



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Zita Cristina da Costa do Espírito Santo

ATITUDES E CRENÇAS DE GESTORES E CLÍNICOS NA GOVERNAÇÃO DOS HOSPITAIS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO EM TRÊS HOSPITAIS PORTUGUESES

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde,

apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

para obtenção do grau de Mestre

Orientador: Prof. Doutor Victor Raposo

Coimbra, 2011



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

“A man flattened by an opponent can get up again.
A man flattened by conformity stays down for good.”

(T. Watson Jr.)

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
ÍNDICE DE FIGURAS	v
ÍNDICE DE QUADROS	ix
ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS	xi
RESUMO / ABSTRACT	xiii
1. INTRODUÇÃO	1
PARTE CONCEPTUAL	
2. AS REFORMAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DO SECTOR DA SAÚDE	7
2.1. A redução do papel do Estado	8
2.2. A Nova Gestão Pública (<i>New Public Management</i>)	12
2.3. O Novo Serviço Público (<i>New Public Service</i>)	18
2.4. O sentido geral das reformas no sector da saúde	20
3. AS REFORMAS HOSPITALARES	23
3.1. O hospital	23
3.1.1. A organização	24
3.1.2. Configuração organizacional – a burocracia profissional	28
3.1.3. A dupla autoridade nos hospitais	31
3.2. As reformas organizacionais	36
3.3. A governação clínica e a melhoria do desempenho organizacional	41
4. O PANORAMA PORTUGUÊS	47
4.1. As reformas na Administração Pública e no sector da saúde	48
4.2. As reformas hospitalares	57
4.3. Estrutura organizacional e gestão dos hospitais públicos em Portugal	69
4.4. Dupla autoridade nos hospitais	77
5. CONCLUSÕES	81
PARTE EMPÍRICA	
6. INTRODUÇÃO	83
7. METODOLOGIA	83
7.1. Modelo conceptual de análise	83

7.2. Caracterização do questionário original	85
7.3. Adaptação e validação cultural	87
7.4. Estrutura final do questionário	90
7.4.1. Dados pessoais	91
7.4.2. Cuidados de saúde	91
7.4.3. Valores no trabalho	91
7.4.4. Governação clínica	92
7.4.5. Autonomia	92
7.4.6. Prática clínica	93
7.4.7. Alocação de recursos	94
7.4.8. Responsabilização/Prestação de contas	94
7.4.9. Estabelecimento de normas	95
7.4.10. Gestão de Unidades Clínicas	95
7.4.11. Avaliação organizacional	96
7.4.12. Mudanças para a melhoria do desempenho	97
7.4.13. Papel dos Cuidados de Saúde Primários	97
7.4.14. Economia / Comunidade Local de Saúde	97
7.4.15. Comentários ao questionário	98
7.5. Selecção dos hospitais e dos profissionais	98
8. RESULTADOS E DISCUSSÃO	101
8.1. Caracterização da amostra	101
8.1.1. Caracterização da amostra global	103
8.1.2. Caracterização da amostra dos gestores	106
8.1.3. Caracterização da amostra dos clínicos	109
8.2. Cuidados de saúde	112
8.3. Valores no trabalho	117
8.4. Governação clínica	121
8.5. Autonomia	126
8.6. Prática clínica	128
8.7. Alocação de recursos	132

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, desejo prestar um agradecimento a todos aqueles que, com o seu saber e a sua colaboração, dispuseram do seu tempo para me ajudar.

Ao Professor Doutor Victor Raposo, meu orientador, por todos os ensinamentos, dedicação e disponibilidade que me dispensou ao longo de todas as etapas da elaboração desta investigação.

Ao Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) pelo apoio financeiro que deu a este projecto e em toda a logística necessária para a impressão gráfica e despesas de correio. À Ana Rita pela atenção que deu à recepção dos questionários.

Aos membros dos Conselhos de Administração dos Hospitais pela autorização concedida para a aplicação do questionário.

A todos aqueles que tiveram a amabilidade e gentileza de responder ao questionário. Sem eles não seria possível a elaboração deste e de trabalhos futuros.

A todos os que colaboraram no processo de tradução e validação cultural e linguística do questionário.

À Dra. Margarida Marques pela sua disponibilidade, ajuda e esclarecimento de dúvidas no tratamento dos dados.

Ao Luís Martinho, à Paula Macedo e ao Rui Silva pelo apoio no nosso dia-a-dia.

Aos meus colegas de Mestrado, pelas experiências e conhecimentos e pelos bons momentos, que partilhámos no decorrer destes dois anos.

Aos Professores que leccionaram todas as cadeiras do Mestrado, pois foi para mim um privilégio aprender com eles.

Ao António, por tudo aquilo que ele faz acontecer.

Por fim, mas não por último, aos meus melhores amigos, os meus Pais, pelo apoio incondicional que sempre me deram em todas as etapas da minha vida e pela forma como souberam “reclamar” a minha ausência nestes dois anos.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Modelo dos quatro mundos do hospital	26
Figura 2 - Modelo-Tipo de Mintzberg	Burocracia Profissional de Mintzberg .. 29
Figura 3 - Distribuição do número de questionários recebidos por quinzena.....	102
Figura 4 - Caracterização da amostra quanto ao grupo etário e género	103
Figura 5 - Caracterização da amostra quanto à experiência profissional	103
Figura 6 - Caracterização da amostra quanto ao tipo de hospital	104
Figura 7 - Caracterização da amostra quanto ao tempo na função actual.....	104
Figura 8 - Caracterização da amostra quanto à condição de emprego	105
Figura 9 - Caracterização da amostra quanto à maior qualificação académica	105
Figura 10 - Caracterização da amostra dos gestores quanto à idade e ao género.....	106
Figura 11 - Caracterização da amostra dos gestores quanto ao tempo na função	106
Figura 12 - Caracterização da amostra dos gestores quanto à condição de emprego	107
Figura 13 - Caracterização da amostra dos gestores quanto à maior qualificação académica	108
Figura 14 - Caracterização da amostra dos clínicos quanto ao grupo etário e género	109
Figura 15 - Caracterização da amostra dos clínicos quanto ao tempo na função	109
Figura 16 - Caracterização da amostra dos clínicos quanto à condição de emprego.....	110
Figura 17 - Caracterização da amostra dos clínicos quanto à maior qualificação académica	111
Figura 18 - Comparação do <i>ranking</i> obtido entre gestores e clínicos para o maior grau de importância	113
Figura 19 - Comparação do ranking obtido entre gestores e clínicos para o menor grau de importância	113
Figura 20 - Opinião dos gestores quanto às questões que o sistema de saúde enfrenta relacionadas com a reforma dos cuidados de saúde.....	115
Figura 21 - Opinião dos clínicos quanto às questões que o sistema de saúde enfrenta relacionadas com a reforma dos cuidados de saúde	115
Figura 22 - Opinião dos gestores quanto às estratégias que o sistema de saúde enfrenta relacionadas com os recursos	116

Figura 23 - Opinião dos clínicos quanto às estratégias que o sistema de saúde enfrenta relacionadas com os recursos	117
Figura 24 - Opinião dos gestores quanto aos factores importante na escolha de um emprego ...	118
Figura 25 - Opinião dos clínicos quanto aos factores importante na escolha de um emprego	118
Figura 26 - Comparação do ranking obtido entre gestores e clínicos para o maior grau de importância	119
Figura 27 - Comparação do ranking obtido entre gestores e clínicos para o menor grau de importância	119
Figura 28 - Crenças dos gestores sobre as relações sociais no seio das organizações.....	121
Figura 29 - Crenças dos clínicos sobre as relações sociais no seio das organizações	121
Figura 30 - Opinião dos gestores sobre os prováveis resultados clínicos de uma governação clínica efectiva	122
Figura 31 - Opinião dos clínicos sobre os prováveis resultados clínicos de uma governação clínica efectiva	123
Figura 32 - Avaliação dos gestores aos efeitos organizacionais da governação clínica	124
Figura 33 - Avaliação dos clínicos aos efeitos organizacionais da governação clínica	125
Figura 34- Percepção dos gestores sobre os factores que podem afectar a autonomia clínica	127
Figura 35 - Percepção dos clínicos sobre os factores que podem afectar a sua autonomia	127
Figura 36 - Opinião dos gestores sobre os factores que podem produzir variabilidade na prática clínica	128
Figura 37 - Opinião dos clínicos sobre os factores que podem produzir variabilidade na prática clínica	129
Figura 38 - Nível de importância atribuída por gestores e clínicos à variabilidade da prática clínica	129
Figura 39 - Classificação dos gestores sobre a sua experiência com diferentes métodos de monitorização e gestão do trabalho clínico	130
Figura 40 - Classificação dos clínicos sobre a sua experiência com diferentes métodos de monitorização e gestão do trabalho clínico	131
Figura 41 - Opinião dos gestores sobre a alocação de recursos	133
Figura 42 - Opinião dos clínicos sobre a alocação de recursos	133

Figura 43 - Percepção dos gestores relativamente ao alcance e aos limites da sua responsabilização/prestação de contas.....	135
Figura 44 - Percepção dos clínicos relativamente ao alcance e aos limites da sua responsabilização/prestação de contas.....	136
Figura 45 - Opinião dos gestores relativamente às normas de orientação clínica	137
Figura 46 - Opinião dos clínicos relativamente às normas de orientação clínica.....	137
Figura 47 - Opinião dos gestores sobre as estratégias aplicadas à gestão de Unidades de Saúde	138
Figura 48 - Opinião dos clínicos sobre as estratégias aplicadas à gestão de Unidades de Saúde	139
Figura 49 - Comparação do ranking obtido entre gestores e clínicos para o maior grau de importância	144
Figura 50 - Comparação do ranking obtido entre gestores e clínicos para o menor grau de importância	145
Figura 51 - Percepção dos gestores sobre as metas do seu Hospital	145
Figura 52 - Percepção dos clínicos sobre as metas do seu Hospital	146
Figura 53 - Avaliação do sentimento geral dos gestores sobre o seu hospital.....	148
Figura 54 - Avaliação do sentimento geral dos clínicos sobre o seu hospital.....	148

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Perspectivas comparadas: Administração Pública Tradicional, <i>New Public Management</i> e <i>New Public Service</i>	20
Quadro 2 - Descrição das características associadas à governação clínica	42
Quadro 3 - Caracterização do questionário quanto ao tipo de escala	86
Quadro 4 - Estrutura final do questionário.....	90
Quadro 5 - Número de questionários entregues por hospital e por ocupação.....	99
Quadro 6 - Número de questionários recebidos por hospital e por ocupação	102
Quadro 7 - Caracterização da amostra relativamente à maior qualificação em gestão	105
Quadro 8 - Distribuição do tempo de trabalho dos gestores gasto nas várias funções	107
Quadro 9 - Caracterização da amostra dos gestores quanto à maior qualificação em gestão	108
Quadro 10 - Distribuição do tempo de trabalho dos clínicos gasto nas várias funções	110
Quadro 11 - Caracterização da amostra dos clínicos quanto à maior qualificação em gestão	111
Quadro 12 - Comentários de gestores e clínicos à governação clínica.....	126
Quadro 13 - Comentários de gestores e clínicos à alocação de recursos.....	134
Quadro 14 - Caracterização da dimensão dos Estilos de Gestão.....	139
Quadro 15 - Caracterização da dimensão de Direcção e Coordenação.....	140
Quadro 16 - Caracterização da dimensão da Relação com o Hospital	141
Quadro 17 - Caracterização da dimensão Conflito	142
Quadro 18 - Caracterização da dimensão do Sistema de Incentivos.....	143
Quadro 19 - Comentários referentes à questão “o que mudaria?” (1)	150
Quadro 20 - Comentários referentes à questão “o que mudaria?” (2)	151
Quadro 21 - Caracterização da distribuição do papel dos Cuidados de Saúde Primários	151
Quadro 22 - Comentários ao papel dos CSP	152
Quadro 23 - Factores prejudiciais nos CSP.....	153

SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
AP	Administração Pública
CA	Conselho de Administração
CRI	Centro de Responsabilidade Integrado
CSC	Cuidados de Saúde Continuados
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CRES	Conselho de Reflexão sobre a Saúde
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERGHO	<i>European Research Group on Health Outcomes</i>
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
GDH	Grupos de Diagnóstico Homogéneos
MBE	Medicina Baseada na Evidência
NHS	<i>National Health Service</i>
NMP	<i>New Public Management</i>
NPS	<i>New Public Service</i>
NOC	Normas de Orientação Clínica
NSP	Novo Serviço Público
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico

OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PFI	<i>Private Finance Initiatives</i>
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPP	Parcerias Público-Privadas
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SA	Sociedade Anónima
SEE	Sector Empresarial do Estado
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Sector Público Administrativo
SSP	Sistema de Saúde Português
USF	Unidades de Saúde Familiar

RESUMO

O presente trabalho tem como objectivo principal analisar as percepções, atitudes e crenças de clínicos e gestores face às reformas recentemente ocorridas nos hospitais públicos portugueses, nomeadamente a alocação dos recursos, a implementação efectiva da governação clínica, a variabilidade da prática clínica, as crenças dos profissionais de saúde face às relações sociais no seio das organizações, entre outros. A importância deste trabalho prende-se com o facto de actualmente serem colocados aos hospitais desafios ao nível da concepção e implementação de um modelo de organização e gestão dos hospitais que aposte na articulação, integração, continuidade e proximidade de cuidados, centrado no cidadão, suportado por um sistema efectivo de governação clínica promotor da sua efectividade, da qualidade em saúde e da implementação de uma cultura efectiva de responsabilização/prestação de contas de forma a acautelar a eficiência que a todos cabe: políticos, gestores, prestadores e cidadãos. Assim, desenvolveu-se um estudo exploratório que integrou três hospitais públicos portugueses, onde foi aplicado um questionário fechado a gestores (administradores/gestores, médicos com funções de direcção e enfermeiros-chefes) e a clínicos (médicos e enfermeiros). Os resultados obtidos, para a amostra considerada, mostram não existirem, no geral diferenças significativas nas percepções que gestores e clínicos têm relativamente às dimensões que foram analisadas. As limitações encontradas ao longo da execução do estudo, bem como alguns dos resultados obtidos sugerem a necessidade de futuros trabalhos de investigação.

Palavras-Chave: Reformas Hospitalares; Governação Hospitalar; Governação Clínica; Governação em Saúde; Nova Gestão Pública; Novo Serviço Público; Organização Interna dos Hospitais.

ABSTRACT

The main objective of the present work is to analyze the perceptions, attitudes and beliefs of clinicians and managers in the face of recent reforms that have occurred in the Portuguese public hospitals, namely, with the allocation of resources, with the effective implementation of clinical governance, with the variability of clinical practice; with the beliefs of health professionals in the social relations within organizations, among others. The importance of this work relates to the fact that hospitals are currently being placed on challenges in the design and implementation of a new organization and management that portray on the articulation, integration, continuity and proximity of care, centered on the citizen, supported by an effective system of clinical governance as a promoter of its effectiveness, quality of health and the implementation of an effective culture of accountability in order to safeguard the efficiency that fits everyone: politicians, managers, providers and citizens. Thus, we developed an exploratory study that integrated three Portuguese hospitals, where a closed questionnaire was applied to hospital managers (general managers, medical managers, and nurse managers) and clinicians (medical clinicians and nurse clinicians). The results obtained for the considered sample showed that there are no overall significant differences in the perceptions that managers and clinicians have in regard to the dimensions that were analyzed. The limitations encountered during the execution of the study, as well as some of the results obtained, suggest the need for future research.

Keywords: Hospital Reforms, Hospital Governance, Clinical Governance, Health Governance, New Public Management, New Public Service, Internal Organization of Hospitals.

1. INTRODUÇÃO

O ritmo acelerado de crescimento das despesas com a saúde sobretudo nas últimas três décadas e a procura de equidade no acesso aos cuidados de saúde, criaram a necessidade aos governos de repensarem as suas políticas de saúde, tendo levado, naturalmente, a reformas dos sistemas ou, pelo menos, a questioná-los, quer na vertente da eficiência dos serviços, quer na vertente da efectividade dos resultados (OCDE, 2003).

O Sistema de Saúde Português (SSP), à semelhança dos de outros países europeus, tem vindo a sofrer diversas modificações, na sua organização, ao longo das últimas três décadas. Estas reflectem a influência de diversos factores relacionados com as tendências económicas, políticas e sociais do país, ao longo desses anos. Foi confrontado com o grande desafio de conseguir uma gestão de recursos capaz de dar resposta a crescentes necessidades e expectativas, sem comprometer princípios gerais de acessibilidade, equidade e qualidade.

Actualmente, grande parte do financiamento da saúde é absorvida pelos hospitais, representando, em 2007, cerca de 52,5% (Ministério da Saúde, 2009) e atendendo a que os hospitais são as organizações que determinam maior nível de custos incorridos no sistema, resultantes do papel preponderante que os hospitais desempenham no Serviço Nacional de Saúde (SNS), sendo responsáveis pela disponibilização de meios com interferência directa na qualidade de vida das populações, por disporem de recursos humanos especializados e recursos técnicos sofisticados, para a prestação de cuidados de saúde, devem merecer uma especial atenção constituindo-se como campos obrigatórios

de aplicação de novos modelos e instrumentos de gestão que permitam obter a máxima utilidade social dos elevados recursos que lhes estão afectos.

Os hospitais são organizações extraordinariamente complexas (Glouberman e Mintzberg, 2001) representando a forma mais difícil de organização humana que alguma vez se tentou gerir (Drucker, 1989). As últimas décadas foram conduzidas por uma procura intensa de novos e inovadores modelos de gestão para os hospitais que proporcionassem um contributo maior na eficiência.

Uma questão, muitas vezes destacada como difícil, prende-se com a coexistência de duas linhas de autoridade nas organizações prestadoras de cuidados de saúde e o controlo de agentes, em particular, os médicos com autonomia que tomam as decisões com maior impacto nas despesas. Tem-se assistido a um nova perspectiva nas políticas de saúde e na gestão dos sistemas públicos de saúde que antecipam mudanças importantes na gestão das organizações que os integram e na participação dos profissionais de saúde nessa gestão, nomeadamente os médicos.

A organização da prestação de cuidados de saúde tem vindo a evoluir no sentido da centralização no doente e na aposta numa tentativa de ruptura com uma cultura organizacional, que, no essencial, tem privilegiado o interesse dos prestadores e dos grupos profissionais.

Tem vindo a apostar-se na implementação da governação clínica, a qual foi concebida como um processo *bottom-up* de desenvolvimento local, que implica um grande envolvimento por parte dos profissionais de saúde e fomenta parcerias activas com os doentes (Ministério da Saúde, 2010b).

Actualmente, há novos padrões de doença e novas expectativas, sente-se a necessidade de integração e coordenação entre serviços e, para além dos conflitos de autoridade entre as linhas clínicas e de gestão, surgem cada vez mais pressões para a racionalização dos recursos. Por estes motivos, nos últimos anos, e de certa forma, tentando acompanhar mudanças ao nível internacional, começaram a experimentar-se novas formas de ver a gestão do hospital público português.

Assim, na sequência de várias tentativas de reforma do SNS nos últimos anos, bem como pelo facto de se estar a discutir actualmente a organização interna dos hospitais portugueses¹ e a introdução de aspectos característicos da governação hospitalar e da governação clínica, considerou-se relevante a realização deste trabalho.

O presente trabalho tem como objectivo principal analisar as percepções, atitudes e crenças de clínicos e gestores face às reformas recentemente ocorridas nos hospitais públicos portugueses, nomeadamente com as principais estratégias para resolver os problemas de recursos com que o sector da saúde se defronta actualmente; com a implementação efectiva da governação clínica que consigo associa questões como a responsabilização/ prestação de contas, a alocação dos recursos ou o estabelecimento de normas para os cuidados médicos; com a variabilidade da prática clínica; com as crenças dos profissionais de saúde face às relações sociais no seio das organizações; com os aspectos mais valorizados na escolha de um emprego; com a autonomia dos profissionais

¹ Em Junho 2010 foi tornado público o documento: “A Organização Interna e a Governação dos Hospitais”, elaborado no mandato do XVIII Governo Constitucional pelo Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais (Ministério da Saúde, 2010). Em 24 de Agosto de 2011, já no XIX Governo Constitucional, através do Despacho n.º 10601/2011, foi criado um Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar aguardando-se a publicação do documento final.

de saúde, e ainda, com o sentimento geral dos profissionais de saúde sobre o Hospital onde exerce funções.

Com a sua realização, poderá aferir-se em que medida os profissionais de saúde dos hospitais estão dispostos a incorporar novas posturas, novas atitudes e novos comportamentos no contexto da adopção de novas formas organizacionais e conseqüentemente de novas formas de gestão dos hospitais, mostrando como as tendências e perspectivas adoptadas podem contribuir para a reorganização do processo de trabalho em saúde.

O presente trabalho está estruturado da seguinte forma: a parte conceptual e a empírica.

A parte conceptual (capítulos 2, 3 e 4), é dedicada à revisão da literatura relativa às reformas da Administração Pública (AP) e do sector da saúde, às reformas hospitalares e à apresentação do panorama em Portugal. Com estes capítulos procuramos identificar e caracterizar, de uma forma geral, as grandes mudanças que têm vindo a ser introduzidas, ao nível da gestão, do estatuto jurídico e da organização interna destas instituições públicas de prestação de cuidados de saúde, ao longo das últimas décadas. Abordamos igualmente a análise de diversos conceitos teóricos necessários para a compreensão do tema, relacionados com a gestão estratégica e o processo de organização interna (abordando em particular aspectos como a dupla autoridade e a descentralização da gestão) e com os instrumentos usados no âmbito da governação dos hospitais e da governação clínica. Por fim, procuramos interligar os conceitos revistos com o panorama português.

Na parte empírica, (capítulos 6, 7 e 8) é apresentado o estudo efectuado. O capítulo 7 descreve os objectivos e a metodologia de investigação adoptada. De seguida, o capítulo 8 inclui a caracterização da amostra e a apresentação e discussão dos resultados obtidos. Por último, no capítulo 9 são apresentadas as principais conclusões, as dificuldades encontradas, as limitações do trabalho empírico e as perspectivas de investigação futura.

PARTE CONCEPTUAL

2. AS REFORMAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (AP) E DO SECTOR DA SAÚDE

Ao longo das últimas décadas tem-se assistido na generalidade dos países europeus à retracção do Estado Providência (*Welfare State*), em resultado do declínio do “fordismo” e das crises fiscais dos Estados. Em consequência os serviços públicos têm vindo a sofrer remodelações: reestruturações organizacionais que assentam no pressuposto da racionalização, associam-se a reformas da AP cujos objectivos se resumem no lema “menos Estado, melhor Estado”, ou seja, uma procura de delimitar as funções do Estado com a intenção discursiva de melhorar a qualidade e aumentar a transparência no seu funcionamento, através da “modernização” não burocrática da sua gestão. Foi neste contexto que surgiu o paradigma de gestão do *New Public Management (NPM)*, utilizado pelos Governos desde 1980 para modernizar o sector público.

