche, A.P. (2008), *Hospitais Transformados em Empresas – Análise do impacto na eficiência: Estudo comparativo*, Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Harfouche, A.P. (2010), *Opções Políticas em Saúde - Efeitos sobre a Eficiência Hospitalar*, Tese de Doutoramento em Ciências Sociais na especialidade de Administração Pública, Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa - Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6197/1/Op%C3%A7%C3%B5es%20Pol%C3%ADticas%20em%20Sa%C3%BAde%20-%20Efeitos%20sobre%20a%20Efici%C3%Aancia%20Hospi.pdf>., acessado em 30 de setembro de 2013
- Harris, J. (1977), The internal organization of hospitals: some economic implications, *Bell J. Econ*, 8, 467-482, referido em Jacobs *et al.* (2004).
- Hivönen, T. e J. Järvinen (2006), Contract-Based Budgeting in Health Care: A Study of the Institutional Process of Accounting Change, *European Accounting Review* 15(1), 3-36.
- Hoey, J., J.M. Elsenberg, W.O. Spitzer e D. Thomas (1982), Physician sensitivity to the price of diagnostic tests analysis, *Med Care* 20, 302-307.
- Holstein, J. A. e J. F. Gubrium (2004), Active Interview, in Silverman, D. (Ed.), *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, 2nd ed. London: Sage Publications, 140-161.
- Hood, C. (1991), A Public Management for All Seasons, *Public Administration* 69(Spring), 3-19.
- Hood, C. (1995), The “New Public Management” in the 1980s: variations on a theme, *Accounting, Organizations and Society* 20(2/3), 93-109.
- Hood, C. e G. Peters (2004), The middle aging of New Public Management: Into the age of a paradox, *Journal of Public Administration Research and Theory* 14(3), 267-282.
- Hopper, T. e A. Powell (1985), Making sense of research into the organizational and social aspects of management accounting: a review of its underlying assumptions, *Journal of Management Studies* 22(5), 429-465.
- Hopwood, A.G. (1983), On trying to study accounting in the contexts in which it operates, *Accounting, Organizations and Society* 8(2/3), 287-305.
- Humphrey, C. e R. W. Scapens (1996), Methodological themes – theories and case studies of organizational accounting practices: limitation or liberation?, *Accounting, Auditing & Accountability Journal* 9(4), 86-106.
- Jacobs, K. (1998), Costing health care: a study of the introduction of cost and budget reports into a GP association, *Management Accounting Research* 9, 55-70.
- Jacobs, K. (2005), Hybridisation or polarisation? Doctors and accounting in the UK, Germany and Italy, *Financial Accountability and Management* 21(2), 135-161.
- Jacobs, K., G. Marcon, e D. Witt (2004), Cost and performance information for doctors: an international comparison, *Management Accounting Research* 15, 337-354.
- Järvinen, J. (2009), Shifting NPM agendas and management accountants’ occupational identities, *Accounting, Auditing and Accountability Journal* 22(8), 1187-1210.
- Johansson, T. e S. Siverbo (2009), Why is research on management accounting change not explicitly evolutionary? Taking the next step in the conceptualization of management accounting change, *Management Accounting Research* 20, 146-162.

- Jones, C. S e I. P. Dewing (1997), The attitudes of NHS clinicians and medical managers towards changes in accounting controls, *Financial Accountability and Management* 13(3), 261-280.
- Jönsson, S. e R. Solli (1993), “Accounting talk” in a caring setting, *Management Accounting Research* 4(4), 301-321.
- Justo, C. (2000), *O Estado das coisas de Estado – políticas de saúde em Portugal*, Porto: Campo Das Letras Editores, SA.
- Kaplan, R.S. (1984), The evolution of Management Accounting, *The Accounting Review* 59, 390-418.
- Kaplan, R.S. (1998), Innovation action research: Creating new management theory and practice, *Journal of Management Accounting Research* 10, 89-118.
- Kasanen, E., K. Lukka e A. Siitonen (1993), The constructive approach in management accounting research, *Journal of Management Accounting Research* 5, 243-264.
- Keating, P. J. (1995), A Framework for classifying and evaluating the theoretical contributions of case research in management accounting, *Journal of Management Accounting Research* 7, 66-86.
- Khaleghian, P. e M. Gupta (2005), Public Management and the Essential Public Health Functions, *World Development* 33(7), 1083-1099.
- King, N. e C. Horrocks (2010), *Interviews in qualitative research*, London: Sage Publications, Ltd.
- Kitchener, M. (1990), “All for coat and no knickers”: contemporary organizational change in United Kingdom hospitals, in Brock, D., M. Powell e C. R. Hinings (Eds.), *Restructuring the Professional Organization: Accounting, Health Care and Law*, Londres: Routledge Editors, 183-199.
- Kurunmäki, L. (1999), Professional vs financial capital in the field of health care – Struggles for the redistribution of power and control, *Accounting, Organisation and Society* 24, 95-124.
- Kurunmäki, L. (2004), A hybrid profession – the acquisition of management accounting expertise by medical professionals, *Accounting, Organizations and Society* 29(3-4), 327-347.
- Kurunmäki, L. (2009), Management accounting, economic reasoning and the new public management reforms, in Chapman, C.S., A.G. Hopwood e M.D. Shields (Eds), *Handbook of Management Accounting Research*, Oxford: Elsevier, Ltd., Vol. 3, 1371-1383.
- Kurunmäki, L. e P. Miller (2006), Modernising government: the calculating self, hybridisation and performance measurement, *Financial accountability and management* 22(1), 87-106.
- Kurunmäki, L. e P. Miller (2008), Counting the costs: the risks of regulating and accounting for health care provision, *Health risk and society* 10(1), 9-21.
- Kurunmäki, L. e P. Miller (2011), Regulatory hybrids: partnerships, budgeting and modernising government, *Management accounting research* 22(4), 220-241.
- Kurunmäki, L., I. Lapsley e K. Melia (2003), Accountingization v. legitimation: a comparative study of the use of accounting information in intensive care, *Management Accounting Research*, 14, 112-139.
- Lapsley, I. (1991), Accounting Research in the National Health Service, *Financial Accountability and Management* 7, 1-14.
- Lapsley, I. (1994), Responsibility accounting revived? Market reforms and budgetary control in health care, *Management Accounting Research* 5(3-4), 337-352.

- Lapsley, I. (1999), Accounting and the new public management: Instruments of substantive efficiency or a rationalizing modernity?, *Financial Accountability and Management* 15(3/4), 201-207.
- Lapsley, I. (2001a), Accounting, Modernity and Health Care Policy, *Financial Accountability and Management* 17(4), 331-350.
- Lapsley, I. (2001b), The Accounting - Clinical Interface - Implementing Budgets for Hospital Doctors, *Abacus* 37(1), 79-109.
- Lapsley, I. (2008), The NPM Agenda: Back to the Future, *Financial Accountability and Management* 24(1), 77-96.
- Lapsley, I. e E. Wright (2004), The diffusion of management accounting innovations in the public sector: a research agenda, *Management Accounting Research* 15, 355-374.
- Lapsley, I., T. Brown, A. Jackson, R. Oldfield e C. Pong (2003), *The Transformation of the Public Sector: The Role of Accounting in Sustaining Change*, Edinburgh: Institute of Chartered Accountants of Scotland, referido em Clarke, P. e I. Lapsley (2004).
- Laughlin, R., J. Broadbent e D. Shearn (1992), Recent financial and accountability changes in general practice: an unhealthy intrusion into medical autonomy? *Financial Accountability and Management* 8(2), 129-149.
- Launois, R. (1992), Réforme du système de santé: Serpent de mer ou choix raisonné? *Journal d'Économie Médicale* 10(1), 55-67.
- Leone, A.J. (2002), The Relation between Efficient Risk-Sharing Arrangements and Firm Characteristics: Evidence from the Managed Care Industry, *Journal of Management Accounting Research* 14, 99-117.
- Liff, R. e T. Andersson (2011), Integrating or disintegrating effects of customised care - The role of professions beyond NPM, *Journal of Health Organization and Management* 25(6), 658-676.
- Liff, R. e T. Andersson (2012), The multi-professional team as a post NPM control regime - Can it integrate competing control regimes in healthcare? *Scandinavian Journal of Public Administration* 16(2), 45-67, <http://ojs.ub.gu.se/ojs/index.php/sjpa/article/view/1678/1468>, acedido em 30 de novembro de 2013.
- Llewellyn, S. e D. Northcott (2005), The Average hospital, *Accounting, Organizations and Society* 30, 555-583.
- Long, M.J., K.M. Cummings e K.B. Frisof (1983), The role of perceived price in physicians' demand for diagnostic tests. *Med Care* 21, 243-250.
- Lounsbury, M. (2002), Institutional Transformation and Status Mobility: The Professionalization of the Field of Finance, *Academy of Management Journal* 45(1), 255-266.
- Lounsbury, M. (2007), A Tale of two cities: Competing logics and practice variation in the professionalizing of mutual funds, *Academy of Management Journal* 50, pp. 289-307.
- Lounsbury, M. (2008), Institutional Rationality and practice Variation: New Directions in The Institutional Analysis of Practice, *Accounting, Organizations and Society* 33, 349-361.
- Lukka, K. (2005), Approaches to Case Research in Management Accounting: The nature of Empirical Intervention and Theory Linkage, in Jönsson, S. e J. Mouritsen (Eds.), *Accounting in Scandinavia – The Northern Lights*, Copenhagen: Liber & Copenhagen Business School Press, 375-399.
- Lukka, K. (2007a), Approaches to case research in management accounting, *Eden Doctoral Seminar on Case-Based Research in Management Accounting, Brussels*, Abril 10-14.
- Lukka, K. (2007b), Learning and generalising in case research, *Eden Doctoral Seminar on Case-Based Research in Management Accounting, Brussels*, Abril 10-14.

- Lukka, K. e E. Kasanen (1995), The problem of generalizability: anecdotes and evidence in accounting research, *Accounting, Auditing & Accountability Journal* 8(5), 71-90.
- Lynch, L. J. (2003), The effect of Medicare capital prospective payment regulation: additional evidence from hospital financing decisions, *Journal of Accounting and Public Policy* 22, 151-173.
- Major, M e R. Vieira, organizadores. (2009), *Contabilidade e Controlo de Gestão – Teoria, Metodologia e Prática*, Lisboa: Escolar Editora.
- Major, M. (2002), *The Impact of the Liberalisation of the Portuguese Telecommunications Industry Upon Marconi's Management Accounting System: Activity-Based Costing and New Institutional Theory*, Ph.D. Thesis, Manchester: The University of Manchester.
- Major, M. e J. Ribeiro (2009), A teoria Institucional na Investigação em Contabilidade, in Major, M e R. Vieira, org., *Contabilidade e Controlo de Gestão – Teoria, Metodologia e Prática*, Lisboa: Escolar Editora, 37-59.
- Marcon, G. e F. Panozzo (1998), Reforming the reform: changing roles for accounting and management in the Italian health care sector, *European Accounting Review* 7, 185-208.
- Marshall, C. e G.B. Rossman (2006), *Designing qualitative research*, 4.<sup>a</sup> ed., London: Sage.
- Mason, J. (2002), *Qualitative Researching*, London: Sage Publications.
- Mateus, C. (2010), Sistemas de classificação de doentes como instrumento de gestão, in Simões, J. (coord.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde, um percurso recomendado*, Coimbra: Edições Almedina, SA, 391-408.
- Mckee, M., E. Mossiallos e R. Baeten (Eds.) (2002), *The impact of EU la won health care systems*, Brussels: Peter Lang.
- McNulty, T. e E. Ferlie (2002), *Reengineering Health Care: The Complexities of Organizational Transformation*, Oxford: Oxford University Press
- Meyer, J.W (1994), Institutional and Organizational Rationalization in the Mental Health System, in Scott, W.R. e J.W. Meyer, *Institutional Environments and Organizations – Structural Complexity and Individualism*, California: Sage Publications, 1994, 215-227.
- Meyer, J.W. (1992), Institutionalization and the Rationality of Formal Organizational Structure, in Meyer, J.W. e W.R. Scott, *Organizational Environments – Ritual and Rationality*, Update Edition, California: Sage Publications, 261-282.
- Meyer, J.W. e B. Rowan (1992), Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony, *The American Journal of Sociology* [1977] 83(2), 340-363, in Meyer, J.W. e W.R. Scott (1992), *Organizational Environments – Ritual and Rationality*, Update Edition, California: Sage Publications, 21-44.
- Meyer, J.W. e W.R. Scott (1992), *Organizational Environments – Ritual and Rationality*, Update Edition, California: Sage Publications.
- Meyer, R.A. e G. Harmmerschmid (2006), Changing Institutional Logics and Executive Identities: A Managerial Challenge to Public Administration in Austria, *American Behavioral Scientist* 49, 1000-1014.
- Miles, M. B. e A. M. Huberman (1994), *Qualitative Data Analysis: an expanded sourcebook*, Thousand Oaks: Sage Publications.
- Miller, J. e B. Glassner (2004), The 'inside' and the 'outside': finding realities in interviews, in Silverman, D. (Ed.), *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, 2.<sup>a</sup> Ed., London: Sage Publications, 125-139.
- Modell, S. (2006), Institutional and negotiated order perspectives on cost allocations: the case of the Swedish university sector, *European Accounting Review* 15, 219-251.

- Modell, S. (2007), Conducting Case Research: From Data to Theory, *Eden Doctoral Seminar on Case-Based Research in Management Accounting*, Brussels, Abril 10-14.
- Modell, S. (2009), Institutional Research on Performance Measurement and Management in the Public Sector Accounting Literature: A Review and Assessment, *Financial Accountability and Management* 25(3), 277-303.
- Modell, S., K. Jacobs e F. Wiesel (2007), A process (re)turn? Path dependencies, institutions and performance management in Swedish central government, *Management Accounting Research* 18(4), 453-475.
- Moll, J., J. Burns e M. Major (2006), Institutional Theory, in Hoque, Z. (2006), *Methodological Issues in Accounting Research: Theories and Methods*, London, Spiramus Press Ltd, 183-205.
- Monteiro, I.P. (1999), Hospital, uma organização de profissionais, *Análise Psicológica* 17(2), 317-325.
- Moussialos, E., A. Dixon, J. Figueras e J. Kutzin eds. (2002), *Funding Health Care: options for Europe*, Buckingham: European Observatory on Health Care Systems Series/World Health Organization, Open University Press.
- Newberry, S. (2002), Intended or unintended consequences? Resource erosion in New Zealand's government departments, *Financial Accountability and Management* 18(4), 309-330.
- Northcott, D. e S. Llewellyn (2003), The 'ladder of success' in healthcare: the UK national reference costing index, *Management Accounting Research* 14, 51-66.
- Nunes, R. (2010), Governação do Sistema de Saúde, in Rego, G. e R. Nunes, *Gestão da Saúde*, Lisboa: Prata & Rodrigues Publicações, Lda., 3-12.
- Nyland, K. e I.J. Pettersen (2004), The Control Gap: The Role of Budgets, Accounting Information and (Non-) Decisionners in Hospital Settings, *Financial Accountability and Management* 20(1), 77-102.
- Olson, O., C. Humphrey e J. Guthrie (2001), Caught in an evaluatory trap: a dilemma for public services under NPFM, *European Accounting Review* 10(3), 505-522.
- Olson, O., C. Humphrey e J. Guthrie (2007), Into the Shadows – A Reflection on International Developments in Public Sector, 30th European Accounting Associated Congress 2007, 25-27 Abril, Lisboa, Portugal, [http://www.nhh.no/Files/Filer/institutter/for/seminars/accounting\\_management\\_scienc/e/2007\\_fall/301007.pdf](http://www.nhh.no/Files/Filer/institutter/for/seminars/accounting_management_scienc/e/2007_fall/301007.pdf), acedido em 30 de setembro de 2009.
- Ongaro, E. (2009), *Public Management Reform and Modernization, Trajectories of Administrative Change in Italy, France, Greece, Portugal and Spain*, Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Limited.
- Opedal, S. e H. Rommetvedt (2010), From Politics to Management – or More Politics? *Public Management Review* 12(2), 191-212, <http://dx.doi.org/10.1080/gdom>, acedido em 30 de setembro de 2012.
- Osborne, S.P. (Ed.) (2010), *The new public governance – emerging perspectives on the theory and practice of public governance*, 1.ª edição, Nova Iorque: Routledge.
- Osborne, S.P. e K. McLaughlin (2002), The New Public Management in context, in McLaughlin, K., S.P. Osborne e E. Ferlie (Eds.), *New Public Management – Current trends and future prospects*, Londres: Routledge, 7-14.
- Osborne, S.P., Z. Radnor e G. Nasi (2012), A New Theory for Public Service Management? Toward a (Public) Service-Dominant Approach, *American Review of Public Administration* 34(2), 135-158.
- Østergren, K. (2009), Management Control Practices and Clinician Managers: The case of the Norwegian Health Sector, *Financial Accountability & Management* 25(2), 207-221.

- Patton, M. Q. (1987), *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*, Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Patton, M. Q. (2002), *Qualitative Research and Evaluation Methods*, 3rd Ed., Thousand oaks, CA: Sage Publications.
- Pedersen, J.S. e K. Löfgren (2012), Public Sector Reforms: New Public Management without Marketization? The Danish Case, *International Journal of Public Administration* 35(7), 435-447.
- Peters, G. (1993), Managing the hollow state, in Eliassen, K. A. e J. Kooiman (eds), *Managing Public Organizations – lessons from contemporary european experience*, London: Sage Publications, 46-57.
- Pettersen, I.J. (2004), From bookkeeping to strategic tools? A discussion of the reforms in the Nordic hospital sector, *Management Accounting Research* 15, 319-335.
- Pettersen, I.J. (1995), Budgetary control of hospitals – ritual, rhetorics and rationalized myths, *Financial Accountability and Management* 11(3), 207-221.
- Pettersen, I.J. (1999), Accountable management reforms: why the Norwegian hospital reform experiment got lost in implementation, *Financial Accountability and Management* 15(3 e 4), 377-396.
- Pettersen, I.J. (2001), Implementing management accounting reforms in the public sector: the difficult journey from intentions to effects, *European Accounting Review* 10(3), 561-581.
- Pettersen, I.J., K. Nyland e K. Kaarboe (2012), Governance and the functions of boards – An empirical study of hospital boards in Norway, *Health Policy* 107, 269-275.
- Pisco, Luís (2007), A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, *Cadernos de Economia* 80 – Julho/Setembro, 60-66.
- Pollitt, C. (1990), Doing business in the temple? Managers and quality assurance in the public services, *Public Administration* 68(4), 435-452.
- Pollitt, C. (2008), *Time, policy, management: governing with the past*, Oxford: Oxford University Press.
- Pollitt, C. (2009), Bureaucracies Remember, Post-Bureaucratic Organizations Forget? *Public Administration* 87(2), 198-218.
- Pollitt, C. e G. Bouckaert (2000), *Public Management Reform: A Comparative Analysis*, Oxford: Oxford University Press.
- Pollitt, C. e G. Bouckaert (2011), *Public management reform: a comparative analysis: NPM, governance and the Neo-Weberian State*, 3<sup>a</sup> ed. Oxford: Oxford University Press.
- Pollitt, C. e P. Hupe (2011), Talking about governance: the role of magic concepts, *Public Management Review* 13(5), 1-18.
- Pollitt, C., S. Harrison, D. Hunter e G. Marnoch (1988), The Reluctant Managers, Clinicians and Budgets in the NHS, *Financial Accountability and Management* 4(3), 213-234.
- Powell, M.J., D.M. Brock e C.R. Hinings (1990), The changing professional organization, in Brock, D.M., M.J. Powell e C.R. Hinings (Eds.), *Restructuring the Professional Organization: Accounting, Health Care and Law*, Londres: Routledge Editors, 1-20.
- Powell, W.W. (1991), Expanding the Scope of Institutional Analysis, In Powell, W.W. e P. DiMaggio (1991), *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago: University of Chicago Press, 183-203.
- Powell, W.W. e P. DiMaggio (1991), *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago: University of Chicago Press.
- Power, M. e M. R. Laughlin (1992), Critical theory and accounting, in Alveson, M. e H. Wilmott (Eds.), *Critical Theory and Accounting*, London: Sage, 113-135.

- Preston, A. M. (1992), The birth of clinical accounting: a study of the emergence and transformations of discourses on costs and practices of accounting in U.S. hospitals, *Accounting, Organizations and Society* 17, 63-100.
- Preston, A. M.; D. J. Cooper e R. Coombs (1992), Fabricating budgets: A study of the production of management budgeting in the National Health Service, *Accounting, Organizations and Society* 17(6), 561-593.
- Raposo, V. (2007), *Governança hospitalar – Uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*, Tese de Doutoramento em Organização e Gestão Empresas - Especialidade dos Sistemas nas Organizações, Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/7467/3/Tese\\_VRaposo.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/7467/3/Tese_VRaposo.pdf), consultado 22 outubro 2013.
- Reay, T. e C.R. Hinings (2009), Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics, *Organization Studies* 30 (6), 629-652.
- Rego, G. e R. Nunes (2009), *Hospital Fundação Estatal*, Unidade Curricular de Administração Hospitalar da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, [http://www.sbem-fmup.org/fotos/gca/1249293434hospital\\_fundacao\\_estatal.pdf](http://www.sbem-fmup.org/fotos/gca/1249293434hospital_fundacao_estatal.pdf), acedido em 21 de março de 2012.
- Rego, G. e R. Nunes (2010), *Gestão da Saúde*, Lisboa: Prata & Rodrigues Publicações, Lda.
- Rego, G., R. Nunes e J. Costa (2010), The challenge of corporatisation: the experience of Portuguese public hospitals, *The European Journal of Health Economics* 11(4), 367-381.
- Reis, V.P. (1999), O sistema de saúde português: donde vimos para onde vamos, in Barros, P.P. e J. Simões (coord.), *Livro de homenagem a Augusto Mantas*, Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde – APES, 261-297.
- Reis, V.P. e E. Falcão (2003), Hospital público português: da crise à renovação, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 21(2), 5-14.
- Resende, A.J., R. Guerreiro e F.Z. Dalmácio (2012), Uma análise do processo de desinstitucionalização de práticas contábeis de correção monetária em empresas brasileiras, *Revista de Contabilidade Financeira* 23 (58), 33-51.
- Ribeiro, J.A. e R.W. Scapens (2006), Institutional theories in management accounting change: contributions, issues and paths for development, *Qualitative Research in Accounting & Management* 3 (3), 94-111.
- Ribeiro, J.M. (2004), Reforma do sector público hospitalar: programa de empresarialização de 34 hospitais portugueses, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 4, 65-77.
- Richardson, A.J. (1987), Accounting as a legitimating institution, *Accounting, Organizations and Society* 12(4), 341-355.
- Roberts, J. (2001), Trust and control in Anglo-American systems of corporate governance: The individualizing and socializing effects of processes of accountability, *Human Relations* 54, 1547-1572, [http://free.uwc.ac.za/ripmixlearners/\\_media/board\\_as\\_group.pdf](http://free.uwc.ac.za/ripmixlearners/_media/board_as_group.pdf), acedido em 2013-10-22
- Ruef, M. (1999), The Dynamics of Organizational Forms: Creating Market Actors in the Health Care Field, *Social Forces* 77(4), 1405-1434.
- Rutherford, M. (1996), *Institutions in Economics: The Old and the New Institutionalism*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Ryan, B., R. Scapens e M. Theobald (2002), *Research Method & Methodology in Finance & Accounting*, 2.ª ed. Londres: Thomson.