A abordagem das mudanças referidas e experimentadas na AP em Portugal, e em concreto na área da Saúde, pode ser estudada com base na denominada “Nova Gestão Pública”, pelo que importa percebê-la, bem como os seus fundamentos teóricos, para que possamos entender, empiricamente, nos capítulos subsequentes, a nova realidade do sector da saúde em Portugal.

Neste sentido, importa perceber a necessidade da redução do papel do Estado na AP, sendo este assunto considerado na secção 2.1. As secções 2.2.e 2.3. integram uma abordagem à denominada “Nova Gestão Pública” e ao Novo Serviço Público, respectivamente. A secção 2.3. aborda o sentido geral das reformas no sector da saúde enquadrado nos conceitos desenvolvidos nas secções anteriores.

2.1. A redução do papel do Estado

O Estado Providência surgiu como consequência de uma crise profunda sofrida a nível mundial e impôs-se definitivamente na Europa na fase posterior à 2.ª Grande Guerra (Rocha, 2001), provocando um aumento substancial das despesas públicas e do pessoal administrativo, justificado pelo crescente aumento da dimensão e papel do governo (Rocha, 1991), por meio da sua intervenção na vida económica e social.

De um forma sumária pode afirmar-se que tal como o Estado estava organizado na década de 70, abarcava três dimensões dependentes entre si: a dimensão económica, social e administrativa. A primeira dimensão era a *keynesiana*, onde o Estado surgia com o papel principal na intervenção da economia, na tentativa de alcançar o pleno emprego e actuar sobre os sectores chave da economia. O Estado Providência diz respeito à dimensão social do modelo. O bem-estar das populações era a meta a alcançar, através da satisfação das necessidades básicas da população (política de educação, saúde, etc.). A dimensão administrativa era chamada de modelo burocrático *weberiano*, ao qual cabia o papel de manter a neutralidade e a racionalidade do aparelho governamental. A distinção entre a reforma do Estado e da AP é difícil de separar, não se sabendo onde acaba um e começa a outra (Afonso, 2010).

Ao longo das últimas três décadas fizeram-se sentir alterações profundas do papel do Estado e, conseqüentemente, da AP, cujo perfil e funções são por ele determinadas (Harfouche, 2008).² De facto, o contexto histórico, económico, político e social em que o

² São disso exemplo a deslocação de funções e de competências do Estado nacional para organizações internacionais fruto da globalização e da internacionalização de bens e factores de mercado (Rego, 2008: 23).

Estado desenvolve as suas actividades e exerce a sua missão impõe mudanças estruturais no âmbito da AP (Rego, 2008).

A crise do Estado, embora possa ser atribuída ao seu crescimento excessivo e distorcido, não aponta para um Estado mais fraco mas para um Estado mais forte, que recupere a capacidade económica de realizar poupança pública e a capacidade política de orientar a sociedade na direcção do desenvolvimento e da democracia. Conforme observa Lechner (1996)³, a origem da crise estaria não num Estado demasiado forte mas num Estado demasiado débil, chegando a atingir uma situação paradoxal em que as capacidades de conduzir o Estado diminuem, ao mesmo tempo que aumenta a necessidade de condução de processos sociais por parte dele.

Foi neste contexto que em muitas sociedades surgiu a necessidade de redefinir o papel do Estado.

A redefinição do papel do Estado na economia e a tentativa de reduzir os gastos na área social, muitas vezes não atingida, foram as soluções encontradas à crise económica e social. Para responder ao enfraquecimento do modelo burocrático *weberiano* (o que equivale dizer o modelo administrativo) introduziram-se padrões empresariais na AP. Evolui-se de um modelo burocrático caracterizado pela neutralidade e racionalidade, para uma AP que inclui algumas características das organizações empresariais (Escoval, 2003).

O modelo empresarial estendeu-se a grande parte da AP, onde se inclui o sector da Saúde. O modelo empresarial é analisado e discutido em vários países em vertentes como os modelos de avaliação de desempenho e os métodos característicos da

³ O autor entende “condução” no sentido do poder do Estado para coordenar as forças sociais em torno de uma perspectiva de desenvolvimento sustentado.

empresarialização que são temas fundamentais para a alteração das estruturas administrativas. O modelo burocrático tradicional não corresponde às realidades e deixa lugar vago à implementação de novas alternativas, que possam controlar custos e melhorar a qualidade dos serviços públicos.

O modelo empresarial, foi o factor de mudança no modelo *weberiano* (estruturas hierárquicas), num contexto de muitas concepções organizacionais, onde o modelo apesar das suas incapacidades, permite que sejam ultrapassadas ao contrário do imobilismo burocrático do sector público (Escoval, 2003).

Em Portugal, o modelo baseado no Estado Providência teve expressão no final do Estado Novo, verificando-se a sua implementação após a revolução de 1974, a adopção deste modelo encontrou a mesma justificação que nos restantes países da Europa quando o adoptaram três décadas mais cedo; no caso português: instabilidade governamental, fraqueza dos partidos políticos e a expansão das políticas sociais do Estado (Rocha, 2001).

Ainda segundo Rocha (2001), a “máquina” estava cada vez mais pesada: desde a subida de custos à desumanização da burocracia, decorrente das disfunções do modelo apresentado por Weber, que tornou os serviços mais rígidos e distantes dos cidadãos, e ainda o “falhanço” na filosofia do Estado Providência que pretendia maior igualdade, o que não veio a concretizar-se e inevitavelmente, as críticas surgiram dando lugar a outros paradigmas baseados no pressuposto de que o Estado não deveria intervir na actividade económica, que deveria proceder à privatização. Ainda na mesma linha de pensamento, tudo o que não fosse privatizável deveria fazer parte de um modelo de gestão empresarial.

O Estado assume cada vez menos uma postura intervencionista, reduzindo significativamente as tarefas que lhe estão atribuídas no plano social e assume particular relevância no âmbito das actividades de gestão, de controlo e de regulação. As funções tradicionais de produção e de distribuição de bens e serviços têm vindo a ser progressivamente substituídas pelas funções de financiamento, de prestação e de regulação (Simões, 2004 e Rego, 2008).

Conforme sugere Simões (2004), no modelo que progressivamente se desenha, o Estado deixa de ser produtor e empresário e principal prestador de serviços públicos, os quais passam a ser dirigidos por empresas privadas ou por organizações não lucrativas, por delegação do Estado ou em parcerias público-privadas. O Estado assume, assim, sobretudo um papel de regulador e de organizador de serviços públicos.

O grande desafio do Estado, no contexto actual, é procurar combinar e concertar da melhor forma as suas funções de Estado de Direito, com as novas orientações de gestão na AP fundadas a partir de uma lógica de mercado. As transformações do meio envolvente reflectem-se nos sistemas de gestão (financeira, estratégica, de recursos humanos, de qualidade dos serviços) e na natureza jurídica das instituições que lhe estão associadas (Rego, 2008).

Numa reflexão recente, Maria de Belém Roseira (2010), refere que *“foi quase de repente que entramos numa crise financeira e, por arrastamento, numa crise económica, que cruzadas com indicadores sociais de envelhecimento demográfico, de aumento da esperança de vida e de desemprego, perturbam de forma profunda o caminho de segurança e desenvolvimento alcançados através da construção, ao longo do sec. XX, dos sistemas de protecção social.”*

Salienta ainda, que estes cenários criam momentos oportunos para a reflexão sobre o modelo de protecção social que fomos construindo, designadamente sobre os problemas de que enferma e quais as correcções e alterações que se devem introduzir para o tornar mais justo, mais racional e mais equitativo, onde a Saúde, como primeiro de todos os bens, deve ser encarada, não como um peso financeiro, mas como sustentadora e dinamizadora de actividades económicas.

2.2. A Nova Gestão Pública (*New Public Management*)

Geralmente, são apontados quatro parâmetros fundamentais que condicionaram a necessidade de reforma da AP: a crescente falta de recursos financeiros que obrigou o repensar das despesas e receitas do sector público; a conjuntura globalizada que condicionou a adaptabilidade das novas tecnologias de informação e comunicação; as mudanças culturais e sociais que induziram nos cidadãos a exigência de um melhor sector público e a necessidade de desconcentrar os serviços públicos (Rego, 2008)

Para além deste contexto, em grande parte decorrente das consequências do processo de globalização, em cada país a estratégia reformista tem sido influenciada pelas especificidades históricas da construção do respectivo sistema de AP, do poder de influência dos sindicatos, da capacidade de intervenção dos cidadãos, quer face à tomada de decisão política, quer na avaliação do desempenho e das formas de organização dos serviços públicos, mas, também, da situação conjuntural político-económica e subsequente prevalência de uma perspectiva ideológica mais ou menos liberal.

O novo paradigma da gestão dos serviços públicos, denominado de *NPM*, em português “Nova Gestão Pública”, surgiu nos anos 80 e foi adoptado nos países anglo-saxónicos e nórdicos, tendo como objectivo principal o controlo de custos e o aumento da eficiência, veio introduzir uma visão diferente à organização e às responsabilidades do sector público, privilegiando os resultados em detrimento dos processos.

Essa é a tendência que se vai generalizando no seio dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE), à qual Portugal não ficou alheio, estendendo-se esta a áreas como a economia, as finanças e também a saúde.

Para Pollitt (1990), este paradigma é visto como um corpo de pensamento de gestão sustentado por ideias originárias do sector privado e importadas para o sector público, tendo sido também definida como uma visão, uma ideologia ou mais prosaicamente um conjunto de abordagens e técnicas de gestão particulares comumente implementadas e testadas no sector privado com fins lucrativos.

Gomes (2001) sintetiza as suas características fundamentais nos seguintes aspectos: a orientação para a qualidade dos serviços oferecidos aos “clientes”; esforços para reduzir os custos e, em particular, assegurar a transparência dos custos de produção, diferenciação do financiamento, da aquisição e da produção de serviços; aceitação da independência organizacional de unidades administrativas; descentralização das responsabilidades de direcção (separação das decisões estratégicas e operacionais); introdução da avaliação do desempenho e dos resultados; integração de princípios de concorrência (ex: *contracting out*); flexibilização do emprego público.

Para Shaw (2004), o NPM consistiu na ordenação de um conjunto de doutrinas direccionadas para a reforma administrativa, baseada em ideias de competição, escolha

do utilizador, transparência e desconcentração de estruturas de incentivo. São ideias claramente distantes de ideias tradicionais de burocracia e de administração, com objectivos de clarificação de hierarquias e de eliminação da duplicação de linhas de responsabilidade.

Para Raposo (2007), citando Osborne e Plastrik (1998), a influência do NPM modelou as reformas públicas trazendo para a administração novos conceitos, tais como: responsabilização (de que é que os gestores e as suas organizações são responsáveis?), melhoria do desempenho (como é que os gestores de nível institucional ou intermédio podem ser mobilizados para melhorarem a prestação ou a produção dos resultados acordados?) e prestação de contas aos utilizadores das instituições (que organizações devem ser consideradas capazes para produzir com qualidade?)

No entanto, a adopção de métodos de gestão privada no sector público não deve ser feita de uma forma cega pois este sector tem especificidades que não existem no sector privado. Por exemplo, enquanto neste último o lucro constitui o principal objectivo, no sector público o grande objectivo é o de satisfazer as necessidades colectivas da população. Para além disso, a estrutura organizacional de ambas é diferente, tal como o ambiente e vínculos laborais, entre outros factores.⁴

A abordagem do NPM tem como base a crítica da burocracia como princípio organizacional da AP, onde a inflexibilidade baseada em sistemas hierárquicos complexos (com esquema de decisão de cima para baixo) caracteriza a burocracia, tornando o serviço prestado relativamente distante do cidadão.

⁴ Para uma melhor compreensão desta diferença aconselhamos a consulta dos trabalhos sobre as diferenças entre gestores e governantes de Osborne e Gaebler (1993) e os factos que afectam de forma diferente os incentivos, a procura de resultados e a eficiência de Clarke e Pitelis (1993).

Neste âmbito deve destacar-se a importância que assumiu o NPM na alteração do tradicional paradigma organizacional da AP,⁵ influenciando as orientações estratégicas das reformas empreendidas pelos países membros da União Europeia, designadamente, no que concerne a implementação de políticas e de práticas de gestão centradas no objectivo estratégico de melhorar o desempenho dos serviços públicos à luz de três critérios fundamentais: eficácia, eficiência e qualidade.

Na prática, e segundo Araújo (2004), trata-se de medidas de reforma que se enquadram no modelo gestor que promete dar a “grande resposta” aos problemas da AP, partindo da convicção da superioridade da gestão do sector privado face à gestão do sector público.

No entanto, também se verificaram dificuldades na implementação de algumas das iniciativas que visavam a reforma, na medida em que foram encontrados alguns *trade-offs*, limitações, dilemas e paradoxos, dos quais Araújo (2004) mostra alguns exemplos: aumentar o controlo político da burocracia vs liberdade para gerir vs alargamento do poder dos utentes dos serviços; dar prioridade à realização de poupanças vs dar prioridade à melhoria do desempenho do sector público; motivar os funcionários e promover a mudança cultural vs enfraquecer a estabilidade de emprego e reduzir

⁵ Na forma tradicional da AP as actividades são organizadas com base numa hierarquia de autoridade formal de acordo com um sistema impessoal de regras, com o objectivo de coordenar e controlar as actividades exercidas. Este modelo de Estado hierárquico é resultante da aplicação da Teoria da Burocracia de Max Weber (1864-1920), mas com a qual as necessidades impostas por sociedades em permanente mudança não se identificam. Weber concebe uma organização burocrática cuja coordenação hierárquica se caracteriza pela definição de domínios de actuação, relações formais do tipo “superior-subordinado” e forte prevalência e confiança nas regras e nos registos. Trata-se de um modelo baseado no poder e na autoridade. Rego (2008) refere que quando esta teoria surgiu produziu um impacto positivo em termos de eficiência na gestão dos recursos e de eficácia na administração e alcance de resultados, sobretudo quando comparada com as formas iniciais de administração. A ideia de Weber tinha como pressuposto que mesmo que um indivíduo saísse da organização, o sistema e suas regras mantinham-se.

efectivos; criar mais agências com propósitos únicos vs melhorar a coordenação horizontal.

Mas, apesar de algumas contrariedades, avançou-se na implementação das ideias do NPM que nalguns casos teve como consequência a fragmentação de serviços que anteriormente funcionavam de forma integrada, a abolição do sistema unificado da função pública, a mudança de um modelo de produção hierarquizado para um modelo de quase-mercado.

Segundo Larbi (1999), referenciado por Gonçalves (2008), deu-se lugar à gestão do risco em vez da relação de confiança, à separação entre financiador e prestadores (criação de agências autónomas com descentralização orçamental e controlo financeiro), à competição em vez da cooperação, aos mercados em substituição da hierarquia, à governação empresarial em vez da governação democrática, à primazia da eficiência sobre a equidade e ainda à desagregação mecanicista (fragmentação) em lugar do holismo orgânico. Assistiu-se a uma crescente ênfase do desempenho, dos resultados e da orientação para o cliente.

Conforme apresentado por Harfouche (2008), o NPM pode agrupar-se em três dimensões:

- a) A primazia do mercado: onde o pressuposto fundamental é o de que tudo o que é público é ineficiente e sai mais caro do que produzido no sector privado, pelo que o primeiro objectivo de qualquer reforma administrativa assenta na privatização do sector público. O Estado deve intervir apenas em casos de excepção, em actividades que não podem ser privatizadas ou entregues à gestão privada. Os gestores públicos são incentivados a encontrar

novas formas de conseguir alcançar resultados e a privatizar as funções antes destinadas ao sector público (Shaw, 2004). Relativamente aos sectores não privatizáveis procura-se introduzir a concorrência e o uso imaginativo do mercado através daquilo que a OCDE definiu como instrumentos de tipo mercado (*“Market – Type Mechanisms”*) os quais permitem introduzir no seio da AP o conceito de mercado. Estes mecanismos incluiriam: as taxas sobre o utilizador, a contratação com o exterior, os *“vouchers”* ou seus equivalentes e outras formas de concessão de serviços públicos e personalização dos mesmos serviços;

- b) Estruturas organizativas: nomeadamente a criação de agências, como unidades executivas que prestam um serviço ao Governo, em substituição das estruturas hierárquicas. Desta forma, o Estado fragmenta os serviços públicos, fazendo-os competir entre si, controlando a sua actividade através dos resultados;
- c) Indicadores de desempenho: o novo modelo de gestão pública reforça a adopção de novos processos de controlo dos serviços públicos.⁶ Não sendo adequado sujeitar as organizações públicas à lei do mercado, mas tornando-se importante avaliar o seu desempenho, só é possível através da construção de indicadores de desempenho que permitam medir a sua eficiência, eficácia e qualidade. Na prática, implicará que os sistemas de medida variem em função dos objectivos e se adaptem conforme os países.

⁶ Esta insistência deve-se predominantemente aos trabalhos desenvolvidos no âmbito da OCDE, tendo gerado uma cultura de avaliação e uma utilização intensiva de indicadores.

No entanto, ainda que o NPM constitua um caminho interessante para a reforma da AP tradicional, convém estar atento aos seus críticos e levar em consideração aquilo que alguns autores apontam, baseados sobretudo na evidência dos desempenhos dos sistemas onde essas mudanças já se operaram ou estão em desenvolvimento.

Como sejam, por exemplo, as críticas referidas por Christensen e Laegreid (2003) quando afirmam que o propósito do serviço público é governar e não gerir, sendo bastante complicado e difícil encontrar um equilíbrio sustentável entre descentralização e centralização, entre controlo político e autonomia da agência, o que significa que o essencial é manter e fortalecer a confiança e a verdade nas organizações do sector público.

Analisando estes e outros autores, verifica-se que a mistura conflituosa de desconfiança e de entusiasmo que rodearam o debate sobre o NPM, durante a década de 80 e princípios da década de 90, deu origem a um cepticismo mais ponderado, no final da década de 90, acerca da sua aplicação generalizada (Raposo, 2007).

Alguns autores, como Denhardt (2003), têm vindo a colocar em causa a supremacia do mercado e as qualidades da gestão privada, defendendo um novo modelo de gestão pública mais democrático e ligado à sociedade civil.

2.3. O Novo Serviço Público (*New Public Service*)

Há correntes de pensamento mais recentes que têm vindo a por em causa as qualidades da gestão privada, inclinando-se para um novo modelo de gestão pública, com a ligação do modelo burocrático à sociedade civil. Trata-se de uma gestão assente não na

aplicação linear das técnicas de gestão do sector privado, mas na introdução de formas de transparência, de responsabilização/prestação de contas, de participação e de equidade sobre o modelo burocrático, de forma a modernizar e minorar as suas disfunções (Carapeto e Fonseca, 2005).

O *New Public Service* (NPS),⁷ ao contrário do NPM, construída sobre conceitos económicos como o auto-interesse, é formado sobre a ideia de administradores públicos ao serviço de cidadãos, procurando envolvê-los com quem servem, e na dignidade do serviço público (Denhardt, 2003), sem esquecer a necessidade de voltar a enaltecer a ética e os valores sociais (Pitschas, 2007).

O NPS está também associado ao conceito de Estado-Parceiro, onde o poder não está exclusivamente centrado numa máquina governamental central, mas repartido e partilhado por um vasto conjunto de entidades e pela sociedade civil, funcionando o Estado, nesta perspectiva pluralista, como interlocutor e coordenador dos múltiplos interesses particulares associados aos diversos actores envolvidos em todo este processo dinâmico e interaccionista (Mozzicafreddo e Gomes, 2001).

Ao funcionar num ambiente em rede, em vez de num ambiente de mercado (Rocha, 1999), o Estado passa a ser um entre outros actores e a sua força, mais no que na sua imposição, reside na capacidade de conseguir apoios para as suas causas.

No quadro 1 podem observar-se as diferenças entre cada uma das três perspectivas: AP tradicional, NPM e NPS.

⁷ Denhardt, em 2003, deu um novo impulso a esta nova filosofia de gestão com a sua obra "*The New Public Service: serving, not steering*". Esta nova visão da AP contempla sete princípios orientadores daquilo que consideram ser o NPS: servir cidadãos e não clientes; procurar o interesse público, considerado o propósito e não o sub-produto; valorizar a cidadania e o serviço público e não a capacidade empreendedora; pensar estrategicamente e agir democraticamente; prestar contas não é coisa simples; servir mais do que mandar; valorizar as pessoas, não apenas a produtividade.

Quadro 1 - Perspectivas comparadas: Administração Pública Tradicional, *New Public Management* e *New Public Service*

	Administração Pública Tradicional	New Public Management	New Public Service
Princípios teóricos e fundações epistemológicas	Teoria política: ciência social simplista	Teoria económica ciência social positivista	Teoria democrática: ciência social positivista, interpretativa e crítica
Prevalência racional e modelos de comportamento humano associados	Racionalidade sinóptica, "homem administrativo"	Racionalidade técnica e económica, "homem económico"	Racionalidade estratégica ou formal, múltiplos testes de racionalidade (política, económica e organizacional)
Concepção do interesse público	Definido politicamente e expresso através da lei	Conjunto dos interesses individuais	Resultado do diálogo sobre valores comuns
Destinatários do serviço público	Utentes	Cientes	Cidadãos
Papel de governação	Remar: desenhar e implementar políticas focadas num único objectivo politicamente definido	Guiar: mecanismos e incentivar estruturas para atingir objectivos políticos através de agências privadas e não-lucrativas	Construir coligações de agências públicas, não-lucrativas e privadas, para atingir necessidades mútuas
Prestação de contas	Hierárquicas - Os administradores são responsáveis perante os líderes políticos eleitos	Dirigidas pelo mercado - A acumulação dos interesses próprios terá resultados desejados por alargados grupos de cidadãos (clientes)	Multifacetadas - Os funcionários públicos devem atender à lei, valores de comunidade, normas políticas, standards profissionais e interesses dos cidadãos
Estrutura Organizacional	Organizações burocráticas	Organizações públicas descentralizadas com o controle primário mantendo-se dentro da agência	Estruturas colaborativas com a liderança partilhada interna e externamente
Base de motivação assumida para os funcionários e administradores públicos	Remuneração e benefícios sociais - Estabilidade	Espírito empreendedor desejo ideológico de reduzir o tamanho do governo	Serviço público, desejo de contribuir para a sociedade

Fonte: (Denhardt, 2003: 28-29).

2.4. O sentido geral das reformas no sector da saúde

Os constrangimentos orçamentais, as exigências de resposta às necessidades de implementação de um desenvolvimento sustentável e às novas necessidades dos cidadãos, designadamente relacionadas com o envelhecimento da população, o aumento das migrações internacionais, o desemprego e a segurança nos mais diversos domínios da vida das pessoas, puseram na ordem do dia a problemática da reforma das administrações públicas dos países europeus, no sentido de torná-las mais eficientes sem perderem eficácia e aumentarem, simultaneamente, os respectivos padrões de qualidade.