- Sakellarides, C. (2009), Gestão do Conhecimento, Inovação e Governação Clínica, in Campos, L., M. Borges, M. e R. Portugal, R. (eds.), *Governança dos Hospitais*, Alfragide: Casa das Letras, 107-118.
- Sakellarides, C., V. Reis, A. Escoval, C. Conceição e P. Barbosa (2006), O Futuro do Sistema de Saúde Português – Saúde 2015, in *Estudos Temáticos para Preparação do Próximo Ciclo de Intervenções Estruturais QREN 2007-2013*, Edição do Observatório do QCA III, Fevereiro.
- Saltman, R. B. e J. Figueras (1997), *European health care reform: analysis of current strategies*, Copenhagen: WHO, 213 (European series, 72).
- Samuel, S., M.W. Dirsmith e B. Mcelroy (2005), Monetized medicine: from the physical to the fiscal, *Accounting, Organizations and Society* 30, 249-278.
- Santos, B.S. (1987), O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais – O caso das Políticas de Saúde, *Revista Crítica de Ciências Sociais* 23, 13-74.
- Santos, B.S. (1992), *O Estado e a Sociedade em Portugal (1974-1988)*, Porto: Edições Afrontamento.
- Scapens, R. W. (1990), Researching Management Accounting Practice: The Role of Case Study Methods, *British Accounting Review* 22, 259-281.
- Scapens, R. W. (1994), Never mind the gap: towards an institutional perspective on management accounting practice, *Management Accounting Research* 5, 301-321.
- Scott, W. R. (1992a), Introduction: From Technology to Environment, in Meyer, J. W. e W. R. Scott, *Organizational Environments – Ritual and Rationality*, Update Edition. California: Sage Publications, 13-20.
- Scott, W. R. (1992b), The Organization of Environments: Network, Cultural, and Historical Elements, in Meyer, J. W. e W. R. Scott, *Organizational Environments – Ritual and Rationality*, Update Edition. California: Sage Publications, 155-175.
- Scott, W. R. (2001), *Institutions and Organizations*, 2nd Edition, California: Sage Publications.
- Scott, W.R. (2008), *Institutions and Organizations – Ideas and Interests*, Third Edition, California: Sage Publications.
- Scott, W.R. e J.W. Meyer (1991), The Organization of Societal Sectors: Propositions and Early Evidence, in Powell, W.W. e P. DiMaggio, *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago: University of Chicago Press, 108-140.
- Scott, W.R. e J.W. Meyer (1992), The Organization of Societal Sectors, in Meyer, J.W. e W.R. Scott, *Organizational Environments – Ritual and Rationality*, Update Edition. California: Sage Publications, 129-153.
- Scott, W.R. e J.W. Meyer (1994), *Institutional Environments and Organizations – Structural Complexity and Individualism*, California: Sage Publications.
- Scott, W.R., M. Ruef, P.J. Mendel e C.A. Caronna (2000), *Institutional change and healthcare organizations – from professional dominance to managed care*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Seo, M. e W.E.D. Creed (2002), Institutional contradictions, praxis, and institutional change: dialectical perspective, *Academy of Management Review* 27, 222-247.
- Shaw, R. P. (2004), *New trends in public sector management in health applications in developed and developing countries*, Washington: World Bank Institute, <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Shaw-NewTrends.pdf>, acedido em 1 de Março de 2008.
- Silva, A.M. (2011), *Relação entre modelos de gestão hospitalar, sistemas de informação para a gestão e desempenho: o caso dos Hospitais Públicos Portugueses*, Tese de Doutoramento em Gestão, Braga: Universidade do Minho, <http://hdl.handle.net/1822/12480>, consultado em 2013-09-30.

- Silverman, D. (2005), *Doing Qualitative Research*, 2nd Ed., London: Sage.
- Simões, J. (2004a), As Parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 4, 79-90.
- Simões, J. (2004b), A avaliação do desempenho de hospitais, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 4, 91-120.
- Simões, J. (2005), *Retrato político da saúde – dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*, Coimbra: Livraria Almedina.
- Simões, J. (coord.) (2010), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde, um percurso recomendado*, Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Simões, J. e O. Lourenço (1999), As políticas públicas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos, in Barros, P.P. e J. Simões (coord.), *Livro de homenagem a Augusto Mantas*, Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde – APES, 99-134.
- Simões, J. e P.P. Barros (2007), Retrato do Sistema de Saúde, *Health Systems in Transition*. Portugal.
- Simões, J., P.P. Barros e J. Pereira (2008), *A Sustentabilidade Financeira do Serviço Nacional de Saúde - Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde*, Lisboa: Ministério da Saúde.
- Simonet, D. (2011), The New Public Management Theory and the Reform of European Health Care Systems: Na International Comparative Perspective, *International Journal of Public Administration* 34(12), 815-826.
- Sousa, D. (2008), Investigação Qualitativa com uso de Software - o caso do N6, *Formação para Investigadores*, Universidade de Aveiro, 26 e 27 de Maio.
- Teixeira, A.A.C. e A.M. Brochado (2005), Quando o SONHO se torna realidade...: avaliação estatística do impacto das tecnologias de informação nos serviços de consulta externa hospitalar, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 23(1), 43-55.
- Thornton, P.H. (2002), The rise of the corporation in a craft industry: conflict and conformity in institutional logics, *Academy of Management Journal* 45(1), 81-101.
- Thornton, P.H. (2004), *Markets from culture: Institutional logics and organizational decisions in higher education publishing*, Stanford, CA: Stanford University Press.
- Thornton, P.H. e W. Ocasio (2008), Institutional Logics, in Greenwood, R. et al. (eds), *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*. Thousand Oaks, CA: Sage, 99-129.
- Thornton, P.H., C. Jones e K. Kury (2005), Institutional Logics and Institutional Change in Organizations: Transformation in Accounting, Architecture, And Publishing, *Transformation in Cultural Industries Research in the Sociology of Organizations* 23, 125-170, [https://www2.bc.edu/~jonescq/ThorntonJonesKury\\_RSO\\_05.pdf](https://www2.bc.edu/~jonescq/ThorntonJonesKury_RSO_05.pdf), acedido em 2012-12-13.
- Thornton, P.H., W. Ocasio e M. Lounsbury (2012), *The institutional logics perspective – A new approach to culture, structure, and process*, Oxford: Oxford University Press.
- Timmermans, S. (2008), Professions and their work - Do market shelters protect professional interests? *Work and Occupations* 35(2), 164-188.
- Tolbert, P.S. e L.G. Zucker (1996), Institutionalization of institutional theory, in Clegg, S., C. Hardy e W. Nord (Eds), *The Handbook of organization studies*, Thousand Oaks, CA: Sage, 175-190.
- Townley, B. (2002), The role of competing rationalities in institutional logics, *Academy of Management Journal* 45(1), 163-179.
- Urbano, J. e M. Bentes (1990), Definição da Produção do Hospital: Os Grupos de Diagnóstico Homogéneos, *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 8(1), 49-60.
- Valente, M. C. (2000), As Raízes do Departamento de Desenvolvimento de Sistemas de Financiamento e de Gestão (DDSFG), *Boletim Informativo do IGIF* 3, 3-4.

- Van de Walle, S. e G. Hammerschmid (2011), The Impact of the New Public Management: Challenges for Coordination and Cohesion in European Public Setors. *Halduskultuur – Administrative Culture* 12(2), 190-209, <http://www.halduskultuur.eu/journal/index.php/HKAC/article/download/43/55>, acessado em 2013-03-06.
- Vaz, A.M. (2010), Hospitais Públicos Portugueses, in Simões, J. (Coord.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – um percurso comentado*, Coimbra: Almedina, 297-353.
- Williams, A. (1987), Establecimiento de Prioridades en la Asistencia Sanitaria, VI Jornadas de Economia de la Salud, Valência, Maio, In Campos, A.C. *et al.* (1987), *A combinação Público-Privada em Saúde: Privilégios, estigmas e ineficiências*, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Williams, A. (1988), *Priority Setting in Public and Private Health Care – A Guide Through the Ideological Jungle*, Centre for Health Economics – Health Economics Consortium, Paper 36, University of York, <http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/discussionpapers/CHE%20Discussion%20Paper%2036.pdf>, acessado em 22 de setembro de 2009.
- Yin, R.K. (2009), *Case Study Research - Design and Methods*, 4th ed, Thousand Oaks: Sage Publications.
- Zucker, L.G. (1987), Institutional Theories of Organization, *Annual Review of Sociology* 13, 443-464.
- Zucker, L.G. (1991), The Role of Institutionalization in Cultural Persistence, in Powell, W.W e P. DiMaggio, *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago: University of Chicago Press, 83-107.

## **ii. Relatórios técnicos:**

- ACSS - Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização (2011b), Relatório de Acompanhamento da Execução dos Contratos-Programa 2010 – Instituições Hospitalares e Unidades Locais de Saúde do SNS, Lisboa, Agosto de 2011, [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relatório\\_Acompanhamento%20da%20Execução%20dos%20CP%202010%2026\\_08\\_2011\\_vf+Anexos.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relatório_Acompanhamento%20da%20Execução%20dos%20CP%202010%2026_08_2011_vf+Anexos.pdf), acessado em 3 de Fevereiro de 2012.
- ACSS - Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização, Acordo Modificativo 2008 – H. Infante D. Pedro, EPE; Lisboa, 28 de Dezembro de 2007, [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Hospitais\\_EPE\\_SPA/Hospitais\\_EPE/Contratos\\_Programa/Metodologia2008Final\\_28\\_03\\_2008.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Hospitais_EPE_SPA/Hospitais_EPE/Contratos_Programa/Metodologia2008Final_28_03_2008.pdf), acessado em 3 de Fevereiro de 2012.
- ACSS (2005), *Contrato-Programa 2006 – Cálculo de preços e do valor de convergência – Seleção de indicadores para a fixação de objetivos de qualidade e eficiência*, [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Hospitais\\_EPE\\_SPA/Hospitais\\_EPE/Contratos\\_Programa/Geral.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Hospitais_EPE_SPA/Hospitais_EPE/Contratos_Programa/Geral.pdf), acessado em 11 de março de 2012
- ACSS (2006a), *Contrato-Programa 2007 – Preços e Convergência – Fixação de Objetivos, Comissão para a Contratualização em Saúde*, [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Hospitais\\_EPE\\_SPA/Hospitais\\_EPE/Contratos\\_Programa/MetodologiaCP2007.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Hospitais_EPE_SPA/Hospitais_EPE/Contratos_Programa/MetodologiaCP2007.pdf), acessado em 11 de março de 2012

- ACSS (2006b), *Nota Técnica n.º 6/2006*, [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/SIDC/SIDC\\_POCMS/NotasTecnicas\\_Informacoes/NOTAT062007.DOC](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/SIDC/SIDC_POCMS/NotasTecnicas_Informacoes/NOTAT062007.DOC), acessado em 12 de outubro de 2013
- ACSS (2007a), *Contrato-programa 2008 – Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização – Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos*, [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Direcoes\\_e\\_Unidades/Metodologia%202009%20\\_%20Dezembro%202008.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Direcoes_e_Unidades/Metodologia%202009%20_%20Dezembro%202008.pdf), acessado em 11 de março de 2012.
- ACSS (2007b), *Plano de Contabilidade Analítica dos Hospitais – PCAH, 3ª Edição*, [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/SNS/Info\\_gestao/PCAH\\_3Edicao.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/SNS/Info_gestao/PCAH_3Edicao.pdf), acessado em 12 de outubro de 2013.
- ACSS (2008), *Contrato-programa 2009 – Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização – Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos*, [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Direcoes\\_e\\_Unidades/Metodologia%202009%20\\_%20Dezembro%202008.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Direcoes_e_Unidades/Metodologia%202009%20_%20Dezembro%202008.pdf), acessado em 11 de março de 2012.
- ACSS (2010), *Contrato-Programa 2011 – UOFC – Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos*, [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14\\_12\\_2010\\_Metodologia%20HH\\_ULS%202011.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/14_12_2010_Metodologia%20HH_ULS%202011.pdf), acessado em 1 de setembro de 2013.
- ACSS (2011), *Relatório de Acompanhamento da Execução dos Contratos-Programa de 2010 – Instituições Hospitalares e Unidades Locais de Saúde do SNS – UOFC*, [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio\\_Acompanhamento%20da%20Execu%C3%A7%C3%A3o%20dos%20CP%202010%2026\\_08\\_2011\\_vf+Anexos.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Relat%C3%B3rio_Acompanhamento%20da%20Execu%C3%A7%C3%A3o%20dos%20CP%202010%2026_08_2011_vf+Anexos.pdf), acessado em 3 de Fevereiro de 2012.
- ACSS (2012a), *Contrato-programa 2012 – UOFC - Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos*, [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/20120116\\_Metodologia\\_2012.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/20120116_Metodologia_2012.pdf), acessado em 1 de setembro de 2013
- ACSS (2012b), *Contrato-programa 2013 – DPS – Metodologia para definição de preços e fixação de objetivos*, [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia\\_HH\\_ULS\\_2013.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Metodologia_HH_ULS_2013.pdf), acessado em 1 de setembro de 2013.
- ACSS (2013a), *Monitorização do serviço nacional de saúde – Monitorização Mensal*, <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/monitormensal/enquadramento/objetivos.aspx>, acessado em 12 de outubro de 2013.
- ACSS (2013b), *Monitorização do serviço nacional de saúde – Benchmarking Hospitais*, <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking/enquadramento/objectivos.aspx>, acessado em 12 de outubro de 2013.
- ACSS, *Acordo Modificativo 2009 – H. Infante D. Pedro, EPE*; Lisboa, 27 de Fevereiro de 2009, <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/HInfanteD.Pedro,%20EPE.pdf>, acessado em 3 de Fevereiro de 2012.
- ACSS, *Acordo Modificativo do Contrato-Programa 2010 – H. Infante D. Pedro, EPE*; Lisboa, 25 de Maio de 2010, <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/HIDPedro,%20EPE.pdf>, acessado em 3 de Fevereiro de 2012.
- ACSS, *Acordo Modificativo do Contrato-Programa 2011 – H. Infante D. Pedro, EPE*; Lisboa, 21 de Março de 2011, <http://www.acss.min->

- saude.pt/Portals/0/Hospital%20Infante%20D.%20Pedro%20EPE.pdf, acessado em 3 de Fevereiro de 2012.
- AEP (2003), *Saúde*, AEP/Gabinete de Estudos, Associação Empresarial de Portugal – Câmara de Comércio e Indústria, abril, <http://www.aeportugal.pt/Downloads/EstudosAEP/Saude.pdf>, acessado em 15 de janeiro de 2007.
- Associação Portuguesa De Fisioterapeutas (2011), Reforma Hospitalar. Carta Pública ao Ministro da Saúde em 28 de Dezembro de 2011, Lisboa, [http://www.apfisio.pt/Ficheiros/Ref\\_Hospitalar.pdf](http://www.apfisio.pt/Ficheiros/Ref_Hospitalar.pdf), acessado em 22 de março de 2012.
- Comissão Nacional de Proteção de Dados (2004), *Relatório de Auditoria ao Tratamento de Informação de Saúde nos Hospitais*, [http://www.cnpd.pt/bin/relatorios/outros/Relatorio\\_final.pdf](http://www.cnpd.pt/bin/relatorios/outros/Relatorio_final.pdf), acessado em 22 de abril de 2012.
- CRES - Conselho De Reflexão Sobre A Saúde (1998), *Reflexões sobre a saúde – recomendações para uma reforma estrutural*, Porto: Ministério da Saúde.
- FMI (1998), in Tribunal de Contas 1999.
- Governo de Portugal, Comunicado do Conselho de Ministros de 10 de maio de 2012, <http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/primeiro-ministro/secretario-de-estado-da-presidencia-do-conselho-de-ministros/documentos-oficiais/20120510-cm-comunicado.aspx>, acessado em 10 de Junho de 2012.
- Health Consumer Powerhouse AB (2007), *Euro Health Consumer Index 2007*, Bruxelas, [http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport\\_EHCI\\_2007.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/media/Rapport_EHCI_2007.pdf), acessado em 5 de setembro de 2010.
- Health Consumer Powerhouse AB (2009), *Euro Health Consumer Index 2009*, Bruxelas, <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report%20EHCI%202009%20091005%20final%20with%20cover.pdf>, acessado em 5 de setembro de 2010.
- Health Consumer Powerhouse AB (2012), *Euro Health Consumer Index 2012*, Bruxelas, <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>, acessado em 25 de agosto de 2012.
- HIP, EPE (2004), Relatório e Contas 2003, 15 de abril, Aveiro.
- HIP, EPE (2005), Relatório e Contas 2004, 30 de março, Aveiro.
- HIP, EPE (2006), Relatório e Contas 2005, 15 de maio, Aveiro.
- HIP, EPE (2007), Relatório e Contas 2006, 30 de março, Aveiro.
- HIP, EPE (2008), Relatório e Contas 2007, 30 de abril, Aveiro.
- HIP, EPE (2009a), Governo da Sociedade – 2008, 15 de abril, Aveiro.
- HIP, EPE (2009b), Relatório e Contas 2008, 15 de abril, Aveiro.
- HIP, EPE (2010), Relatório e Contas 2009, 15 de abril, Aveiro.
- HIP, EPE (2011), Relatório e Contas 2010, 31 de março, Aveiro, [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/1014\\_Relat%C3%B3rio%20&%20Contas%20HIP%202010.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/1014_Relat%C3%B3rio%20&%20Contas%20HIP%202010.pdf), acessado em 20 de fevereiro de 2013.
- HIP, EPE (2012), Relatório e Contas 2011, 1 de junho, Aveiro, [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REC\\_IDP.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/REC_IDP.pdf), acessado em 20 de fevereiro de 2013.
- INE, I.P. / INSA, I.P. (2009), *Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006*, Lisboa, [http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS\\_05\\_06.pdf](http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf), acessado em 28 de janeiro de 2010.
- Ministério da Saúde (1999), *Saúde: um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002*, Lisboa: Ministério da Saúde, <http://www.ensp.unl.pt/saboga/saude%20um%20compromisso/saude%20um%20compromisso%20pag%20008-020.pdf>, acessado em 28 de Março de 2008.

- Ministério da Saúde (2009), *Nos 30 anos do SNS - Governação Clínica dos Hospitais*, Lisboa, Ministério da Saúde, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, [http://www.arslvt.min\\_saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20Clínica%20odos\\_hospitais\\_-Conclusões\\_finais\\_20\\_07\\_09\\_.pdf](http://www.arslvt.min_saude.pt/SiteCollectionDocuments/Eventos/Gov%20Clínica%20odos_hospitais_-Conclusões_finais_20_07_09_.pdf), acessido em 28 de setembro de 2013.
- Ministério da Saúde (2010a), *Despacho do Senhor Secretário de Estado da Saúde de 10 de fevereiro de 2010*, [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DespachoSES2010\\_Fev10.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DespachoSES2010_Fev10.pdf), acessido em 3 de Fevereiro de 2012.
- Ministério da Saúde (2010b), *Organização Interna e Governação dos Hospitais*, Lisboa: Ministério da Saúde, <http://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>, acessido em 30 setembro 2013.
- Ministério das Finanças (2011), *Documento de Estratégia Orçamental 2011-2015*, Lisboa: Ministério das Finanças, [http://www.igcp.pt/fotos/editor2/2011/Apresentacao\\_Investidores/estrategia-orcamental-2011-2015.pdf](http://www.igcp.pt/fotos/editor2/2011/Apresentacao_Investidores/estrategia-orcamental-2011-2015.pdf), acessido em 18 setembro 2013.
- OCDE (1998), *Études économiques de l'OCDE – Thèmes Spéciaux Réforme du Système de Santé Xréation d'Emplois*, Paris, [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/ocde/economics/etudes-economiques-de-l-ocde-portugal-1998\\_eco\\_surveys-prt-1998-fr](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/ocde/economics/etudes-economiques-de-l-ocde-portugal-1998_eco_surveys-prt-1998-fr), acessido em 15 de junho de 2007.
- OECD (2013a), *Frequently Requested Data*, Paris, <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata.htm>, consultado 30 de setembro 2013.
- OECD (2013b), *Health Data 2013 - How Does Portugal Compare*, Paris, <http://www.oecd.org/portugal/Briefing-Note-PORTUGAL-2013.pdf>, acessido em 30 de setembro 2013.
- OPSS (2001), *Conhecer os Caminhos da Saúde – Relatório de Primavera 2001*, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Portugal, [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2001\\_OPSS.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2001_OPSS.pdf), acessido em 30 de março de 2005.
- OPSS (2002), *O estado da Saúde e a saúde do Estado – Relatório de Primavera 2002*, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, [http://www.ensp.unl.pt/saboga/portalgest/relatorios/RP\\_2002.pdf](http://www.ensp.unl.pt/saboga/portalgest/relatorios/RP_2002.pdf), acessido em 30 de março de 2005.
- OPSS (2003a), *Saúde: que rupturas? – Relatório de Primavera 2003*, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Portugal, [http://www.ensp.unl.pt/saboga/portalgest/relatorios/RP\\_2003.pdf](http://www.ensp.unl.pt/saboga/portalgest/relatorios/RP_2003.pdf), acessido em 30 de março de 2005.
- OPSS (2003b), *Um olhar sobre as reformas e as políticas de saúde*, <http://www.observaport.org/OPSS/Menu/Sistema/>, acessido em 30 de março de 2005.
- OPSS (2003c), *Evolução do sistema de saúde*, <http://www.observaport.org/OPSS/Menu/Sistema/>, acessido em 30 de Março de 2005.
- OPSS (2005), *Novo serviço público da saúde: novos desafios – Relatório de Primavera 2005*, Mar da Palavra – Edições Lda., Coimbra.
- OPSS (2010), *Desafios em tempos de crise – Relatório de Primavera 2010*, [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2010\\_OPSS-FT.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2010_OPSS-FT.pdf), acessido em 25/08/2010.
- OPSS (2011), *Da depressão da crise Para a governação prospetiva da saúde – Relatório de Primavera 2011*, [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011\\_OPSS\\_1.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf), acessido em 11/01/2012.

- OPSS (2012), *Crise & Saúde. Um país em sofrimento - Relatório de Primavera 2012*, [http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012\\_OPSS.pdf](http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS.pdf), acessido em 14 de junho de 2012.
- OPSS (2013), *Dois Faces da Saúde - Relatório de Primavera 2013*, Lisboa, <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013.pdf>, acessido em 24 junho de 2013.
- Tribunal de Contas (1999), *Auditoria ao Serviço Nacional de Saúde – Relatório Final*, Lisboa, [http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel\\_auditoria/1999/38-1999.pdf](http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/1999/38-1999.pdf), acessido em 20 de agosto de 2007.
- Tribunal de Contas (2003a), *Auditoria à Situação Financeira do Serviço Nacional de Saúde – Relatório de Auditoria n.º 10/2003 – Vol. I Sumário Executivo*, Lisboa, [http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel\\_auditoria/2003/10-2003v1.pdf](http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2003/10-2003v1.pdf), acessido em 20 de Agosto de 2007.
- Tribunal de Contas (2003b), *Auditoria à Situação Financeira do Serviço Nacional de Saúde – Relatório de Auditoria n.º 10/2003 – Vol. II Relatório*, Lisboa, [http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel\\_auditoria/2003/10-2003v2.pdf](http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2003/10-2003v2.pdf), acessido em 20 de Agosto de 2007.
- Tribunal de Contas (2011), *Auditoria ao sistema de pagamentos e de formação dos preços pagos às unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde – Relatório n.º 30/2011 – 2.ª Secção, Processo n.º 42/2010 – Audit. Volume I*, Lisboa, [http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel\\_auditoria/2011/2s/audit-dgtec-rel030-2011-2s.pdf](http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2011/2s/audit-dgtec-rel030-2011-2s.pdf), acessida em 12 de março de 2012.
- Tribunal de Contas (2012), *Auditoria ao controlo da execução orçamental da atividade do sistema de controlo interno do Ministério da Saúde – Relatório n.º 12/2012 – 2.ª S, Processo n.º 01/2011 – Audit. Volume I*, Lisboa, [http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel\\_auditoria/2012/2s/audit-dgtec-rel012-2012-2s.pdf](http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2012/2s/audit-dgtec-rel012-2012-2s.pdf), acessido em 10 de Junho de 2012.

### **iii. Legislação**

Circular Normativa n.º 1/89

Decreto De Aprovação Da Constituição Da República Portuguesa. Diário do Governo I Série. 86 (1976-04-10) 738-775.

Decreto Regulamentar n.º 3/79. *D.R. I Série*. 47 (1979-07-24) 302.

Decreto Regulamentar n.º 18/87. *D.R. I Série*. 52 (1987-03-04) 915.

Decreto Regulamentar n.º 3/88. *D.R. I Série*. 18 (1988-01-22) 256(2)-256(11).

Decreto-Lei n.º 10/93. *D.R. I Série A*. 12 (1993-01-15) 126-129.

Decreto-Lei n.º 11/93. *D.R. I Série A*. 12 (1993-01-15) 129-134.

Decreto-Lei n.º 129/77. *D.R. I Série*. 78 (1977-04-02) 683-686.

Decreto-Lei n.º 136/2010. *D.R. I Série*. 249 (2010-12-27) 5934-5935.

Decreto-Lei n.º 141/2006. *D.R. I Série*. 144 (2006-07-27) 5344-5355.

Decreto-Lei n.º 151/98. *D.R. I Série A*. 130 (1998-06-15) 2562-2569.