A reforma da saúde é uma consequência da reforma da AP, devido ao descrédito dos serviços públicos face aos olhos dos cidadãos e pelo desenvolvimento das sociedades que exigem melhor qualidade. Assim, a preocupação no controlo da despesa pública alia-se à procura de melhoria na qualidade do serviço (Escoval, 2003).

Conforme referido no Relatório de Primavera 2002, do Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS), na década de 80, no sector da saúde, fez-se sentir um movimento de opinião a favor do fortalecimento dos mecanismos de mercado nos sistemas de saúde Europeus: advogou-se um aumento do financiamento privado; apontou-se para a necessidade de estabelecer uma clara separação entre o “financiador” e o “prestador” de cuidados de saúde; defendeu-se a introdução de mecanismos de competição e de mercado no sistema prestador, promoveu-se um maior peso do sector privado na prestação de cuidados de saúde. Foi sugerido o peso excessivo do Estado na prestação de cuidados de saúde como uma das principais causas da ineficiência dos sistemas de saúde (OPSS, 2002).

Assim, nos países cujo sistema de saúde assentava no modelo de Beveridge, com especial destaque para o Reino Unido, iniciou-se o processo de separação entre o financiamento e a prestação de cuidados com impacto na diminuição do envolvimento directo do Estado. Nos países onde predominava o modelo de BismarK, centrou-se na aprovação de medidas de contenção de custos, na acreditação e no controlo da qualidade, na responsabilidade pela gestão dos hospitais públicos e no financiamento de cuidados para os não abrangidos pelo sistema de seguros (Raposo, 2007).

Segundo Saltman e Figueras (1997), a estratégia seguida em vários países foi no sentido da combinação de elementos dos dois modelos, procurando uma utilização plural de incentivos típicos de mercado com a manutenção da propriedade pelo sector público.

As reformas nos sistemas de saúde desenvolvidas a partir dos anos 90 (Séc. XX) em vários países da Europa integraram medidas que visaram separadamente, ou em conjunto, a melhoria da equidade, um melhor controlo das despesas, ou ainda (na maior

parte dos casos), a melhoria da eficiência e das condições da oferta, sendo muito variadas as soluções institucionais que estas reformas adoptaram (Vilar, 2008).

O princípio, sistematicamente repetido, de que o Estado seria mau e ineficiente gestor levou a que em muitos países se tivesse avançado nas suas reformas, nuns mais do que noutros, na privatização de algumas das funções do Estado, designadamente no domínio dos sistemas de protecção social. Exige-se actualmente uma maior racionalidade na gestão do sistema, lado a lado com o aumento, sempre desejável e necessário da qualidade da prestação (Roseira, 2008).

Ainda que nos anos mais recentes múltiplas propostas de reforma tenham sido sugeridas (por exemplo, em termos de financiamento, de propriedade e de gestão das organizações), a essência de uma reforma verdadeiramente estrutural do sistema de saúde passa, necessariamente, por uma mudança da filosofia interna no plano organizacional, traduzindo assim a ideia de que uma alteração do modelo de administração origine paralelamente uma alteração da cultura predominante neste sector (Nunes, 2010).

Ao longo deste capítulo fizemos referência à necessidade da redução do papel do Estado nas suas mais diversificadas áreas de intervenção na AP, aos aspectos positivos e problemáticos da “Nova Gestão Pública” e do NSP e a forma como influenciaram as reformas no sector da saúde, servindo, assim, de base para que no capítulo que se segue percebamos as reformas hospitalares enquadradas neste contexto.

3. AS REFORMAS HOSPITALARES

Neste capítulo dedicado às reformas hospitalares começamos por, na secção 3.1., focar alguns aspectos inerentes à organização do Hospital para que entendamos as reformas organizacionais abordadas na secção 3.2., bem como a necessidade de introdução de novas práticas e modelos de gestão e de outros mecanismos, de que a governação clínica é um exemplo, como uma forma de melhorar a boa governação e, por consequência, o desempenho do hospital, abordadas na secção 3.3.

3.1. O hospital

Os hospitais evoluíram de um cenário de simplicidade, onde o médico trabalhava maioritariamente de forma isolada, para um cenário muito diferente onde prevalecem os sistemas, as organizações, as equipas, a variedade dos cuidados a prestar, as tecnologias sofisticadas, os serviços de âmbito nacional, que implicam a subida em flecha dos custos e que obrigam todos os profissionais da saúde a adoptar uma consciência de custo (Caldeira da Silva, 2007).

Os hospitais têm enfrentado enormes desafios ao longo das últimas décadas, com particular ênfase na necessidade de reforma dos modelos de organização e gestão adoptados, face às incontornáveis exigências de controlo das crescentes despesas apresentadas pelo sector público da saúde.

3.1.1. A organização

Os hospitais são frequentemente reconhecidos como uma das organizações com maior grau de complexidade na sua estrutura e administração. Para tal contribuem uma dinâmica própria e especial do mercado onde operam e a existência de características específicas dos seus modelos económicos e de gestão (Jacobs, 1974) citado por Costa *et al* (2007).

Meneses Correia (1983), resume essa complexidade em duas ideias-força: a variedade (corresponde ao número de elementos diferentes que constituem o sistema hospitalar) e a interdependência (traduzida pela relação entre os diferentes elementos e pela interacção entre o sistema global e o seu meio envolvente).

Ainda segundo o mesmo autor, *"O Hospital há-de ser pensado como uma totalidade, composta de múltiplas partes interconectadas, em interacção com o universo exterior e prosseguindo objectivos globais. Cada uma dessas partes possui características estruturais e funcionais idênticas à do sistema global e constitui, ela própria, um sistema (subsistema)"*.

O Hospital, enquanto organização, é um sistema aberto, o que significa que está em permanente interacção com o ambiente externo. Esta interacção processa-se por ajustamentos recíprocos, respondendo às variáveis independentes como por exemplo, ambientais e tecnológicas, através das variáveis dependentes, como sejam a estrutura e comportamento organizacional.

Daqui resulta que o tipo de comportamento e de estrutura que as organizações adoptam, em cada momento, depende fortemente do tipo e natureza do meio ambiente

em que se inserem. Dada a sua natureza e os problemas que trata, a cultura e a expectativa dos seus profissionais e daqueles que a ele acorrem, a importância dos recursos envolvidos e a complexidade da sua organização e gestão, o hospital está sujeito a muitas pressões.

As pressões acontecem pelo lado da tutela (regulador e financiador) que procura melhor eficiência e qualidade dos serviços que utilizam os seus fundos, criando incentivos e adoptando estratégias que permitam melhorar o desempenho dentro do hospital, através de optimização do desempenho clínico, de alterações nos mecanismos de pagamento e de alterações no ambiente organizacional.

Do lado da procura, o grande objectivo dos “compradores” de cuidados de saúde será maximizar a melhoria no estado de saúde das populações de uma determinada área (de influência do hospital) o que passa pela avaliação das necessidades de saúde e aquisição de serviços custo-efectivos, que podem incluir critérios de acessibilidade, qualidade e adequação. Assim, as pressões acontecem no sentido de melhores acessibilidades e melhor qualidade dos serviços prestados, no fundo, de uma melhor satisfação das necessidades sentidas.

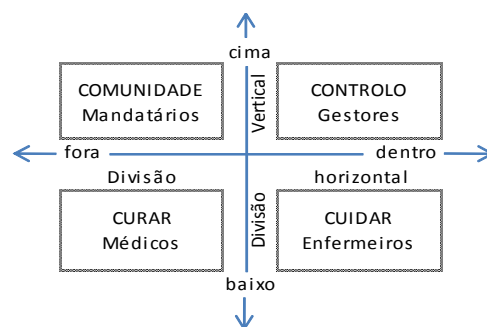
Mas a pressão também se faz sentir internamente, como consequência da constante evolução tecnológica, das relações profissionais, da dupla linha de autoridade e da dupla responsabilidade presente no ambiente da organização hospitalar.

A gestão no hospital não pode ser considerada um processo homogéneo mas antes um conjunto de processos distintos (Glouberman e Mintzberg, 2001). Pode fazer-se a distinção entre a gestão para baixo (a gestão está focada no tratamento dos doentes) e a gestão para cima (próximo dos que controlam e financiam a instituição,

designadamente as agências do Estado, seguradoras e outras parcerias). Para além disso, alguma gestão é praticada para dentro (para as unidades e pessoas sob o controlo claro da instituição) enquanto outra é praticada para fora (para aqueles envolvidos com a instituição, mas em termos técnicos independentes da sua autoridade formal).

Da conjugação destas quatro formas de gestão, obtêm-se os quatro mundos distintos da actividade do hospital, representados na Figura 1, que permitem olhar para a complexidade do hospital, em particular para a realidade americana (Glouberman e Mintzberg, 2001).

Figura 1- Modelo dos quatro mundos do hospital



(Adaptado de Glouberman e Mintzberg, 2001)

Os médicos com as suas diferentes organizações profissionais que representam diferentes especialidades e respectivas linhas hierárquicas, situam-se no mundo do curar, gerem para baixo, nas operações e para fora, na medida em que no dia-a-dia não reportam à hierarquia do hospital. O mundo do curar é suportado pelo mundo do cuidar, cujos serviços são prestados essencialmente pelos enfermeiros que funcionam dentro da sua hierarquia de autoridade e por outros especialistas que prestam cuidados básicos. A gestão deste tipo de cuidados pode ser descrita para dentro e para baixo, focada essencialmente na prestação de serviços aos doentes.

No quadrante superior direito, fica o mundo do controlo, da hierarquia administrativa, a gestão do hospital. Tem como função controlar e racionalizar com uma gestão para dentro, por serem responsáveis por toda a instituição, e para cima, porque não estão envolvidos directamente nas operações do mundo de curar e de cuidar. Finalmente, com uma gestão para cima e para fora (não estando directamente ligados às operações do hospital nem submetidos à sua hierarquia formal) fica a comunidade, representada formalmente pelos mandatários do hospital e informalmente pelos indivíduos que colaboram de forma voluntária com o hospital.

Assim, o hospital é visto, não como uma, mas como quatro organizações distintas onde é imperativo equilibrar os diferentes elementos e os problemas organizacionais, sendo ainda necessário ter em conta a resposta às necessidades em saúde da população que serve, cumprindo as restrições orçamentais a que é sujeito.

A crescente pressão a que estes mundos do sistema hospitalar têm sido sujeitos (McKee e Healy, 2002; Edwards *et al*, 2004) assim como os respectivos processos de tomada de decisão, sugerem a necessidade de novos modelos organizacionais afastados do modelo tradicional de hospital público que permitam responder a questões de produtividade, de eficiência (quer técnica quer de afectação), de qualidade, entre outras.

São múltiplos os factores de ineficiência funcional no interior dos hospitais que promovem as reformas necessárias; por um lado, aqueles que estão directamente ligados às questões estruturais, mas também outros que derivam da própria organização e funcionamento interno (Delgado, 2008)⁸.

⁸ Relativamente ao tipo de organização e funcionamento interno, o mesmo autor destaca o seguinte exemplo: a organização dos serviços clínicos por valência é um factor de entropia na actividade dos hospitais, retirando ao hospital a flexibilidade necessária para explorar convenientemente as sinergias

Objectivos e valores vão influenciar de forma importante a estrutura do hospital, quer na sua dimensão horizontal, através de uma maior diferenciação da divisão do trabalho, que se vai reflectir na autonomização de novas unidades funcionais, quer na dimensão vertical, dado que a estrutura de autoridade existente, assente num modelo burocrático, onde a autoridade e responsabilidade percorrem do mais alto ao mais baixo nível hierárquico sem qualquer tipo de interferências intermédias, é pouco consentânea com a diferenciação das actividades e ambiente em permanente mudança (tecnológica e do saber) que caracterizam o hospital.

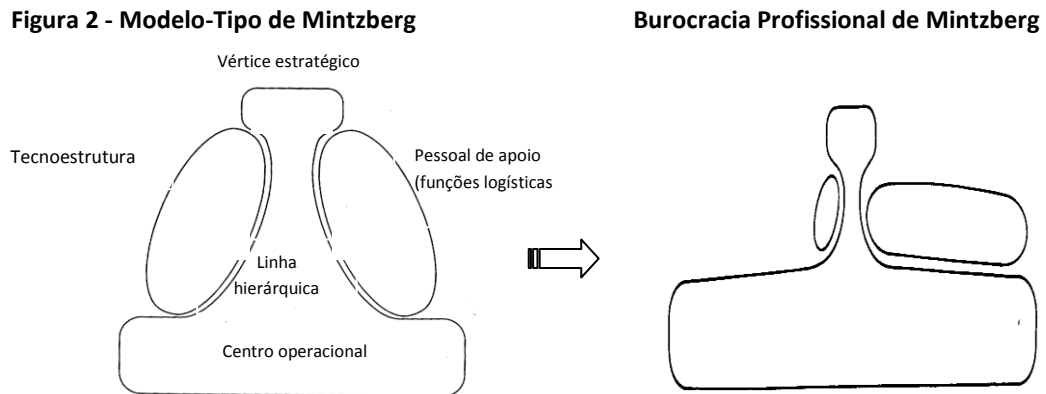
3.1.2. Configuração organizacional – a burocracia profissional

A organização dos serviços de saúde foi-se desenvolvendo como uma organização burocrática de características específicas. Henri Mintzberg (1983) descreve a estrutura do hospital como uma burocracia profissional, considerando que se trata de uma organização muito diferenciada vertical e horizontalmente, em que o poder se situa no centro operacional, componente chave da organização. No centro operacional o principal mecanismo de coordenação das actividades é assumido pela standardização das capacidades/ qualificações, em vez dos processos de trabalho ou dos resultados.⁹ Por

possíveis, relativas a rendimento de capacidade instalada, não só física como de equipamentos e ainda de recursos humanos.

⁹ Mintzberg construiu um modelo tipo, em que cada organização possui cinco componentes básicas: o vértice estratégico, o centro operacional, a linha hierárquica (média), a tecnoestrutura, e o pessoal de apoio (funções logísticas). Mintzberg (1999: 38) representa num esquema próprio estas cinco componentes: na base encontra-se o *centro operacional*, no qual os operacionais executam o trabalho básico da organização – as actividades de *input*, de processamento, de *output*, e de apoio directo associadas com a produção dos produtos ou dos serviços. Acima deste aparece a componente administrativa que pode ser apresentada em três partes: os gestores (que se dividem em dois grupos, os que se encontram no topo da hierarquia formam o *vértice estratégico*. E os que se encontram abaixo ligando o vértice estratégico ao centro operacional, através da cadeia de comando, constituem a *linha hierárquica*. À esquerda desta linha hierárquica situa-se a *tecnoestrutura* e à direita, o *pessoal de apoio*

essa razão, o modelo tipo de Mintzberg (Figura 2 – parte esquerda) transforma-se na burocracia profissional (Figura 2 – parte direita) onde o centro operacional se evidencia.



(Adaptado de Mintzberg, 1999)

A força dominante, neste tipo de organização, é a tendência para a profissionalização, pois, tratando-se de um tipo de organização complexa, necessita de pessoal altamente especializado e com um elevado controlo sobre o seu próprio trabalho (Faria e Madeira, 2011). O hospital admite profissionais devidamente formados e socializados e confere-lhes autonomia para a execução do seu trabalho. O médico trabalha de forma quase independente dos seus colegas porque está próximo do doente como, por exemplo, ao fazer o diagnóstico e sozinho decidir o tratamento adequado (Monteiro, 1999).

Significa isto que a estrutura organizacional em vigor nos hospitais públicos, até há bem poucos anos ou ainda nalguns casos actualmente a vigorar, é, provavelmente, desadequada aos imperativos ambientais externos, sendo, portanto, imperiosa a sua reestruturação, quer no que respeita ao eixo vertical da estrutura (nível de gestão) quer

com funções logísticas. A partir destas cinco componentes básicas surgem as cinco configurações estruturais de Mintzberg: estrutura simples, burocracia mecanicista, burocracia profissional, estrutura divisionalizada e *adhocracia*.

quanto ao seu eixo horizontal (divisão do trabalho) quer, ainda, à maneira como se relacionam estes dois níveis (Faria e Madeira, 2011).¹⁰

Perante isto, o processo de reforma da gestão dos hospitais passa pela necessidade de conciliar um conjunto de instrumentos para desburocratizar, agilizar e defender o melhor uso dos recursos, com a essência e os valores que o hospital público deve defender, bem como, pela necessidade de adopção de novos modelos de gestão, que permitam introduzir a necessária flexibilidade organizacional, a agilidade dos processos de tomada de decisão e, conseqüentemente, novas maneiras de relacionamento entre a gestão e os profissionais de saúde, de forma a resolver os problemas com que os hospitais se debatem no seu dia-a-dia.

De acordo com Fernandes (2011), nos hospitais, tanto a burocratização como a procura da redução de custos por qualquer meio diminuem a eficiência e com o actual sistema político e social, assente naqueles dois pilares e com a fraca distribuição da riqueza, as desigualdades prosperam constantemente, aumentando a preocupação da mudança.¹¹

¹⁰ Faria e Madeira (2011) ao abordarem a estrutura organizacional fazem referência a Manzini (1988) o qual sugere que uma organização tem de estabelecer uma estrutura que reflecta o que deve ser feito, por quem e como, de forma a executar a sua missão, plano e objectivos. Referenciam ainda Teixeira (2005) que define estrutura organizacional “como o conjunto de relações formais entre os indivíduos e os grupos que constituem a organização e a partir da qual são definidas as funções de cada unidade e a forma de inter-ligação e colaboração entre elas. Uma estrutura adequada será aquela que facilita uma resposta real aos problemas de coordenação e de motivação tenham eles origem ambiental, humana, tecnológica ou outras”. Por tais motivos, à medida que as organizações crescem e sofrem mudanças, a estrutura organizacional tem de evoluir, devendo ser gerida e modificada através de processos de desenho organizacional.

¹¹ O hospital teve um papel de actor principal nestes processos de mudança, se bem que o conceito de gestão em saúde já não seja hoje hospitalocêntrico. O hospital moderno, contemporâneo, o do direito à saúde, é o da ruptura conceptual (e organizacional) com o passado. Essa ruptura verificou-se essencialmente em relação a quatro domínios: (i) missão do hospital: passou-se de um objectivo hoteleiro para um objectivo de produção de cuidados de saúde; (ii) prática profissional: passou-se de uma prática individual a uma prática colegial (trabalho em equipa); (iii) processo de produção: mudou-se de uma produção artesanal (ou pré-industrial) para uma produção industrial (ou em massa); e ainda,

3.1.3. A dupla autoridade nos hospitais

Abordámos já que os Hospitais são organizações extraordinariamente complicadas, representando uma das formas mais complexas de organização humana. Golden (2006) sugere que essa complexidade resulta, de entre outros factores, da confluência de profissões (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, administradores, etc.) e de outros interessados (doentes, governo, etc.) muitas vezes defendendo aspectos, perspectivas e horizontes temporais, aparentemente incompatíveis.

Harris (1997) citado por Barros (2009: 266-267) propõe o modelo no qual um hospital tem duas fontes de poder (ou decisão) completamente distintas: os administradores/gestores e os médicos. As decisões nos hospitais resultam da interacção entre estas duas classes de agentes, estando de um lado, os administradores/gestores que actuam como fornecedores de factores produtivos do outro, os médicos que, enquanto agentes dos doentes, os procuram.

Esta procura é gerada por uma sequência incerta e complicada de eventos, pelo que, nestas condições específicas de procura, não é razoável pensar-se que possa existir uma negociação, à semelhança do que acontece em praticamente todos os outros mercados, para determinar o preço de cada recurso usado nos cuidados prestados. De acordo com a teoria de Harris, o hospital resolve o problema de racionamento recorrendo a uma variedade de regras de decisão.

Deste modelo de comportamento retira-se que *“medidas que procurem controlar os custos hospitalares têm que estabelecer incentivos e restrições ao comportamento quer*

(iv) na gestão: substituiu-se o conceito e a prática da administração (centralizada) pelo conceito e pela prática da gestão (descentralizada) (Graça, 2005).

de administradores/gestores quer de médicos; a reorganização do hospital pode levar a uma organização mais efectiva, integrando mais o médico no processo de decisão.” (Barros, 2009).

O papel do gestor de organizações de saúde é, provavelmente, um dos mais complexos e exigentes cargos executivos existentes actualmente.¹² Exigente, por tratar-se de um papel exercido em contínuos processos de reforma e será, porventura, cada vez mais exigente à medida que os gestores tenham que lidar com novas formas de organização. Isto é, para além da complexidade do papel, as mudanças em curso nos sistemas de saúde irão inquestionavelmente influenciar os exercícios profissionais em saúde, eventualmente com maior visibilidade ao nível da prestação, mas com reflexos muito significativos na área da gestão. E a função de gestão nos serviços de saúde é também singular, pela relativa autonomia dos prestadores e pela complexidade em avaliar a qualidade dos serviços prestados (Reis, 2007).

A gestão é geralmente definida como um processo com uma componente interpessoal e técnica cujo objectivo é a transformação de recursos humanos e materiais e de tecnologia em resultados. E, para que esse processo seja desenvolvido com sucesso, os gestores das organizações devem preencher várias funções (planear, organizar, liderar e controlar), bem como, utilizar aptidões de natureza conceptual, interpessoal e técnica.¹³

¹² Para Graça (2005), os desafios emergentes, para a gestão e para os gestores dos serviços de saúde, que implicam as mudanças que se estão a operar no campo da saúde, prendem-se com múltiplos factores, designadamente com o próprio alargamento e enriquecimento do conceito de saúde, o envelhecimento da população, a mudança do perfil de morbimortalidade, o aumento exponencial dos custos, a oferta excedentária de recursos, o paradigma da sociedade da informação e do conhecimento, a espiral tecnológica, o papel do Estado e do consumidor, tensões inter-profissionais, as questões da bioética, da qualidade e da equidade.

¹³ Segundo Graça (2005), a importância e a actualidade da gestão em saúde não se medem apenas pelas tendências actuais 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, as quais vão a par

Por outro lado o sistema de saúde, pela sua extensão e características, é um importante veículo de percepções e normas sociais que podem servir como estímulos ao desenvolvimento, à aquisição de novos conhecimentos e capacidades, à auto-estima individual e a relações gratificantes.

A saúde desperta preocupações e a facilidade com que hoje os cidadãos acedem a informação sobre a última novidade, a inovação tecnológica e a evolução do conhecimento na área da medicina leva-os a procurarem mais e melhores cuidados, em suma, adquirem poder. Os profissionais de saúde defrontam-se todos os dias com estas expectativas, e têm de conciliá-las com as suas próprias ambições dentro das organizações em que estão inseridos (Serrão, 2011).