Decreto-Lei n.º 156/99. *D.R. I Série A*. 108 (1999-05-10) 2421-2424.

Decreto-Lei n.º 157/99. *D.R. I Série A*. 108 (1999-05-10) 2424-2435.

Decreto-Lei n.º 16/87. *D.R. I Série*. 7 (1987-01-09) 108-111.

Decreto-Lei n.º 180/2008. *D.R. I Série*. 164 (2008-08-26) 5999-6000.

Decreto-Lei n.º 183/2008. *D.R. I Série*. 171 (2008-09-04) 6225-6233.

Decreto-Lei n.º 185/2002. *D.R. I Série A*. 191 (2002-08-20) 5852-5858.

Decreto-Lei n.º 185/2006. *D.R. I Série*. 176 (2006-09-12) 6692-6693.

- Decreto-Lei n.º 188/2003. *D.R. I Série A*. 191 (2003-08-20) 5219-5230.  
Decreto-Lei n.º 19/88. *D.R. I Série*. 17-3.º Suplemento (1988-01-21) 248(20)-248(23).  
Decreto-Lei n.º 195/2006. *D.R. I Série*. 191 (2006-10-03) 7111-7115.  
Decreto-Lei n.º 203/2008. *D.R. I Série*. 197 (2008-10-10) 7255-7257.  
Decreto-Lei n.º 207/99. *D.R. I Série A*. 133 (1999-06-09) 3258-3264.  
Decreto-Lei n.º 212/2006. *D.R. I Série*. 208 (2006-10-27) 7518-7525.  
Decreto-Lei n.º 218/96. *D.R. I Série A*. 269 (1996-11-20) 4190.  
Decreto-Lei n.º 219/2007. *D.R. I Série*. 103 (2007-05-29) 3509-3512.  
Decreto-Lei n.º 222/2007. *D.R. I Série*. 103 (2007-05-29) 3519-3523.  
Decreto-Lei n.º 23/2008. *D.R. I Série*. 28 (2008-02-8) 946-947.  
Decreto-Lei n.º 232/97. *D.R. I Série A*. 203 (1997-09-03) 4594-4638.  
Decreto-Lei n.º 233/2005. *D.R. I Série A*. 249 (2005-12-29) 7323-7333.  
Decreto-Lei n.º 234/2008. *D.R. I Série*. 233 (2008-12-02) 8600-8608.  
Decreto-Lei n.º 254/82. *D.R. I Série*. 147 (1982-06-29) 1897-1900.  
Decreto-Lei n.º 272/2002. *D.R. I Série A*. 284 (2002-12-09) 7570-7577.  
Decreto-Lei n.º 273/2002. *D.R. I Série A*. 284 (2002-12-09) 7577-7585.  
Decreto-Lei n.º 274/2002. *D.R. I Série A*. 284 (2002-12-09) 7585-7592.  
Decreto-Lei n.º 275/2002. *D.R. I Série A*. 284 (2002-12-09) 7592-7600.  
Decreto-Lei n.º 276/2002. *D.R. I Série A*. 284 (2002-12-09) 7600-7607.  
Decreto-Lei n.º 276-A/2007. *D.R. I Série*. 146 (2007-07-31) 4902(2)-4902(3).  
Decreto-Lei n.º 277/2002. *D.R. I Série A*. 284 (2002-12-09) 7607-7615.  
Decreto-Lei n.º 278/2002. *D.R. I Série A*. 284 (2002-12-09) 7615-7623.  
Decreto-Lei n.º 279/2002. *D.R. I Série A*. 284 (2002-12-09) 7623-7630.  
Decreto-Lei n.º 28/2008. *D.R. I Série A*. 38 (2008-02-22) 1182-1189.  
Decreto-Lei n.º 280/2002. *D.R. I Série A*. 284 (2002-12-09) 7630-7638.  
Decreto-Lei n.º 281/2002. *D.R. I Série A*. 284 (2002-12-09) 7638-7645.  
Decreto-Lei n.º 282/2002. *D.R. I Série A*. 285 (2002-12-10) 7648-7655.  
Decreto-Lei n.º 283/2002. *D.R. I Série A*. 285 (2002-12-10) 7655-7663.  
Decreto-Lei n.º 284/2002. *D.R. I Série A*. 285 (2002-12-10) 7663-7670.  
Decreto-Lei n.º 285/2002. *D.R. I Série A*. 285 (2002-12-10) 7670-7678.  
Decreto-Lei n.º 286/2002. *D.R. I Série A*. 285 (2002-12-10) 7678-7685.  
Decreto-Lei n.º 287/2002. *D.R. I Série A*. 285 (2002-12-10) 7685-7693.  
Decreto-Lei n.º 288/2002. *D.R. I Série A*. 285 (2002-12-10) 7693-7701.  
Decreto-Lei n.º 289/2002. *D.R. I Série A*. 285 (2002-12-10) 7701-7708.  
Decreto-Lei n.º 290/2002. *D.R. I Série A*. 285 (2002-12-10) 7708-7716.  
Decreto-Lei n.º 291/2002. *D.R. I Série A*. 285 (2002-12-10) 7716-7724.  
Decreto-Lei n.º 292/2002. *D.R. I Série A*. 285 (2002-12-10) 7724-7731.  
Decreto-Lei n.º 293/2002. *D.R. I Série A*. 286 (2002-12-11) 7734-7741.  
Decreto-Lei n.º 294/2002. *D.R. I Série A*. 286 (2002-12-11) 7741-7749.  
Decreto-Lei n.º 295/2002. *D.R. I Série A*. 286 (2002-12-11) 7749-7756.  
Decreto-Lei n.º 296/2002. *D.R. I Série A*. 286 (2002-12-11) 7756-7764.  
Decreto-Lei n.º 297/2002. *D.R. I Série A*. 286 (2002-12-11) 7764-7771.  
Decreto-Lei n.º 298/2002. *D.R. I Série A*. 286 (2002-12-11) 7771-7779.  
Decreto-Lei n.º 298/2007. *D.R. I Série*. 161 (2007-08-22) 5587-5596.  
Decreto-Lei n.º 299/2002. *D.R. I Série A*. 286 (2002-12-11) 7779-7786.  
Decreto-Lei n.º 30/2011. *D.R. I Série*. 43 (2011-03-02) 1274-1277.  
Decreto-Lei n.º 300/2002. *D.R. I Série A*. 286 (2002-12-11) 7786-7794.  
Decreto-Lei n.º 301/2002. *D.R. I Série A*. 286 (2002-12-11) 7794-7802.  
Decreto-Lei n.º 302/2002. *D.R. I Série A*. 286 (2002-12-11) 7802-7809.  
Decreto-Lei n.º 309/2003. *D.R. I Série A*. 284 (2003-12-10) 8329-8338.

- Decreto-Lei n.º 310/82. *D.R. I Série*. 177 (1982-08-03) 2283-2297.
- Decreto-Lei n.º 326/2007. *D.R. I Série*. 188 (2007-09-28) 6996-6998.
- Decreto-Lei n.º 335/93. *D.R. I Série A*. 229 (1993-09-29) 5460-5466.
- Decreto-Lei n.º 35 108/45. *Diário do Governo I Série*. 247 (1945-11-07) 899-921.
- Decreto-Lei n.º 357/82. *D.R. I Série*. 206 (1982-09-06) 2645.
- Decreto-Lei n.º 374/99. *D.R. I Série A*. 219 (1999-09-18) 6489-6493.
- Decreto-Lei n.º 39/2002. *D.R. I Série A*. 48 (2002-02-26) 1623-1624.
- Decreto-Lei n.º 413/71. *D.R. I Série*. 228 (1971-09-27) 1424-1434.
- Decreto-Lei n.º 414/71. *D.R. I Série*. 228 (1971-09-27) 1434-1445.
- Decreto-Lei n.º 44/2007. *D.R. I Série*. 39 (2007-02-23) 1332-1335.
- Decreto-Lei n.º 46 310/65. *D.R. I Série*. 103 (1965-04-27) 761-768.
- Decreto-Lei n.º 48 357/68. *D.R. I Série*. 101 (1968-04-27) 599-612.
- Decreto-Lei n.º 48 358/68. *D.R. I Série*. 101 (1968-04-27) 612-620.
- Decreto-Lei n.º 50-A/2007. *D.R. I Série*. 42 (2007-02-28), 2.º suplemento: 1414(26)-1414(29).
- Decreto-Lei n.º 50-B/2007. *D.R. I Série*. 42 (2007-02-28), 2.º suplemento: 1414(29)-1414(37).
- Decreto-Lei n.º 558/99. *D.R. I Série A*. 292 (1999-12-17) 9012-9019.
- Decreto-Lei n.º 589/74. *D.R. I Série A*. 258 (1974-11-6) 1338-1339.
- Decreto-Lei n.º 60/2003. *D.R. I Série A*. 77 (2003-04-01) 2118-2127.
- Decreto-Lei n.º 86/2003. *D.R. I Série A*. 97 (2003-04-26) 2682-2686.
- Decreto-Lei n.º 88/2005. *D.R. I Série A*. 107 (2005-06-03) 3606.
- Decreto-Lei n.º 93/2005. *D.R. I Série A*. 109 (2005-06-03) 3636-3638.
- Despacho n.º 10601/2011, Ministro da Saúde. *D.R. II Série*. 162 (2011-08-24) 34823-34824.
- Despacho n.º 10823/2010, Ministro da Saúde. *D.R. II Série*. 126 (2010-07-01) 35874.
- Despacho n.º 11374/2011, Ministro da Saúde. *D.R. II Série*. 172 (2011-09-7) 36308-36309.
- Despacho n.º 1324/2011, Ministro da Saúde. *D.R. II Série*. 10 (2011-01-14) 3014.
- Despacho n.º 1543/95, Ministro da Saúde. *D.R. II Série*. 168 (2005-03-01) 17179-17180.
- Despacho n.º 17736/2006, Ministro da Saúde. *D.R. II Série*. 168 (2006-08-31) 17179-17180.
- Despacho n.º 18459/2006, Ministro da Saúde. *D.R. II Série*. 176 (2006-09-12) 18611-18612.
- Despacho n.º 24828/2002, Ministro da Saúde. *D.R. II Série*. 269 (2002-11-21) 19126.
- Despacho n.º 25832/2007, Ministro da Saúde. *D.R. II Série*. 218 (2007-11-13) 32871-32873.
- Despacho n.º 32042/2008, Ministro da Saúde. *D.R. II Série*. 242 (2008-12-16) 50271-50272.
- Despacho n.º 3596/2008, Ministro da Saúde. *D.R. II Série*. 31 (2008-02-13) 5587.
- Despacho n.º 5414/2008, Ministro da Saúde. *D.R. II Série*. 42 (2008-02-28) 8083-8085.
- Despacho n.º 721/2006, Ministro da Saúde. *D.R. II Série*. 8 (2006-01-11) 468-471.
- Despacho n.º 727/2007, Ministro da Saúde. *D.R. II Série*. 10 (2007-01-15) 1123-1124.
- Despacho Normativo n.º 46/97. *D.R. I Série B*. 182 (1997-08-08) 4137-4138.
- Despacho Normativo n.º 61/99. *D.R. I Série B*. 264 (1999-11-12) 7959-7960.
- Despacho Normativo n.º 9/2006. *D.R. I Série B*. 34 (2006-02-16) 1256-125.
- Lei Constitucional n.º 1/89. *D.R. I Série*. 155 (1989-07-08) 2734-(2)-2734(68).
- Lei n.º 1998/44, de 15 de Maio de 1944.
- Lei n.º 2011/46, de 2 de Abril de 1946.
- Lei n.º 27/2002. *D.R. I Série A*. 258 (2002-11-08) 7150-7154.
- Lei n.º 31/2007. *D.R. I Série*. 154 (2007-08-10) 5127-5181.
- Lei n.º 48/90. *D.R. I Série*. 195 (1990-08-24) 3452-3459.
- Lei n.º 56/79. *D.R. I Série*. 214 (1979-09-15) 2357-2363.
- Lei n.º 8/2012. *D.R. I Série*. 37 (2012-02-21) 826-828.
- Portaria n.º 426/2005. *D.R. I Série B*. 74 (2005-04-15) 3007-3008.
- Portaria n.º 45/2008. *D.R. I Série*. 10 (2008-01-15) 526-536.

- Portaria n.º 898/2000. *D.R. I Série B.* 10 (2000-09-28) 5250-5314.  
Resolução da Assembleia da República n.º 5/87. *D.R. I Série.* 41 (1987-02-18).  
Resolução do Conselho de Ministros n.º 13/96. *D.R. I Série B.* 33 (1996-02-08) 250.  
Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003. *D.R. I Série B.* 30 (2003-02-05) 719-721.  
Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001. *D.R. I Série B.* 266 (2001-11-16) 7338-7339.  
Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002. *D.R. I Série.* 56 (2002-03-07) 1868-1869.  
Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004. *D.R. I Série B.* 147 (2004-06-24) 3846-3848.  
Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005. *D.R. I Série B.* 81 (2005-04-27) 3202-3203.

#### **iv. Programas de Governo**

- Portugal (1974), I Governo Provisório, Linhas e Programa, Lisboa, [http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos\\_Provisorios/GP01/Programa](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Provisorios/GP01/Programa)
- Portugal (1976), Programa do I Governo Constitucional, [http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos\\_Constitucionais/GC01/Programa/](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC01/Programa/), acedido em 30 de abril de 2008.
- Portugal (1978a), Programa do II Governo Constitucional, [http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos\\_Constitucionais/GC02/Programa/](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC02/Programa/), acedido em 30 de abril de 2008.
- Portugal (1978b), Programa do IV Governo Constitucional, [http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos\\_Constitucionais/GC04/Programa/](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC04/Programa/), acedido em 30 de abril de 2008.
- Portugal (1980), Programa do VI Governo Constitucional, [http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos\\_Constitucionais/GC06/Programa/](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC06/Programa/), acedido em 30 de abril de 2008.
- Portugal (1981), Programa do VII Governo Constitucional, [http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos\\_Constitucionais/GC07/Programa/](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC07/Programa/), acedido em 30 de abril de 2008.
- Portugal (1983), Programa do IX Governo Constitucional, [http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos\\_Constitucionais/GC09/Programa/](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC09/Programa/), acedido em 30 de abril de 2008.
- Portugal (1985), Programa do X Governo Constitucional, [http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos\\_Constitucionais/GC10/Programa/](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC10/Programa/), acedido em 30 de abril de 2008.
- Portugal (1987), Programa do XI Governo Constitucional, [http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos\\_Constitucionais/GC11/Programa/](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC11/Programa/), acedido em 30 de abril de 2008.
- Portugal (1991), Programa do XII Governo Constitucional, [http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos\\_Constitucionais/GC12/Programa/](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC12/Programa/), acedido em 30 de abril de 2008.
- Portugal (1995), Programa do XIII Governo Constitucional, [http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos\\_Constitucionais/GC13/Programa/](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC13/Programa/), acedido em 30 de abril de 2008.
- Portugal (1999), Programa do XIV Governo Constitucional, [http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos\\_Constitucionais/GC14/Programa/](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC14/Programa/), acedido em 30 de abril de 2008.

- Portugal (2002), Programa do XV Governo Constitucional, [http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos\\_Constitucionais/GC15/Programa/](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC15/Programa/), acedido em 30 de abril de 2008.
- Portugal (2005), Programa do XVII Governo Constitucional, [http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos\\_Constitucionais/GC17/Programa/](http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Programa/), acedido em 30 de abril de 2008.
- Portugal (2009), Programa do XVIII Governo Constitucional, <http://www.parlamento.pt/Documents/PROGRAMADOXVIIIIGoverno.pdf>, acedido em 20 de fevereiro de 2012.
- Portugal (2011), Programa do XIX Governo Constitucional, [http://www.portugal.gov.pt/media/130538/programa\\_gc19.pdf](http://www.portugal.gov.pt/media/130538/programa_gc19.pdf), acedido em 20 de fevereiro de 2012.

#### **v. Outros sites consultados**

- ACSS – Base de Dados dos Elementos Analíticos, <http://www.acss.min-saude.pt/bdea/>, acedido em 3 de Junho de 2012.
- ADSE, <http://www.adse.pt>, acedido em 30 abril de 2008.
- Cronograma da empresarialização, [http://www.Hospitais\\_epe.min-saude.pt/Hospitais\\_EPE/Apresentação/Cronogr\\_Empres/](http://www.Hospitais_epe.min-saude.pt/Hospitais_EPE/Apresentação/Cronogr_Empres/), acedido em 12 de Dezembro de 2008.
- <http://ps.parlamento.pt>, acedido em 20 de janeiro de 2007.
- [http://www.esquerda.net/media/inq\\_parl\\_amadora\\_sintra.pdf](http://www.esquerda.net/media/inq_parl_amadora_sintra.pdf), acedido em 20 de Setembro de 2008.
- <http://semanal.omirante.pt/index.asp?idEdicao=254&id=28931&idSeccao=3503&Action=noticia>, acedido em 2 de outubro de 2009.
- <http://benchmarking.acss.min-saude.pt/benchmarking.aspx>, acedido em 12 de outubro de 2013.
- <http://www.acss.min-saude.pt/ÁreaseUnidades/FinanciamentoeContratualização/ContratualizaçãoHHULS/tabid/288/language/pt-PT/Default.aspx>, acedido em 22 de setembro de 2013.
- <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>, acedido em 4 outubro 2013.
- <http://www.observaport.org/node/141>, acedido em 4 outubro de 2013.
- [http://www.saudepublica.web.pt/01-Administracao/Sistema\\_saude\\_pt.htm](http://www.saudepublica.web.pt/01-Administracao/Sistema_saude_pt.htm), acedido em 23 novembro 2008.
- <http://www.acss.min-saude.pt/bdea/>, acedido em 14 setembro de 2013.

**Anexos e Apêndices**

**Anexo 1 – Descrição das entrevistas preliminares**

<b>Data</b>	<b>Duração</b>	<b>Entrevistado</b>	<b>Função</b>	<b>Tema/Questões</b>
27/01/2005	10:00 – 12:35	Dr. José Afonso	Administrador do Hospital José Luciano de Castro	Estrutura Organizacional, sistemas de informação contabilística, constrangimentos da gestão dos hospitais públicos.
19/03/2005	9:30 – 12:15	Dr. José Afonso	Administrador do Hospital José Luciano de Castro	A problemática dos HSPA e HSA, constrangimentos da contabilidade de gestão, a relevância dos custos para os vários níveis de decisão.
19/06/2005	11:30 – 12:45	Dr. João Oliveira	Diretor Clínico do Centro Regional de Oncologia de Lisboa – IPO Francisco Gentil, SA.	A problemática dos HSPA e HSA, constrangimentos da contabilidade de gestão, a relevância dos custos para os vários níveis de decisão.
19/07/2005	11:30 – 12:40	Dr. Mário Nora	Diretor do Centro de Cirurgia do Hospital São Sebastião, SA.	A problemática dos HSPA e HSA, constrangimentos da contabilidade de gestão, a relevância dos custos para os vários níveis de decisão.

**Quadro resumo**

<b>Tipologia</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Tempo Total</b>
Entrevistas abertas	4	7 H

**Anexo 2 – Questões de investigação e fontes de dados e métodos**

<b>Questão principal da investigação: Qual foi o impacto da adoção de políticas da NPM na gestão do HIP?</b>		
<b>Questões específicas de investigação</b>	<b>Fonte de dados e métodos</b>	<b>Porquê a opção destas fontes de dados e métodos</b>
(1) Como se processou a empresarialização nos hospitais públicos e em particular no HIP?	<p>(A) Entrevistas preliminares:                      ✓Presidente do CA de outro hospital e dois diretores de serviço de outros hospitais</p> <p>(B) Entrevistas no HIP:                      ✓Membros do CA;                      ✓Responsáveis por serviços de apoio;                      ✓Diretores de serviço;                      ✓Enfermeiros-chefes.</p> <p>(C) Entrevistas na ACSS e na ARSC</p> <p>(D) Debates temáticos assistidos sobre a reforma hospitalar</p> <p>(E) Fontes documentais:                      ✓Relatórios e apresentações da ACSS (Unidade de Missão dos Hospitais S.A.);                      ✓Relatórios da OCDE dos indicadores demográficos e de saúde;                      ✓Programas dos diversos Governos Constitucionais;                      ✓Legislação sobre o Estatuto dos hospitais e as diversas reformas ocorridas no setor hospitalar nos últimos 40 anos;                      ✓Artigos publicados em jornais e revistas sobre a transformação dos hospitais públicos;                      ✓Relatórios do Tribunal de Contas.</p>	<p>Através das entrevistas a investigadora pretendeu ter uma visão integrada das razões que poderiam justificar a empresarialização ocorrida inicialmente em cerca de metade dos hospitais públicos e quais as mudanças ocorridas efetivamente.</p> <p>Tanto as entrevistas preliminares, em que os entrevistados foram escolhidos pela sua experiência no setor hospitalar, como as entrevistas no HIP e as realizadas aos representantes da ACSS e ARSC foram importantes para aferir as diferentes perspetivas que tinham sobre a problemática.</p> <p>Pelo que (1) alguns demonstraram opiniões corroborantes à empresarialização pela maior autonomia que é atribuída ao hospital permitindo agilizar processos, contrariar a burocracia e alcançar maiores eficiências; (2) outros viam a empresarialização como não sendo a única via para a obtenção de maiores eficiências, imprescindível seria a mudança de mentalidades com a exigência de responsabilização e transparência na gestão, pois a empresarialização por si só, com a manutenção das mesmas estruturas provavelmente não iria permitir alcançar os resultados pretendidos pela tutela; (3) outros, ainda, evidenciaram que os hospitais do SPA também eram capazes de obter maiores eficiências, bastando para tal negociar objetivos a serem alcançados e atribuir maior autonomia para permitir agilizar processos mas com responsabilização pelos atos praticados, neste sentido a empresarialização foi observada como uma opção política, não só como forma de melhorar a sua gestão mas também com o objetivo de melhorar o défice público pela não inclusão de parte dos hospitais públicos no setor da administração pública (orçamento geral do Estado) e sim no setor empresarial do Estado.</p> <p>Os debates temáticos permitiram compreender melhor os argumentos da tutela e aferir, pelo debate, diversas opiniões de intelectuais e responsáveis de hospitais públicos do setor empresarial e públicos do setor público administrativo sobre a questão proposta.</p> <p>As diversas fontes documentais serviram para analisar a importância da empresarialização para o Governo, quais as suas expectativas, qual a evolução posterior comparativa dos hospitais empresarializados e quais as lacunas observadas.</p>
(2) Porquê e como foi implementado o ABC no HIP?	<p>(A) Entrevistas no HIP:                      ✓Membros do CA;                      ✓Responsáveis por serviços de apoio;</p>	<p>A decisão do HIP implementar o ABC relacionou-se com a necessidade de melhorar os sistemas de informação de custeio e, principalmente, com o convite efetuado pela tutela para a inclusão do hospital num projeto-piloto (SCAH) de implementação deste sistema</p>