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. Existe uma cultura profissional que é transmitida durante toda a formação e prática supervisionada pelos professores, colegas e associações profissionais (Monteiro, 1999).

Se tivermos em conta o modelo de Mintzberg anteriormente descrito (em 3.1.2.), grande parte do poder situa-se na base da hierarquia, cada profissional trabalha com os seus clientes e submete-se apenas ao controlo dos seus colegas que o formaram (e são eles que têm o direito de o censurar em caso de erro profissional). O vértice estratégico confere poder e autonomia aos profissionais porque a complexidade e urgência do trabalho dificulta o controlo por um superior hierárquico (com outra profissão).

com a persistência da sua especificidade como organizações profissionais em que subsistem duas linhas de autoridade, a relação de agência, a fraca ou nula soberania do consumidor, entre vários outros aspectos.

Num modelo deste tipo o poder assenta na competência profissional onde a progressão na carreira obedece a critérios profissionais, associados à capacidade de resolver problemas de complexidade crescente. Assim, o profissional tende a identificar-se mais com a sua profissão do que com a organização onde exerce a sua actividade profissional.

O profissional para além de garantir o seu poder na organização através do controlo sobre o seu próprio trabalho, procura controlar ainda as decisões de carácter administrativo que lhe dizem respeito, assegurando eles próprios parte do trabalho administrativo. Mintzberg descreve a área administrativa como uma burocracia mecânica.

Monteiro (1999) salienta que o desenvolvimento do sistema de saúde não é uma construção que se possa dirigir mecanicamente,¹⁴ depende em larga medida da evolução das atitudes e comportamentos do cidadão, dos profissionais de saúde, dos dirigentes da saúde, dos agentes económicos, sociais, culturais e políticos.

David *et al* (2003) referem que, no *National Health Service* (NHS) inglês, os médicos e os administradores habitualmente estão insatisfeitos com o relacionamento existente entre si, mas as diferenças entre os seus pontos de vista dependem do papel que ocupam na organização.

Da revisão da literatura constatamos que uma das barreiras ao bom entendimento entre gestores e clínicos tem a ver com o facto de ambos falarem linguagens diferentes, sendo a formação em gestão por parte dos clínicos apontada como a principal solução

¹⁴ A organização mecanicista segue os princípios da autoridade racional e legal de Weber, sendo eles, uma direcção centralizada, separação entre direcção e execução, coordenação realizada através de normas e regulamentos cujo cumprimento é controlado pela hierarquia (Monteiro, 1999: 317).

para todos os clínicos em geral e, em particular, para aqueles que pretendessem assumir cargos de gestão em organizações de saúde.

Por exemplo, a respeito da gestão dos hospitais, Mckee e Healy (2002), citados por Simões (2004), referem que nos países de matriz económica e social semelhante à portuguesa, profissionalizou-se, tornou-se mais próxima do processo político mas, em muitos outros países, os directores dos hospitais continuaram a ser médicos com diminuta formação em gestão.

Drife e Johnston (1995) apontam cinco passos como forma de evitar os permanentes “conflitos” existentes entre gestores e clínicos: o respeito mútuo, não apenas entre gestores e clínicos, mas com outros profissionais, sabendo das diferenças culturais existentes entre as diferentes profissões devem esforçar-se por entendê-las; a partilha de valores; a honestidade, a partilha de valores só será possível na presença de honestidade; a partilha de objectivos e, por fim, o combate à desinformação.

Na opinião de Leal da Costa (2005: 56), *“a participação dos clínicos na gestão da efectividade e na melhoria da eficiência, organizacional e sistémica, é necessária e imprescindível. Por isso exige-se formação conjunta e colaboração eficiente entre gestores e médicos¹⁵. A atitude médica está a mudar e tem de continuar a adaptar-se às exigências da sociedade. O imperativo tecnológico não é consequência do imperativo ético, ou vice-versa. A instilação sistemática de tecnologia, incomportável para o bolso dos cidadãos e dos Estados, desproporcionada para a efectividade pretendida, ainda que isoladamente eficaz, pode levar ao esgotamento dos sistemas.”*

¹⁵ É de salientar que em alguns países europeus têm vindo a integrar médicos nos CA dos hospitais baseados na evidência empírica de que os CA que integram médicos produzem melhores resultados (Scholten e Van der Grinten, 2005).

3.2. As reformas organizacionais

Abordámos anteriormente (ponto 2.1.) a necessidade da redução do papel do Estado nas sociedades contemporâneas. Organizações como o Banco Mundial e a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE) orientam para uma redução do papel do Estado, reforçando o seu carácter regulador, libertando-se da prestação de determinadas actividades com fortes incentivos para a empresarialização e privatização, bem como a parcerias entre público e privado (OCDE, 1992, World Bank, 1997).

O objectivo principal das reformas organizacionais é melhorar a boa governação dos hospitais adoptando os mecanismos que permitam eliminar a má governação existente devido à presença de objectivos mal definidos, difusos e conflitantes, uma estrutura de supervisão fraca e falta de informação fiável e de qualidade (Harding e Preker, 2003).

As reformas organizacionais apontam para a necessidade de reformas dentro dos hospitais, da necessidade de introdução de novas práticas e modelos de gestão e de outros mecanismos como uma forma de melhorar a boa governação e, por consequência, o desempenho do hospital.

No entanto, segundo Raposo (2007), a simples reforma organizacional, quer através da empresarialização (no sentido de adopção de uma estrutura e eficiências próprias das empresas privadas assegurando a ênfase e a continuidade dos objectivos sociais e mantendo a propriedade pública), quer através da autonomização (fazer os

gestores gerirem através da mudança da tomada de decisão do dia-a-dia da hierarquia para a gestão) não estão isentas de problemas.

A empresarialização só por si não garante o desempenho hospitalar, sendo necessário efectuar outras abordagens que juntem a vertente da prática clínica (as linhas de produção do hospital) com a vertente da administração e da gestão em termos organizacionais. Assim, a alteração da forma de governação e das diferentes formas de organização tem como objectivo melhorar a responsabilidade/prestação de contas, a transparência e a efectividade da administração.

Ainda segundo o mesmo autor, o conceito de governação¹⁶ é um conceito complexo e amplo, aplicado em diferentes contextos, que tem sido objecto de diversas alterações ao longo dos últimos anos, tendo em conta a sua entrada recente na agenda das ciências sociais e políticas.

Em termos gerais, a governação¹⁷ é definida como o “conjunto de acções e de meios adoptados por uma sociedade para promover a acção colectiva e para lançar

¹⁶ Segundo Campos (2009), este conceito (*governance*) foi introduzido pela *London Stock Exchange*, através da Comissão *Cadbury*,¹⁶ como reacção a uma diversidade de fraudes e má prática no seio das instituições financeiras. Foi efectuada a proposta de um novo sistema de direcção e controle das empresas que visava garantir que estas actuavam da melhor forma possível para acautelar os interesses dos investidores e accionistas e o seu futuro, tendo sido designado como *corporate governance*, em português, governação empresarial. “Os padrões da *corporate governance* foram introduzidos no *National Health Service* (NHS) inglês em 1994 e assentava nos princípios da responsabilidade (sujeição ao escrutínio parlamentar, julgamento público e códigos profissionais de conduta), da probidade (padrões de honestidade e integridade na relação com os doentes, pessoal e fornecedores e no uso da informação adquirida) e na transparência (em relação às actividades do NHS, para promover a confiança no pessoal, doentes e no público), incidindo sobre os aspectos não clínicos da prestação de cuidados.”

¹⁷ A palavra “governação” tem origem no verbo grego, *kubernân*, que quer dizer dirigir ou pilotar. A palavra aparece nos dicionários de português com o mesmo significado de governação e governo, enquanto «acto ou efeito de governar», mas os linguistas definem o termo governação como o «acto de governar» e governança como o «conjunto de princípios que orientam a governação». A palavra governança não entrou bem no nosso léxico, tendo sido adoptada governação com o mesmo sentido, particularmente na área da saúde (Campos, 2009). Num trabalho anterior, Raposo (2007), para além de focar as diversas definições de governação e a ênfase que é colocada por diferentes instituições e agentes, referencia outros elementos que devem ser considerados: separar a acção da forma, a

soluções também colectivas na procura de objectivos comuns. A governação engloba, todos os métodos – bons e maus – que as sociedades utilizam para distribuir poder e para gerir os recursos públicos e os problemas comuns”, podendo ser entendida como dizendo respeito às acções e aos meios adoptados por uma sociedade para se organizar com vista à promoção e à protecção da saúde da sua população (OPSS, 2006).

A governação em saúde junta realidades complementares: o enquadramento dos objectivos sociais e dos compromissos que são considerados na formulação das políticas de saúde e o “emaranhado” existente entre os processos políticos, os interesses públicos e privados na definição de prioridades, o uso e alocação de recursos, e as pressões provenientes de utilizadores e profissionais insatisfeitos.

As boas práticas de governação exigem uma interacção entre o Estado, a sociedade civil e o sector privado, e o seu papel crítico no desenvolvimento humano (WHO, 2000). Nestas boas práticas, são relevantes conceitos como participação, visão estratégica, prestação de contas e transparência (OPSS, 2006). Sakellarides (2003) considera como características fundamentais da boa governação:

- Investir em ganhos de saúde, resultados em saúde e no desempenho dos sistemas de saúde: foco nos resultados;
- Valorizar as necessidades e as preferências dos cidadãos em relação com as escolhas individuais e as prioridades de coesão social;
- Direcção estratégica e análise explícita da agenda das diferentes partes com interesses nos resultados;

abordagem de sistemas, a tomada de decisão e os agentes de decisão e a resposta, o princípio da subsidiariedade e os processos de aprendizagem contínua.

- Atitudes prospectivas e de pensamento: antecipar os efeitos de decisões relacionadas com a saúde;
- Coerência de sistemas através de regulações a vários níveis; Processo de aprendizagem contínuo e gestão da informação e do conhecimento;
- Transparência, diferenciação e democratização das administrações públicas relacionadas com a saúde; Relatórios e análises independentes da governação em saúde (Papel dos Observatórios).

Segundo Rice (2003), citado por Raposo (2007), a governação hospitalar pode ser entendida como um conjunto de estruturas e processos que definem a orientação estratégica para o hospital (missão, visão, valores, objectivos) e o meio pelo qual os recursos (humanos, tecnológicos, políticos, capital e outros meios financeiros) estão organizados e distribuídos para atingir as orientações estratégicas.

A governação integrada pode ser definida como um conjunto de sistemas e processos através dos quais as organizações de saúde conduzem, dirigem e controlam as suas funções de modo a atingir os objectivos organizacionais, segurança e qualidade dos serviços, reportando, também, aos doentes, à comunidade em geral e aos restantes parceiros organizacionais (*The NHS Confederation, 2004*).

De acordo com Raposo (2007), tendo em atenção a definição de governação hospitalar e a de governação integrada pode-se afirmar que a governação hospitalar é uma forma de governação integrada, aplicada aos hospitais assente sobretudo nos aspectos da governação empresarial e nos aspectos de governação clínica, isto é, centrada nas relações e nos equilíbrios entre os órgãos de governo das organizações e nas práticas clínicas.

Os hospitais enfrentam vários desafios de governação, dos quais se destacam os seguintes: mudanças na constituição nos órgãos de direcção; aumento da sua escala; reformas de empresarialização; passagem de organizações orientadas pela oferta e pela prestação para organizações orientadas pela procura e para os doentes e, por fim, alinhar os objectivos a atingir e as acções dos gestores e dos profissionais prestadores de cuidados (Eeckloo *et al*, 2004).

De acordo com Hundert (2003), a governação hospitalar é o exercício de autoridade, direcção e controlo sobre o hospital efectuado pelos Conselhos de Administração (CA). As responsabilidades fundamentais na governação hospitalar são: definir os fins, os princípios e os objectivos do hospital; assegurar e monitorizar a qualidade dos serviços do hospital; assegurar a integridade fiscal e o futuro a longo prazo do hospital e organizar e preparar meios para monitorizar a efectividade da gestão do hospital.

Existe uma preocupação com a boa governação clínica e com a adaptação dos vários grupos profissionais a esta mudança. Pretende-se implementar um processo que permita gerir o funcionamento total e o desempenho de um hospital, através da definição, tradicional, de missão, da apresentação dos objectivos e da sua monitorização. Exige-se o desenvolvimento da responsabilização e a prestação de contas, a transparência e a efectividade das funções dos CA.

O OPSS traduz esta ideia da seguinte forma: *“A governação hospitalar surge como um paradigma que pretende juntar numa mesma plataforma a governação clínica e a governação empresarial tendo em conta as diferenças que existem entre a organização hospital e a organização empresa ao mesmo tempo que procura lidar com o duplo papel*

do hospital, a abrangência dos seus objectivos e os múltiplos interessados que o rodeiam.”
(OPSS, 2008: 30).

A governação hospitalar permite uma aproximação integrada de suporte e supervisão de todas as actividades do hospital, incluindo o desempenho clínico. Como o conceito de governação clínica (*clinical governance*) está fortemente relacionado com o desempenho clínico, abordaremos de seguida este conceito para uma melhor compreensão das suas características e implicações nas organizações de saúde.

3.3. A governação clínica e a melhoria do desempenho organizacional

A governação clínica, conceito originário do NHS, é um sistema para melhorar os padrões do funcionamento dos serviços clínicos e da própria prática clínica, que se baseia numa série de processos (prática baseada na evidência, monitorização clínica, auditoria, gestão do risco, envolvimento dos doentes), para melhorar a qualidade e assegurar que os profissionais prestam contas e se responsabilizam pelos actos da sua prática clínica (OPSS, 2006). Este conceito tem sido utilizado como uma aproximação integrada para a melhoria contínua da qualidade na prática clínica.

De acordo com Som (2004) e NHS *Modernization Agency* (2004), governação clínica é, por excelência, um processo de integração de capacidades e competências visando obter melhores resultados para os doentes, num ambiente de maior responsabilização pela qualidade clínica.

Nigel Starey¹⁸ definiu seis elementos constituintes da governação clínica: educação e treino, auditoria clínica, investigação e desenvolvimento que se encontram resumidos no Quadro 2.

Quadro 2 - Descrição das características associadas à governação clínica

Características	Descrição
Formação	Reflecte a ideia de educação contínua (o que se aprende fica ultrapassado rapidamente).
Auditoria Clínica	Melhorar a qualidade dos cuidados clínicos, tendo por base a monitorização do desempenho e a redefinição da prática clínica como resultado da medição do desempenho face a padrões definidos.
Efectividade clínica	Determinar até que ponto uma determinada intervenção funciona, tendo em conta diversos aspectos como eficiência, segurança, implicações legais, evidência, etc.
Investigação e desenvolvimento	As boas práticas estão associadas à evidência obtida pela investigação, nomeadamente a revisão de literatura, a gestão de projectos, o desenvolvimento de protocolos e linhas de orientação, e a implementação de estratégias.
Abertura	Escrutínio público através de processos abertos e disponíveis ao público, como parte essencial da promoção da qualidade.
Gestão do risco	Minimização dos riscos associadas à prática clínica - risco para os doentes, risco para os prestadores, e risco para a organização - como parte de um programa da promoção da qualidade.

(Adaptado de Raposo, 2007)

Em Portugal a vertente da governação clínica não está ainda muito disseminada pelas organizações e pelas profissões prestadoras de cuidados de saúde, embora o conceito já tenha entrado no léxico dos vários agentes envolvidos (políticos, médicos, enfermeiros, gestores, entre outros).

Os hospitais, enquanto grandes consumidores de recursos, são as organizações que mais sofrem as pressões das mudanças que estão a ocorrer nas várias vertentes da procura e da oferta de cuidados de saúde, pelo que repensar o modelo de governação clínica, enquadrando-o no contexto da governação dos hospitais e esta na perspectiva mais global da governação em saúde se torna extremamente oportuno e susceptível de

¹⁸ Director do Centro de Cuidados de Saúde Primários da Universidade de Derby, Reino Unido.

fornecer um precioso contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados hospitalares, para a segurança dos doentes e para o combate ao desperdício (Campos, 2009).

Para Sakellarides (2009), a implementação e desenvolvimento da governação clínica nos hospitais terão que coexistir, de modo paralelo, com a promoção de uma cultura de empreendedorismo e inovação.

Para que essa cultura evolua, o mesmo autor, refere a necessidade, entre outras, de iniciativas que promovam relações de confiança e partilha de valores sobre a missão da organização, para assegurar processos efectivos de comunicação e também a configuração de expectativas, que de uma forma alargada possam ser partilhadas sobre o trajecto de desenvolvimento da governação clínica; da elaboração de protótipos de processos, procedimentos e produtos necessários à boa governação clínica, havendo a oportunidade de os discutir, ensaiar, corrigir e disseminar com eficácia; de estimar com regularidade e precisão o valor acrescentado por todas as contribuições ao processo de governação clínica.

Na tentativa de melhorar significativamente a performance dos sistemas de saúde, o princípio da responsabilidade deu origem à *accountability*¹⁹ (responsabilização/prestação de contas), expressão que se refere, por um lado, à necessidade de tornar visível e transparente o processo de decisão em cuidados de saúde e, por outro, ao método para atingir esse objectivo (Nunes e Rego, 2002).

Neste sentido, o conceito de responsabilização/prestação de contas encontra-se estreitamente relacionado com outros paradigmas de uma nova cultura nos cuidados de saúde.

¹⁹ A adaptação do conceito para português, não se traduz numa só palavra, para além da responsabilização também se refere à prestação de contas.

Para Casas e Delgado (2010), é necessário dar passos decisivos no sentido de incrementar a transparência do mercado da saúde, atribuir com rigor o valor criado para os cidadãos na prestação de cuidados e aumentar a responsabilização de todos os intervenientes no processo (organizações, dirigentes e profissionais).

Praticando uma gestão por objectivos quantificáveis, alcançar-se-ia uma responsabilização diferente da mera gestão dos recursos, em que a prestação de contas tende a conferir prioridade superior ao registo do processo, em relação ao resultado (Campos, 2010).

Na opinião de Nunes (2003), um aspecto de extrema importância a considerar na governação clínica e na melhoria do desempenho, prende-se com a utilização corrente de Normas de Orientação Clínica (NOC) na macro-afecção dos recursos.

Assim, o sistema de saúde deve recorrer progressivamente às regras decorrentes da Medicina Baseada na Evidência (MBE),²⁰ na medida em que fornece linhas directrizes e normas de orientação clínica (*clinical guidelines*) sobre os melhores tratamentos disponíveis e simultaneamente pode e deve ser utilizada como um meio de macro-afecção de recursos na saúde. O racionamento dos recursos destinados à saúde implica que sejam aplicados em intervenções de efectividade comprovada (Nunes, 2010).

Nunes e Rego (2002) apresentam a MBE como tendo um duplo objectivo: o de auxiliar a prática clínica e o de restringir tratamentos de efectividade não comprovada, à

²⁰ A Medicina Baseada na Evidência é um novo paradigma da prática médica, no sentido em que preconiza a utilização conscienciosa, explícita e criteriosa da evidência científica actualizada, na tomada de decisões clínicas referentes ao doente individual. A melhor evidência científica externa é gerada pela investigação clínica (podendo também provir de investigação básica) e que é centrada no doente (como sejam exemplos, a determinação de características diagnósticas de testes ou de eficácia de esquemas terapêuticos). A nova evidência vai naturalmente substituindo os factos em que se baseia a decisão clínica tradicional, com a introdução de novos elementos de informação que ajudam a diagnosticar e a tratar mais exacta e eficazmente as situações encontradas na prática clínica quotidiana (Carneiro, 2003).

luz de critérios de justiça distributiva, sendo cada vez mais considerada como “uma ferramenta indispensável para a prestação de um nível razoável de cuidados de saúde, bem como para garantir a universalidade do acesso ao sistema de saúde.”

De acordo com os mesmos autores, a implementação de linhas directrizes é uma medida do agrado da maioria dos profissionais de saúde, podendo mesmo contribuir para aumentar a sua credibilidade junto dos seus pares e da sociedade.

Carneiro (2009), salienta que a importância e utilidade das NOC não se limitam aos clínicos, estendendo-se aos gestores hospitalares, aos doentes e ainda aos sistemas de saúde.²¹

- Aos gestores hospitalares, na medida em que os pode dotar de informações que lhes permitirão decidir com base em dados sólidos e relevantes que conjuguem resultados clínicos simultaneamente positivos e seguros com o aspecto económico, ou seja, custo eficaz.
- Aos doentes, por um lado porque permitem educar sobre as melhores práticas e melhorar a qualidade e os resultados em saúde através da promoção de comportamentos eficazes e seguros em detrimento de outros, por outro lado, por poderem servir como instrumentos de alteração de políticas de saúde, com identificação de novas carências e distribuição mais justa dos recursos.

²¹ Para a sua implementação e generalização seria desejável a criação de um Instituto público independente [criado em bases semelhantes do National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), mais informações em: <http://www.nice.org.uk/>] cujos principais objectivos seriam a produção de orientações clínicas nacionais para a promoção da saúde e tratamento da doença, incluindo a avaliação de tecnologias da saúde e medicamentos, campanhas de saúde pública e definição de boas práticas clínicas (Carneiro, 2009).

- Aos sistemas de saúde porque permitem melhorar a eficiência dos serviços; estabelecer padrões comparativos de qualidade dos cuidados e, por fim, permitem otimizar recursos com aumento das actuações custo-efectivas.

4. O PANORAMA PORTUGUÊS

O documento final do Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES) menciona que *“A Saúde, pela importância económica e social dos recursos envolvidos, passou a ser encarada como um sistema, que pressupõe diferentes níveis de intervenção, formas organizadas de intervenção em cada nível, modelos de financiamento adequados e métodos de avaliação sistemática e objectiva sobre a efectividade, a eficiência e a qualidade de cuidados prestados”* (CRES, 1998: 105).

A noção de sistema pressupõe a presença de vários elementos (níveis de cuidados, recursos humanos e materiais, instituições, informação, investigação, etc.), dispostos de forma coerente e organizada e que se orientem para finalidades e por valores claramente assumidos pela sociedade. Este conjunto de orientações identificará a matriz fundamental do Sistema de Saúde e constituirá o ponto de partida para os desafios estratégicos (“reformas”) a desenvolver a médio e longo prazo (Idem: 108).

Na segunda metade da década de 70 (séc. XX) a filosofia de actuação política no campo da saúde estava virada para a intenção de garantir o acesso a um direito social. Com o reconhecimento do “direito à saúde” através da sua consagração na Constituição da República Portuguesa, acelerou-se este processo. Assistiu-se a uma diminuição das barreiras no acesso aos cuidados de saúde, consubstanciada, por um lado pela sua componente de financiamento – cuidados de saúde gratuitos, por outro lado, na sua componente de acesso físico, através da expansão da oferta. O culminar desta fase foi a criação do Serviço Nacional de Saúde, com carácter universal, geral e gratuito, totalmente financiado pelo Estado, assegurando este também a prestação (Barros, 1999).

Na década de 80, as políticas de saúde foram orientadas essencialmente para a contenção de custos, pela imposição de pressões gerais sobre o crescimento da despesa. Ainda de acordo com Barros (1999), na década de 90 assistiu-se à preocupação com ganhos de eficiência e com a efectividade na utilização de recursos. Foi nesta década que a característica de “gratuidade” evoluiu para “tendencialmente gratuito”, não se tendo verificado alterações no carácter universal e geral do SNS.

Na primeira década do século XXI, além do curso normal das políticas de saúde planeadas e que vêm sendo seguidas nos últimos anos em Portugal, os importantes desafios financeiros que se colocaram a todo o sector económico e social, do qual o sector da Saúde não é alheio, e as fortes medidas de contenção – desde logo as reduções impostas à despesa dos hospitais do SNS – levaram à procura da eficiência e melhoria do desempenho do sector hospitalar do SNS que, mais recentemente, continuou a assentar numa lógica de integração e concentração de serviços públicos, designadamente com a concentração da oferta de cuidados hospitalares em centros hospitalares, mas também no alargamento do estatuto de Entidade Pública Empresarial (EPE) a mais hospitais.

4.1. As reformas na Administração Pública e no sector da saúde

O modelo clássico da AP assente em princípios de hierarquia e autoridade, na qual a administração da saúde se insere, tem vindo a ser abandonado em todos os países da Europa Ocidental (Escoval, 2003), surgindo em sua substituição um modelo baseado nos princípios de descentralização, flexibilização, diferenciação organizacional, autonomia, qualidade e privatização, entre outros, que implica não apenas alterações no desenho das

políticas a adoptar mas também nos aspectos culturais das organizações públicas (Gnan *et al*, 2008).

No fundo, trata-se daquilo que no Relatório de Primavera de 2001 do OPSS é realçado como a “reinvenção da governação”, isto é, dar maior flexibilidade e capacidade de inovação à AP tornando-a mais empresarial, colocar a centralidade dos serviços públicos no cidadão-cliente, passar de uma gestão dos recursos para uma gestão de resultados.

Vimos anteriormente que são reconhecidas as disfunções dos aparelhos que gerem os regimes de bem-estar, assim como a necessidade de reformulá-los profundamente, dando mais atenção às pessoas e menos às organizações, sem pôr em causa os seus princípios fundamentais, nem confiar excessivamente nas virtualidades do mercado em domínios como a saúde. E tem que se dar mais atenção às especificidades da saúde – o sistema de saúde não pode ser gerido nem com uma descomunal burocracia (apesar do Estado ter um lugar muito importante a desempenhar), nem como um negócio (apesar de conter domínios abertos à competição e ao mercado) (OPSS, 2001).

Começa a prevalecer a ideia de que cabe ao Estado ser uma garantia da prestação dos serviços públicos e um regulador dos prestadores de cuidados de saúde, assente no princípio fundamental da responsabilização ou *accountability*.

Ainda, segundo Escoval (2003), para além destes aspectos, também hoje em dia se verificam mudanças culturais profundas nos sistemas de saúde. Os papéis e as missões dos principais actores da saúde confundem-se entre si e as expectativas dos utentes são cada vez mais elevadas, fruto de um mais facilitado acesso à informação.

Para o doente, a mudança no SNS, tem como objectivo proporcionar uma melhoria ao nível da qualidade clínica, do atendimento e do próprio acesso aos cuidados de saúde. Com uma lógica de gestão centrada no eixo doente – objectivos, pretende-se que os profissionais interiorizem procedimentos de maior autonomia, responsabilização e proactividade para a melhoria das condições de trabalho e melhor serviço ao doente.

O Sistema de Saúde não ficou imune ao paradigma do NPM, e ainda que não atendendo às especificidades associadas ao sector público, este novo paradigma trouxe consigo uma nova perspectiva de governação em que é privilegiado o recurso à gestão empresarial e a mecanismos de mercado, com forte tónica na eficiência e eficácia da acção pública, na regular avaliação externa do desempenho e na consequente responsabilização dos diferentes intervenientes do sistema e da adopção de uma cultura de racionalização das despesas, de capacidade de inovação e centralidade no cidadão (Escoval e Matos, 2009).

O NPM trouxe consigo novos mecanismos de governação, os quais foram também alargados às organizações hospitalares, como sejam a definição de objectivos bem definidos, bem direccionados e com metas a atingir, e definição de uma estrutura de supervisão independente, profissional e transparente e ainda a exposição ao mercado, de capitais, de produtos, de fornecedores e de trabalho.

De acordo com Harfouche (2008), em Portugal, a partir da década de 90, as reformas administrativas foram marcadamente influenciadas pela teoria da Escolha Pública²² no sentido em que se tentou passar o poder dos burocratas para os políticos. A

²² De acordo com a Teoria da Escolha Pública os burocratas estão principalmente motivados pelo seu interesse próprio e não pelo interesse público. Sendo um problema que se agrava pela ausência no sector público de estruturas e processos organizacionais apropriados, (Rego, 2008).

necessidade de reformas estruturais e modernização da AP é reconhecida por todos os quadrantes políticos e sociais. O NPM marcou as iniciativas de reforma, e a crescente importância de uma gestão inspirada no sector privado decorrente da constatação de que o sector público deveria aumentar a sua eficiência, impulsionou os movimentos de empresarialização (Harfouche, 2008), tendo sido a adopção de um modelo empresarial para os hospitais uma tradução clara destas tendências.

Tal como afirma Ferreira (2004), com o paradigma do NPM assistiu-se ao reinventar da AP de saúde, passou-se de uma gestão de meios para uma gestão orientada para os resultados, fortalecendo a centralidade do cidadão e adoptando-se formas de actuação mais empresariais por oposição às burocrático-administrativas, combinando as vantagens dos mecanismos de mercado com a universalidade do sistema e a forte responsabilidade social do estado no sector da saúde.

De salientar a afirmação de Khaleghian *et al* (2005) citado por Escoval e Matos (2009), *“O impacto na saúde das reformas conhecidas pelo NPM foi claramente a mudança do governo pelo controlo para o governo baseado no estabelecimento de contratos, o que envolveu alterações na estrutura organizacional (por exemplo, autonomia de gestão) e a introdução de mecanismos de mercado (por exemplo, através de privatização, separação entre prestador e comprador e descentralização), conduzindo a uma redefinição no papel do governo, que evolui de prestador directo de serviços para uma figura que assume funções directamente relacionadas com a gestão, supervisão e regulação.”*

O hospital, não sendo um elemento isolado no sistema de saúde, sofreu pressões inevitáveis para a mudança, quer do lado da procura, como sejam o envelhecimento da

população, a evolução das doenças ou as necessidades de saúde das populações, cada vez mais exigentes e informadas; quer do lado da oferta, pela evolução tecnológica em saúde, e pelas mudanças na força de trabalho; quer ainda pelos constrangimentos financeiros. E, na opinião de Sakellarides (2009), os hospitais não podem ficar por muito mais tempo sem experimentar uma transformação efectiva na sua organização e no seu funcionamento e as mudanças necessárias não se podem fazer através dos clássicos mecanismos de comando e controlo.

A propósito das reformas mais recentes no sector da saúde, em Portugal, Simões e Barros (2007) apresentaram cinco grandes áreas de actuação: promoção da saúde, gestão hospitalar, cuidados continuados, cuidados primários e de ambulatório e mercado farmacêutico (política do medicamento).

Relativamente às reformas de promoção da saúde podia ler-se no Plano Nacional de Saúde 2004-2010²³ que este definia *“orientações estratégicas com a finalidade de sustentar, política, técnica e financeiramente, uma vontade nacional, dando-lhe um cunho integrador e facilitador na coordenação e intercolaboração dos múltiplos sectores que contribuem para a saúde.”*

A principal crítica efectuada a este Plano de Saúde foi a sua enorme extensão em termos de objectivos a atingir e a não definição clara de prioridades face a esses

²³ Todo o trabalho contemplado neste documento visa três grandes objectivos estratégicos: (1) Obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença; (2) Utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados; (3) Garantir os mecanismos adequados para a efectivação do Plano, através de uma cativação de recursos adequada, promovendo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e actualização do Plano. É um documento de alcance vasto que pretende a formatação de políticas intersectoriais concertadas, cujo reflexo administrativo será a cooperação interministerial, numa lógica de impacto global para a melhoria da Saúde.

objectivos. A este propósito a Alta Comissária da Saúde, Dra. Maria do Céu Machado, refere que: *“Em 2008, já estavam cumpridas 30% das Metas do PNS 2004-2010 e 85% dos indicadores referentes a mortalidade mostravam um decréscimo conforme programado. Mas este Plano, que foi pensado segundo o ciclo de vida e com envolvimento da sociedade civil e capacitação do cidadão, foi talvez demasiado vertical e centralizado. O próximo (PNS 2011-2016, actualmente em discussão pública)²⁴ terá de ser ainda mais envolvente, com parceiros públicos, privados e sociais. Os princípios orientadores e transversais serão a promoção da cidadania, a qualidade, o acesso aos cuidados e as políticas saudáveis. Os indicadores serão exequíveis e fiáveis, válidos e interpretáveis e as metas realistas, nacionais e regionais e temporalmente limitadas.”*

Os cuidados hospitalares foram submetidos a dois tipos de reformas. Por um lado, a redefinição da oferta de serviços prestados. Por exemplo, assistiu-se ao encerramento de blocos de partos de vários hospitais baseados (de acordo com documentos oficiais) em critérios de segurança para os utentes. Por outro lado, foram feitas alterações ao modelo de organização do hospital público, nomeadamente nas regras de gestão e no sistema de financiamento, bem como o anúncio de Parcerias Público Privadas (PPP) nos novos hospitais a construir. Assistiu-se à criação de centros hospitalares, através da colocação de dois (ou mais) hospitais próximos sob a gestão de um mesmo conselho de administração. O desenvolvimento que se tem dado na reorganização dos cuidados hospitalares dentro das regiões não tem enfrentado oposição.

No decorrer do ano 2005 iniciam-se as reformas dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e dos Cuidados de Saúde Continuados (CCC). Na área dos CSP surgem modelos

²⁴ Mais informação em <http://www.acs.min-saude.pt/2011/06/07/pns11-16-discussao/>.

inovadores de organização e gestão de cuidados, designadamente as Unidades de Saúde Familiares (USF)²⁵ e, mais recentemente, os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).²⁶ Já as reformas de cuidados em ambulatório foram amplamente criticadas, em particular, as que envolveram a redefinição da rede de serviços de urgência hospitalares e o encerramento de alguns serviços de atendimento permanente dos centros de saúde.

O Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estes surgem a jusante dos cuidados hospitalares, cobrindo uma necessidade crescente, quer pelo número de pessoas que necessitam deste tipo de cuidados, quer pela redução da prestação informal, dentro da família, desse tipo de cuidados (Barros, 2011). Os cuidados continuados têm sido providos, essencialmente, por instituições privadas não lucrativas, tendo sido identificada pelo Ministério da Saúde como uma das falhas do SNS; foi então que se criou e desenvolveu a RNCCI e se definiu uma intervenção baseada na partilha de responsabilidade financeira entre as instituições privadas existentes e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Quanto ao mercado dos medicamentos, as principais medidas tomadas, nos anos mais recentes, ocorreram tanto na definição de preços e margens como nas regras de propriedade de farmácias e entrada de medicamentos no mercado, particularmente nos

²⁵ Em 2007 surgem as primeiras unidades de saúde familiar, dando corpo à reforma dos cuidados de saúde primários. O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento destas unidades e o regime de incentivos a atribuir aos seus elementos, com o objectivo de obter ganhos em saúde, através da aposta na acessibilidade, na continuidade e na globalidade dos cuidados prestados.

²⁶ Em 2008 assiste-se a mais um passo importante na reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação dos agrupamentos de centros de saúde do SNS, através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro. O objectivo consiste em dar estabilidade à organização da prestação de cuidados de saúde primários, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada e a melhoria no acesso aos cuidados de saúde.

medicamentos genéricos. Assistiu-se à redução das margens de participação por parte do Estado e à redução administrativa dos preços dos medicamentos em 6% (quer em 2006, quer em 2007). O principal objectivo parecia ser o de reduzir a despesa pública em medicamentos. Relativamente à política do medicamento importa salientar o aumento dos medicamentos genéricos e a introdução da prescrição por princípio activo e dos preços de referência.

A discussão mais actual gira em torno da sustentabilidade do SNS,²⁷ a qual só parece ser possível se a preocupação colocada na distribuição adequada dos recursos for vista numa óptica, não só de resposta ao tratamento das doenças, mas principalmente de investimento na promoção da saúde e prevenção da doença (onde os CSP devem ter um papel fulcral). Esta perspectiva potenciará o desenvolvimento do país e atenuará as desigualdades económicas e sociais, o que adquire importância particular num momento em que as convulsões na economia mundial obrigam a uma profunda reflexão sobre o modo como as áreas sociais têm vindo a ser pensadas, nomeadamente a saúde (Escoval, 2008).

Garantir a sustentabilidade de um sistema de saúde é uma tarefa colectiva, dependente do nível de exigência dos utentes, da capacidade de gestão dos decisores/pagadores, do nível de compromisso e responsabilidade social dos agentes económicos e profissionais envolvidos (Gaspar, 2008).

Nas palavras de Escoval (2008: 16-18), *“o grande desafio para o SNS no século XXI será colocá-lo ao serviço dos interesses e das necessidades de saúde da população, cada*

²⁷ Neste âmbito recorda-se o Relatório para a Sustentabilidade do SNS do Ministério da Saúde presente em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/050CB0A2-7ACC-4975-A1E4-4312A1FBE12D/0/RelatorioFinalComissaoSustentabilidadeFinanciamentoSNS.pdf>, acessido em Julho de 2011.

vez mais envelhecida, num contexto de escassez de recursos, de grande exigência na qualidade da resposta e de permanente evolução tecnológica. Mas, sendo o SNS um sistema altamente complexo, torna-se urgente alcançar a maturidade política que permita que a sua governação se pautе por acordos administrativos e financeiros que sejam capazes de conduzir e enquadrar as suas singularidades – a maior delas, a que harmoniza todo o sistema de saúde, procurando responder de forma integrada às necessidades de saúde dos cidadãos, o que impõe um modelo assente numa rede de serviços. (...) O SNS requer, pois, novas regras administrativas, criação de consensos, partilha de sabedoria, para além de necessitar de instrumentos. Importa trazer propostas inovadoras para a sua gestão. (...) O objectivo das reformas deve ser o de garantir o futuro, renovando com justiça o contrato entre gerações, partilhando riscos e custos de forma mais equilibrada para dar robustez e sustentabilidade ao Estado Social.”

A propósito da evolução do SNS, Fernandes (2011) refere que pelo facto de nunca ter existido um guião para a reforma resultante de estudos, análises e realidades monitorizadas, as transformações que ocorreram nunca obtiveram o efeito pretendido. Não houve partilha nem divulgação suficiente de informação sobre os conteúdos e objectivos da reforma e não existiu um acordo global interpartidário que garantisse continuidade aos agentes reformadores e avaliação das políticas. Acrescenta que, o que hoje se exige, apesar das circunstâncias financeiras e económicas, é uma mudança para melhor. Defende que a reforma tem que começar nos CSP (o autor considera-a já em curso), atravessar todos os meandros da saúde e ir para além dos cuidados continuados.

4.2. As reformas hospitalares

Os principais pontos relativos às reformas hospitalares²⁸ devem ser entendidos e analisados à luz de outras reformas ocorridas no sistema de saúde português. No entanto, atendendo ao facto de o estudo apresentado no presente trabalho se realizar em hospitais públicos portugueses focaremos em particular os aspectos relacionados com a evolução das organizações hospitalares, não deixando de referir sempre que oportuno aspectos ligados aos restantes níveis dos cuidados de saúde.

Simões e Lourenço (1999), referem que nos anos 70 o Estado tinha um papel como prestador e financiador dos cuidados de saúde e descrevem este período como sendo caracterizado por baixos níveis de saúde dos portugueses, bem como por um baixo nível de profissionalização dos organismos, assistindo-se a uma evolução acentuada no sistema de saúde português durante este período. Foram criadas duas estruturas funcionais: os Centros de Saúde instalados junto das comunidades, e os Hospitais, sendo a primeira tentativa séria de libertar o sistema de um “hospitalocentrismo” e reorientá-lo para um “comunitariocentrismo”.

Em 1979 foi criado o Serviço Nacional de Saúde,²⁹ no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto instrumento do Estado para assegurar o direito à protecção da saúde (mas também um dever de todos os cidadãos defenderem e promoverem a sua saúde), nos termos do art.º 64 da Constituição de 1976, isto é, através da “criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito” e de estabelecer ao Estado a

²⁸ A este propósito salientam-se os trabalhos de Simões (2010), Simões e Barros (2007) e Barros (2009).

²⁹ Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro, cria o Serviço Nacional de Saúde.

obrigação de “orientar a sua acção para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos”.

O acesso é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros, em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos. A Lei do Serviço Nacional de Saúde, de 1979, defendia um conjunto de princípios, dos quais se destacam a direcção unificada do SNS, a gestão descentralizada e participada e ainda a gratuitidade e o carácter supletivo do sector privado. A criação de um SNS possibilita um crescimento exponencial da procura de cuidados de saúde, atingindo praticamente 100% da cobertura da população.

A adopção do SNS em Portugal não foi um acontecimento isolado. Integra-se num movimento mais amplo que contempla outros países do sul da Europa: Itália (1978), Portugal (1979), Grécia (1983) e Espanha (1986).

Em 1988 é publicada a lei de gestão hospitalar,³⁰ traduzindo as preocupações decorrentes do aumento do peso das despesas de saúde no orçamento do Estado. Aqui se enfatiza a necessidade da introdução de princípios de natureza empresarial, no quadro da integração da actividade hospitalar na economia do país. Trouxe a possibilidade de introdução de níveis intermédios de gestão: se a qualidade é o princípio maior da gestão hospitalar, a rentabilidade dos serviços torna-se um valor de peso na administração. São disso exemplo a criação de planos anuais e plurianuais para os hospitais e a criação de centros de responsabilidade como níveis intermédios da administração.³¹ Na prática nunca foram implementados de forma generalizada.

³⁰ Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, aprova a lei de gestão hospitalar.

³¹ O art.º 7 do Decreto-Lei n.º 19/88, havia previsto a criação os Centros de Responsabilidade atribuindo a cada um a “necessária autonomia a fim de se conseguir a adequada desconcentração de poderes e

Posteriormente foram introduzidas alterações substanciais no domínio dos órgãos e do funcionamento global do hospital,³² bem como no que toca à estrutura dos serviços. Assim, e à semelhança do que decorre nos restantes países europeus, são reforçadas as competências dos órgãos de gestão, são abandonadas as direcções de tipo colegial, os titulares dos órgãos de gestão passam a ser designados pela tutela, desenha-se o perfil de gestor para o exercício da função de chefe executivo, são introduzidos métodos de gestão empresarial e são reforçados e multiplicados os controlos de natureza tutelar.

A Lei de Bases da Saúde³³ veio estabelecer novos princípios de organização e funcionamento do sistema de saúde. Reconhece as entidades privadas e os profissionais liberais como parte integrante do sistema de saúde, bem como, da rede nacional de prestação de cuidados. Na sua Base XXXVI, ponto 1, é reforçada a ideia de que *“a gestão das unidades de saúde (hospitais e centros de saúde) deve obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial e a lei pode permitir a realização de experiências inovadoras de gestão (...)”* e no ponto 2, *“(...) pode ser autorizada a entrega, através de contratos de gestão, de hospitais ou centros de saúde do SNS a outras entidades (...)”*.³⁴

correspondente repartição de responsabilidades”. Diz ainda no mesmo artigo, n.º 1, que os Hospitais quando “atingem grandes dimensões” devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial (...) para o que dela utilizarão as regras e os métodos compatíveis com a sua natureza e fins” e com esse objectivo “devem organizar-se e desenvolver a sua acção por centros de responsabilidade e de custos” (art.º 9º, n.º1 do referido Decreto).

³² Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro, regulamenta a Lei de Gestão Hospitalar.

³³ Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde.

³⁴ Baganha *et al* (2002) sugere que com esta Lei foram postos em causa três princípios do SNS: a responsabilidade estadual pela protecção da saúde, a gratuitidade e a forma do respectivo funcionamento e a natureza da entidade, serviço ou instituição prestadora dos serviços de saúde. Institui-se o princípio da responsabilização conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados.

O Estatuto do SNS³⁵ veio regulamentar a Lei de Bases da Saúde, consagrando a separação entre serviço e sistema. Uma das alterações tinha em vista superar a dualidade então existente entre cuidados de saúde primários e diferenciados através da criação de unidades integradas, as quais visavam possibilitar a articulação entre grupos de centros de saúde e hospitais, procurando uma gestão de recursos mais eficaz para os utentes. No mesmo ano foi publicada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

O Estatuto do SNS para além de reconhecer a participação dos cidadãos como parte importante para o desenvolvimento do sector da saúde, consagra as várias formas em como a prestação de cuidados de saúde pode ser realizada pelos privados: mediante convenções, acordos ou contratos. Procura-se descentralizar e desconcentrar a prestação através da possibilidade de celebração de contratos com outras entidades.

No decorrer de 1995, assistiu-se à colocação na prática de uma tendência já ensaiada em alguns países com sistemas universais de saúde, de o Estado conceder a gestão de unidades a consórcios públicos, privados ou mistos, que se responsabilizariam pela administração de hospitais e de unidades integradas de saúde (Campos, 2008). Assim, nesse ano, o Hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra), criado em 1991, foi objecto de concessão de gestão por contrato, sendo pública a estrutura do capital.³⁶ A gestão era exercida por uma entidade privada, mas cabia ao Hospital Fernando da Fonseca exercer uma missão de serviço público. Para o OPSS (2009: 58) este exemplo constituiu uma forma particular de parceria público-privada.

No ano seguinte, iniciou-se uma nova etapa no sentido da quase-empresarialização dos hospitais do SNS. A primeira “experiência inovadora de gestão”

³⁵ Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

³⁶ Esta experiência não teve continuidade e o Hospital passou a Entidade Pública Empresarial em 2009.

segundo Reis (2007) e Campos (2005) teve lugar no Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, e através do Decreto-Lei n.º 151/98, de 5 de Junho, que alterou o regime jurídico aplicável ao hospital, permitiu-se a introdução de instrumentos do direito privado na gestão de recursos humanos e nas aquisições de bens e de serviços, embora mantendo estatuto e gestão públicos. A esta seguiram-se novas experiências, em 1999 e 2001, que tiveram lugar na Unidade Local de Saúde de Matosinhos³⁷ e no Hospital do Barlavento Algarvio,³⁸ respectivamente.