Questão principal da investigação: Qual foi o impacto da adoção de políticas da NPM na gestão do HIP?		
Questões específicas de investigação	Fonte de dados e métodos	Porquê a opção destas fontes de dados e métodos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓Diretores de serviço;</li> <li>✓Enfermeiros-chefes.</li> </ul> <p>(B) Entrevista à empresa consultora.</p> <p>(C) Entrevistas na ACSS e na ARSC.</p> <p>(D) Reuniões alargadas de trabalho.</p> <p>(E) Observações diretas.</p> <p>(F) Fontes documentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓Apresentações do projeto pela empresa consultora nas reuniões da ACSS e no HIP;</li> <li>✓Apresentações do <i>sponsor</i> do projeto e da responsável pelo controlo de gestão no HIP sobre o projeto e sobre os sistemas de custeio aos chefes de serviço, enfermeiros-chefes e responsáveis dos SA;</li> <li>✓Os relatórios de contas anuais do HIP, antes e depois da implementação;</li> <li>✓Dados da contabilidade de gestão do HIP dos anos de 2005 a 2007;</li> <li>✓ Artigos publicados no <i>site</i> da ACSS e em revistas sobre o projeto SCAH.</li> </ul>	<p>de custeio em cinco hospitais públicos, que era irrecusável não só pela oportunidade de implementação do ABC com financiamento associado para tal como também pela relevância de integração do hospital num projeto-piloto do Ministério.</p> <p>As entrevistas no HIP permitiram aferir se e de que forma era utilizada a informação do sistema de contabilidade de gestão existente no HIP, nos diversos níveis de decisão, quais as lacunas de informação e quais as perceções sobre a motivação para a mudança, bem como a participação de cada um dos entrevistados no processo de implementação.</p> <p>A entrevista ao representante da consultora, responsável pelo desenho e implementação do projeto SCAH, foi relevante para esclarecer porquê que foi escolhido o ABC, e não outra ferramenta de gestão, a forma como foi desenhado o sistema e como foi feita a sua implementação passo a passo. As entrevistas na ACSS e na ARSC foram imprescindíveis para compreender a razão para a implementação deste sistema na perspetiva da tutela: porque ao fazer o <i>benchmarking</i> entre os hospitais empresarializados (1) foram notórias as lacunas de informação e imprecisões de informação entre os diversos hospitais, este projeto permitia uma avaliação profunda da informação contabilística em alguns hospitais (de diferentes dimensões e especialidades), a identificação de problemas de informação e a possibilidade de uniformização da mesma; mais importante ainda era a (2) necessidade de aferir custos com maior rigor para os GDH e estabelecer uma plataforma para a definição de preços para a contratualização dos serviços e produtos de saúde.</p> <p>O cruzamento da informação obtida nas entrevistas dos diversos interlocutores permitiu validar as motivações que mostraram maior vigor para a implementação do ABC.</p> <p>Através da participação nas reuniões alargadas sobre o projeto foi possível acompanhar o processo de implementação comum aos vários hospitais-piloto, saber quais as dificuldades que cada um sentiu no processo de implementação e quais as expectativas que os <i>sponsors</i> dos vários hospitais transmitiam relativamente ao projeto e às atitudes dos colaboradores dos hospitais relativamente ao mesmo. Igualmente importante foi observar as reações ao longo das reuniões dos intervenientes no processo e o empenho da tutela, assegurando sempre a presença de representantes ao mais alto nível da ACSS incentivavam e agradeciam o esforço e empenho de cada um dos hospitais no projeto.</p> <p>Para além das entrevistas e das participações nas reuniões, foi recolhida e analisada evidência documental que pudesse corroborar as motivações para a mudança do sistema de contabilidade de gestão e o processo de implementação do sistema ABC no HIP.</p>
(3) Quais as dificuldades sentidas pelo HIP na implementação do ABC?	(A) Entrevistas no HIP: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓Membros do CA;</li> <li>✓Responsáveis por serviços de apoio;</li> </ul>	As entrevistas no HIP, principalmente com os chefes de serviço e enfermeiros-chefes que participaram diretamente no processo de implementação do projeto SCAH - equipa de acompanhamento que participaram na adaptação do dicionário de atividades e com os

<b>Questão principal da investigação: Qual foi o impacto da adoção de políticas da NPM na gestão do HIP?</b>		
<b>Questões específicas de investigação</b>	<b>Fonte de dados e métodos</b>	<b>Porquê a opção destas fontes de dados e métodos</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓Diretores de serviço;</li> <li>✓Enfermeiros-chefes;</li> <li>✓Colaboradores de serviços de apoio.</li> </ul> <p>(B) Entrevista à empresa consultora.</p> <p>(C) Reuniões alargadas de trabalho.</p> <p>(D) Observação direta.</p> <p>(E) Fontes documentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓Apresentação do <i>sponsor</i> dos primeiros resultados da implementação do <i>ABC</i> no HIP;</li> <li>✓O dicionário de atividades.</li> </ul>	<p>entrevistados que tiveram alguma intervenção na alocação dos tempos e dos recursos consumidos a cada uma das atividades, foram fundamentais para compreender como decorreu o processo no HIP; nomeadamente se o processo de implementação decorreu de acordo com o prescrito pela consultora e quais foram as dificuldades sentidas pelo HIP nesse percurso. Neste sentido, as entrevistas com os colaboradores de alguns serviços de apoio, responsáveis pela angariação e análise de dados, foi de extrema relevância para perceber a atitude dos outros intervenientes no processo aquando a recolha de informação.</p> <p>As entrevistas foram realizadas no HIP e nos departamentos em que cada um dos entrevistados colaborava para que se pudesse observar a dinâmica dos departamentos.</p> <p>A entrevista ao representante da consultora também permitiu obter a sua visão do caminho percorrido pelo HIP no processo de implementação e compará-la com as perceções dos colaboradores do HIP.</p> <p>Para além das entrevistas, a participação nas reuniões alargadas sobre o projeto foi possível assistir à apresentação dos primeiros resultados obtidos pelo HIP e a uma análise crítica de como decorreu todo o processo de implementação, permitindo validar o que já tinha sido observado e aferido através das entrevistas.</p> <p>Foi igualmente feita uma análise do dicionário de atividades para identificar algumas das dificuldades sugeridas nas entrevistas.</p>
(4) Quais os efeitos e consequências destas políticas da NPM na gestão do HIP?	(A) Entrevistas no HIP: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓Membros do CA;</li> <li>✓Responsáveis por serviços de apoio;</li> </ul>	As entrevistas no HIP, nos diferentes níveis de decisão e a diferentes tipos de decisores (com formação em gestão ou profissionais de saúde), permitiram identificar as expectativas sobre a informação que iria ser obtida com o novo sistema de contabilidade e

<b>Questão principal da investigação: Qual foi o impacto da adoção de políticas da NPM na gestão do HIP?</b>		
<b>Questões específicas de investigação</b>	<b>Fonte de dados e métodos</b>	<b>Porquê a opção destas fontes de dados e métodos</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓Diretores de serviço;</li> <li>✓Enfermeiros-chefes;</li> <li>✓Colaboradores de serviços de apoio.</li> </ul> <p>(B) Reuniões alargadas de trabalho.</p> <p>(C) Observação direta.</p> <p>(D) Fontes documentais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓Apresentação do <i>sponsor</i> dos primeiros resultados da implementação do ABC no HIP;</li> <li>✓Os relatórios de contas anuais do HIP, antes e depois da implementação;</li> <li>✓Dados da contabilidade de gestão do HIP dos anos de 2005 a 2009;</li> <li>✓Dados obtidos por outros sistemas de informação do HIP.</li> </ul>	<p>controlo de gestão (ABC) e a forma como os entrevistados poderiam vir a utilizar essa informação, em que tipo de decisões seria mais útil. Para além disso também possibilitaram reconhecer os sinais, positivos e negativos, percecionados por estes decisores relativamente ao impacto do novo estatuto na gestão efetiva do HIP.</p> <p>Como depois de implementado o sistema deixou de ser utilizado, foi feita uma reavaliação de todos os sistemas de informação existentes no HIP, através das entrevistas a alguns responsáveis dos serviços de apoio e a dois colaboradores dos mesmos, para verificar se as lacunas de informação já teriam sido preenchidas de alguma forma e se a implementação do ABC foi útil de alguma forma para o HIP.</p> <p>Paralelamente, fez-se uma análise longitudinal do impacto da empresarialização na evolução económico-financeira e da atividade do HIP, com a ressalva de não ser possível isolar o efeito apenas desta variável e não se ter conseguido obter dados comparáveis do período antes da empresarialização.</p> <p>As entrevistas realizadas no HIP presencialmente e nos departamentos em que cada um dos entrevistados colaborava permitiu observar os sistemas de apoio à decisão utilizados por cada um dos colaboradores, que tipo de informação se extraía diretamente nos sistemas de informação do HIP e que tipo de informação exigia uma intervenção do próprio para poder ser utilizada (reparametrização da informação em folhas de excel, por exemplo).</p> <p>Em duas das reuniões alargadas de trabalho sobre o projeto foi possível ver, na apresentação dos primeiros resultados obtidos pelo HIP, que tipo de informação era obtida pelo sistema, como é que cada nível de decisão poderia usufruir dessa informação, bem como os pontos fortes e os pontos fracos do sistema, sendo que nestes últimos constavam as limitações com que o hospital se confrontava e que impediam o prosseguimento da implementação do sistema.</p> <p>Também se procedeu a uma análise quer do tipo de secções quer dos dados extraídos do sistema de contabilidade de gestão (por secções) existente no hospital, ao longo do período de 2005 a 2009, para identificar se o projeto SCAH provocou alguma alteração no sistema de contabilidade e controlo de gestão existente e/ou se a evolução dos resultados confirmam, de alguma forma, as expectativas anteriormente aferidas sobre a implementação das políticas da NPM no HIP.</p>

**Anexo 3 – Descrição dos debates temáticos**

<b>Modelos de Organização Hospitalar dos Cuidados de Saúde em Portugal - FEUC Coimbra, FEUC, 28 de maio de 2005 - das 14:30 às 17:30</b>		
<b>Conferencistas</b>	<b>Departamento/Função</b>	<b>Tema/Questões</b>
Dr. Pedro Lopes	Vice-Presidente da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares e Vogal Executivo do Conselho de Administração dos HUC	“Evolução legislativa e orgânica dos hospitais em Portugal”
Eng.º Luís Pedroso Lima	Presidente da Unidade de Missão dos Hospitais SA	“Rede Hospitalar SA em Portugal”
Prof. Doutor Manuel Antunes	Diretor do Centro de Cirurgia Cardio-Torácica dos HUC e Professor da Faculdade de Medicina de Coimbra	“Projetos alternativos no sector público Hospitalar”
Dr. João Oliveira	Diretor Clínico do Centro Regional de Oncologia de Lisboa – IPO Francisco Gentil – Lisboa	“Direção Clínica num Hospital SA”
<b>Reforma Hospitalar – Contributos – APEGSAÚDE Lisboa, Hospital de Santa Maria, 20 de outubro de 2011 - das 15:00 às 18:30</b>		
<b>Conferencistas</b>	<b>Departamento/Função</b>	<b>Tema/Questões</b>
João Carvalho das Neves	Presidente da Administração Central do Sistema de Saúde	Boas vindas
José Fernandes e Fernandes	Presidente do Conselho Diretivo da Faculdade de Medicina de Lisboa	Comentário ao tema e apresentação dos convidados
José Soto Bonel	Gerente do Hospital Clínico San Carlos de Madrid e Presidente da OIPPSS – Organização Ibero-americana de Presidentes de Serviços de Saúde	“Organização Hospitalar”
<b>Debate</b> Carlos Tomás	Presidente da APEGSAÚDE – Associação Portuguesa de Engenharia e Gestão da Saúde	Moderador
Manuel Brito	Médico, Administrador do Centro Hospitalar de Lisboa Centro	“Médicos e Gestores Hospitalares”
João Correia da Cunha	Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Lisboa Norte	“Médicos e Gestores Hospitalares”
<b>Encerramento</b> José Mendes Ribeiro	Coordenador do Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar	“A Reforma Hospitalar”
<b>Fecho</b> João Gamelas	Presidente do Conselho Geral da APEGSAÚDE	Agradecimento

**Anexo 4 – Carta ao Presidente do Conselho de Administração do HIP**

Ex<sup>mo</sup> Senhor

Presidente do Conselho de Administração do

Hospital Infante D. Pedro

Dr. Luís Delgado

Sou Docente na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e estou a fazer o meu Doutoramento em Gestão – especialização em Contabilidade, no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa nos HEPE, sob a orientação da Professora Doutora Maria João Major. O tema escolhido para investigação é o impacto na tomada de decisão da implementação do novo sistema de contabilidade e controlo SCAH (Sistema de Custeio por Atividades dos Hospitais).

Venho por este meio solicitar a vossa autorização para utilizar a vossa organização como objeto de estudo para fazer um estudo de caso (*case study*).

Este estudo decompor-se-á em duas fases sequenciais:

- Um estudo piloto (*pilot study*) cujo objetivo será desenvolver uma familiaridade com a organização, os seus gestores e chefias, práticas de controlo de gestão do hospital e, simultaneamente, identificar possíveis questões para posterior investigação;
- O estudo de caso principal, para levantamento de evidência que permita responder às questões da investigação levantadas pela interação do *pilot study* e de toda a revisão de literatura.

Para dar prosseguimento à investigação será impreterível, na primeira fase, o acesso a documentos que se relacionem com:

- A história do hospital;
- Visão estratégica, objetivos e planos operacionais;
- Descrição da estrutura organizacional e alguma mudança que se tenha verificado no passado recente;
- Tipo de serviços prestados;
- Meio envolvente;
- *Performance* do hospital;

- Descrição dos sistemas de controlo de gestão anteriores e as mudanças registadas;
- Identificação de gestores e chefias para a realização de posteriores entrevistas.

Na segunda fase, será necessária a colaboração do hospital para a realização das entrevistas e recolha de documentação adicional.

Toda a informação recolhida é tratada de forma confidencial e usada apenas para o efeito da presente investigação.

Grata por toda a atenção dispensada, subscrevo-me com elevada estima e consideração, com os melhores cumprimentos,

(Isabel Maria Correia da Cruz)

Assistente da FEUC

**Anexo 5 – Carta aos restantes Membros do Conselho de Administração do Hospital Infante D. Pedro**

Aos Membros do Conselho de Administração do Hospital Infante D. Pedro

Sou Docente na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e estou a fazer o meu Doutoramento em Gestão – especialização em Contabilidade, no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa nos HEPE, sob a orientação da Professora Doutora Maria João Major. O tema escolhido para investigação é o impacto na tomada de decisão da implementação do novo sistema de contabilidade e controlo SCAH (Sistema de Custeio por Atividades dos Hospitais).

Com o apoio da ACSS e com a autorização do Presidente do Conselho de Administração do HIP, a instituição escolhida para a realização de um estudo de caso (*case study*) foi o HIP.

Neste contexto, venho por este meio solicitar a vossa colaboração para a realização de entrevistas individuais, para as quais necessito que me disponibilizem cerca de 45 minutos do vosso tempo, para o estudo piloto (*pilot study*) cujo objetivo será desenvolver uma familiaridade com a organização, os seus gestores e chefias, práticas de controlo de gestão do hospital e, simultaneamente, identificar possíveis questões para posterior investigação.

Toda a informação recolhida é tratada de forma confidencial e usada apenas para o efeito da presente investigação.

Grata por toda a atenção dispensada, subscrevo-me com elevada estima e consideração, com os melhores cumprimentos,

(Isabel Maria Correia da Cruz)

Assistente da FEUC

**Anexo 6 – Documentos recolhidos no Hospital Infante D. Pedro**

1. Descrição histórica do Hospital.
2. Visão estratégica, objetivos e planos operacionais.
3. Organigrama, com descrição das funções dos departamentos (se houve alguma mudança nos últimos três anos uma pequena descrição de quais foram as mudanças e porquê que se registaram).
4. Principais responsáveis por departamento e meio de contacto (para realização de posterior entrevista).
5. Descrição das atividades, tipo de serviços prestados.
6. Evolução da estrutura do hospital (estrutura física, serviços e especialidades).
7. Evolução dos colaboradores por departamento nos últimos 10 anos.
8. A importância de cada uma das atividades para o resultado.
9. Relatórios de gestão de 2004/2005/2006 e 2007 (se possível).
10. Dados extraídos da contabilidade de gestão 2004/2005/2006 e 2007 (se possível).
11. Descrição do sistema de contabilidade de gestão anteriormente utilizado.
12. Informação geral recolhida no *site* do Hospital – <http://www.hip.pt/>.
13. O modelo SCAH (Sistema de Custeio das Atividades dos Hospitais).
14. Evolução dos trabalhos – desde a decisão até à implementação.
15. Tipo de formação fornecida para o desenvolvimento e implementação do projeto SCAH (Sistema de Custeio das Atividades dos Hospitais).

**Anexo 7 – Descrição das entrevistas para o estudo de caso piloto (1.ª fase)**

<b>Data</b>	<b>Duração</b>	<b>Entrevistado</b>	<b>Formação<sup>72</sup></b>	<b>Tema/Questões</b>
13/02/2008	14:00 – 15:15	<i>Sponsor</i>	Gestão	Projeto SCAH
19/03/2008	14:00 – 15:30	Serviço de apoio B	Gestão	Guião - Anexo I
26/03/2008	14:00 – 14:50	Serviço de apoio B	Gestão	Guião - Anexo I
08/05/2008	15:30 – 17:10	Membro B do CA	Gestão	Guião - Anexo I
29/05/2008	10:50 – 11:45	Membro A do CA	Outra	Guião - Anexo I
27/06/2008	09:30 – 10:30	Enfermeira-chefe A	Enfermagem	Guião - Anexo I
27/06/2008	10:30 – 11:30	<i>Sponsor</i>	Gestão	Projeto SCAH no HIP
02/07/2008	10:15 – 11:50	Diretor de serviço B	Medicina	Guião - Anexo I
02/07/2008	11:55 – 12:30	Serviço de apoio C	Outra	Guião - Anexo I
02/07/2008	14:30 – 15:20	Serviço de apoio C	Outra	Guião - Anexo I
21/07/2008	10:10 – 11:05	Membro C do CA	Gestão	Guião - Anexo I

*Quadro resumo*

<b>Tipologia</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Tempo Total</b>
Entrevistas abertas	2	2 H e 15m
Entrevistas semiestruturadas	9	10 H e 50m
<b><i>Duração Total</i></b>		13 H e 05m

<sup>72</sup> Formação em Gestão inclui Licenciaturas ou Mestrados e Pós-graduações em Gestão, Contabilidade, Economia, Auditoria. A Formação designada por outra inclui Licenciaturas ou Mestrados e Pós-graduações em Direito, Sociologia, Informática e Letras.

**Anexo 8 – Guião de entrevista para o estudo piloto (1.ª fase)**

1. Descrição da função do entrevistado (incluindo a formação académica) e funções desempenhadas anteriormente;
2. Apresentação do Hospital (a sua estrutura organizacional, principais atividades, evolução histórica, políticas estratégicas adotadas);
3. Quais são os desafios que lhe têm sido colocados na sua função neste hospital;
4. Descrição do sistema atual de Contabilidade de Gestão;
5. Descrição do sistema anterior de Contabilidade de Gestão;
6. Quais as principais insuficiências que o sistema de contabilidade de gestão anterior evidenciava?
7. Em que medida era efetivamente utilizado o sistema de contabilidade de gestão, pelos diversos níveis de decisão?
8. Porquê que se decidiu por uma mudança de sistema de contabilidade de gestão?
9. Porquê a escolha por um sistema de custeio baseado nas atividades?
10. Qual foi a sua colaboração no processo de mudança?
11. Como tem sido implementado?
12. Que tipo de sensibilização e formação tem sido dada?
13. Quais as forças e fraquezas que são perceptíveis do novo sistema, à partida?
14. Qual a opinião sobre os efeitos práticos da mudança de sistema de contabilidade de gestão?
15. Qual tem sido a atitude para com esta mudança?
16. Que tipo de *software* é utilizado para apoiar o sistema?
17. Que tipo de informação vai ser disponível e que não era possível com o anterior sistema?
18. Que tipo de informação vai ser possível obter para os diversos níveis de decisão e qual a sua frequência?
19. Qual a sua sensibilidade para os custos, se realmente são importantes e se são relevantes para a tomada de decisão?

20. Como é que os colaboradores veem o novo sistema?
21. Qual a opinião sobre a futura utilização da informação que se pode obter do novo sistema?
22. Para quem será mais útil a informação fornecida pelo novo sistema?

**Anexo 9 – Descrição das entrevistas para o estudo de caso (2.<sup>a</sup> fase)**

<b>Data</b>	<b>Duração</b>	<b>Entrevistado</b>	<b>Formação</b>	<b>Tema/Questões</b>
21/08/2008	14:25 – 16:15	Serviço de apoio I	Gestão	Guião - Anexo L
27/08/2008	15:15 – 16:55	Administrador de área B	Gestão	Guião - Anexo L
01/09/2008	09:00 – 10:40	Serviço de apoio A	Gestão	Guião - Anexo L
09/09/2008	18:00 – 19:25	Administrador de área A	Gestão	Guião - Anexo L
06/10/2008	15:00 – 16:55	Serviço de apoio B	Gestão	Guião - Anexo L
10/10/2008	15:00 – 16:05	Serviço de apoio D	Gestão	Guião - Anexo L
10/10/2008	16:15 – 17:30	Serviço de apoio B	Gestão (colaborador)	Guião - Anexo L
14/10/2008	10:45 – 11:30	Serviço de apoio B	Gestão	Guião - Anexo L (continuação)
24/10/2008	10:00 – 11:55	Diretor de serviço B	Medicina	Guião - Anexo L
27/10/2008	17:35 – 18:25	Diretor de serviço C	Medicina	Guião - Anexo L
28/10/2008	10:00 – 11:05	Diretor de serviço A	Medicina	Guião - Anexo L
03/11/2008	17:20 – 20:05	Membro B do CA	Administração Hospitalar	Guião - Anexo L
11/11/2008	10:00 – 11:30	Enfermeiro-chefe B	Enfermagem	Guião - Anexo L
11/11/2008	11:40 – 12:30	Enfermeiro-chefe C	Enfermagem	Guião - Anexo L
14/11/2008	14:00 – 15:20	Enfermeiro-chefe E	Enfermagem	Guião - Anexo L
19/11/2008	11:10 – 12:20	Enfermeiro-chefe F	Enfermagem	Guião - Anexo L
19/11/2008	13:00 – 14:20	Enfermeiro-chefe D	Enfermagem	Guião - Anexo L
26/11/2008	10:00 – 11:20	Enfermeiro-chefe G	Enfermagem	Guião - Anexo L

**Quadro resumo**

<b>Tipologia</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Tempo Total</b>
Entrevistas semiestruturadas	18	25H e 40m

**Anexo 10 – Guião de entrevista para o HIP:**

**A – Apresentação**

1. Descrição da função do entrevistado (incluindo a formação académica) e funções desempenhadas anteriormente;
2. Apresentação do Hospital (a sua estrutura organizacional, principais atividades, evolução histórica, missão e objetivos estratégicos);
3. Quais são os desafios que lhe têm sido colocados na sua função neste hospital?

.....

**B – Relacionado com a necessidade de mudança do sistema de contabilidade de gestão**

1. Quais foram os desafios colocados pela alteração do estatuto do hospital?
2. Como foi a atitude dos colaboradores para com esta alteração?
3. O quê que efetivamente foi alterado no hospital, em concreto, com a mudança do estatuto? (estrutura organizacional, novas funções, procedimentos diferentes, nova cultura, etc.)
4. Como avalia esta mudança de estatutos em termos de mercado, acha que existe uma maior competitividade (maior pressão para melhorias, por exemplo no que respeita aos procedimentos)?
5. Como é que essa competitividade se tem manifestado?
6. A nova condição do Hospital, de EPE, teve impacto na gestão (ou se sentiu uma maior pressão para uma gestão mais eficiente dos recursos)?
7. Sente que a Tutela exige dos hospitais com estatuto de EPE maiores quantidades de informação e com que periodicidade?
8. Até que ponto é que os custos são relevantes para a tomada de decisão no dia-a-dia?
9. A mudança do estatuto alterou a sua perceção da relevância (ou não) dos custos (se tem agora maior necessidade de informação neste âmbito)?
10. Que tipo de informação acha indispensável para poder melhor decidir?

11. Qual o tipo de contabilidade de gestão que o hospital tem? (A que programas recorre para aceder a informação útil para o apoiar na gestão?)
12. Em que medida era útil o anterior sistema de contabilidade e de controlo de gestão (como utilizava a informação disponibilizada)?
13. Está satisfeito com a informação que dispõe sobre custos?
14. Quais as principais insuficiências que o sistema de contabilidade de gestão (analítica) anterior evidenciava?
15. Porquê que se sentiu necessidade de mudança do sistema de contabilidade de gestão?
16. Quando é que o hospital decidiu adotar o SCAH e como teve conhecimento do projeto (através de quem)?

.....

#### **C – Relativamente ao processo de implementação do SCAH**

1. Como foi implementado o SCAH (composição do grupo de trabalho, periodicidade e duração das reuniões, sensibilização e formação dos colaboradores e gestores, etc.)?
2. Qual foi a duração do processo de implementação?
3. Como é que o novo estatuto, de EPE, facilitou (ou não) o processo de implementação?
4. Qual foi a sua colaboração no processo de mudança?
5. Como foram selecionados os *cost drivers* (testes estatísticos, reflexo de um modelo já existente, entrevistas aos gestores, etc.)?
6. Quais os *cost drivers* adotados?
7. Como foram definidas as atividades?
8. A contabilidade de custos está integrada com a contabilidade financeira?
9. Quais foram os principais constrangimentos registados na implementação do SCAH?
10. Quantas vezes o modelo foi revisto devido às limitações encontradas na implementação?
11. Quais são os problemas que ainda persistem no SCAH?
12. Quais são as principais forças (vantagens) e fraquezas que são perceptíveis no SCAH, à partida, face ao anterior sistema?

.....

**D – Expectativas criadas pelo SCAH**

1. Qual a opinião sobre a futura utilização da informação que se pode obter do novo sistema?
2. Como se pode incentivar à efetividade do SCAH, ao seu reconhecimento e utilização como ferramenta útil no apoio à tomada de decisão?
3. Para quem será mais útil a informação fornecida pelo novo sistema?
  - Decisões estratégicas: (a) investimento em determinados serviços, (b) “desnatação” de serviços, (c) subcontratação de serviços, (d) escolha de fornecedores;
  - Decisões operacionais: (a) melhoria de processos, (b) reestruturação de serviços, (c) avaliação do desempenho;
  - Decisões gerais: (a) controlo de custos, (b) tomada de decisão, (c) orçamentação, (d) cálculo de custos dos serviços/produtos.
4. Como espera utilizar a informação que o SCAH vai disponibilizar?
5. Na sua função, em que tipo de decisões poderá ser útil a informação fornecida pelo SCAH?
6. Qual a opinião sobre os efeitos práticos da mudança de sistema de contabilidade de gestão, a informação vai ser mais usada no apoio à tomada de decisão dos gestores, ou o seu principal objetivo vai ser o de fornecer informação sobre os custos para a tutela?
7. Acha pertinente, mesmo que não solicitada, ter acesso a informação disponibilizada pelo SCAH (com que periodicidade)?
8. Como é que os responsáveis pela contabilidade interagem com os gestores e qual a sua expectativa, neste âmbito, a partir da mudança do sistema de contabilidade de gestão?
9. Até que ponto este processo de mudança do sistema de contabilidade de gestão propícia uma mudança de atitude na gestão (se abriu horizontes para tornar mais eficiente a tomada de decisão)?

.....

**Anexo 11 – Carta ao Presidente do Conselho de Administração do HIP (novo CA)**

Ex<sup>mo</sup> Senhor

Presidente do Conselho de Administração do Hospital Infante D. Pedro

Professor Doutor Francisco Pimentel

Sou Docente na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e estou a fazer o meu Doutoramento em Gestão – especialização em Contabilidade, no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa nos HEPE, sob a orientação da Professora Doutora Maria João Major. O tema escolhido para investigação é o impacto na tomada de decisão da implementação do novo sistema de contabilidade e controlo SCAH (Sistema de Custeio por Atividades dos Hospitais).

Obtive a autorização do anterior Presidente do Conselho de Administração, Dr. Luís Delgado, para utilizar a vossa organização como objeto de estudo, no estudo de caso (*case study*) incluída na minha investigação.

Relativamente ao estudo de campo foi já feito um estudo piloto (*pilot study*) cujo objetivo foi desenvolver uma familiaridade com a organização, os seus gestores e chefias, práticas de controlo de gestão do hospital e, simultaneamente, identificar possíveis questões para posterior investigação. Desde início de agosto, encontro-me a realizar entrevistas para o estudo de caso principal, com o objetivo de recolher evidência que permita responder às questões da investigação levantadas pela interação do *pilot study* e de toda a revisão de literatura.

Venho por este meio dar conhecimento do meu trabalho e solicitar a sua autorização para a conclusão do mesmo.

Toda a informação recolhida é tratada de forma confidencial e usada apenas para o efeito da presente investigação, apesar de ter sido combinado com o Dr. Luís Delgado, ficou contudo por estabelecer um protocolo de confidencialidade, como é hábito neste método de investigação. Desde já solicito uma possível reunião para concretizar este protocolo e para prestar maiores esclarecimentos sobre o meu trabalho.

Grata por toda a atenção dispensada, subscrevo-me com elevada estima e consideração, com os melhores cumprimentos,

(Isabel Maria Correia da Cruz)

Assistente da FEUC

**Anexo 12 – Carta aos restantes Membros do Conselho de Administração do Hospital Infante D. Pedro (novo CA)**

Aos Membros do Conselho de Administração do Hospital Infante D. Pedro

Sou Docente na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e estou a fazer o meu Doutoramento em Gestão – especialização em Contabilidade, no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa nos HEPE, sob a orientação da Professora Doutora Maria João Major. O tema escolhido para investigação é o impacto na tomada de decisão da implementação do novo sistema de contabilidade e controlo SCAH (Sistema de Custeio por Atividades dos Hospitais).

Com o apoio da ACSS e com a autorização do anterior Presidente do Conselho de Administração do HIP, Dr. Luís Delgado, a instituição escolhida para a realização de um estudo de caso (*case study*) foi o HIP.

Neste contexto, venho por este meio solicitar a vossa colaboração para a realização de entrevistas individuais, para as quais necessito que me disponibilizem cerca de 45 minutos do vosso tempo, para o estudo piloto (*pilot study*) cujo objetivo será desenvolver uma familiaridade com a organização, os seus gestores e chefias, práticas de controlo de gestão do hospital e, simultaneamente, identificar possíveis questões para posterior investigação.

Toda a informação recolhida é tratada de forma confidencial e usada apenas para o efeito da presente investigação.

Grata por toda a atenção dispensada, subscrevo-me com elevada estima e consideração, com os melhores cumprimentos,

(Isabel Maria Correia da Cruz)

Assistente da FEUC

**Anexo 13 – Descrição das entrevistas para o estudo de caso - 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> fases**

**3.<sup>a</sup> Fase**

<b>Data</b>	<b>Duração</b>	<b>Entrevistado</b>	<b>Formação</b>	<b>Tema/Questões</b>
01/12/2009	9:30 – 11:55	Serviço de apoio B	Gestão	Entrevista aberta
01/03/2010	14:00 – 15:55	Serviço de apoio E	Gestão	Entrevista aberta
01/03/2010	16:00 – 17:30	Serviço de apoio F	Outra	Entrevista aberta
12/03/2010	14:00 – 15:30	Serviço de apoio G	Outra	Entrevista aberta
12/03/2010	15:30 – 16:30	Serviço de apoio H	Gestão	Entrevista aberta
12/03/2010	16:30 – 15:30	Serviço de apoio G (colaborador)	Outra	Entrevista aberta
20/04/2010	15:00 – 17:00	Serviço de apoio B	Gestão	Entrevista aberta

*Quadro resumo*

<b>Tipologia</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Tempo Total</b>
Entrevistas abertas	7	11H e 20m

**4.<sup>a</sup> Fase**

<b>Data</b>	<b>Duração</b>	<b>Entrevistado</b>	<b>Formação</b>	<b>Tema/Questões</b>
29/06/2012	9:30 – 13:40	Membro D do CA	Outra	Entrevista aberta
29/06/2012	14:00 – 15:55	Serviço de apoio B	Gestão	Entrevista aberta
29/06/2012	16:00 – 17:40	Serviço de apoio D	Gestão	Entrevista aberta

*Quadro resumo*

<b>Tipologia</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Tempo Total</b>
Entrevistas abertas	3	7H e 45m

**Anexo 14 – Acordo sobre informação confidencial**

----- ACORDO SOBRE INFORMAÇÃO CONFIDENCIAL-----

Entre as Partes: -----

1) **HOSPITAL INFANTE D. PEDRO, EPE.**, situado na Avenida Artur Ravara, Aveiro, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Aveiro, n.º 5846, com o capital social de 29.930.000 €, pessoal coletiva n.º 506 361 543, neste ato representada pelo Presidente do seu Conselho de Administração Doutor José Abrantes Afonso, adiante designada abreviadamente por HIP, EPE; -----

e -----

2) **ISABEL MARIA CORREIA DA CRUZ**, doutoranda no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, casada, natural da freguesia da Conceição, concelho de S. Tomé, S. Tomé e Príncipe, residente na rua das Flores, n.º 6, Anadia, portadora do Bilhete de Identidade n.º 8354576, emitido pelo Arquivo de Identificação de Aveiro, em 6 de Setembro de 2005 e Número Fiscal de Contribuinte n.º 190431385, adiante designada por 2.<sup>a</sup> Outorgante; ----- é celebrado,

livremente e de boa fé, o Acordo sobre Informação Confidencial constante das cláusulas seguintes, que se obrigam a cumprir, por si e seus colaboradores: -----1. Todas as informações, escritas, orais ou produzidas por qualquer outro meio, relativas a dados patrimoniais, custos, proveitos, actividade e outros elementos estatísticos, metodologias, tecnologias e procedimentos utilizados, que sejam fornecidas pelo HIP, EPE à 2.<sup>a</sup> Outorgante, no âmbito do Projecto de Investigação: “Um Estudo de Caso de Desenvolvimento e Implementação do sistema de contabilidade e controlo de gestão SCAH (Sistema de Custeio por Actividades dos Hospitais) – a mudança e o seu impacto no apoio à tomada de decisão”, inserido no doutoramento no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, que lhes sejam entregues por colaboradores do HIP, EPE, ou sejam disponibilizadas aquando das visitas e reuniões que se efectuaram nas instalações do HIP, EPE, serão, salvo indicação em contrário, consideradas confidenciais e só poderão ser utilizadas exclusivamente para os fins do referido Projecto, e não poderão ser fornecidas a qualquer outra entidade ou de qualquer forma divulgadas ou utilizadas pelos receptores da informação e pela própria 2.<sup>a</sup> Outorgante, durante um período de dez anos a partir da data da sua disponibilização. -----

-----2. As informações referidas na cláusula 1 não deverão ser copiadas ou reproduzidas pela 2.<sup>a</sup> Outorgante ou por qualquer outro receptor da informação que por ela seja nomeado e

aceite pelo HIP, EPE, salvo com o consentimento expresso e por escrito do HIP, EPE, com excepção do número indispensável de cópias que aquela tire para a prossecução dos fins deste acordo, mas sempre e apenas para fins académicos e de acordo com um critério de estrita necessidade. -----

3. A 2.<sup>a</sup> Outorgante compromete-se a: -----

3.1. Não transmitir a quaisquer terceiros nem divulgar por qualquer outra forma, sem o consentimento estrito do HIP, EPE, qualquer informação abrangida por este acordo. -----3.2.

Informar sobre o conteúdo do presente acordo, todos os seus colaboradores, incluindo coordenadores, formandos e formadores, que tomarem conhecimento dos elementos considerados confidenciais, obtendo deles declarações escritas de adesão aos termos do presente Acordo, das quais fornecerá cópias ao HIP, EPE, sempre que esta o solicitar. -----

-----4. As restrições acima descritas são aplicáveis às seguintes informações: -----4.1. Elementos do domínio público; -----4.2. Elementos obtidos de forma legal, livre de restrições, em data anterior à comunicação da informação pelo HIP, EPE; -----

-----4.3. Revelados por uma terceira entidade, com plenos poderes para divulgar a informação. -----

-----5. A comunicação de informações ao abrigo deste acordo não constitui uma licença ou uma cessão de direitos de propriedade intelectual a favor da 2.<sup>a</sup> Outorgante. -----

-----6. Em caso de quebra da confidencialidade da informação fornecida ao abrigo do presente acordo, a 2.<sup>a</sup> Outorgante informará o HIP, EPE, por escrito, no mais curto prazo de tempo, podendo o HIP, EPE, salvo prova de ausência de culpa da 2.<sup>a</sup> Outorgante, resolver o presente acordo, sem prejuízo do direito a indemnização dos prejuízos que eventualmente sofrer. Se o acordo for resolvido pelo HIP, EPE, a 2.<sup>a</sup> Outorgante deverá abster-se de utilizar e invocar a informação que lhe tiver sido fornecida e a 2.<sup>a</sup> Outorgante tenha em seu poder ou tenha facultado a terceiros. -----7. O exposto nas cláusulas 1 a 5 acima, não impede a 2.<sup>a</sup> Outorgante de apresentar o presente Projecto, nos seus objectivos e âmbito, nas suas credenciais e curriculum profissional. Esta apresentação não deverá, no entanto, incorporar qualquer informação ou dados específicos do HIP, EPE, além da informação mínima que permita caracterizar a área de intervenção e a sua dimensão. -----

-----8. Este acordo produz efeitos a partir de 6 de Março do ano de 2008 e será válido durante o período em que decorrer o Projecto de Investigação. -----

-----9. Em caso de litígio sobre a interpretação ou execução do presente Acordo, que não possa ser amigavelmente dirimido pelas partes, recorrer-se-á a um tribunal arbitral

composto por três árbitros, que funcionará de acordo com a legislação portuguesa em vigor no momento da sua instituição e julgará conforme a equidade. -----10. Qualquer alteração a este acordo só será válida e vinculada se feita por escrito e assinada por representantes das Partes devidamente munidos de poderes para tal efeito. - Feito em Aveiro, aos 30 de Maio de 2010, em duas vias de igual teor e forma, para os mesmos efeitos. -----

(José Abrantes Afonso)

(Isabel Maria Correia da Cruz)

**Anexo 15 – Descrição dos departamentos observados**

<b>Departamentos</b>	<b>Conselho de Administração (CA)</b>	
	<b>Administradores de área</b>	Área de Doentes
		Área de Urgências
		Área de Cirurgia
		Área de Recursos Humanos
	<b>Serviços de apoio (SA)</b>	Direção financeira
		Direção de informática e telecomunicações
		Gabinete de auditoria interna
		Serviço de aprovisionamento
		Direção logística
		Serviço de gestão de doentes
		Gabinete de informação para a gestão
		Direção de recursos humanos
	<b>Serviços (diretores de serviços e enfermeiros-chefes)</b>	Cirurgia
		Imagiologia
		Patologia clínica
		Gastroenterologia
		Urgências
		Medicina interna
		Obstetrícia-ginecologia
Especialidades médicas		
Pediatria		
Bloco operatório		

**Anexo 16 – Descrição das entrevistas complementares**

<b>Data</b>	<b>Duração</b>	<b>Entrevistado</b>	<b>Departamento/Função</b>	<b>Tema/Questões</b>
17/10/2008	14:30 – 16:30	Dr. Telmo Oliveira	<i>Senior Consultant</i> da Deloitte	Guião - Anexo P
17/10/2008	17:40 – 19:10	Prof. Dra. Ana Escoval	Ex – Directora Coordenadora da Unidade de Financiamento e Contratualização da ACSS	Guião - Anexo Q
10/11/2008	09:45 – 11:10	ARSC A	Departamento de Gestão Financeira da ARSC	Guião - Anexo Q
12/11/2008	16:00 – 17:35	ARSC C	Departamento de Contratualização da ARSC	Guião - Anexo Q
21/11/2008	14:30 – 16:50	ARSC B	Departamento de Gestão Financeira da ARSC	Guião - Anexo Q

*Quadro resumo*

<b>Tipologia</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Tempo Total</b>
Entrevistas semiestruturadas	5	8H e 50m

**Anexo 17 – Guião de entrevista para os consultores que desenharam e implementaram o SCAH:**

**A – Relativamente à escolha do ABC para os Hospitais**

1. Como foi eleito o Sistema de Custeio Baseado nas Atividades como adequado para os Hospitais?
2. Qual foi o papel da consultora nessa escolha?
3. Foram consideradas outras alternativas de sistemas de custeio?
4. Porquê do ABC se os GDHs (*DRG's - Diagnosis Related Group*) fornecem informação sobre custos? (Esta questão é fundamental dado que estudos lá fora mostram que os hospitais não implementam o CBA porque dispõem de informação detalhada sobre custos ao trabalharem com GDHs. Creio que a ACSS dispõe dessa informação (GDHs). Se assim o é qual a razão de adoção do ABC?)
5. Qual é a sua avaliação do ABC como sistema de custeio, em geral?
6. Conhece algum hospital em que tenha sido implementado o ABC e que não tenha tido êxito? Se sim, quais as razões que aponta para o insucesso?
7. Quais são as principais forças e fraquezas que vê no SCAH?
8. Como avalia a importância da adoção do SCAH no caso do HIP?

**B – Relativamente ao processo de implementação do SCAH**

13. Utilizaram o mesmo processo de implementação para todos os hospitais? E o modelo seguido é o mesmo que utilizam para qualquer outro tipo de empresa?
14. Como foi implementado o SCAH no HIP (Objetivos e composição do Comité Coordenação Global, do Comité de Acompanhamento e das equipas dos hospitais, periodicidade e objetivo das reuniões, que sensibilização e formação dos colaboradores e gestores, etc.)?
15. Qual foi a duração efetiva do processo de implementação?
16. Como foram selecionados os *cost drivers* (testes estatísticos, reflexo de um modelo já existente, entrevistas aos gestores, etc.)? Quais os *cost drivers* adotados?
17. Como foram definidas as atividades?

18. Quais foram os principais constrangimentos registados no processo de implementação do SCAH, e em particular no caso do HIP?
19. Quantas vezes o modelo foi revisto devido às limitações encontradas na implementação?
20. Qual foi a reação dos gestores dos hospitais relativamente à implementação do SCAH?
21. Qual foi o envolvimento dos conselhos de administração dos Hospitais no processo de mudança do sistema de custeio?
22. Quais são os problemas que ainda persistem no SCAH?

.....

**Anexo 18 – Guião de entrevista para ACSS e ARSC:**

**A – Os precedentes da escolha do ABC para os Hospitais**

1. Como avalia a transformação dos hospitais SPA para SA e posteriormente para EPE?
2. Qual a importância que teve o papel da Unidade de Missão dos Hospitais SA?
3. Foi importante a tradução das informações sobre a performance dos Hospitais SA numa ferramenta como o *Tableau de Bord* e porquê?
4. Que tipo de informação é exigido pela Tutela aos Hospitais, existem diferenças entre a necessidade de informação sobre um Hospital SPA e um Hospital EPE?
5. Porquê que se sentiu a necessidade de mudança do sistema de custeio utilizado pelos hospitais, quais as insuficiências de informação que são perceptíveis desse sistema?
6. Como foi eleito o Sistema de Custeio Baseado nas Atividades como adequado para os Hospitais?
7. Qual foi o papel da consultora nessa escolha?
8. Porquê do ABC se os GDHs (*DRG's - Diagnosis Related Group*) fornecem informação sobre custos? (Esta questão é fundamental dado que estudos lá fora mostram que os hospitais não implementam o ABC porque dispõem de informação detalhada sobre custos ao trabalharem com GDHs. Creio que a ACSS dispõe dessa informação (GDHs). Se assim o é qual a razão de adoção do ABC?)
9. Qual é a sua avaliação do ABC como sistema de custeio, em geral?
10. Conhece algum hospital em que tenha sido implementado o CBA e que não tenha tido êxito? Se sim, quais as razões que aponta para o insucesso?
11. Quais eram as expectativas da Tutela quando sugeriu e incentivou a implementação do SCAH nos Hospitais EPE?
12. Qual foi a reação dos conselhos de administração dos Hospitais relativamente à sugestão da mudança do sistema de custeio?
13. Quais são as principais forças e fraquezas que vê no SCAH?

**B – Relativamente ao processo de implementação do SCAH**

1. Quais foram os principais constrangimentos registados no processo de implementação do SCAH?
2. Qual foi o envolvimento das ARS e dos conselhos de administração no processo de mudança?
3. Quais são os problemas que ainda persistem no SCAH?
4. Como perspectiva a futura utilização das potencialidades do SCAH quer pela Tutela, quer pelas ARS, quer pelos Hospitais nos seus diversos níveis de decisão?
5. Como se pode incentivar à efetividade do SCAH, ao seu reconhecimento e utilização como ferramenta útil no apoio à tomada de decisão?

.....

**Anexo 19 – Descrição das reuniões alargadas de trabalho (projeto SCAH)**

<b>Data</b>	<b>Duração</b>	<b>Atores</b>	<b>Departamento/Função</b>	<b>Tema/Questões</b>
27/09/2007	14:00 – 16:00	Na ACSS: Ana Escoval  Margarida Bajanca	Diretora Coordenadora da Unidade de Financiamento e contratualização da ACSS  <i>Senior Manager</i> da <i>Deloitte</i>	Apresentação de todos os presentes na reunião e agradecimento pelo empenho. Ponto de situação do Projeto SCAH: calendário, trabalho realizado, próximos passos, dificuldades encontradas. Período de questões e debate.
03/04/2008	14:00 – 16:00	Na ACSS: José Carlos Caiado  Margarida Bajanca	Vogal do Conselho Diretivo da ACSS  <i>Senior Manager</i> da <i>Deloitte</i>	Relevância da continuidade do Projeto SCAH para o Ministério da Saúde e agradecimento aos presentes pela sua dedicação. Ponto de situação do Projeto SCAH: reajustamento do calendário, trabalho realizado, fase em que se encontra cada hospital piloto e constrangimentos detetados. Período de questões e debate.
12/09/2008	09:00 – 12:00	Hospital Santa Marta: Telmo Oliveira  Hospital Santa Marta  Hospital Infante D. Pedro	<i>Senior Consultant</i> da <i>Deloitte</i>  Equipa Projeto  Dr. Paulo Diz	Apresentação dos objetivos da reunião apresentação e intervenientes seguintes. Projeto SCAH: medidas e intervenções, recolha e tratamento da informação, desenvolvimento e implementação do sistema, validação dos primeiros resultados. Projeto SCAH: evolução dos trabalhos, processo de implementação, validação dos primeiros resultados, confrontação de resultados com o método das secções homogéneas, limitações e vantagens. Período de questões e debate.

Data	Duração	Atores	Departamento/Função	Tema/Questões
12/04/2009	09:00 – 12:00	No IPO de Coimbra Ana Sofia Ferreira Rosa Reis Marques Margarida Bajanca	Vogal do Conselho Diretivo da ACSS Vice-Presidente da ARSC <i>Senior Manager</i> da <i>Deloitte</i>	Apresentação de todos os presentes na reunião, as boas vindas aos representantes dos hospitais-piloto da segunda fase do projeto. As vantagens da ampliação do projeto a todo o SNS. Ponto de situação do Projeto SCAH; os erros detetados na imputação de custos em todos os hospitais que já apresentaram resultados, potencialidades do modelo - a possibilidade de comparação de dados entre todos os hospitais; o realinhamento do processo de implementação nos novos hospitais-piloto. Projeto SCAH: porquê da implementação; interligação com o processo de planeamento e controlo de gestão; as limitações de informação que se mantêm; pontos de ineficiência do hospital evidentes. Período de questões e debate.
		Hospital de Sto. André (Leiria)	Carlos Gomes	

*Quadro resumo*

Tipologia	Quantidade	Tempo Total
Reuniões	4	10 H

**Anexo 20 – Exemplos da informação obtida no SCAH**

Este anexo resulta da adaptação dos exemplos apresentados, pelo HIP (*sponsor*), na reunião de 12 de Setembro de 2008 sobre os resultados do Projeto SCAH.