Com a criação da Unidade Local de Saúde de Matosinhos estabeleceu-se um modelo inovador de organização dos serviços prestadores de cuidados primários e hospitalares no qual uma mesma entidade gestora abarca o Hospital Pedro Hispano e os quatro centros de Saúde da sua área de influência.³⁹ Segundo Barros e Gomes (2002), a descentralização da gestão dividia-se em três partes: a do centro de responsabilidade hospitalar, a dos cuidados primários e a da saúde pública.

Foi também em 1999 que se criaram os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) nos hospitais do SNS.⁴⁰ Estes centros constituíam estruturas orgânicas de gestão intermédia, que agrupavam serviços e/ou unidades funcionais homogêneas e/ou afins. A desconcentração da tomada de decisão, do planeamento e do controlo dos recursos visava introduzir a componente empresarial na gestão destas unidades, com o objectivo

³⁷ Decreto-Lei n.º 207/99, de 26 de Julho, cria a Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

³⁸ Decreto-Lei n.º 76/2001, de 27 de Fevereiro, estabelece o estatuto jurídico aplicável ao Hospital do Barlavento Algarvio e faz cessar o seu regime de instalação.

³⁹ Através da publicação do Decreto-Lei n.º 286/99, de 27 de Julho, foram estruturados os Serviços de Saúde Pública, no âmbito dos quais se integrava o exercício dos poderes de autoridade de saúde, enquanto poder-dever de intervenção do Estado na defesa da saúde pública.

⁴⁰ Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro, legisla a criação dos CRI.

de aumentar a eficiência e melhorar a acessibilidade, através de um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais na gestão dos recursos à sua disposição.

No mesmo ano foi estabelecido o regime dos Sistemas Locais da Saúde.⁴¹ Estes reuniam um conjunto de recursos articulados na base da complementaridade e organizados segundo critérios geográfico-populacionais que visavam facilitar a participação social. Eram constituídos pelos centros de saúde, hospitais e outros serviços e instituições, públicos e privados, com ou sem fins lucrativos, com intervenção directa ou indirecta, no domínio da saúde, numa certa área geográfica ou numa região de saúde.

No ano 2001, o Hospital do Barlavento Algarvio, em Portimão, passou a ter uma gestão em moldes semelhantes aos do Hospital de São Sebastião. Prosseguia-se o objectivo de imprimir modernidade às várias vertentes da gestão, mas na lógica do interesse público. Harfouche (2008) salienta que estes modelos de gestão incluíam a contratualização do financiamento em função das actividades a prosseguir, do estabelecimento de incentivos aos profissionais de saúde e da agilização da contratação dos meios necessários ao seu funcionamento.

Num contexto global, o modo de inserção dos hospitais no sistema de saúde pode ser representado segundo duas dimensões: a propriedade do hospital e a natureza da sua gestão. Em Portugal, a maioria dos hospitais cabia na combinação de propriedade pública e gestão pública, e estas novas experiências tentadas situam-se na natureza da gestão, caracterizados pela flexibilização parcial das regras do sector público, mas não coincidindo na íntegra com as regras de uma gestão privada mantendo, contudo, a propriedade do hospital na esfera pública.

⁴¹ Decreto-Lei n.º 156/99, estabelece o regime dos Sistemas Locais da Saúde.

No ano 2002 introduzem-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar,⁴² acolhe-se e define-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde⁴³ e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial.

As principais alterações à Lei de Bases da Saúde verificaram-se nas disposições relativas: *i)* ao estatuto dos profissionais de saúde do SNS, com a lei do contrato individual e a contratação colectiva; *ii)* ao financiamento do SNS, que deverá passar a ser prestado «através do pagamento dos actos e actividades efectivamente realizados segundo uma tabela de preços que consagra uma classificação dos mesmos actos, técnicas e serviços de saúde»; *iii)* à fiscalização pelo Ministério da Saúde do exercício de qualquer profissão que implique a prestação de cuidados de saúde em regime liberal e, por último, *iv)* aos modelos de gestão dos hospitais e dos centros de saúde, permitindo a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos (Reis, 2007).

A grande experiência a nível de gestão hospitalar deu-se em 2002,⁴⁴ com a transformação de 34 hospitais do Sector Público Administrativo (SPA) em 31 hospitais

⁴² Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, aprova o novo regime de gestão hospitalar.

⁴³ Abrange os estabelecimentos do SNS, os estabelecimentos privados que prestem cuidados aos utentes do SNS e outros serviços de saúde nos termos dos contratos celebrados, incluindo os profissionais em regime liberal com quem sejam celebradas convenções, prevendo-se, ainda, a possibilidade de adopção de quatro formas jurídicas de hospitais: “Estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira, com ou sem autonomia patrimonial; Estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial; Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos e Estabelecimentos privados”.

⁴⁴ Resolução de Conselho de Ministros n.º 41/2002, transforma alguns Hospitais SPA em SA.

Sociedades Anónimas (SA) de capitais exclusivamente públicos (por constituição de grupos e centros hospitalares).⁴⁵

Os hospitais SPA são “estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial”, contudo, Aguiar (2010) refere que essa autonomia administrativa e financeira era significativamente limitada devido à sua importante dependência da tutela, através das Administrações Regionais de Saúde, no que respeita a gestão, financiamento e recrutamento dos recursos humanos.

Alguns autores (Rego e Nunes, 2009; Simões, 2004) apontaram várias falhas aos Hospitais SPA, designadamente, deficiências de gestão pela desresponsabilização generalizada dos órgãos de gestão, ausência de um sistema de incentivos que em certa medida promove a falta de motivação e de empenho profissional e custos agravados pela ineficiência na gestão dos recursos disponíveis (Aguiar, 2010).

A questão central, referida em todos os diplomas de transformação dos hospitais em SA, é que a gestão empresarial permite ganhos em saúde, melhoria do desempenho e da eficiência do SNS, a introdução da autonomia de gestão e a responsabilidade financeira ao nível da gestão hospitalar e a separação entre prestador e financiador de cuidados.

⁴⁵ Esta reforma foi particularmente contestada por alguns *players* do sector da saúde, levando a que o XVII Governo Constitucional propusesse a transformação dos Hospitais Públicos em Entidades Públicas Empresariais (EPE) através do Decreto-Lei n.º 93/2005. No entanto, alguns estudos e relatórios, designadamente, o Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais do SEE no período compreendido entre 2001 e 2004 (Tribunal de Contas, 2006) e Resultados da Avaliação dos Hospitais SA (Comissão para a da Avaliação dos Hospitais SA, 2006), apresentaram conclusões praticamente unânimes quanto à existência de uma melhoria considerável do desempenho económico e financeiro dos hospitais SA em relação aos hospitais SPA.

Com este novo enquadramento legal, onde o regime jurídico é o do direito privado, foi lançado um conjunto de reformas tendo como objectivo principal melhorar a eficiência e a qualidade do serviço hospitalar. Em relação à titularidade do capital social, o mesmo pertence apenas ao Estado e a empresas de capitais exclusivamente públicos, sendo os direitos do Estado como accionista, bem como os poderes de tutela económica, assegurados conjuntamente pelos Ministérios das Finanças e da Saúde. Introduziram-se limites ao endividamento destes hospitais, bem como sistemas de avaliação por mérito e sistemas de incentivos com base na produtividade.

Para Harfouche (2008) a criação dos hospitais SA conseguiu romper com o preconceito de que não é possível realizar importantes mudanças na saúde. Nas palavras de Reis e Falcão (2003), assumiu-se, assim, a nova configuração estatutária e abandonaram-se as “experiências inovadoras” pontuais.

Com o lançamento da reforma do sector da saúde de 2002, o sistema hospitalar passou a integrar: hospitais SPA; hospitais SA; hospitais em regime de parcerias público-privadas e hospitais privados, tal como previsto no novo regime jurídico da gestão hospitalar.

Em 2005, após três anos de modelo de gestão SA, foi adoptado um novo modelo⁴⁶ que procedeu à transformação dos 31 hospitais SA em Entidades Públicas Empresariais (EPE). Neste caso, a gestão continua a ser privada, o financiamento continua a ser público, a ideia continua a ser a adequação dos instrumentos de gestão à especificidade da natureza da actividade de prestação de cuidados de saúde, com vista ao bom funcionamento quer a nível operacional, quer a nível de racionalidade económica das

⁴⁶ Decreto-lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, aprova a transformação dos Hospitais SA em EPE.

decisões de investimento, mas no qual é permitida uma maior intervenção a nível das orientações estratégicas de tutela e superintendência a exercer pelos Ministros das Finanças e da Saúde.⁴⁷

Com a alteração do estatuto jurídico dos hospitais SA para EPE não se mudou substancialmente a estrutura hierarquizada, em prejuízo de uma maior descentralização de decisões, adequada ao processo de contratualização (OPSS, 2009). Mas, segundo Ferreira *et al* (2010), os hospitais experimentaram algumas mudanças significativas, em particular ao nível da transparência do processo de contratualização, através da divulgação pública dos seus contratos-programa no sítio da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Por outro lado, foi estimulado o aparecimento de PPP.⁴⁸ Naquele ano, o Governo anunciou que os novos hospitais a serem construídos seguiriam o modelo de parcerias público-privadas, com investimento privado, financiamento público, gestão privada e

⁴⁷ As unidades hospitalares mais pequenas e as de grande dimensão continuaram sob a forma de SPA. Em 2007, passaram a EPE dois dos maiores hospitais do País, Hospitais de S. João e Hospital de Sta. Maria e em 2008 foi a vez dos Hospitais da Universidade de Coimbra, outro Hospital de grande dimensão, sendo os três, hospitais universitários. Simultaneamente, assistiu-se à constituição de diversos centros hospitalares, modelo que procura melhorar a capacidade de resposta, otimizando serviços através de uma gestão integrada das várias unidades hospitalares.

⁴⁸ A conjugação das pressões de reforma determinadas pela exigência de maior qualidade e mais elevado nível de performance na prestação pública com os crescentes constrangimentos orçamentais, fez apelo ao recurso, também no sector da saúde, a mecanismos de parceria público-privadas (PPP), isto é, modelos de intervenção em que os dois sectores põem em conjunto as suas aptidões complementares num dado projecto o que pode ser feito com diferentes níveis de envolvimento e responsabilidade. Um documento do Governo de New South Wales – Austrália – (NSH Government Green Paper, November 2000), identificava os benefícios esperados com o envolvimento privado na satisfação de necessidades públicas: a) Melhor value for money – conceito complexo que vai desde o mais baixo custo alternativo para o contribuinte até à consonância com as políticas públicas passando por previsíveis ganhos financeiros, em efectividade e eficiência; b) Partilha de riscos – os que o sector privado suporta/gere melhor; c) Promoção da inovação – a remoção de constrangimentos que o sector público sofre no domínio da inovação; d) Flexibilidade na execução e pontualidade - o sector privado está fortemente motivado para evitar aumento de custos por atrasos na execução e para antecipar a produção de resultados.

forma de propriedade pública (OPSS, 2006), tendo sido constituídos, por iniciativa do Governo, grupos de coordenação interdepartamental para o seu lançamento.

Mas, se por um lado, esta opção de partilha de riscos e interesses entre o sector público e o privado, permite obter financiamento para a renovação ou incremento do número de hospitais, por outro lado, não é completamente isenta de reservas, tendo causado acesso debate, que se mantém, especialmente no Reino Unido.⁴⁹

As PPP serão um exemplo de hospitais onde a gestão é privada, e a forma de propriedade é também privada. No entanto, findo o contrato, os equipamentos reverterão para o Estado. Na primeira vaga de PPP, que engloba os hospitais de Loures, Cascais, Braga⁵⁰ e Vila Franca de Xira,⁵¹ a gestão clínica é exercida por entidades privadas. Na segunda vaga, que abrangerá, entre outros, o hospital do Algarve e o hospital de Todos-os-Santos de Lisboa, a gestão clínica fica fora do âmbito da PPP (Gonçalves, 2008).

Apesar de várias mudanças decorrentes da alteração do estatuto jurídico dos hospitais, entre elas a promoção de uma nova gestão hospitalar que envolveu uma mudança na cultura organizacional e um envolvimento de todos os agentes no processo, não apenas os accionistas, mas todos os interessados, mantêm-se argumentos relacionados com a fraca qualidade dos cuidados de saúde prestados, com a incapacidade de financiamento do Estado, entre outros, têm levado à realização de vários estudos cuja

⁴⁹ Mais informação em <http://www.ippr.org/?megafilter=health%2C>. A este propósito salientamos também os trabalhos da Prof. Allyson Pollock sobre as PPP disponíveis em http://allysonpollock.co.uk/index.php?option=com_article&tag=PFI%20/%20PPPs&view=search&Itemid=3.

⁵⁰ O novo Hospital de Braga entrou em funcionamento no dia 9 de Maio de 2011. Resultante de uma parceria público-privado estabelecida com a José de Mello Saúde em Dezembro de 2008.

⁵¹ O consórcio Escala Vila Franca de Xira, liderado pela José de Mello Saúde, assumiu a gestão do Hospital de Reynaldo dos Santos no dia 1 de Junho de 2011. A nova administração assumiu a responsabilidade por toda a actividade deste hospital do Serviço Nacional de Saúde, assegurando a gestão da actual infraestrutura hospitalar durante o período de 2 anos, data a partir da qual entrará em funcionamento o novo Hospital de Vila Franca de Xira.

finalidade é estabelecer comparações entre diferentes modelos de gestão hospitalar e averiguar qual aparenta ser, atendendo à realidade social, cultural, económica e política do país em causa, o mais adequado aos interesses do doente à luz das mais modernas teorias da governação empresarial.

Neste contexto e atendendo ao quadro internacional de reforma no sector da saúde, fala-se na necessidade de reflectir sobre a possibilidade de uma nova vaga reformista, designadamente, através da adopção do Hospital Fundacional Estatal de Direito Privado enquanto perspectiva evolucionista dos modelos de empresarialização. Trata-se de um modelo de gestão que se caracteriza por uma nova governação ético-social na saúde (Rego e Nunes, 2010).

O modelo fundacional, entre outras características, corresponde a uma verdadeira descentralização administrativa, fundamental para uma verdadeira reforma estrutural do Estado Social; partilha a gestão com os diversos interessados, isto é, existe um Conselho de Administração encarregue da gestão operacional e um Conselho de Curadores que define as grandes linhas de orientação estratégica do hospital (a coexistência de ambos garante um sistema moderno de gestão na senda das mais modernas teorias da governação empresarial; impõe a prestação de contas à sociedade, através da publicitação de indicadores de desempenho).

De acordo com a evidência empírica internacional, como sejam o exemplo do Reino Unido ou Brasil, o modelo fundacional poderá ser equacionado como um modelo adequado para uma nova gestão dos hospitais universitários, dadas as suas

especificidades, onde para além da vertente assistencial, o ensino e a investigação são também vectores essenciais da sua actuação (Rego e Nunes, 2010).⁵²

4.3. Estrutura organizacional e gestão dos hospitais públicos em Portugal

Os hospitais são, por natureza, instituições complexas, colocando à sua gestão desafios constantes e crescentes, num contexto de cada vez maior exigência e expectativa por parte das suas diferentes clientelas – os doentes, os financiadores, as tutelas e a sociedade em geral.

O hospital público português adoptou, de há muito, um modelo de gestão do tipo burocrático, modelo inspirado nas concepções de Max Weber (1864-1920) e que, sinteticamente, se caracteriza por apresentar uma estrutura fortemente hierarquizada, com total concentração dos poderes de decisão e de controlo no topo da hierarquia, normativista, privilegiando o carácter formal das comunicações. O seu grande objectivo é a previsibilidade do comportamento humano e a padronização do desempenho.

Trata-se pois de um modelo apropriado a ambientes estáveis, com metas bem definidas e constantes, actividades rotineiras que fazem apelo a tecnologias

⁵² Os autores apontam como principais vantagens deste modelo: o provável aumento de um melhor desempenho económico e financeiro, dado que se podem aplicar e desenvolver as regras e princípios de gestão característicos da iniciativa privada que, sem dúvida, originarão ganhos de eficiência e de combate ao desperdício; permitirá captar mais recursos financeiros, através do envolvimento activo de todas as forças vivas da sociedade (sendo de incentivar os donativos, ao abrigo da lei do mecenato); a nível organizacional a superioridade deste modelo prende-se com o facto de permitir uma participação acrescida da sociedade; de grupos representativos dos doentes e dos profissionais de saúde quer na gestão quer na definição das linhas estratégicas a nível macro – permite a ampliação de poderes da sociedade e das diferentes partes interessadas promovendo uma profunda mudança no plano cultural; o modelo de governação acautela que os dinheiros públicos são utilizados na procura da satisfação dos cidadãos/contribuintes/utentes. Para a adopção deste modelo seria necessário proceder-se à alteração da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar, de modo a ser especificamente previsto na lei o estatuto de Hospital Fundação Estatal.

relativamente uniformes. Hoje, nas organizações hospitalares, as metas são múltiplas e mutáveis, a tecnologia complexa e dinâmica, as actividades cada vez menos rotineiras e a criatividade e a inovação cada vez mais importantes.

Segundo o CRES (1998),⁵³ a reforma da gestão dos hospitais devia concentrar-se em aspectos de organização e gestão, com introdução de maior flexibilidade (sobretudo na gestão e recursos humanos) e adequação ao papel que cada unidade deve prestar no âmbito do SNS. Essa reforma deveria incidir em quatro aspectos essenciais: i) regulamentação (estatuto hospitalar); ii) articulação com as restantes instituições do sistema; iii) organização e gestão internas; iv) modelos alternativos ou de margem do sistema que pode passar pela privatização da exploração de hospitais públicos, construção/exploração privada de hospitais públicos e contratualização de hospitais privados.

De acordo com Stoleroff e Correia (2008), não existindo, por enquanto, um mandato com base numa perspectiva inequívoca quanto à progressiva privatização dos alicerces básicos da organização pública do sistema, a tutela governativa tem enveredado por um processo de liberalização das modalidades de gestão das organizações públicas, decorrente de maiores graus de autonomia no desempenho das suas funções ao nível micro das relações laborais, de maneira a fazê-las convergir com as modalidades consideradas “menos burocráticas” do sector privado.

Entre as inovações organizacionais mais importantes e com repercussões mais abrangentes – e a par da própria reorganização da rede hospitalar – sobressai o processo

⁵³ Apesar de mais de uma década passada sobre a publicação do Relatório do CRES, consideramos o seu conteúdo por demais actual, na medida em que na generalidade as suas propostas não foram passadas à prática.

da empresarialização das organizações hospitalares públicas (Stoleroff e Correia, 2008), primeiro, em 2002, com a transformação de 34 hospitais tradicionais em hospitais SA e posteriormente a transformação desses 31 hospitais SA e cinco hospitais SPA em hospitais EPE, em 2005.⁵⁴

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 interessados (Graça, 2005).

Com a passagem a Entidades Públicas Empresariais, EPE, o Governo pretendeu compatibilizar a natureza pública das instituições hospitalares, tuteladas pelos Ministérios da Saúde e das Finanças, com um sistema de gestão empresarial por objectivos, mais flexível, mas ao mesmo tempo mais exigente, sem descurar a importância do serviço público que presta. Pretendeu ainda promover mais e melhor qualidade nos serviços e um melhor acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, bem como a potenciação do desenvolvimento de uma cultura de mérito nos profissionais destas instituições.

De acordo com Nunes (2010), a introdução de uma cultura empresarial no SNS, teve como objectivo nuclear aumentar a eficiência, sem prejudicar nem o desempenho clínico nem a qualidade assistencial.⁵⁵

⁵⁴ Stoleroff e Correia (2008) apresentam a seguinte definição: “Por empresarialização entende-se o processo de autonomização das competências gestonárias das organizações hospitalares públicas em aproximação/convergência com o modelo de gestão do sector privado, no quadro de um sistema público de prestação de cuidados. É derivada de uma aplicação dos princípios da NPM (OCDE, 1995; Christensen e Laegreid, 2001; Gomes, 2001; Gruening, 2001; Bach e Kessler, 2007) ao sector hospitalar público”.

⁵⁵ Segundo Relatórios sucessivos do Tribunal de Contas referidos por Nunes (2010), Portugal despende de uma fatia considerável da riqueza gerada na provisão de cuidados de saúde, mas tem mantido uma taxa de ineficiência muito elevada (25-30%).

Essa cultura aponta para a adopção da gestão empresarial e de mecanismos de mercado e assenta na clarificação da responsabilidade, melhoria do desempenho, responsabilização e prestação de contas, indicando cada vez mais a adopção de princípios do NPM.

Com o processo de empresarialização flexibilizou-se a política de aquisições⁵⁶ e de contratação de recursos humanos; generalizou-se a contratualização externa (que também se aplica aos hospitais SPA); desenvolveram-se e, noutros casos, melhoraram-se algumas ferramentas dos sistemas de informação; adoptaram-se alguns princípios de boa governação, como sejam a publicitação de informação diversa (modelo de governo, documentos de prestação de contas, etc.) no sítio das empresas do Sector Empresarial do Estado (SEE), a publicitação dos Contratos-Programa e dos Relatórios e Contas no sítio da ACSS.

Mas, em bom rigor, esta pode ter sido uma oportunidade desperdiçada (OPSS, 2006), uma vez que os hospitais, na realidade, pouco alteraram o seu desenho organizacional, bem como o seu modelo de governação. Por exemplo, não se adoptaram mecanismos de contratualização interna, organizados numa perspectiva de clientes internos/fornecedores internos, de forma generalizada; continuou a assistir-se à persistência de uma cultura organizacional orientada para os prestadores e não para o “cliente”; os contratos-programa focam-se em meros indicadores de produção, sem terem o necessário contraponto com indicadores de efectividade e os sistemas de informação não tiveram o desenvolvimento e melhorias necessárias que permitam a adopção de estratégias de tomada de decisão baseadas em dados actualizados e

⁵⁶ Através da possibilidade de efectivação de aquisições de bens e serviços ao abrigo das regras do direito privado prevista no Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro.

robustos. Apesar de previsto em legislação própria,⁵⁷ não se procedeu à organização dos hospitais em centros de responsabilidade, tendo estes sido criados de forma pontual nalguns (poucos) hospitais.

Uma outra mudança a nível de gestão dos hospitais deu-se com a nomeação dos titulares dos órgãos de direcção técnica (director clínico e enfermeiro-director),⁵⁸ cujo objectivo principal era dar uma maior coesão à tomada de decisão dos conselhos de administração.

Com os hospitais EPE, surge a figura do gestor público do NPM, profissionalmente especializado, individualmente responsabilizado (no sentido de responsabilização/prestação de contas) pela optimização do desempenho do sector público, com maior transparência de missão, objectivos, estratégias e resultados. Assim se introduz a visão económica nas organizações públicas governamentais (Rego e Nunes, 2009).