**Consultas:**

**Cardiologia – Consultas Subsequentes**

<b>Objeto de custeio elementar</b>	<b>Cardiologia – Consultas Subsequentes</b>
Quantidade	
Custo Unitário Direto (€)	=A+B
Custo Unitário Total (€)	Y
Custo Total (€)	X

**Cardiologia – Consultas Subsequentes**

	<b>Custo Afeto (€)</b>	<b>Custo Unitário (€)</b>	<b>% Custo Total</b>
<b>Recursos</b>		<b>A</b>	
<b>Atividades</b>		<b>B</b>	
<b>OCE</b>			
<b>TOTAL</b>	X	Y	100%

Percursos da *New Public Management* num Hospital EPE

	<b>Custo Afeto</b> (€)	<b>Custo Unitário</b> (€)	<b>% Custo</b> <b>Total</b>
<b>Recursos</b>			
P_100_Pool Material Consumo Clínico			
P_104_Pool Médico-cirúrgico			
P_105_Pool Mobiliário hospitalar			
P_135_Pool Cardiologia			
P_142_Pool Imagiologia			
P_143_Pool Medicamentos			
P_145_Pool Medicina Nuclear			
P_148_Pool Outros Produtos Farmacêuticos			
P_149_Pool Patologia-Clínica			
P_79_Pool Assistências técnicas			
P_85_Pool De imagiologia			
P_86_Pool De laboratório			

Percursos da *New Public Management* num Hospital EPE

	<b>Custo Afeto (€)</b>	<b>Custo Unitário (€)</b>	<b>% Custo Total</b>
<b>Atividades</b>			
<b>Atividades orientadas para os utentes:</b>			
Aprovisionamentos da Farmácia - Consumíveis			
Card. - Aprovisionamento do Amb. / Hosp. Dia - Consumíveis			
Card. - Aprovisionamento do Amb. / Hosp. Dia - Farmácia			
Card. - Aprovisionamento Serv. Cons. Ext. - Consumíveis			
Card. - Aprovisionamento Serv. Cons. Ext. - Farmácia			
Card. - Esterilização equip. e utensílios Amb./Hosp. Dia			
Card. - Esterilização equip. utensílios Serv. Cons. Ext.			
Card. - Gestão Atividade das Consultas Externas			
Card. - Gestão Atividade do Ambulatório/Hosp. Dia			
Card. - Higiene e limpeza do Serv. Cons. Ext.			
Card. - Manutenção dos equip. do Ambulatório / Hosp. Dia			
Card. - Manutenção dos equip. do Serv. Cons. Ext.			
Card. - Realização de consultas subsequentes			
Card. - Realização de tratamentos			
Card. - Receção ut, registo e cobrança tx. Moderadoras			
Card. - Receção ut, registo e cobrança de tx. Moderadoras			
Card. - Transporte do utente			
Card. - Tratamento de roupa das Cons. Ext.			
Card. - Tratamentos/proc. realizados seguimento consulta			
Card. - Triagem credenciais/utentes marcação consultas			
<b>Atividades de suporte:</b>			
Cobrança das Taxas Moderadoras			
Cobranças			
Exercer uma ação de fármaco-vigilância			
Gestão Atividade da Farmácia			
Higiene e limpeza da Farmácia			
Manutenção dos equipamentos da Farmácia			
Preparação, manipulação e reembalamento de			
Preparar compostos e soluções			
Promover cuidados farmacêuticos			
Receção e validação de prescrições médicas			
Reembalar medicamentos, aviar doses unitárias e			
Tratamento central de roupa			

	<b>Custo Afeto (€)</b>	<b>Custo Unitário (€)</b>	<b>% Custo Total</b>
<b>OCE</b>			
MCDTs			
Custos Comuns - Gerais			
Custos Comuns - Pensões			
Custos Conjuntos - Quebras Farmácia			
Centros de Hemodiálise			
Derivados Sangue cedidos Exterior			
Doentes da Consulta			
Internato Geral			
Investigação			
MCDTs não imputados aos serviços requisitantes			
MCDTs realizados no exterior sem custo unitário diferenciado			
Morgue			
Utentes Externos de Farmácia			

## Procedimentos Cirúrgicos:

### 8151 – Substituição Total da Anca

<b>Objeto de custeio elementar</b>	<b>8151 - SUBSTITUICAO TOTAL DA ANCA</b>
Quantidade	
Custo Unitário Direto (€)	=A+B
Custo Unitário Total (€)	Y
Custo Total (€)	X

	<b>Custo Afeto (€)</b>	<b>Custo Unitário (€)</b>	<b>% Custo Total</b>
<b>Recursos</b>		<b>A</b>	
<b>Atividades</b>		<b>B</b>	
<b>OCE</b>			
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>Y</b>	<b>100%</b>

Percursos da *New Public Management* num Hospital EPE

	<b>Custo Afeto (€)</b>	<b>Custo Unitário (€)</b>	<b>% Custo Total</b>
<b>Recursos</b>			
P_100_Pool Material Consumo Clínico			
P_104_Pool Médico-cirúrgico			
P_105_Pool Mobiliário hospitalar			
P_143_Pool Medicamentos			
P_148_Pool Outros Produtos Farmacêuticos			
P_152_Pool			
P_79_Pool Assistências técnicas			
P_85_Pool De imagiologia			

	<b>Custo Afeto (€)</b>	<b>Custo Unitário (€)</b>	<b>% Custo Total</b>
<b>Atividades</b>			
<b>Atividades orientadas para os utentes:</b>			
Aprovisionamentos do BO - Consumíveis			
Aprovisionamentos do BO - Farmácia			
Assegurar a anestesia			
Codificação da Atividade do BO			
Codificação ICD-9 das propostas cirúrgicas validadas			
Esterilização de equipamentos e utensílios do BO			
Gerir circuito de propostas cirúrgicas			
Gestão Atividade do BO			
Gestão da lista de inscritos para SIGIC			
Preparação das Salas do BO			
Preparar o utente no BO			
Realização da intervenção cirúrgica – ENF			
Realização da intervenção cirúrgica – MED			
Recobro do BO			
<b>Atividades de suporte:</b>			
Higiene e limpeza do BO			
Manutenção dos equipamentos do BO			
Tratamento de roupa do BO			

	<b>Custo Afeto (€)</b>	<b>Custo Unitário (€)</b>	<b>% Custo Total</b>
<b>OCE</b>			
Custos Comuns – Gerais			
Custos Comuns – Pensões			
Custos Conjuntos – Quebras Farmácia			

**MCDTs:**

**26282 – Teste de suscetibilidade para antimicrobianos (método automatizado).**

<b>Objeto de custeio elementar</b>	<b>26282-Teste de suscetibilidade para antimicrobianos (método automatizado) (Int)</b>
Quantidade	
Custo Unitário Direto (€)	=A+B
Custo Unitário Total (€)	Y
Custo Total (€)	X

	<b>Custo Afeto (€)</b>	<b>Custo Unitário (€)</b>	<b>% Custo Total</b>
<b>Recursos</b>		<b>A</b>	
<b>Atividades</b>		<b>B</b>	
<b>OCE</b>			
<b>TOTAL</b>	<b>X</b>	<b>Y</b>	<b>100%</b>

Percursos da *New Public Management* num Hospital EPE

	<b>Custo Afeto (€)</b>	<b>Custo Unitário (€)</b>	<b>% Custo Total</b>
<b>Recursos</b>			
P_100_Pool Material Consumo Clínico			
P_105_Pool Mobiliário hospitalar			
P_120_Pool Rendas_Alugueres			
P_143_Pool Medicamentos			
P_148_Pool Outros Produtos Farmacêuticos			
P_152_Pool			
P_79_Pool Assistências técnicas			
P_85_Pool De imagiologia			
P_86_Pool De laboratório			

	<b>Custo Afeto (€)</b>	<b>Custo Unitário (€)</b>	<b>% Custo Total</b>
<b>Atividades</b>			
<b>Atividades orientadas para os utentes:</b>			
Analisar resultados e elaborar relatórios da Patologia			
Aprovisionamentos da Patologia Clínica – Consumíveis			
Aprovisionamentos da Patologia Clínica –			
Efetuar colheitas			
Esterilização de equipamentos e utensílios da			
Exames automáticos de Microbiologia – AUX			
Exames automáticos de Microbiologia – ENF			
Exames automáticos de Microbiologia – MED			
Exames automáticos de Microbiologia – TDT			
Exames manuais de Microbiologia – AUX			
Exames manuais de Microbiologia – ENF			
Exames manuais de Microbiologia – MED			
Exames manuais de Microbiologia – TDT			
<b>Atividades de suporte:</b>			
Gestão Atividade da Patologia Clínica			
Higiene e limpeza do Serviço Patologia Clínica			
Ligação aos serviços clínicos			
Manutenção dos equipamentos da Patologia Clínica			
Rececionar, registar e preparar o utente da Patologia			
Registo, Receção e preparação de produtos analíticos			

	<b>Custo Afeto (€)</b>	<b>Custo Unitário (€)</b>	<b>% Custo Total</b>
<b>OCE</b>			
Custos Comuns – Gerais			
Custos Comuns – Pensões			
Custos Conjuntos – Quebras Farmácia			

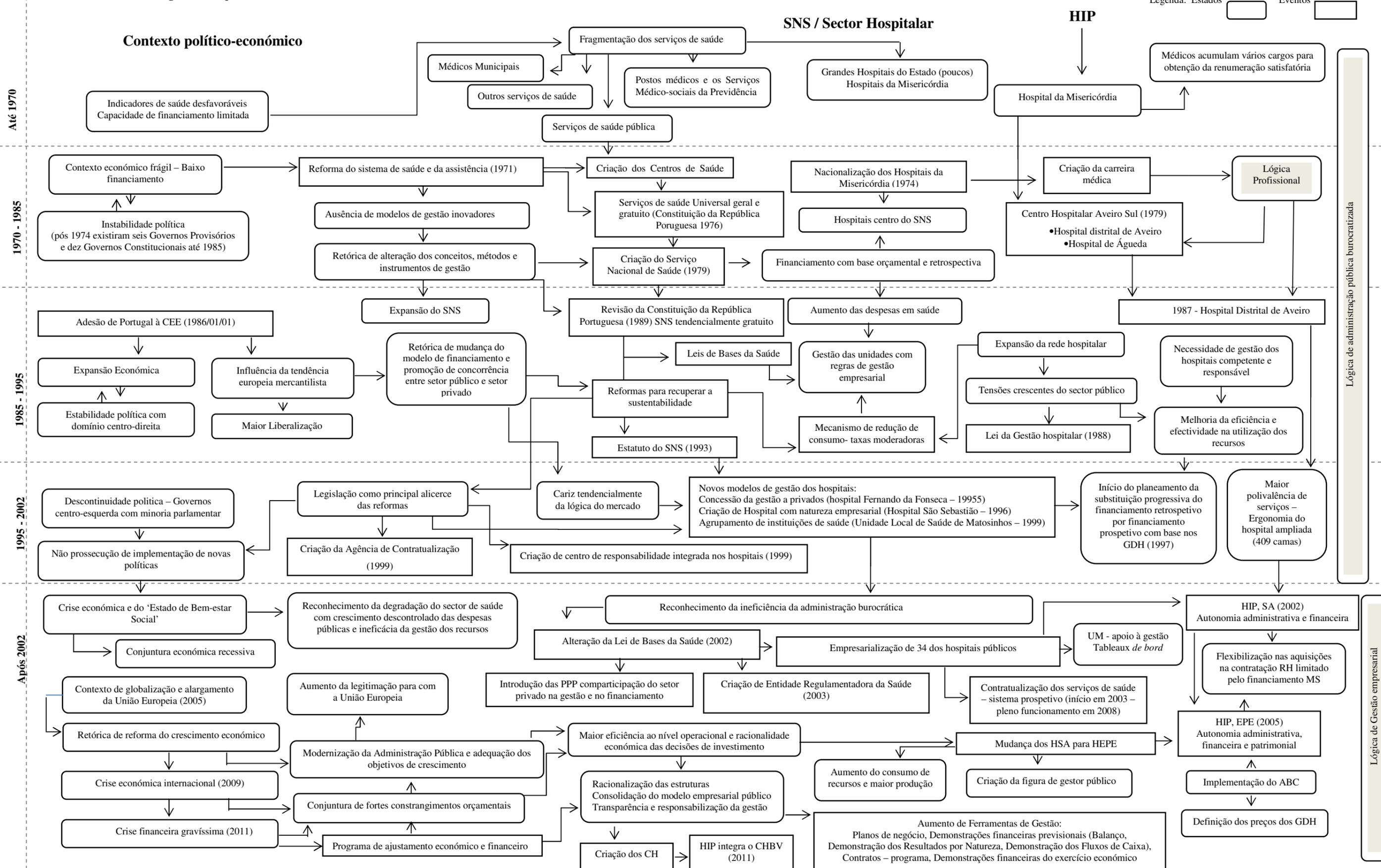
## GDHs

### GDHA- 6 - Descompressão do túnel cárpico

<b>Objeto de custeio final</b>	<b>GDHA- 6 - Descompressão do túnel cárpico</b>
Quantidade	
Custo Unitário Direto (€)	
Custo Unitário Total (€)	
Custo Total (€)	

	<b>Custo Afeto (€)</b>	<b>Custo Unitário (€)</b>	<b>% Custo Total</b>
<b>Objetos de custeio elementares</b>			
0443 - LIBERTACAO DO TUNEL CARPICO			
Ortopedia - Custo de internamento por utente			
<b>Ortopedia - Custo por dia de internamento</b>			

Anexo 21 - Apresentação da rede de estados e acontecimentos do contexto



**Anexo 22 – Arquivo do Governo: Primeiros-Ministros e composição do Ministério da Saúde**

<b>Governo Provisório</b>	<b>Período</b>	<b>Primeiros-Ministros e Ministros da Saúde (MS)</b>	<b>Secretários de Estado</b>
I	16/05/1974 18/07/1974	Adelino da Palma Carlos MS – (a)	António Galhordas
II	18/07/1974 30/09/1974	Vasco Gonçalves MS – (a)	Carlos Cruz e Oliveira
III	30/09/1974 26/03/1975	Vasco Gonçalves MS – (a)	Carlos Cruz e Oliveira
IV	26/03/1975 8/08/1975	Vasco Gonçalves MS – (a)	Carlos Chaves de Macedo
V	8/08/1975 19/09/1975	Vasco Gonçalves MS – (a)	Artur Coutinho
VI	19/09/1975 23/07/1976	José Pinheiros de Azevedo MS – (a)	Albino Aroso

<b>Governo Constitucional</b>	<b>Período (partido)</b>	<b>Primeiros-Ministros e Ministros da Saúde (MS)</b>	<b>Secretários de Estado</b>
I	23/07/1976 23/01/1978 (PS)	Mário Soares (b)	(b)
II	23/01/1978 29/08/1978 (PS/CDS)	Mário Soares (a)	Mário Mendes (SES)
III	29/08/1978 22/11/1978 (c)	Alfredo Nobre da Costa (a)	Mário Marques (SES)
IV	22/11/1978 07/07/1979 (c)	Carlos Mota Pinto (a)	Mário Marques (SES)
V	07/07/1979 03/01/1980 (c)	Maria de Lurdes Pintasilgo (a)	António Correia de Campos (SES)
VI	03/01/1980 09/01/1981 (PSD/CDS/PPM)	Sá Carneiro (a)	Artur Coutinho (SES)
VII	09/01/1981 04/09/1981 (PSD/CDS/PPM)	Francisco Pinto Balsemão (a)	Paulo Mendo (SES)
VIII	04/09/1981 09/06/1983 (PSD/CDS/PPM)	Francisco Pinto Balsemão (a)	Paulo Mendo (SES)

<b>Governo Constitucional I</b>	<b>Período (partido)</b>	<b>Primeiros-Ministros e Ministros da Saúde (MS)</b>	<b>Secretários de Estado</b>
IX	09/06/1983 06/11/1985 (PS/PSD)	Mário Soares MS – António Maldonado Gonelha	
X	06/11/1985 17/08/1987 (PSD)	Aníbal Cavaco Silva MS – Leonor Beleza	António Baptista Pereira (SEAMS)
XI	17/08/1987 31/10/1991 (PSD)	Aníbal Cavaco Silva MS – Leonor Beleza (17/08/1987 a 5/01/1990)  MS – Arlindo de Carvalho (5/01/1990)	Joaquim Faria de Almeida (SEAMS) - 18/08/1987 a 09/01/1990 Fernando Costa Freire (SES) - 18/08/1987 a 24/07/1989 Albino Aroso (SEAMS) 24/07/1989 a 31/10/1991 Pedro Dias Alves (SEAS) - 24/07/1989 a 09/01/1990 Jorge Augusto Pires (SEAS) - 09/01/1990 a 31/10/1991 Jorge Augusto Pires (SEAMS) - 31/10/1991
XII	31/10/1991 28/10/1995 (PSD)	Aníbal Cavaco Silva MS – Arlindo de Carvalho (31/10/1991 a 07/12/1993) MS – Paulo Mendo (07/12/1993)	Jorge Augusto Pires (SEAMS) - 05/11/1991 a 21/05/1994 José Martins Nunes (SES) - 05/11/1991 a 21/05/1994 José Lopes Martins (SES) - 21/05/1994
XIII	28/10/1995 25/10/1999 (PS)	António Guterres MS – Maria de Belém Roseira	José Arcos dos Reis (SES) – 30/10/1995 a 25/12/1997 Francisco Ramos (SES) - 30/10/1995

<b>Governo Constitucional</b>	<b>Período (partido)</b>	<b>Primeiros-Ministros e Ministros da Saúde (MS)</b>	<b>Secretários de Estado da Saúde</b>
XIV	25/10/1999 6/04/2002 (PS)	António Guterres MS – Manuela Arcanjo (25/10/1999 a 3/07/2001)  MS – António Correia de Campos (3/07/2001)	Arnaldo Silva (SERHMS) – 28/10/1999 a 27/09/2000 José Miguel Boquinhas (SES) – 28/10/1999 a 7/07/2001 Nelson Madeira Baltazar (SERHMS) 18/09/2000 a 4/07/2001 Cármem Pignatelli (SEAMS) – 4/07/2001 Francisco Ramos (SES) – 4/07/2001
XV	6/04/2002 17/07/2004 (PSD/PP)	José Manuel Durão Barroso MS – Luís Filipe Pereira	Adão Silva (SEAMS) Carlos Martins (SES)
XVI	17/07/2004 12/03/2005 (PSD/PP)	Pedro Santana Lopes MS – Luís Filipe Pereira	Mário Patinha Atão (SEAMS) Regina Basto (SES)
XVII	12/03/2005 a 26/10/2009 (PS)	José Sócrates MS – António Correia de Campos (12/03/2005 a 1/02/2008)  MS – Ana Jorge (01/02/2008)	Cármem Pignatelli (SEAS) – 14/03/2005 a 01/02/2008 Francisco Ramos (SES) – 14/03/2005 a 01/02/2008 Francisco Ramos (SEAS) – 01/02/2008 Manuel Pizarro (SES) – 01/02/2008
XVIII	26/10/2009 23/03/2011 Em gestão até 21/06/2011 (PS)	José Sócrates MS – Ana Jorge	Manuel Pizarro (SEAMS) Óscar Gaspar (SES)
XIX	21/06/2011 (PSD/PP)	Pedro Passos Coelho MS – Paulo Macedo	Fernando Leal da Costa (SEAMS) Manuel Ferreira Teixeira (SES)

(a) Inexistência de Ministério da Saúde. Os Secretários de Estado da Saúde integravam o Ministério dos Assuntos Sociais.

(b) Inexistências de Ministério da Saúde e de Secretário de Estado da Saúde.

(c) Constituído por iniciativa do Presidente da República.

CDS – Centro Democrático Social

MS – Ministro da Saúde

PP – Partido Popular

PPM – Partido Popular Monárquico

PS – Partido Socialista

PSD – Partido Social-Democrata

SEAMS – Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde

SEAS – Secretário de Estado da Administração da Saúde

SERHMS – Secretário de Estado dos Recursos Humanos e Modernização da Saúde

SES – Secretário de Estado da Saúde

Fonte: <http://www.portugal.gov.pt/>, acedido em 30 de abril de 2008.

**Anexo 23 – Principais indicadores demográficos e de saúde**

<b>Indicadores básicos de saúde</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1985</b>	<b>1990</b>	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
<b>Taxa de natalidade (%<sub>0</sub>)</b>		16,0	13,0	11,7	10,8	11,7	11,0	11,0	10,8	10,4	10,4
<b>Esperança de vida à nascença<sup>73</sup></b>		70,2	73,1	74,0	75	76,2	(a)	(a)	(a)	(a)	77,8
<b>Homens</b>		65,7	69,7	70,5	71,3	72,6	(a)	(a)	(a)	(a)	74,5
<b>Mulheres</b>		74,6	76,5	77,5	78,7	79,7	(a)	(a)	(a)	(a)	81,3
<b>Taxa de mortalidade (%<sub>0</sub>)</b>		9,6	9,7	10,3	10,5	10,3	10,2	10,3	10,5	9,7	10,2
<b>Infantil</b>	58,6	24,3	17,8	10,9	7,5	5,5	5,0	5,1	4,2	3,9	3,5
<b>Neonatal</b>		(a)	(a)	6,9	(a)	3,4	3,0	3,4	2,7	2,6	2,2
<b>Perinatal</b>		22,4	17,4	12,4	7,2	6,2	5,6	6,0	5,2	4,6	4,3
<b>Taxa de fecundidade (%<sub>0</sub>)</b>		(a)	(a)	46,4	(a)	46,1	43,2	43,7	42,9	41,7	41,8
<b>Índice sintético de fecundidade</b>		2,2	1,7	1,51	1,4	1,56	1,46	1,47	1,44	1,40	1,41
<b>Hospitais públicos</b>											
<b>Gerais</b>		(a)	(a)	82	(a)	80	79	78	75	75	73
<b>Especializados</b>		(a)	(a)	52	(a)	105	105	105	104	107	107
<b>Outros</b>		(a)	(a)	14	(a)	14	13	12	12	12	12
<b>Médicos em hospitais e Centros de Saúde<sup>74</sup></b>	8156	(a)	(a)	22278	(a)	24262	24130	24935	24432	24697	24896
<b>População residente (1000)</b>	8668,3	(a)	(a)	9970,4	(a)	10262,9	10329,3	10407,5	10474,7	10529,3	10569,6
<b>N.º de médicos por 1000 habitantes</b>	0,09	(a)	(a)	2,23	(a)	2,36	2,34	2,40	2,33	2,35	2,36

Fonte: Para os anos 1990, 2000 a 2005 – Portugal Saúde – Indicadores básicos 2005. Direcção Geral de Saúde, Maio de 2008.

Para os anos 1980, 1985 e 1995 - WHO, Health for all data base, 2003 (In: <http://www.observaport.org/OPSS/Menus/Sistema>).

<sup>73</sup> Os dados de 1990 e 2000 têm como fonte WHO, Health for All DATA BASE, 2003.

<sup>74</sup> O valor de 1970 corresponde ao número de médicos inscritos nas ordens profissionais (OPSS, 2002: 49).

**Anexo 24 – Indicadores de despesa em saúde – Portugal vs OCDE**

	1970	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009 <sup>75</sup>	2010 <sup>76</sup>	2011 <sup>77</sup>
<b>Despesa total em saúde (% do PIB)</b>													
Portugal	2,4	5,1	5,6	5,7	7,5	9,3	10,4	10,0	10	10,2	10,8	10,8	10,2
Média dos países da OCDE	4,9	6,6	6,7	6,8	7,5	7,7	8,6	8,5	8,5	8,7	9,6	9,4	9,3
<b>Despesa pública em saúde (% das despesas totais)</b>													
Portugal	59,0	64,3	54,6	65,5	62,6	66,6	68	67	66,7	65,3	66,5	65,9	65,0
Média dos países da OCDE	73,3	73,6	73,1	72,6	72,2	71,9	72,8	71,9	71,8	72,8	72,6	72,3	72,2
<b>Despesa total em saúde <i>per capita</i> - Dólares (USD paridade do poder de compra)</b>													
Portugal	47,4	276,1	394,5	626,5	1012,3	1654,2	2212,4	2301,2	2417,4	2548,5	2691,7	2766,8	2618,8
Média dos países da OCDE	193,6	610,7	898,7	1138,6	1445,1	1849,3	2525,8	2704,5	2857,6	3069,5	3249,5	3269,3	3322,2
Portugal/OCDE (%)	24%	45%	44%	55%	70%	89%	88%	85%	85%	83%	83%	85%	79%
<b>Despesa pública em saúde <i>per capita</i> - Dólares (USD paridade do poder de compra)</b>													
Portugal	28,0	177,6	215,3	410,5	633,9	1101,3	1503,6	1541,8	1611,8	1664,2	1790,7	1824,5	1702,6
Média dos países da OCDE	127,1	445,8	652,1	816,5	1046,2	1325,6	1799,8	1929,2	2030,6	2205,3	2382,5	2393,9	2425,8
Portugal/OCDE (%)	22%	40%	33%	50%	61%	83%	84%	80%	79%	75%	75%	76%	70%

Fonte: Adaptado da OCDE - Division de la Santé de l'OCDE - OECD Health Data 2013 - Version: November 13 (OECD, 2013a).

<sup>75</sup> Por ausência de informação, para o cálculo dos valores médios da OCDE assumiram-se os dados de 2008 para a Turquia.

<sup>76</sup> Por ausência de informação, para o cálculo dos valores médios da OCDE assumiram-se os dados de 2009 para o Luxemburgo e a Turquia.

<sup>77</sup> Por ausência de informação, para o cálculo dos valores médios da OCDE assumiram-se os dados de 2010 para os seguintes países : Austrália, Luxemburgo, Japão, México e Turquia.

**Anexo 25 – Hospitais e Centros Hospitalares S.A./E.P.E.**

<b>Hospitais e Centros Hospitalares S.A.</b>	<b>Decreto-Lei</b>
Hospital Infante D. Pedro, S.A.	DL 272/2002, de 9/12
Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, S.A.	DL 273/2002, de 9/12
Hospital de São Gonçalo, S.A.	DL 274/ 2002, de 9/12
Hospital José Joaquim Fernandes, S.A.	DL 275/ 2002, de 9/12
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Coimbra, S.A.	DL 276/ 2002, de 9/12
Hospital Distrital de Bragança, S.A.	DL 277/ 2002, de 9/12
Hospital de Egas Moniz, S.A.	DL 278/2002, de 9/12
Hospital de São Francisco Xavier, S.A.	DL 279/2002, de 9/12
Hospital Geral de Santo António, S.A.	DL 281/ 2002, de 9/12
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia do Porto, S.A.	DL 282/ 2002, de 10/12
Hospital Pedro Hispano, S.A. (ex - Unidade Local de Saúde de Matosinhos)	DL 283/ 2002, de 10/12
Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, S.A.	DL 284/ 2002, de 10/12
Hospital de Nossa Senhora da Oliveira, S.A.	DL 285/ 2002, de 10/12
Hospital Distrital da Figueira da Foz, S.A.	DL 286/ 2002, de 10/12
Hospital São Teotónio, S.A.	DL 287/ 2002, de 10/12
Centro Hospitalar da Cova da Beira, S.A.	DL 288/ 2002, de 10/12
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Lisboa, S.A.	DL 289/ 2002, de 10/12
Hospital Pulido Valente, S.A.	DL 290/ 2002, de 10/12
Hospital de Santa Cruz, S.A.	DL 291/ 2002, de 10/12
Hospital de Santa Marta, S.A.	DL 292/ 2002, de 10/12
Hospital de Santa Maria Maior, S.A.	DL 293/ 2002, de 11/12
Hospital São João de Deus, S.A.	DL 294/ 2002, de 11/12
Centro Hospitalar do Alto Minho, S.A. - Hospital de Santa Luzia - Hospital Conde de Bertiandos	DL 295/ 2002, de 11/12
Hospital de São Sebastião, S.A.	DL 296/ 2002, de 11/12
Hospital de Santo André, S.A.	DL 297/ 2002, de 11/12
Hospital Garcia da Horta, S.A.	DL 298/ 2002, de 11/12
Hospital de Nossa Senhora do Rosário, S.A.	DL 299/ 2002, de 11/12
Hospital de São Bernardo, S.A.	DL 300/ 2002, de 11/12
Centro Hospitalar do Médio Tejo, S.A. - Hospital de Abrantes - Hospital de Tomar - Hospital de Torres Novas	DL 301/2002, de 11/12
Hospital Distrital de Santarém, S.A.	DL 302/2002, de 11/12
Hospital do Barlavento Algarvio, S.A.	DL 280/ 2002, de 9/12

<b>Hospitais e Centros Hospitalares E.P.E.</b>	<b>Decreto-Lei</b>
Hospital Infante D. Pedro, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Hospital de São Gonçalo, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E.* <sup>78</sup> - Hospital José Joaquim Fernandes, S.A. - Beja - Hospital de São Paulo - Serpa	DL 93/2005, de 07/06
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Coimbra, E.P.E.	DL 93/2005, de 07/06
Hospital Distrital de Bragança, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Hospital de Egas Moniz, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Hospital de São Francisco Xavier, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Hospital Geral de Santo António, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia do Porto, E.P.E.	DL 93/2005, de 07/06
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E. - Hospital Pedro Hispano, S.A.	DL 93/2005, de 07/06
Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Hospital de Nossa Senhora da Oliveira, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Hospital Distrital da Figueira da Foz, E.P.E.	DL 93/2005, de 07/06
Hospital São Teotónio, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Centro Hospitalar da Cova da Beira, E.P.E. - Hospital da Covilhã - Hospital do Fundão	DL 93/2005, de 07/06
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Lisboa, E.P.E.	DL 93/2005, de 07/06
Hospital Pulido Valente, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Hospital de Santa Cruz, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Hospital de Santa Marta, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Hospital de Santa Maria Maior, E.P.E. – Barcelos	DL 93/2005, de 07/06
Hospital São João de Deus, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Hospital de São Sebastião, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Hospital de Santo André, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Hospital Garcia da Horta, E.P.E.	DL 93/2005, de 07/06

\*Hospitais e centros hospitalares posteriormente integrados num Centro Hospitalar, E.P.E. novo ou em Unidades de Saúde Locais (estas integram também centros de saúde).

<sup>78</sup> Foi integrado na Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E., Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de setembro, que integra nesta unidade também os centros de saúde do distrito de Beja (com exceção de Odemira). Este Decreto-Lei cria também a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. (Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E. e centros de saúde do distrito de Viana do Castelo) e a Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. (Hospitais de Sousa Martins - Guarda, e de Nossa Senhora da Assunção - Seia, e dos centros de saúde do distrito da Guarda, com exceção dos centros de saúde de Vila Nova de Foz Côa e de Aguiar da Beira).

<b>Hospitais e Centros Hospitalares E.P.E.</b>	<b>Decreto-Lei</b>
Hospital de Nossa Senhora do Rosário, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Hospital de São Bernardo, E.P.E.*	DL 93/2005, de 07/06
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E. - Hospital Dr. Manoel Constâncio - Abrantes - Hospital Nossa Senhora da Graça – Tomar - Hospital rainha Santa Isabel – Torres Novas	DL 93/2005, de 07/06
Hospital de Santarém, E.P.E.	DL 93/2005, de 07/06
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E. <sup>79</sup> - Hospital de Portimão - Hospital de Lagos	DL 93/2005, de 07/06
Hospital de Santa Maria, E.P.E.*	DL 233/2005, de 29/12
Hospital de São João, E.P.E.*	DL 233/2005, de 29/12
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. - Hospital de Egas Moniz, E.P.E. - Hospital S. Francisco Xavier, E.P.E. - Hospital de Santa Cruz, E.P.E.	DL 233/2005, de 29/12
Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. - Hospital de São Bernardo, S.A. - Hospital Ortopédico de Santiago do Outão	DL 233/2005, de 29/12
Centro Hospitalar do Nordeste, E.P.E. - Hospital Distrital de Bragança, S.A. - Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros - Hospital Distrital de Mirandela	DL 233/2005, de 29/12
Hospital Espírito Santo de Évora, E.P.E.	DL 50-A/2007, de 28/02
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. - Hospital de São José - Hospital do Desterro <sup>80</sup> - Hospital dos Capuchos - Hospital de D. Estefânia - Hospital de Santa Marta, E.P.E.	DL 50-A/2007, de 28/02
Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.* - Hospital dos Covões - Hospital Pediátrico de Coimbra - Maternidade Bissaya Barreto	DL 50-A/2007, de 28/02
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E. - Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, E.P.E. •Hospital de São Pedro de Vila Real •Hospital D. Luiz – Peso da Régua - Hospital Distrital de Chaves - Hospital Distrital de Lamego	DL 50-A/2007, de 28/02

<sup>79</sup> Centro hospitalar criado com estatuto de S.A. em 2004 por fusão da Unidade Hospitalar de Lagos e da Unidade Hospitalar de Portimão.

<sup>80</sup> Encerrado em 2007.

<b>Hospitais e Centros Hospitalares E.P.E.</b>	<b>Decreto-Lei</b>
Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. - Hospital Conde de São Bento – Santo Tirso - Hospital São João de Deus, E.P.E. – Famalicão	DL 50-A/2007, de 28/02
Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E. - Hospital de Guimarães - Nossa Senhora da Oliveira, E.P.E. - Hospital São José – Fafe	DL 50-A/2007, de 28/02
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e Espinho, E.P.E. - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia - Hospital Nossa Senhora da Ajuda – Espinho	DL 50-A/2007, de 28/02
Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, E.P.E. <sup>81</sup> - Hospital Santa Luzia – Elvas - Hospital Dr. José Maria Grande – Portalegre	DL 50-B/2007, de 28/02
Centro Hospitalar do Porto, E.P.E. - Hospital Geral de Santo António, E.P.E. - Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia - Maternidade Júlio Dinis	DL 326/2007, de 28/09
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. - Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, E.P.E. - Hospital de São Gonçalo, E.P.E	DL 326/2007, de 28/09
Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E. - Hospital de Santa Maria, E.P.E. - Hospital Pulido Valente, E.P.E	DL 23/2008, de 08/02
Hospital de Faro, E.P.E.	DL 180/2008, de 26/08
Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.*	DL 180/2008, de 26/08
Centro Hospitalar Póvoa do Varzim/Vila do Conde, E.P.E. - Hospital da Póvoa do Varzim - S. Pedro Pescador - Hospital de Vila do Conde	DL 180/2008, de 26/08
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, E.P.E. - Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E. •Hospital de São Pedro de Vila Real •Hospital D. Luiz – Peso da Régua - Hospital José Joaquim Fernandes – Beja - Hospital S. Paulo – Serpa	DL 183/2008, de 04/09
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E.* - Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E.	DL 183/2008, de 04/09
Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E. - Hospital de Sousa Martins – Guarda - Hospital de Nossa Senhora da Assunção – Seia	DL 183/2008, de 04/09
Hospital professor Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.	DL 203/2008, de 10/10
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, E.P.E. - Centro Hospitalar do Alto Minho, E.P.E. - Hospital de Santa Luzia – Viana do Castelo - Hospital Conde de Bertiandos – Ponte de Lima	DL 12/2009, de 12/01

<sup>81</sup> A Unidade Local de Saúde do Norte Alentejo, E.P.E. integra também os centros de saúde do distrito de Portalegre.

<b>Hospitais e Centros Hospitalares E.P.E.</b>	<b>Decreto-Lei</b>
Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga, E.P.E. - Hospital de São Sebastião, E.P.E. – Santa Maria da Feira - Hospital Distrital de São João da Madeira - Hospital São Miguel – Oliveira de Azeméis	DL 27/2009, de 27/01
Hospital Magalhães Lemos, E.P.E.	DL 27/2009, de 27/01
Centro Hospitalar Barreiro/Montijo, E.P.E. - Hospital de Nossa Senhora do Rosário, E.P.E. – Barreiro - Hospital Distrital do Montijo	DL 280/2009, de 6/10
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, E.P.E. - Hospital Amaro Lusitano – Castelo Branco	DL 318/2009, de 02/11
Hospital Curry Cabral, E.P.E.*	DL 21/2010, de 24/03
Centro Hospitalar de São João, E.P.E. - Hospital de São João, E.P.E. – Porto - Hospital de Nossa Senhora da Conceição – Valongo	DL 30/2011, de 02/03
Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E. - Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. – Aveiro - Hospital Distrital de Águeda - Hospital Visconde Salreu - Estarreja	DL 30/2011, de 02/03
Centro Hospitalar Tondela - Viseu, E.P.E. - Hospital Cândido Figueiredo - Tondela - Hospital São Teotónio, E.P.E. - Viseu	DL 30/2011, de 02/03
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E. - Hospitais Universitários de Coimbra, E.P.E. •Hospital da Universidade de Coimbra •Maternidade Daniel de Matos - Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. •Hospital dos Covões •Maternidade Bissaya Barreto •Hospital Pediátrico de Coimbra - Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra •Centro de Recuperação de Arnes - Soure •Hospital do Lorvão – Penacova •Hospital Sobral Cid – Coimbra	DL 30/2011, de 02/03

<b>Hospitais e Centros Hospitalares E.P.E.</b>	<b>Decreto-Lei</b>
Centro Hospitalar Leiria-Pombal, E.P.E - Hospital de Santo André, E.P.E. – Leiria - Hospital Distrital de Pombal	DL 30/2011, de 02/03
Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. - Hospital de São José - Hospital dos Capuchos - Hospital de D. Estefânia - Hospital de Santa Marta, E.P.E. - Hospital Curry Cabral, E.P.E. - Maternidade Dr. Alfredo da Costa	DL 44/2012, de 23/02
Centro Hospitalar Leiria-Pombal, E.P.E - Centro Hospitalar Leiria-Pombal, E.P.E - Centro Hospitalar do Oeste <sup>82</sup> - Hospital Bernardino Lopes de Oliveira •Hospital Distrital de Caldas da Rainha •Hospital Bernardino Lopes - Alcobaça •Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche •Hospital Distrital de Torres Vedras •Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior – Barro	DL 116/2013, de 09/08

\*Hospitais e centros hospitalares posteriormente integrados num Centro Hospitalar, E.P.E. novo ou em Unidades de Saúde Locais (estas integram também centros de saúde).

---

<sup>82</sup> O Centro Hospitalar do Oeste resultou da integração do Centro Hospitalar Oeste Norte (Hospital Distrital Caldas da Rainha, Hospital Bernardino Lopes de Oliveira – Alcobaça e Hospital de São Pedro Gonçalves Telmo – Peniche) com o Centro Hospitalar de Torres Vedras (Hospital Distrital de Torres Vedras e Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior – Barro), pela Portaria n.º 276/2012 de 12 de setembro.

**Anexo 26 – Evolução do regime de gestão dos hospitais SPA**

Órgãos		Diploma	Composição/Nomeação	Competências
De administração	Conselho Administr. (CA)	<b>Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro</b>	Presidente (Director); Administrador-delegado; Director clínico e Enfermeiro director do serviço de enfermagem.	Artigo 4.º, n.º 1: "... definição dos princípios fundamentais que devem enformar a organização e o funcionamento do hospital, pelo acompanhamento da sua execução e pela respectiva avaliação periódica."
	Presidente do conselho de administração ou director		O director é nomeado pelo Ministro da Saúde	Artigo 8.º, n.º 1: "... coordenar e dirigir as actividades do hospital". Artigo 8.º, n.º 2: "... a) Propor ao Ministro da Saúde a nomeação ou exoneração dos outros membros do conselho de administração; b) Fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis; c) Representar o hospital em Juízo e fora dele."
			O administrador-delegado é nomeado pelo Ministro da Saúde sob proposta do presidente.	Artigo 10.º, n.º 1: "... executar e garantir a execução de todas as decisões relativas à realização dos fins do hospital". Artigo 10.º, n.º 2: "... a) Preparar os planos anuais e plurianuais do hospital, incluindo os respectivos orçamentos, e submetê-los à aprovação do conselho de administração; b) Propor ou adoptar as medidas necessárias à melhoria da orgânica e funcionamento dos serviços; c) Propor a admissão do pessoal, de acordo com o que se encontrar previsto no plano anual, ou proceder à sua nomeação, por delegação ministerial; d) Aprovar os horários de trabalho e os planos de férias do pessoal, dentro dos limites genericamente estabelecidos pelo conselho de administração; e) Assegurar a regularidade da cobrança das receitas e do pagamento das despesas do hospital; f) Dar balanço mensal à tesouraria; g) Tomar as providências necessárias à conservação do património; h) Elaborar os relatórios mensais, trimestrais e anuais do hospital e submetê-los à aprovação do conselho de administração; i) Responsabilizar os diversos sectores de actividade hospitalar pela utilização dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos; j) Praticar uma política de informação que permita aos próprios funcionários do hospital e à população que utiliza os seus serviços um conhecimento correcto dos aspectos fundamentais do funcionamento do hospital. Artigo 11.º – enuncia o domínio das competências em matéria de autorização de despesas ou matérias com elas relacionadas.

Órgãos	Diploma	Composição/Nomeação	Competências
<p style="text-align: center;">De administração</p> <p style="text-align: center;">Conselho de Administração (CA)</p>	<p><b>Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto</b></p>	<p>Presidente e um ou dois vogais (pode ser alargado até quatro) – membros executivos, nomeados pelo Ministro da Saúde;</p> <p>Direcção técnica: Director clínico e enfermeiro-director – membros não executivos, nomeados pelo Ministro da Saúde sob proposta do presidente do CA.</p>	<p>Artigo 6.º, n.º 1: “a) Elaborar os planos de acção anuais e plurianuais e respectivos orçamentos, a submeter à aprovação do Ministro da Saúde; b) Celebrar contratos-programa, (...); c) Definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do hospital nas áreas clínicas e não clínicas, propondo a criação de novos serviços, sua extinção ou modificação e alteração da sua lotação; d) Acompanhar e avaliar sistematicamente a actividade desenvolvida pelo hospital, designadamente responsabilizando os diferentes sectores pela utilização dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos, nomeadamente, em termos da qualidade dos serviços prestados; e) Definir as regras atinentes à assistência prestada aos doentes, assegurar o funcionamento harmónico dos serviços de assistência e garantir a qualidade e prontidão dos cuidados de saúde prestados pelo hospital; f) Promover a realização, sob proposta do director clínico, da avaliação externa do cumprimento das orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como dos protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes, em colaboração com as ordens dos profissionais envolvidos e instituições nacionais e internacionais de índole científica de reconhecido mérito; g) Autorizar a realização de ensaios clínicos e terapêuticos nos termos da lei, ouvida a comissão de ética; h) Autorizar a introdução de novos medicamentos e outros produtos de consumo hospitalar com incidência significativa nos planos assistencial e económico; i) Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, se for caso disso, sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes; j) Garantir a execução das políticas referentes aos recursos humanos, designadamente as relativas à sua admissão, nomeação, dispensa, avaliação, regimes de trabalho e horários, faltas, formação, segurança e incentivos; l) Nomear e designar o pessoal dirigente, as chefias e os responsáveis pelos serviços hospitalares; m) Exercer a competência em matéria disciplinar prevista na lei, independentemente da relação jurídica de emprego; n) Apresentar os documentos de prestação de contas, nos termos definidos na lei; o) Acompanhar periodicamente a execução do orçamento aplicando as medidas destinadas a corrigir os desvios em relação às previsões realizadas; p) Assegurar a regularidade da cobrança das receitas e da realização e pagamento da despesa do hospital, permitindo-lhe declarar as suas dívidas como incobráveis, mediante critérios a definir por despacho do Ministro da Saúde; q) Autorizar despesas com aquisição de bens e serviços até ao valor máximo legal permitido aos órgãos dirigentes de organismos com autonomia administrativa e financeira e que resultem da lei; r) Tomar as providências necessárias à conservação do património, designadamente autorizar todas as despesas com obras de construção, beneficiação, ampliação ou remodelação das instalações em execução do plano de acção, aprovado pela administração regional de saúde (ARS), assim como as despesas de simples conservação e reparação e beneficiações das instalações e do equipamento; s) Propor à ARS a celebração de contratos com entidades privadas e sociais não previstos na alínea b) sempre que a prática de boa gestão o justifique; t) Aprovar o regulamento interno; u) Fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis.”</p>

Órgãos		Diploma	Composição/Nomeação	Competências
De direcção técnica	Director clínico	<b>Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro</b>	Nomeado pelo Ministro da Saúde, sob proposta do presidente do CA e ouvida a comissão médica.	Artigo 13.º, n.º 1: “Coordenar toda a assistência prestada aos doentes, assegurar o funcionamento harmónico dos serviços de assistência, garantir a correcção e prontidão dos cuidados de saúde prestados pelo hospital e, em especial, dirigir a acção médica.” Artigo 13, n.º 2: “ a) Compatibilizar, do ponto de vista técnico, os planos de acção apresentados pelos vários serviços de acção médica, com vista à sua inscrição no plano de acção global do hospital; b) Detectar permanentemente no rendimento assistencial global do hospital os eventuais pontos de estrangulamento, tomando ou propondo as medidas adequadas à sua resolução; c) Fomentar a ligação, articulação e colaboração entre serviços de acção médica, em ordem a ser obtido o máximo de resultados dos recursos disponíveis; d) Decidir os conflitos que surjam entre serviços de acção médica; e) Decidir as dúvidas que lhe sejam presentes sobre deontologia médica pelos médicos do hospital.”
		<b>Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto</b>	Nomeado pelo Ministro da Saúde sob proposta do presidente do CA.	Artigo 12.º, n.º 2: “Compete ao director clínico coordenar toda a assistência prestada aos doentes, assegurar o funcionamento harmónico dos serviços de assistência, garantir a correcção e prontidão dos cuidados de saúde prestados e, sem prejuízo do disposto em sede de regulamento interno, nomeadamente: a) Coordenar a elaboração dos planos de acção apresentados pelos vários serviços e departamentos de acção médica a integrar no plano de acção global do hospital; b) Assegurar uma integração adequada da actividade médica dos departamentos e serviços, designadamente através de uma utilização não compartimentada da capacidade instalada; c) Propor medidas necessárias à melhoria das estruturas organizativas, funcionais e físicas dos serviços de acção médica, dentro de parâmetros de eficiência e eficácia reconhecidos, que produzam os melhores resultados face às tecnologias disponíveis; d) Aprovar as orientações clínicas relativas à prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, bem como os protocolos clínicos adequados às patologias mais frequentes, respondendo perante o conselho de administração pela sua adequação em termos de qualidade e de custo-benefício; e) Propor ao conselho de administração a realização, sempre que necessário, da avaliação externa do cumprimento das orientações clínicas e protocolos mencionados, em colaboração com a Ordem dos Médicos e instituições de ensino médico e sociedades científicas; f) Desenvolver a implementação de instrumentos de garantia de qualidade técnica dos cuidados de saúde; g) Decidir sobre conflitos de natureza técnica entre serviços de acção médica; h) Decidir as dúvidas que lhe sejam presentes sobre deontologia médica, desde que não seja possível o recurso, em tempo útil, à comissão de ética; i) Participar na gestão do pessoal médico, designadamente nos processos de admissão e mobilidade interna, ouvidos os respectivos directores de serviço; j) Velar pela constante actualização do pessoal médico; l) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspectos relacionados com o exercício da medicina e com a formação dos médicos.”

Órgãos		Diploma	Composição/Nomeação	Competências
De direcção técnica	Enfermeiro director	<b>Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro</b>	Nomeado pelo Ministro da Saúde, sob proposta do presidente do CA e ouvida a comissão de enfermagem.	Artigo 15.º: “a) Orientar e coordenar a enfermagem dos serviços, velando pela correcção e pela qualidade técnica e humana dos cuidados prestados; b) Participar no processo de admissão de pessoal de enfermagem de acordo com o que se encontra previsto no regulamento da respectiva carreira ou dar parecer sobre a contratação do mesmo pessoal fora dos quadros; c) Propor ao administrador-delegado a transferência do pessoal de enfermagem, a seu pedido ou por conveniência do serviço, considerando a o interesse do pessoal e o resultado da audição dos serviços envolvidos; d) Promover a actualização e valorização profissional do pessoal de enfermagem; e) Colaborar com o director clínico na compatibilização dos planos de acção dos serviços de acção médica.”
		<b>Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto</b>	Nomeado pelo Ministro da Saúde sob proposta do presidente do CA.	Artigo 13.º, n.º 2: “Compete ao enfermeiro-director a coordenação técnica da actividade de enfermagem do hospital, velando pela sua qualidade e, sem prejuízo do disposto em sede do regulamento interno, nomeadamente: a) Coordenar a elaboração dos planos de acção de enfermagem apresentados pelos vários serviços a integrar no plano de acção global do hospital; b) Compatibilizar os objectivos do hospital com a filosofia e os objectivos da profissão de enfermagem; c) Colaborar com o director clínico do hospital na compatibilização dos planos de acção dos diferentes serviços de acção médica; d) Contribuir para a definição das políticas ou directivas de formação e investigação em enfermagem; e) Definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação dos cuidados de enfermagem prestados; f) Elaborar propostas referentes à gestão do pessoal de enfermagem, designadamente, participar no processo de admissão e de mobilidade dos enfermeiros; g) Aplicar o processo de avaliação do pessoal de enfermagem; h) Propor a criação de um sistema efectivo de classificação de utentes/doentes que permita determinar necessidades em cuidados de enfermagem e zelar pela sua manutenção; i) Elaborar estudos para determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem; j) Acompanhar e avaliar sistematicamente outros aspectos relacionados com o exercício da actividade de enfermagem e com a formação dos enfermeiros.”