Abordámos anteriormente a importância de repensar o sistema de saúde português nas suas distintas componentes: a nível macro, que teria como foco principal uma redefinição da organização interna do sistema,⁵⁹ mas também no que se refere a uma evolução a nível das organizações prestadoras de cuidados de saúde e mesmo do modo como os profissionais organizam quotidianamente o seu trabalho.

⁵⁷ Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

⁵⁸ Decreto-Lei n.º 39/2002, de 26 de Fevereiro, aprova a nova forma de designação dos órgãos de direcção técnica dos hospitais e dos centros de saúde, altera a composição dos conselhos técnicos dos hospitais e flexibiliza a contrastação de bens e serviços pelos hospitais.

⁵⁹ A redefinição da organização interna do sistema assentaria numa reflexão sobre o papel do Estado, as suas funções, o modo de gerir os fluxos financeiros ou mesmo na discussão de quais as melhores modalidades de descentralização administrativa, que assumiriam particular relevo num ambiente político pouco propício a mudanças estruturais nos sistemas de protecção social (Rego e Nunes, 2010).

O que estava na primeira linha do debate – a organização do sistema em si –, passou para segundo plano, dando lugar às formas de organização e de gestão que melhor realizam os objectivos da política de saúde, da denominada era da "nova administração de saúde" direccionada para o desempenho (resultados), para a responsabilização efectiva de todos os participantes e para o "cidadão-cliente".⁶⁰

A gestão do sector público sofreu uma grande transformação, em muitos países, durante a década de oitenta. A nova gestão emerge do paradigma da maior eficiência no sector privado, dando ênfase à produção mensurável, conferindo poder aos gestores tecnocratas, criando novas estruturas de gestão, incentivando a competição e criando indicadores para avaliar o desempenho. Comparativamente com o restante sector público, estas técnicas de gestão foram aplicadas, numa fase posterior, nos hospitais, devido à complexidade das organizações de saúde e à oposição de importantes sectores médicos (Simões, 2004).

Para além da complexidade das organizações de saúde, as mudanças em curso nos hospitais irão necessariamente influenciar os exercícios profissionais em saúde, porventura com maior visibilidade a nível da prestação, mas com reflexos muito significativos no domínio da gestão (Reis, 2004).

A propósito da evolução do modelo de organização e da gestão das instituições que compõem o SNS se fazer no sentido de uma maior liberdade de gestão, Barros (2011) refere que a flexibilidade na gestão é mais exigente em termos de esforço da equipa da

⁶⁰ Com o passar dos anos e a crescente consciencialização dos doentes enquanto interessados do sistema de saúde, tem havido uma evolução gradual do papel de doente para o de cliente, com as inerentes consequências no seu nível de informação, decisão e pressão. Com o aumento crescente de fontes de informação disponibilizadas ao público, o cidadão começa gradualmente a ter algum poder de influência no seu diagnóstico e tratamento. Embora continue a ser o médico o decisor último, o cidadão é mais informado e começa a procurar a melhor solução para o seu problema.

gestão, sendo exigida uma capacidade de liderança mais acentuada do que no modelo de gestão clássico dos hospitais.

A par de novas modalidades de gestão hospitalar, torna-se da maior importância a regulação⁶¹, que se deve estender a todas as actividades (regulação vertical) e a todos os operadores (regulação horizontal) no sistema de saúde (Nunes, 2010).

Segundo Nunes e Rego (2002), qualquer que seja o modelo organizacional que venha a ser adoptado e qualquer que seja a função dos diferentes agentes envolvidos, a qualidade não pode ser descurada em nenhum dos níveis de prestação de cuidados de saúde e deve assumir um papel instrumental para alcançar as reformas pretendidas. A qualidade deve estender-se além dos métodos de diagnóstico e de tratamento, deve observar-se nas metodologias de gestão e administração em saúde.

Em termos de gestão das organizações de saúde, somente após a definição, explicitação e implementação de um modelo de avaliação do desempenho das organizações de saúde, se poderão criar mecanismos que proporcionem uma maior responsabilização dos agentes internos (gestores e prestadores) e simultaneamente possibilitem a sua reprodutibilidade na actividade e gestão de cada organização de saúde. Para além disso, existem em Portugal alguns aspectos conjunturais que tornam igualmente imperiosa a explicitação de modelos de avaliação do desempenho (Simões, 2004).

⁶¹ Em 2003 foi criada a Entidade Reguladora da Saúde (Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro) como uma entidade de regulação e supervisão do sector da prestação de cuidados de saúde, independente no exercício das suas funções, e cujas atribuições se desenvolvem em áreas fundamentais relativas ao acesso aos cuidados de saúde, à observância dos níveis de qualidade e à garantia de segurança, zelando pelo respeito das regras da concorrência entre todos os operadores, no quadro da prossecução da defesa dos direitos dos utentes.

A noção de desempenho constitui um elemento chave na estratégia de modernização das organizações, designadamente nas da AP. Mas, medir o desempenho de um hospital não é fácil, porque os seus objectivos são muito diversos e pouco claros; todos os hospitais são diferentes e há dificuldade em os comparar; o sistema hospitalar é particularmente complexo; alguma informação é intangível ou não mensurável.

A definição e um claro entendimento dos seus objectivos constituem o primeiro passo para a avaliação do desempenho de um hospital (Simões, 2004). Nas recomendações do Relatório do Ministério da Saúde (2010: 21) sobre a Organização Interna e a Governação dos Hospitais pode ler-se que se devem promover e melhorar os instrumentos de medição e avaliação da governação, seja ela clínica ou empresarial, bem como avançar sem demora com o ensaio do modelo de avaliação dos Conselhos de Administração dos hospitais, para além da avaliação do desempenho dos Serviços/Unidades, as quais têm que ter consequências práticas.

Em geral, considera-se que devem ser encontradas e aperfeiçoadas soluções que economicamente apresentem benefícios, sem prejuízo dos princípios essenciais em que deve assentar o SNS em geral e o funcionamento dos hospitais em particular. Sejam quais forem as modalidades adoptadas, será sempre necessário assegurar a todos os cidadãos questões essenciais como a equidade, a qualidade dos cuidados e a igualdade no acesso e utilização (Paulo, 2003 e Nunes, 2011).

4.4. Dupla autoridade nos hospitais

As profissões em contexto hospitalar estão sujeitas a diversas regras e normas internas, legitimadas através do poder hierárquico destas organizações. O hospital caracteriza-se, cada vez mais, como um universo fragmentado de saberes e poderes profissionais, frequentemente sobrepostos, devido à ausência de fronteiras ou delimitações objectivas das suas múltiplas fontes. Os profissionais de saúde aliam o seu conhecimento à utilização de tecnologia sofisticada, facto que aumenta exponencialmente o seu poder profissional (Areosa e Carapinheiro, 2008).

O elevado nível de qualificação dos profissionais de saúde dificulta, ou impossibilita a supervisão hierárquica. As lideranças directas agem de modo subtil e individualizado, quando procuram mudar o comportamento dos seus subordinados, direccionam a sua actuação apenas para aquilo que consideram ser essencial deixando uma considerável margem de liberdade para adaptação às situações.

No que respeita à partilha de valores e tendo em conta as características das organizações hospitalares é geralmente considerada a existência de uma orientação do tipo corporativista como forma de compensar alguma perda de controlo por parte dos profissionais que actuam ao nível operacional (Carvalho, 2008 e Reis, 2007).

O hospital apresenta dois sistemas lógicos distintos. Por um lado, existe a lógica científica e técnica do corpo profissional médico, por outro, existe a lógica economicista e racionalizadora da gestão hospitalar. Sendo estas perspectivas diferentes e normalmente antagónicas, a relação profissão médica/administração hospitalar é muitas vezes pautada por orientações de alguma conflitualidade (Areosa e Carapinheiro, 2008).

Segundo os mesmos autores, às restantes categorias profissionais do meio hospitalar pouco mais sobra do que algumas franjas de poder, situadas na periferia do poder médico e administrativo, embora esta tendência possa futuramente minimizar-se, devido às crescentes qualificações académicas das novas profissões da saúde. Na verdade, algumas formas de predominância do poder técnico sobre o poder administrativo estão longe de ser casos isolados.

Assim, é hoje aceite sem contestação que nas organizações de saúde, principalmente em hospitais coexistem duas linhas de autoridade: uma, correspondente a uma estrutura convencional no contexto das organizações em geral, em que uma autoridade formal procura intervir crescentemente (por alegados motivos de racionalização) em áreas onde se cruzam dimensões técnicas com dimensões de gestão; outra, emanada do saber e da projecção técnica dos profissionais (um poder-saber de índole técnica) que procura evitar a transferência para o domínio da gestão de áreas de decisão de origem técnica e abranger domínios que têm dimensões técnicas, para além de dimensões económicas, alegadamente com objectivos de especialização, de autonomia técnica e de salvaguarda de valores específicos (Reis, 2007).

Tal como sublinha Barros (2009: 305) *“Se, de um ponto de vista da função económica se pode considerar, tendo subjacente a sua utilidade, como sendo o palco de encontro de uma procura e de uma oferta. Do lado da procura, tem-se os profissionais de saúde, com os médicos na primeira linha, cujo objectivo é obter os recursos necessários para tratar os doentes. Do lado da oferta, tem-se a administração, que gere a instituição, procurando garantir que os recursos necessários para tratar os doentes estão disponíveis e fazendo o equilíbrio entre as diversas solicitações internas. Este mercado interno*

implícito faz com que o hospital tenha uma dupla hierarquia no seu interior, e o equilíbrio é obtido por negociação e não através de um mecanismo de preços.”

Porque os profissionais têm autoridade sobre as actividades e os objectivos mais importantes da organização, as relações entre a administração e os profissionais que a integram parecem estar invertidas na medida em que os gestores gerem sobretudo recursos utilizados na actividade, que de facto, é conduzida pelos profissionais dotados de autonomia e de capacidade de decisão fora do controlo da gestão.⁶²

A título de exemplo, as principais conclusões de um estudo realizado por Monteiro (1999), através de entrevistas estruturadas, revelaram ser preocupação de todos os profissionais, melhorar o nível de prestação de cuidados de saúde, mas os profissionais manifestaram objectivos de natureza essencialmente qualitativa e de curto prazo, por sua vez, o conselho de administração prosseguia objectivos essencialmente quantitativos e de médio prazo, procurando racionalizar custos e respeitar o orçamento atribuído ao hospital; a descentralização vertical foi reconhecida pelo conselho de administração que afirmava a necessidade de delegar e considerava a sua gestão participativa. Os directores de serviço reivindicavam uma maior autonomia e consideravam que o hospital tinha uma estrutura demasiado centralizada. Manifestaram não sentir necessidade de integração das actividades, preocupando-se apenas com o seu próprio serviço, desconhecendo o que se passava nos restantes. Já as chefias de enfermagem manifestaram um bom conhecimento dos diferentes serviços clínicos.

⁶² Análises com uma maior percepção e profundidade reconhecem benefícios na autonomia concedida a clínicos, na medida em que isto contribui para a flexibilidade da decisão dos peritos, bem como para o elevado moral de um grupo de trabalhadores altamente qualificados, cujas actividades são importantes para o bem-estar público. Alguns autores (Degeling *et al*, 2006), com esta convicção levantam questões sobre a possibilidade da existência de novos modelos de organização do trabalho clínico, que possam equilibrar as várias "responsabilidades" médicas, e promover a adopção de abordagens baseadas em evidência mais sistematizadas, eficientes e eficazes na prestação de cuidados de saúde.

Para além dos serviços funcionarem de forma autónoma e de modo independente, também se verificou, entre os grupos profissionais, uma dupla hierarquia dentro dos próprios serviços, a hierarquia médica e a hierarquia de enfermagem, independentes até ao nível estratégico.

Em suma, encontrou-se uma estrutura muito descentralizada horizontal e verticalmente, apontando os dados para um poder situado no centro operacional e para a conseqüente necessidade de uma gestão participativa, características estas muito semelhantes ao modelo de burocracia profissional, descrito por Mintzberg.

5. CONCLUSÕES

Além de uma estrutura organizacional complexa, o hospital apresenta muitos conflitos marcados por uma disputa de poder e de espaço que pulveriza os relacionamentos e dificulta o trabalho integrado no seu corpo organizacional. Questões técnicas e práticas da gestão dos serviços de saúde têm sido dos aspectos mais criticados nas organizações hospitalares em virtude da sua complexidade e de uma série de processos e actividades paralelas à missão da organização (Kaissi, 2005).

Olhámos para o debate, sempre actual, sobre a relação entre categorias profissionais e organizações hospitalares e em que medida esta relação é semelhante ao que Klein (1990), citado por Degeling *et al* (2006), descreve como “política da cama de casal”, isto é, os interesses dos profissionais de saúde, nomeadamente, dos médicos e dos gestores hospitalares estão unidos num compromisso para a viabilidade de um serviço de saúde, mas opõem-se na forma como os dilemas sobre recursos escassos, autonomia clínica e responsabilização poderão ser abordados.

Diversos autores (Degeling *et al*, 2006) apelam ao reconhecimento do papel central dos clínicos no desenho, prestação e melhoria dos cuidados, para que os médicos, enfermeiros ou outros profissionais de saúde e gestores nunca sejam afastados da governação mas sim apoiados e encorajados a aceitar as inter-conexões entre a dimensão clínica e os recursos, a reconhecer a necessidade de equilíbrio entre a autonomia e a prestação de resultados, a apoiar a sistematização do trabalho clínico e a subscrever a partilha de poder de abordagens de trabalho clínico mais integradas e baseadas em equipas multidisciplinares.

PARTE EMPÍRICA

6. INTRODUÇÃO

Neste capítulo são apresentados os aspectos metodológicos gerais sobre o estudo realizado, nomeadamente sobre a adaptação cultural e linguística do instrumento de medição. Num segundo momento, é apresentada a estrutura do questionário em questão e a caracterização da amostra para posteriormente se passar à apresentação dos resultados obtidos no estudo.

7. METODOLOGIA

7.1. Modelo conceptual de análise

O presente trabalho tem como objectivo principal analisar as percepções, crenças e atitudes de gestores e clínicos face às reformas recentemente ocorridas na forma de organização dos hospitais portugueses. Os objectivos mais particulares prendem-se com:

- Conhecer algumas questões relacionadas com a reforma dos cuidados de saúde bem como a importância que os profissionais de saúde (gestores e clínicos) dão a uma série de estratégias a adoptar quando os cuidados de saúde defrontam alguns problemas;
- Perceber quais os aspectos mais importantes para os gestores e clínicos na escolha de um emprego e ao mesmo tempo conhecer as suas crenças sobre as relações sociais no seio das organizações em geral;

- Conhecer a percepção que gestores e clínicos têm sobre alguns aspectos que influenciam a autonomia profissional;
- Conhecer o grau de importância que gestores e clínicos atribuem á variabilidade da prática clínica;
- Conhecer o grau de aceitação de gestores e clínicos relativamente às interconexões entre a dimensão clínica e os recursos na prestação de cuidados;
- Conhecer a forma como gestores e clínicos percebem a responsabilização/transparência na prestação de contas ou resultados;
- Caracterizar os aspectos em que se deve basear o estabelecimento de normas de orientação clínica, na opinião de gestores e clínicos;
- Caracterizar as opiniões de gestores e clínicos relativamente à gestão de unidades de saúde;
- Conhecer a avaliação que gestores e clínicos fazem às características organizacionais nas suas cinco dimensões: estilo de gestão; direcção e coordenação; relação com o Hospital; relatar e lidar com o conflito e sistema de incentivos;
- Avaliar em que medida gestores e clínicos conhecem as metas do seu Hospital bem como, conhecer o sentimento geral que ambos os grupos têm sobre o mesmo.

A metodologia a utilizar consistirá na aplicação de dois questionários fechados a profissionais de saúde, ao nível dos Serviços/Unidades em três hospitais da Região Centro do país.

O questionário utilizado na presente tese foi “A Survey of the Attitudes & Beliefs of Health Care Staff”, desenvolvido no *Centre for Clinical Management Development* da *University of Durham*, Reino Unido, que permite averiguar as semelhanças e diferenças nas crenças e atitudes de clínicos e gestores hospitalares, surgindo por isso a necessidade da sua tradução e adaptação à realidade portuguesa. Assim sendo, torna-se necessário abordar alguns aspectos metodológicos sobre a avaliação psicométrica e adaptação cultural e linguística de instrumentos de avaliação em saúde.

7.2. Caracterização do questionário original

O questionário compreende um conjunto de questões relacionadas que estruturam os pontos de vista dos profissionais sobre temas como os principais problemas relacionados com os cuidados de saúde; as principais estratégias para lidar com os problemas dos recursos hospitalares; as interconexões entre a dimensão clínica por um lado e a dimensão dos recursos por outro; as causas da variabilidade da prática clínica; a gestão das unidades de saúde e ainda sobre a autonomia dos médicos e a sua responsabilização.

Um outro conjunto de questões permite conhecer a opinião dos profissionais sobre o tipo de gestão que caracteriza o seu hospital, qual a sua ligação e quais os seus objectivos perante o hospital onde exercem a sua actividade.

O questionário permite ainda conhecer dados demográficos, como a idade, o género, a ocupação, o nível de escolaridade o número de anos a exercer a sua actividade e/ou cargo no hospital em questão.

A maior parte das questões assentam em escalas de *Likert*,⁶³ em outras pretende-se a sua ordenação numa escala de valores, existindo ainda questões para resposta com texto livre (Quadro 3).

Quadro 3 - Caracterização do questionário quanto ao tipo de escala

Escala de Likert	Ordenação	Texto livre	Outra
Questões Relacionadas com Cuidados de Saúde - Parte 2	Questões Relacionadas com Cuidados de Saúde - Parte 1	A Sua Percepção sobre a Governação Clínica	Prática Clínica - Parte 2 (Resposta em termos de percentagem: "0%" a "100%" para cada um dos itens)
Valores no Trabalho - Parte 2	Valores no Trabalho - Parte 1	Alocação de Recursos	Avaliação Organizacional - Parte 1 (Pontuação de 0 a 100 pontos para cada um dos itens)
A Sua Percepção sobre a Governação Clínica - Parte 1	Avaliação Organizacional - Parte 2	O que mudaria? Desempenho Clínico	-
A Sua Percepção sobre a Governação Clínica - Parte 2	-	O que mudaria? Experiência Profissional	-
Autonomia	-	Papel dos Cuidados de Saúde Primários - em geral	-
Prática Clínica - Parte 1	-	Papel dos Cuidados de Saúde Primários - Factores facilitadores	-
Prática Clínica - Parte 3	-	Papel dos Cuidados de Saúde Primários - Factores prejudiciais	-
Alocação de Recursos	-	Economia / Comunidade Local de Saúde: Hospitais	-
Responsabilização / Prestação de Contas	-	Economia / Comunidade Local de Saúde: Cuidados de Saúde Primários	-
Estabelecimento de Normas para os Cuidados Médicos	-	Economia / Comunidade Local de Saúde: Serviços Sociais	-
Pontos de Vista sobre Gestão de Unidades Clínicas	-	Comentário final ao questionário	-
Avaliação Organizacional - Parte 3	-	-	-

⁶³ A Escala *Likert* é um tipo de escala de resposta psicométrica usada comumente em questionários, e é a escala mais usada em inquéritos de opinião. Ao responderem a um questionário baseado nesta escala, os inquiridos especificam o seu nível de concordância com uma afirmação. O seu nome ficou a dever-se Rensis Likert que publicou um relatório onde explicava a sua utilização.

7.3. Adaptação e validação cultural

Segundo Ferreira e Marques (1998) o desenvolvimento integral de um instrumento de medição, para além de complexo consome imensos recursos e implica a mobilização de capacidades e conhecimentos de natureza diversos pelo que a adaptação cultural e linguística de instrumentos previamente desenvolvidos e validados constitui uma alternativa facilitadora da divulgação da medição em saúde.

Sonja Hunt, citada por Ferreira e Rosete (1994), realça que atendendo a que tanto as diferenças culturais como as linguísticas influenciam a forma como os indivíduos encaram a saúde e a doença, é necessária alguma sensibilidade às diferenças culturais e uma atenção próxima do detalhe quando se procede à adaptação cultural e à tradução de um instrumento de medida. Salientando que até no próprio país, onde o conhecimento da realidade cultural é supostamente uniforme e geral, acaba por revelar-se muitas vezes limitado e resultante da experiência particular que o indivíduo tem da realidade. Pelo que é da máxima importância ter em consideração alguns cuidados metodológicos de adaptação e validação intercultural, de modo a assegurar a obtenção de equivalência entre instrumentos de medida aplicados em culturas diferentes.

Segundo os mesmos autores, para que tal se verifique é necessário garantir que as traduções e adaptações sejam equivalentes. A tradução é o primeiro passo na obtenção de uma versão inter-cultural de uma medida; a adaptação é garantida através da verificação das equivalências de conteúdo e semântica.

Segundo o European Research Group on Health Outcomes⁶⁴ (ERGHO), para que um instrumento de medição possa ser considerado como interculturalmente válido, há que considerar as seguintes equivalências:

- i) Conteúdo: respeitar o conteúdo na cultura estudada;
- ii) Semântica: assegurar que a construção das questões ou dos itens, mantêm o mesmo significado que tinham no idioma original, mantendo a congruência no significado dos conceitos entre os dois idiomas envolvidos;
- iii) Técnica: associada aos métodos utilizados no processo de medição;
- iv) Critério: quando o instrumento de medição para além de avaliar a variável em ambas as culturas, permite a interpretação de resultados;
- v) Conceptual: a garantia de que o instrumento mede em ambas as culturas a mesma construção ou conceitos teóricos.

Meadows *et al* (1997) referem ser muito difícil um instrumento de medição satisfazer todos os critérios enunciados defendendo, por isso, a exigência de um critério mínimo composto pelas equivalências de conteúdo e semântica e um critério intermédio onde se exige a verificação de critério e conceptual.

Com o objectivo de obter a equivalência semântica dos questionários (instrumentos de recolha de dados), numa primeira fase, e após se ter obtido autorização dos autores, deu-se início ao processo de tradução dos mesmos para a língua portuguesa, cuja versão original é de língua inglesa. A tradução foi efectuada por dois portugueses, com elevado grau de conhecimento da língua inglesa, independentemente um do outro,

⁶⁴ Mais informações em http://www.meb.uni-bonn.de/standards/ERGHO/ERGHO_Home.html.

do questionário para a língua portuguesa, sendo que cada um deles teve a preocupação de os apresentarem em linguagem acessível a todos os profissionais de saúde.

Na segunda fase, a partir das traduções foram analisados e discutidos os aspectos divergentes, os quais estiveram essencialmente relacionados com a tradução de algumas palavras ou frases susceptíveis de múltipla tradução em português ou de múltiplos significados em inglês, e cujo equivalente semântico pudesse ser de difícil ou de duvidosa interpretação na língua portuguesa, devido às naturais diferenças culturais. Após esta análise chegou-se à versão intermédia da tradução do questionário.