Órgãos		Diploma	Composição/Nomeação	Competências
De apoio técnico	Conselho técnico	<b>Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro</b>	Presidido pelo director é, ainda, composto por: administrador-delegado; director clínico do hospital; enfermeiro director; um administrador hospitalar (nomeado pelo sector profissional); directores de departamentos e ou de serviços de acção médica (máximo de quatro, nomeados pela comissão médica); enfermeiros-supervisores (no máximo de dois, nomeados pela comissão de enfermagem); director dos serviços de farmácia; director ou responsável pelos serviços e equipamento e responsável pelo serviço social.	Artigo 18.º: "... a) Apresentar ao conselho de administração um relatório anual sobre o rendimento e eficiência de todos os serviços e propor as medidas que entender adequadas para a sua melhoria e conveniente, dentro das disponibilidades existentes; b) Pronunciar-se sobre os projectos de planos anuais e plurianuais do hospital; c) Colaborar na revisão anual do esquema de serviços do hospital e respectivas lotações, propondo as alterações indispensáveis à satisfação das necessidades hospitalares; d) Dar parecer sobre os assuntos que lhe sejam apresentados; e) Sugerir o que julgar útil para a melhoria técnica dos serviços e para o aumento da sua eficiência."
	Comissão médica		Órgão de apoio técnico ao director clínico do hospital, é composta por: director clínico (que a preside), adjuntos do director clínico e pelos directores dos serviços de acção médica ou pelos médicos que têm essa incumbência.	Artigo 20.º: "... a) Avaliar o rendimento médico do hospital e propor o que achar útil para a sua melhoria; b) Fomentar a cooperação entre os serviços de acção médica e entre estes e os restantes; c) Propor as medidas que considere oportunas para o aperfeiçoamento científico do pessoal médico; d) Apreciar os aspectos do exercício da medicina hospitalar que envolvam princípios de deontologia médica; e) dar parecer, quando consultada, sobre as queixas e reclamações que sejam formuladas acerca da correcção técnica e profissional da assistência prestada aos doentes."
	Comissão enfermagem		Órgão de apoio técnico ao enfermeiro director de serviço de enfermagem, que a preside, é composta ainda pelos: seus adjuntos e todos os enfermeiros-supervisores e enfermeiros-chefes pertencentes ao quadro permanente do hospital.	Artigo 22.º: "... a) colaborar na realização dos planos de actualização profissional do pessoal de enfermagem; b) Dar parecer e colaborar na execução da regulamentação interna para o sector de enfermagem; c) Dará parecer sobre assuntos submetidos à sua apreciação pelos órgãos de administração e direcção técnica do hospital."
	Comissão de farmácia e terapêutica		Determinada pelo regulamento interno do hospital, presidida pelo director clínico, esta comissão pode ter até seis membros, sendo metade deles médicos (designados pela comissão médica) e a outra metade farmacêuticos (designados pelo pessoal técnico superior dos serviços farmacêuticos do quadro do hospital).	Artigo 24.º: "...a) actuar como órgão consultivo e de ligação entre os serviços de acção médica e os farmacêuticos; b) Elaborar as adendas privativas de adiamento ou de exclusão ao formulário e ao manual de farmácia; c) Velar pelo cumprimento do formulário e suas adendas; d) Pronunciar-se sobre a correcção da terapêutica prescrita aos doentes, quando solicitada pelo seu presidente, e sem quebra das normas de deontologia; e) Apreciar com cada serviço os custos da terapêutica que periodicamente lhe são submetidos; f) Elaborar a lista de medicamentos de urgência que devem existir nos serviços de acção médica; g) Pronunciar-se sobre a aquisição de medicamentos que não constem no formulário, ou sobre a introdução de novos produtos (...); h) Propor o que tiver por conveniente, dentro das matérias da sua competência e das solicitações que receber."

Órgãos		Diploma	Composição/Nomeação	Competências
De apoio técnico		<b>Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto</b>	Artigo 4.º n.º 3: “São órgãos de apoio técnico as comissões de ética, de humanização e qualidade de serviços, de infeção hospitalar, de farmácia e de terapêutica previstos na lei ou em regulamento.” Artigo 4.º n.º 4: “... podem ser criados outros órgãos de apoio técnico, por despacho do conselho de administração, devendo a sua estrutura, composição e funcionamento constar do regulamento interno.”	
	De participação e consulta	Conselho geral	<b>Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro</b>	Composto por: uma individualidade (presidente do órgão) nomeada pelo Ministro da Saúde; um representante de cada uma das assembleias municipais dos quatro municípios com maior número de residentes doentes internados no hospital (no ano anterior à designação); um representante da associação ou liga dos utentes ou amigos do hospital (caso exista); um representante do centro regional de segurança social; um representante das santas casas da misericórdia da área de influência do hospital; um representante da respectiva ARS, um representante de cada grupo profissional do hospital (médicos, técnicos superiores de saúde, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos superiores, pessoal dos serviços de instalações e equipamento, técnico, administrativo e dos serviços gerais); e, finalmente, pelos membros do CA ainda que sem direito a voto.
Conselho consultivo		<b>Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto</b>	Composto por: presidente e dois vogais (designados pelo Ministro da Saúde), três vogais designados pelas assembleias municipais dos municípios com maior número de utentes do hospital no triénio imediatamente anterior, um representante de cada um dos seguintes grupos profissionais: médico, técnico superior de saúde, de enfermagem, técnico de diagnóstico e terapêutica, técnico superior, pessoal técnico, assistentes administrativos e auxiliares – eleitos pelos respectivos grupos profissionais.	Artigo 17.º: “... a) Apreciar os planos de actividade e financeiros de natureza anual e plurianual e as respectivas alterações, bem como os relatórios e as contas; b) Apreciar todas as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento da actividade do hospital; c) Emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis.”

Órgãos		Diploma	Composição/Nomeação	Competências
De fiscalização	Auditor	<b>Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro</b>	Nomeado pelos Ministros das Finanças e da Saúde.	
	Fiscal único	<b>Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto</b>	Órgão que deverá existir nos hospitais com mais de 200 camas, nomeado por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde. Nos hospitais centrais, distritais e especializados o fiscal único deve ser revisor oficial de contas ou sociedade de revisores oficiais de contas.	Artigo 14.º, n.º 8: “ O funcionamento e as competências do fiscal único são definidos pelo regulamento interno dos hospitais, a aprovar por portaria do Ministro da Saúde.”
	Auditoria interna		Artigo 15.º: “Nos hospitais com mais de 500 camas deve existir um serviço de auditoria interna dirigido por um auditor com a devida qualificação, nomeado pelos Ministros das Finanças e da Saúde.”	Artigo 15.º, n.º 2: “Este serviço tem como objectivo promover a manutenção de um sistema de controlo interno eficaz destinado a: a) Assegurar a função de auditoria nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático, ambiental e da segurança e qualidade; b) Assegurar o desenvolvimento das ações de auditoria solicitadas pelos órgãos de administração; c) Fornecer ao conselho de administração e aos gestores operacionais análises e recomendações sobre as actividades revistas para potenciar a melhoria da performance dos serviços; d) Apoiar os órgãos de administração e gestão no cumprimento da sua missão; e) Propor ao conselho de administração a realização de auditorias por entidades terceiras.”

**Apêndice A – Acordo Modificativo HEPE e CHEPE**

**ACORDO MODIFICATIVO<sup>83</sup>**

Entre:

A **ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DE [...]**, representada pelo seu Presidente [...], com poderes para outorgar o acto, doravante designada de “ARS”;

A **ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE, I.P.**, representada pelo seu Presidente do Conselho Directivo, Dr. Manuel Ferreira Teixeira, com poderes para outorgar o acto, doravante designada de “ACSS”;

E

O **[HOSPITAL/CENTRO HOSPITALAR]**, como segundo outorgante, neste acto representado pelo Presidente do Conselho de Administração, [...], com poderes para outorgar o acto, doravante designado de “Hospital/Centro Hospitalar”;

**Cláusula 1ª**

1. Pelo presente Acordo Modificativo as Partes modificam o Contrato-Programa para a definição dos objectivos do plano de actividades do Hospital para o triénio 2007-2009, no âmbito da prestação de serviços e cuidados de saúde, celebrado em [...] de [...] de 2007.

2. Pelo presente Acordo é igualmente alterado o Anexo I ao Contrato-Programa para a definição dos objectivos do plano de actividades do Hospital para o triénio 2007-2009, no âmbito da prestação de serviços e cuidados de saúde, celebrado em [...] de [...] de 2007, conforme previsto na Cláusula 1ª, n.º3 deste último.

Celebrado aos    dias do mês de Dezembro, de 2008.

**PRIMEIROS OUTORGANTES**

Administração Regional de Saúde [...], IP

Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

**SEGUNDO OUTORGANTE**

[...]

**ANEXO I**

---

<sup>83</sup> In : ACSS – Unidade Operacional de Financiamento e Contratualização, Acordo Modificativo 2008. Veja-se também, por exemplo, ACSS – Acordo Modificativo 2009; ACSS – Acordo Modificativo do Contrato-Programa 2010; ACSS – Acordo Modificativo do Contrato-Programa 2011.

**Cláusulas específicas de financiamento para o ano 2009**

Cláusula 1ª

**Produção contratada**

O Hospital/Centro Hospitalar obriga-se a assegurar a produção correspondente às prestações de saúde constantes do presente Anexo e respectivos Apêndices.

Cláusula 2ª

**Remuneração pela produção contratada**

1. Como contrapartida pela produção base contratada, o Hospital/Centro Hospitalar, no ano de 2009, receberá o valor de € [...].
2. As actividades do Hospital/Centro Hospitalar são remuneradas em função da valorização dos actos e serviços efectivamente prestados, tendo por base a tabela de preços constante do Apêndice I.
3. A produção do internamento e do ambulatório médico e cirúrgico, classificada em GDH, é ajustada pelos índices de *case-mix* constantes do Apêndice I.
4. A remuneração e pagamento da produção contratada regem-se por Circular Normativa a publicar pela ACSS.

Cláusula 3ª

**Custos fixos e produção marginal**

1. Sempre que os volumes da produção realizada pelo Hospital/Centro Hospitalar na urgência forem inferiores aos contratados, o SNS assume o pagamento de cada unidade não produzida pelo preço de 27,5% do preço contratado, valor correspondente a 50% dos custos fixos associados a esta produção.

2. Não há lugar a qualquer pagamento caso as unidades realizadas sejam inferiores a 50% do volume contratado, por linha de produção.

3. Se o volume da produção realizada pelo Hospital/Centro Hospitalar for superior ao volume contratado, assume o pagamento de cada unidade produzida acima deste volume, até ao limite máximo de 10%, ao preço marginal que corresponde a: 44% do preço contratado para o internamento classificado em GDH médicos e GDH cirúrgicos urgentes, internamento de doentes crónicos e permanência em lar dos IPO; a 58% do preço contratado para a consulta e serviço

domiciliário; a 45% do preço contratado para a urgência e, a 75 % do preço contratado para o hospital de dia e episódios de ambulatório classificados em GDH médicos.

4. Os episódios programados (internamento e ambulatório) classificados em GDH cirúrgicos não estão sujeitos às regras enunciadas no número anterior, sendo paga toda a produção realizada ao preço da Tabela do SIGIC (Anexo II), se o volume da produção realizada for superior ao volume contratado.

#### Cláusula 4ª

##### **Valor de Convergência**

O Hospital/Centro Hospitalar receberá a importância de € [...] para compensar as obrigações no contexto do Serviço Nacional de Saúde.

#### Clausula 5ª

##### **Incentivos Institucionais**

Os incentivos institucionais serão atribuídos pelas ARS, no valor de € [...], em função do cumprimento de objectivos de qualidade e eficiência institucionais, nos termos do Anexo III-A e de metodologia a fixar em sede de acompanhamento da execução do Contrato-Programa.

#### Cláusula 6ª

##### **Planos de saúde**

No âmbito do Plano Nacional de Saúde, o Hospital/Centro Hospitalar receberá, se aplicável, os valores correspondentes aos planos de saúde especiais previstos no Apêndice II ao presente contrato-programa.

#### Cláusula 7ª

##### **Programas específicos**

1. O Hospital/Centro Hospitalar receberá o valor correspondente à actividade resultante dos programas específicos constantes do Apêndice III.

2. Serão ainda pagos valores específicos destinados ao sistema de custeio no valor de € [...] e registo oncológico regional no valor de € [...].

#### Cláusula 8ª

##### **Pagamentos**

1. O Hospital/Centro Hospitalar receberá, mensalmente, a título de adiantamento, por conta dos pagamentos a efectuar durante o ano de 2009, a importância de € [...], que será objecto de acerto de contas com a facturação emitida pelo Hospital/Centro Hospitalar e conferida pela ACSS.

2. O Hospital/Centro Hospitalar deverá enviar recibos dos valores correspondentes aos adiantamentos, sem prejuízo do envio futuro de facturas.

3. A factura referente à produção marginal deverá ser apresentada durante o 1º trimestre de 2010.

Cláusula 9ª

**Acertos ao adiantamento por dívidas entre instituições do SNS**

1. O Hospital/Centro Hospitalar autoriza desde já a dedução, por qualquer meio, ao valor do adiantamento mensal, da totalidade ou parte dos valores devidos por facturação entre instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde que já esteja vencida há mais de 6 meses.

2. A ACSS compromete-se a adicionar ao adiantamento por conta dos pagamentos o valor correspondente aos pagamentos referentes à facturação entre instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde que já esteja vencida há mais de 6 meses e tenham sido deduzidos às entidades contrapartes.

APÊNDICE I

PRODUÇÃO CONTRATADA E REMUNERAÇÃO

Ano 2009	ICM	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)
		Nº	%			
<b>1. Consultas Externas:</b>						
Nº Primeiras Consultas Médicas						
Nº Consultas Médicas Subsequentes		-	-	-		
<b>2. Internamento:</b>						
<b>Doentes Saídos</b>						
GDH Médicos						
GDH Cirúrgicos						
GDH Cirúrgicos Urgentes						
<b>Dias de Internamento de Doentes Crónicos</b>						
Doentes Medicina Física e Reabilitação	-	-	-			
Doentes de Psiquiatria Crónicos no Hospital	-	-	-			
Doentes Crónicos Ventilados	-	-	-			
Doentes Crónicos de Hansen	-	-	-			
Doentes Crónicos da Pneumologia	-	-	-			
<b>Valor Total do Internamento</b>	-	-	-	-		
<b>3. Episódios de GDH de Ambulatório</b>						
GDH Cirúrgicos		-	-			
GDH Médicos		-	-			
<b>Valor dos GDH de Ambulatório</b>	-	-	-	-		
<b>4. Urgências</b>	-	-	-	-	-	-
Atendimentos	-	-	-	-	-	-

**APÊNDICE I (continuação)**  
**PRODUÇÃO CONTRATADA E REMUNERAÇÃO**

Ano 2009	ICM	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)
		Nº	%			
<b>5. Sessões em Hospital de Dia</b>						
Hematologia	-	-	-			
Imuno-Hemoterapia	-	-	-			
Infeciologia	-	-	-			
Psiquiatria	-	-	-			
Outras	-	-	-			
<b>Valor Total do Hospital de Dia</b>	-	-	-			
<b>6. Diálise:</b>						
<b>Hemodiálise</b>	-	-	-			
Semana/doente	-	-	-			
<b>Diálise Peritoneal</b>	-	-	-			
Semana/doente	-	-	-			
<b>7. IG até 10 semanas</b>						
<b>Medicamentosa</b>	-	-	-			
N.º IG	-	-	-			
<b>Cirúrgica</b>	-	-	-			
N.º IG	-	-	-			
<b>8. Planos de Saúde:</b>						
<b>VIH/Sida</b>	-	-	-			
Novos doentes em tratamento ambulatorio	-	-	-			
<b>Diagnóstico Pré-Natal</b>	-	-	-			
Protocolo I	-	-	-			
Protocolo II	-	-	-			

**APÊNDICE I (continuação)**  
**PRODUÇÃO CONTRATADA E REMUNERAÇÃO**

Ano 2009	ICM	Doentes Equivalentes		Preço Unitário (Euros)	Quantidade	Valor (Euros)
		Nº	%			
<b>9. Serviços Domiciliários</b>						
N.º de visitas	-	-	-			
<b>10. Lar (IPO)</b>						
Dias de Estadia	-	-	-			
<b>11. Outros:</b>						
Medicamentos de cedência hospitalar em ambulatório	-	-	-	-		
Internos	-	-	-	-		
Incentivos institucionais	-	-	-	-		
<b>Valor de Convergência</b>	-	-	-	-	-	
<b>Valor Total do Contrato</b>	-	-	-	-	-	

**APÊNDICE II**  
**PLANO NACIONAL DE SAÚDE**

Planos de acção:

- VIH/SIDA
- Diagnóstico pré-natal
- Área oncológica
- Cuidados Continuados Integrados

**APÊNDICE III**

**PROGRAMAS ESPECÍFICOS**

---

Ajudas Técnicas

---

Assistência Médica no Estrangeiro

---

Assistência na área da Saúde Mental prestada por Ordens Religiosas

---

Convenções Internacionais

---

Diagnóstico da Retinopatia Diabética

---

Doenças Lisossomais de Sobrecarga

---

Incentivos aos Transplantes

---

## ANEXO II

### OBRIGAÇÕES EM MATÉRIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DE INSCRITOS PARA CIRURGIA – SIGIC

O Hospital/Centro Hospitalar obriga-se ao cumprimento das regras previstas no âmbito do SIGIC, bem como a prestar todas as informações às entidades nele envolvidas.

O Hospital/Centro Hospitalar obriga-se ainda a assegurar a operacionalidade dos equipamentos informáticos destinados à inscrição da informação necessária à gestão do SIGIC e à transferência de dados para o Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC).

#### Cláusula 1ª

1. A prática em desconformidade com o Regulamento do SIGIC determina, por dia nos incumprimentos de prazo e por ocorrência nas restantes situações, as seguintes penalizações:

a) 10% quando se verificar o incumprimento de prazos ou a prática de uma desconformidade com o Regulamento do SIGIC;

b) 50% quando se verificar a prática de uma desconformidade grave.

2. Para efeitos do disposto na alínea b) do número anterior, entende-se por desconformidade grave:

a) Falhas no processamento do sistema que interfiram com gravidade na saúde do utente ou na actividade dos prestadores de cuidados médicos — não execução dos exames e consultas pré-operatórias, quando necessárias;

b) Erros nos dados que induzam danos nos doentes ou que interfiram com gravidade no regular funcionamento do SIGIC - dados administrativos, codificação, datas, outros;

c) Não entrega de documentos requeridos aquando da transferência ou devolução do utente e quando solicitados pela UCGIC ou URGIC;

d) Execução de procedimentos cirúrgicos não propostos sem justificação válida;

e) Recusa de um procedimento cirúrgico disponibilizado pela entidade quando indevidamente justificado.

f) As que como tal estejam expressamente identificadas no regulamento do SIGIC.

3. O valor de referência para cálculo das penalizações é o preço base de uma unidade de produção da linha de internamento cirúrgico programado.

Cláusula 2<sup>a</sup>

1. O pagamento da produção base realizada é efectuado nos termos previstos na cláusula segunda do Anexo I do contrato-programa.

2. O pagamento da produção marginal realizada nas linhas de internamento cirúrgico programado (episódios de GDH cirúrgicos de internamento e de ambulatório que excedem a produção base) é efectuado de acordo com a Tabela de Preços em vigor para pagamento da produção a realizar no âmbito do SIGIC por entidades públicas e privadas, com a adaptação prevista na cláusula seguinte (cláusula 3<sup>a</sup> deste Anexo).

3. Ao pagamento da produção são descontadas as penalizações, nos termos da informação prestada pela UCGIC às ARS.

Cláusula 3<sup>a</sup>

A remuneração ao Hospital/Centro Hospitalar referente à produção cirúrgica marginal é acrescida, no caso de se verificarem intervenções com múltiplos procedimentos independentes (que poderiam ser executados em episódios cirúrgicos distintos), simultâneos ou consecutivos, que decorram num mesmo episódio cirúrgico, de um valor correspondente a 45% do preço do GDH do episódio.

**ANEXO III - A**

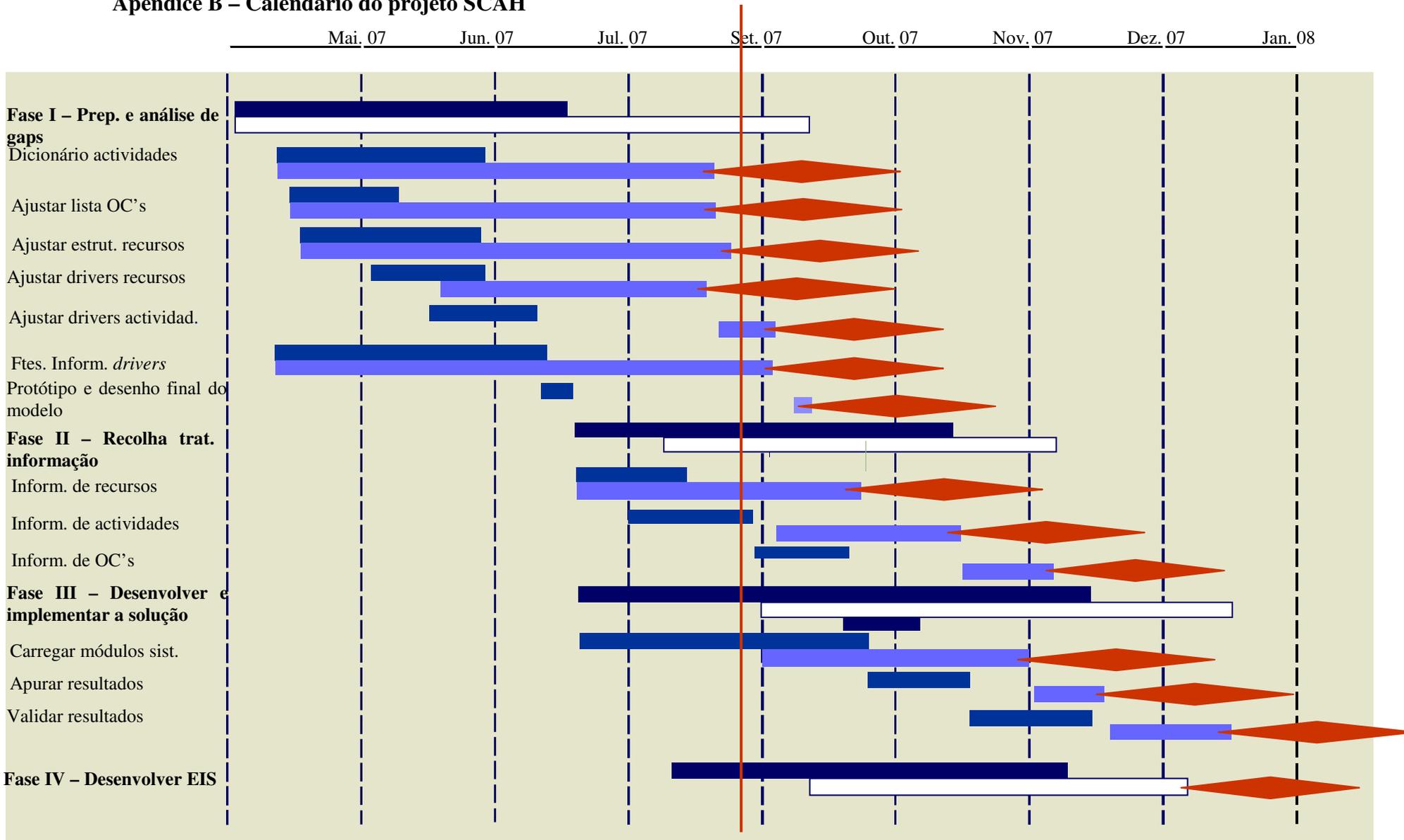
**OBJECTIVOS DE QUALIDADE E EFICIÊNCIA**

Áreas	Indicadores	Objectivo (2009)
<b>Objectivos Nacionais</b>		
<b>A. Qualidade e serviço</b>	<b>A.1</b> Taxa de reinternamentos nos primeiros cinco dias (%) <b>A.2</b> Nº profissionais envolvidos em programas de formação na área de controlo e infecção	
<b>B. Acesso</b>	<b>B.1</b> Nº doentes Referenciados nas especialidades de medicina interna, cirurgia geral e ortopedia para a RNCCI/Nº doentes saídos nas especialidades de medicina interna, cirurgia geral e ortopedia (%) <b>B.2</b> Peso das primeiras consultas médicas no total de consultas médicas	
<b>C. Desempenho assistencial</b>	<b>C.1</b> Peso da cirurgia do ambulatório no total de cirurgias programadas (%) <b>C.2</b> Demora média (dias)	
<b>D. Desempenho económico-financeiro</b>	D. 1 Custo unitário por doente padrão D.2 Resultado Operacional (€)	
<b>Objectivos Regionais</b>		
<b>E. Desempenho económico-financeiro</b>	<b>E.1</b> Consumos <b>E.2</b> Fornecimentos Serviços Externos <b>E.3</b> Custos com Pessoal <b>E.4</b> Compras	
<b>F. Outros objectivos regionais a fixar</b>	<b>F.1</b> <b>F. (...)</b>	

**Nota:**

**Articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados** - O Hospital/Centro Hospitalar está obrigado ao cumprimento do estipulado nas cláusulas 7.<sup>a</sup> e 8.<sup>a</sup> do Contrato-Programa assinado para o triénio 2007-2009, devendo garantir a correcta e a adequada articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nos termos da lei e das orientações fixadas pelo Ministério da Saúde nessa matéria.

Apêndice B – Calendário do projeto SCAH



Legende

- Plano inicial
- Plano revisto