Numa fase ulterior foi solicitado a um grupo de profissionais de um hospital, um de cada uma das categorias profissionais que posteriormente constituíam a amostra, ou seja, um administrador/gestor, um médico com funções de gestão/direcção, um enfermeiro-chefe, um médico sem funções de gestão e um enfermeiro sem funções de chefia) que fizessem uma leitura atenta e os analisassem quanto ao conteúdo e respectivas equivalências. Face aos comentários obtidos foram efectuadas as correcções e tidas em conta para uma versão final.

7.4. Estrutura final do questionário

O Quadro 4 apresenta a estrutura final do questionário de forma esquemática, identificando cada uma das questões e respectivas escalas.

Quadro 4 - Estrutura final do questionário

QUESTÕES	Tipo de escala
1. DADOS PESSOAIS (Idade, Género, Tempo no hospital, Tempo no actual cargo, Habilitações Literárias e Profissionais, etc.)	-
2. QUESTÕES RELACIONADAS COM CUIDADOS DE SAÚDE	Tipo de escala
Parte 1. Estamos interessados na sua opinião sobre algumas questões que o sistema de saúde enfrenta.	Ordenação de cada item utilizando uma escala de "1 a 6"
Parte 2. Estamos interessados na importância que dá a uma série de estratégias para abordar questões relacionadas com os recursos que confrontam actualmente o sector dos cuidados de saúde.	Escala de Likert: "1=Prioridade alta"; "2=Prioridade média"; "3=Prioridade baixa" e "4=Não apropriada"
3. VALORES NO TRABALHO	Tipo de escala
Parte 1. Estamos interessados nos aspectos que para si são importantes na escolha de um emprego.	Ordenação de cada item utilizando uma escala de "1 a 9"
Parte 2. Estamos interessados nas suas crenças sobre as relações sociais no seio das organizações, <i>em geral</i> .	Escala de Likert: "1=Concordo plenamente" a "5=Discordo plenamente"
4. A SUA PERCEPÇÃO SOBRE A GOVERNAÇÃO CLÍNICA	Tipo de escala
Parte 1. Estamos interessados na sua opinião sobre os prováveis resultados clínicos de uma Governação Clínica efectiva.	Escala de Likert: "1=Concordo plenamente" a "5=Discordo plenamente"
Parte 2. Estamos interessados na forma como avalia os efeitos organizacionais da Governação Clínica	Escala de Likert: "1=Concordo plenamente" a "5=Discordo plenamente"
Há algum comentário que gostaria de mencionar sobre Governação Clínica?	Texto livre
5. AUTONOMIA	Tipo de escala
Estamos interessados na sua percepção sobre em que medida certas expectativas podem afectar a autonomia dos profissionais de saúde	Escala de Likert: "1=Aumenta consideravelmente a sua autonomia" a "5=Ameaça consideravelmente a sua autonomia"
6. PRÁTICA CLÍNICA	Tipo de escala
Parte 1. Estamos interessados na sua opinião sobre os factores que podem produzir variabilidade na prática clínica.	Escala de Likert: "1=Um factor extremamente importante" a "5=Um factor nada importante"
Importância atribuída à variabilidade da prática clínica como uma questão que requer atenção	Escala de Likert: "Extremamente" a "Nada"
Parte 2. Estamos interessados na sua opinião sobre um conjunto de factores que podem afectar a sua prática clínica.	Resposta em termos de percentagem: "0%" a "100%" para cada um dos itens
Parte 3. Estamos interessados na sua experiência com diferentes métodos de monitorização e gestão do trabalho clínico.	Escala de Likert: "1=Como extensa" a "5=Como inexistente"
7. ALOCAÇÃO DE RECURSOS	Tipo de escala
Estamos interessados na sua opinião sobre a alocação de recursos.	Escala de Likert: "1=Concordo plenamente" a "5=Discordo plenamente"
Há algum comentário que gostaria de fazer sobre a alocação de recursos?	Texto livre
8. RESPONSABILIZAÇÃO/PRESTAÇÃO DE CONTAS	Tipo de escala
Estamos interessados na sua percepção relativamente ao alcance e aos limites da sua responsabilização/prestação de contas.	Escala de Likert: "1=É muito importante a forma como percepciono a minha/sua (da equipa) responsabilização" a "5=É contraditória a forma como percepciono a minha/sua (da equipa) responsabilização"
9. ESTABELECIMENTO DE NORMAS PARA OS CUIDADOS MÉDICOS	Tipo de escala
Estamos interessados na sua opinião sobre como as normas devem ser estabelecidos para os cuidados médicos.	Escala de Likert: "1=Concordo plenamente" a "5=Discordo plenamente"
10. PONTOS DE VISTA SOBRE GESTÃO DE UNIDADES CLÍNICAS	Tipo de escala
Estamos interessados na sua opinião sobre quais considera serem as estratégias mais apropriadas para melhorar o desempenho global da unidade/serviço.	Escala de Likert: "1=Concordo plenamente" a "5=Discordo plenamente"
11. AVALIAÇÃO ORGANIZACIONAL	Tipo de escala
Parte 1. Estamos interessados nas características organizacionais que acredita possam ser atribuídas ao seu Hospital nas seguintes dimensões: (A) Estilo de Gestão; (B) Direcção e Coordenação; (C) Relação com o Hospital; (D) Como é que as pessoas relatam e lidam com o conflito; (E) Sistema de Incentivos.	Pontuação de 0 a 100 pontos para cada um dos itens
Parte 2. Estamos interessados na percepção que tem sobre as metas do seu Hospital.	Ordenação de cada item utilizando uma escala de "1 a 6"
Parte 3. Estamos interessados no sentimento geral que tem sobre o seu Hospital.	Escala de Likert: "1=Concordo plenamente" a "5=Discordo plenamente"
12. O QUE MUDARIA?	Tipo de escala
Estamos interessados nas mudanças que pensa poderem melhorar o desempenho dos clínicos e a sua experiência de trabalho.	Texto livre
13. PAPEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	Tipo de escala
Estamos interessados na sua percepção sobre o papel dos Cuidados de Saúde Primários na melhoria do desempenho de saúde ao nível da sua economia /comunidade local, dando nota dos factores facilitadores e dos factores prejudiciais.	Texto livre
14. ECONOMIA / COMUNIDADE LOCAL DE SAÚDE	Tipo de escala
Estamos interessados no que pensa que poderá contribuir para a melhoria dos serviços de saúde a nível dos Hospitais, Cuidados de Saúde Primários e Serviços Sociais.	Texto livre
15. COMENTÁRIOS FINAIS AO QUESTIONÁRIO E SEU PREENCHIMENTO	Tipo de escala
No final do questionário onde os profissionais de saúde podem expressar o que entenderem pertinente relacionado com o questionário ou com o seu preenchimento.	Texto livre

7.4.1. Dados pessoais

Permite recolher dados tais como idade, género, tipo de hospital onde exerce a actividade, cargo ocupado, tempo na função actual, formação académica e formação em gestão.

7.4.2. Cuidados de saúde

Esta questão é dividida em duas partes, na primeira pretende-se conhecer a opinião de gestores e clínicos sobre algumas questões que o sistema de saúde enfrenta relacionadas com a reforma dos cuidados de saúde. Para expressar o grau de importância que atribuem a cada um dos seis itens apresentados, os profissionais de saúde pontuam cada um deles utilizando uma ordenação de valores de 1 a 6, onde 1 representa o “mais importante” e 6 o “menos importante”.

Na segunda parte pretende-se conhecer a prioridade dada por gestores e clínicos a uma série de estratégias para abordar questões relacionadas com os recursos com que o sector dos cuidados de saúde actualmente se confronta.

7.4.3. Valores no trabalho

Esta questão divide-se em duas partes, na primeira parte pretende-se conhecer os aspectos mais importantes na escolha de um emprego. Para expressar o grau de importância que atribuem a cada um dos nove itens apresentados, os profissionais de saúde pontuam cada um deles utilizando uma ordenação de valores de 1 a 9, onde 1 representa o “mais importante” e 9 o “menos importante”.

Na segunda parte pretende-se conhecer as crenças de gestores e clínicos sobre as relações sociais no seio das organizações, em geral.

7.4.4. Governação clínica

Esta questão está dividida em três partes, na primeira pretende-se conhecer em que medida gestores e clínicos concordam ou discordam dos prováveis resultados clínicos de uma governação clínica efectiva; na segunda parte, pretende-se conhecer a forma como gestores e clínicos avaliam os efeitos organizacionais da governação clínica, nesta parte os profissionais podem deixar comentários sobre a governação clínica.

Nas questões de ambas as partes, os profissionais especificam o seu nível de concordância utilizando itens de *Likert* (concordo plenamente, concordo, indiferente, discordo e discordo plenamente. As várias hipóteses de resposta foram agrupadas em três grupos: *concordo* (agrupa *concordo plenamente* e *concordo*), *indiferente* e *discordo* (agrupa *discordo* e *discordo plenamente*).

7.4.5. Autonomia

Com esta questão pretende-se conhecer em que medida certas expectativas podem afectar a autonomia profissional. Os profissionais especificam a sua opinião utilizando itens de *Likert*: aumenta consideravelmente a autonomia, aumenta a autonomia, não tem efeito na autonomia, ameaça a autonomia, ameaça consideravelmente a autonomia. As várias hipóteses de resposta foram agrupadas em três grupos: *aumenta a autonomia* (agrupa *aumenta consideravelmente a autonomia* e *aumenta a autonomia*), *não tem efeito na autonomia* e *ameaça a autonomia* (agrupa

ameaça a autonomia e ameaça consideravelmente a autonomia). Nesta questão os gestores expressam a opinião relativamente à autonomia da equipa que gerem e os clínicos referem-se à sua própria autonomia.

7.4.6. Prática clínica

A questão relativa à prática clínica está dividida em três partes, na primeira pretende-se conhecer a opinião de gestores e clínicos sobre os factores que podem causar variabilidade na prática clínica; ainda na primeira parte existe uma questão autonomizada e fechada com a qual se pretende que os profissionais indiquem a importância que atribuem à variabilidade da prática clínica como uma questão que requer atenção. Nesta parte, os profissionais especificam a sua opinião utilizando itens de *Likert* (um factor extremamente importante, um factor muito importante, um factor moderadamente importante, um factor ligeiramente importante, um factor nada importante). As várias hipóteses de resposta foram agrupadas em três grupos: *um factor muito importante* (agrupa um factor extremamente importante, um factor muito importante), *um factor moderadamente importante* e *um factor pouco importante* (agrupa um factor ligeiramente importante, um factor nada importante).

Na segunda parte, pretende-se conhecer a opinião de gestores e clínicos sobre um conjunto de factores que podem causar variabilidade na prática clínica da equipa que dirigem ou que chefiam no caso dos gestores e na sua própria actividade no caso dos clínicos. Esta questão deve ser respondida apenas no caso de os indivíduos indicarem que despendem menos de 20% do seu tempo de trabalho na prestação directa de cuidados nos dados pessoais.

Na terceira parte interessa conhecer como gestores e clínicos classificam a sua experiência com diferentes métodos de monitorização e gestão do trabalho clínico.

7.4.7. Alocação de recursos

Com esta questão pretende-se conhecer a opinião de clínicos e gestores sobre a alocação de recursos, para tal, os profissionais especificam o seu nível de concordância utilizando itens de *Likert*: concordo plenamente, concordo, indiferente, discordo e discordo plenamente. As várias hipóteses de resposta foram agrupadas em três grupos: *concordo* (agrupa *concordo plenamente* e *concordo*), *indiferente* e *discordo* (agrupa *discordo* e *discordo plenamente*).

Existe ainda uma questão aberta para que os profissionais possam deixar comentários sobre a alocação de recursos.

7.4.8. Responsabilização/Prestação de contas

Nesta questão pretende-se conhecer a percepção de gestores e clínicos relativamente ao alcance e aos limites da sua responsabilização/prestação de contas. Os gestores avaliam a percepção deste aspecto face aos vários profissionais de saúde, os clínicos avaliam a percepção deste aspecto face a si próprios.

Os profissionais especificam a sua opinião utilizando itens de *Likert* (é muito importante a forma como percepciono a sua/minha responsabilização; é importante a forma como percepciono a sua/minha responsabilização; é pouco importante a forma como percepciono a sua/minha responsabilização; é irrelevante a forma como

percepciono a sua/minha responsabilização; é contraditória a forma como percepciono a sua/minha responsabilização).

7.4.9. Estabelecimento de normas

Com esta questão há interesse em conhecer a opinião de gestores e clínicos relativamente ao modo como as normas devem ser estabelecidas para aplicação na prestação dos cuidados médicos. Os profissionais especificam o seu nível de concordância utilizando itens de *Likert*: concordo plenamente, concordo, indiferente, discordo e discordo plenamente. As várias hipóteses de resposta foram agrupadas em três grupos: *concordo* (agrupa *concordo plenamente* e *concordo*), *indiferente* e *discordo* (agrupa *discordo* e *discordo plenamente*).

7.4.10. Gestão de Unidades Clínicas

Esta questão permite conhecer a opinião de gestores e clínicos sobre as estratégias que consideram serem as mais apropriadas para melhorar o desempenho global da unidade/serviço. Os profissionais especificam o seu nível de concordância utilizando itens de *Likert*: concordo plenamente, concordo, indiferente, discordo e discordo plenamente. As várias hipóteses de resposta foram agrupadas em três grupos: *concordo* (agrupa *concordo plenamente* e *concordo*), *indiferente* e *discordo* (agrupa *discordo* e *discordo plenamente*).

7.4.11. Avaliação organizacional

Esta questão está dividida em três partes, na primeira parte está relacionada com as características organizacionais do hospital e é explorada através de cinco dimensões: A – Estilo de gestão; B – Direcção e coordenação; C – Relação com o Hospital; D – Como é que as pessoas relatam e lidam com o conflito e E – O que promove um sistema de incentivos. Para cada uma destas dimensões, os profissionais explicitam a avaliação das características organizacionais do Hospital, através da distribuição de um total de 100 pontos entre as quatro alternativas apresentadas, tendo em conta a sua experiência de trabalho no mesmo, sendo o valor “100 = totalmente descritiva” e “0 = nada descritivo”.

A segunda parte reporta à percepção que os gestores e os clínicos têm sobre as metas do seu hospital. Para expressar o grau de importância que atribuem a cada um dos itens considerados, os profissionais de saúde pontuam cada um deles utilizando uma ordenação de valores de 1 a 8, onde 1 representa o “mais importante” e 8 o “menos importante”.

A terceira parte da questão referente à avaliação organizacional, permite conhecer o sentimento geral que os profissionais têm relativamente ao seu hospital.

Os profissionais especificam o seu nível de concordância com as afirmações apresentadas utilizando itens de *Likert*: concordo plenamente, concordo, indiferente, discordo e discordo plenamente. As várias hipóteses de resposta foram agrupadas em três grupos: *concordo* (agrupa *concordo plenamente* e *concordo*), *indiferente* e *discordo* (agrupa *discordo* e *discordo plenamente*).

7.4.12. Mudanças para a melhoria do desempenho

Com esta questão pretende-se conhecer as mudanças, nomeadamente, alterações no financiamento, organização e/ou administração que contribuam, de alguma forma, para melhorar o desempenho dos clínicos e a sua experiência no trabalho. Os profissionais de saúde podem responder com texto livre.

7.4.13. Papel dos Cuidados de Saúde Primários

Esta questão começa com uma pergunta fechada na qual os profissionais podem expressar a sua opinião relativamente à importância do papel dos Cuidados de Saúde Primários nas mudanças tendentes à melhoria do desempenho de saúde ao nível da sua economia/comunidade local. Os profissionais especificam o seu nível de concordância utilizando itens de *Likert*: concordo plenamente, concordo, indiferente, discordo e discordo plenamente.

Esta questão contempla ainda a possibilidade de resposta aberta ao papel dos Cuidados de Saúde Primários em geral e aos seus aspectos facilitadores ou prejudiciais. Os profissionais podem responder com texto livre.

7.4.14. Economia/Comunidade Local de Saúde

Com esta questão pretende-se conhecer alguns aspectos que poderão contribuir para a melhoria dos serviços de saúde, nomeadamente, as alterações que precisam de ser realizadas nos objectivos, no financiamento e/ou na gestão dos Hospitais, dos Cuidados de Saúde Primários e dos Serviços Sociais para melhorar a eficiência e a eficácia do

desempenho de saúde ao nível da sua economia/comunidade local. Os profissionais podem responder com texto livre.

7.4.15. Comentários ao questionário

No final, o questionário contemplava um espaço para que pudessem deixar algum comentário julgado pertinente relativamente ao seu preenchimento.

7.5. Selecção dos hospitais e dos profissionais

Os hospitais foram seleccionados por conveniência, tendo em conta a sua proximidade, o tipo de hospital e a diferente organização interna.

A amostra da versão dos questionários dos “Gestores Hospitalares” foi constituída por profissionais de saúde com funções de gestão/chefia, designadamente um médico com funções de direcção, um enfermeiro com funções de chefia e um administrador/gestor de todos os Serviços Clínicos cujas equipas tivessem estas categorias profissionais na sua constituição.

A amostra da versão dos questionários dos “Clínicos Hospitalares” foi constituída por profissionais de saúde que se encontram no nível operacional, tendo resultado de uma selecção, efectuada pelos médicos com funções de direcção e pelos enfermeiros-chefes, de um médico e de um enfermeiro, respectivamente, em cada Serviço.

O questionário foi aplicado ao nível do Serviço na medida em que desta forma se conseguiu uma amostra mais representativa dos profissionais de saúde.

Em Março de 2011 foram distribuídos nos três hospitais 435 questionários sendo 231 dirigidos a gestores, onde se incluem os administradores/gestores de carreira, os médicos com funções de direcção e os enfermeiros-chefes e 204 questionários dirigidos ao grupo dos clínicos, o qual é constituído por médicos (sem funções de direcção) e a enfermeiros (sem funções de chefia), conforme apresentado no Quadro 5.

Quadro 5 - Número de questionários entregues por hospital e por ocupação

HOSPITAL	Gestores Hospitalares			Clínicos Hospitalares	
	Administradores / Gestores	Médicos Directores de Serviço	Enfermeiros Chefes	Médicos	Enfermeiros
A	15	40	53	36	53
B	5	35	42	35	42
C	3	20	18	20	18

Cada questionário ia acompanhado de uma “carta de conforto”, onde eram explicados os objectivos do estudo; a garantia do anonimato e um envelope resposta que não carecia de selo, com o endereço do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Importa referir que a elaboração deste estudo e a divulgação dos resultados foi devidamente autorizada pelos Conselhos de Administração de cada hospital envolvido.

Para o tratamento dos dados utilizou-se o *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS, versão 19.0.1 para Windows.

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

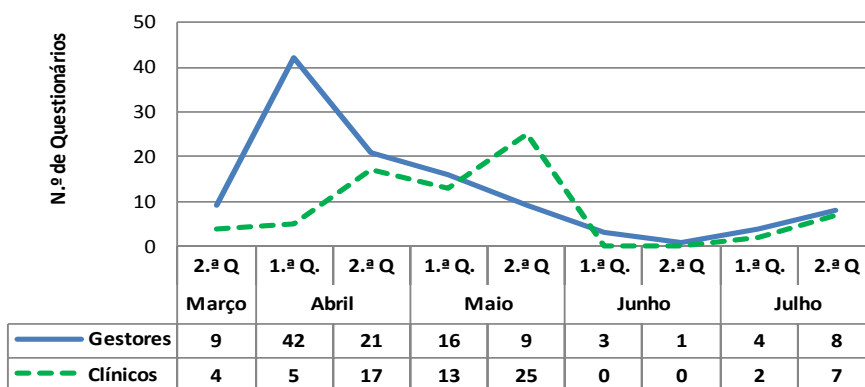
Na apresentação de resultados e após a caracterização de cada amostra, segue-se a estrutura do questionário de acordo com as suas secções e no decorrer da análise descritiva são apresentados quadros e figuras que permitem uma mais fácil compreensão. Sempre que necessário serão apresentadas referências incluídas em anexos onde se pode encontrar informação mais detalhada.

As respostas associadas a comentários de algumas perguntas foram sujeitas a uma análise de conteúdo simples, que passou pela leitura dos comentários e pela categorização de acordo com os aspectos referidos mais frequentemente, quer de forma autónoma dentro de cada amostra, quer comuns a ambas as amostras. Não nos foi possível desenvolver uma análise mais detalhada aos comentários, a qual passaria pela utilização de programas informáticos específicos para a análise de conteúdo e de variáveis qualitativas, sugerindo-se esta análise em investigações futuras.

8.1. Caracterização da amostra

Conforme já referido, os questionários foram distribuídos nos três hospitais na terceira semana de Março, tendo sido recebidos os primeiros questionários ainda durante o mês de Março e os últimos no final do mês de Julho de 2011 (Figura 3).

Figura 3 - Distribuição do número de questionários recebidos por quinzena



Para a obtenção da taxa de resposta foram calculadas as taxas simples (taxas de resposta = número de questionários recebidos / amostra total). Assim a taxa de resposta foi de 42,5% para a totalidade da amostra, de 48,5% para amostra dos gestores e de 35,8% para a amostra dos clínicos.

Dois dos questionários referentes à categoria dos “gestores” não vinham preenchidos na sua totalidade, pelo que foram eliminados da análise. Assim, a amostra é constituída por 185 respondentes, sendo 112 profissionais com a categoria de “gestores” e 73 com a categoria de “clínicos” (Quadro 6). Depois de apresentada a amostra global será cada uma delas, caracterizada em separado.

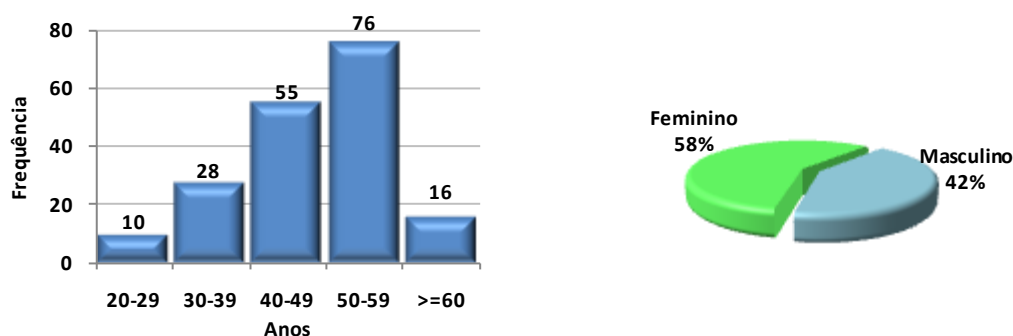
Quadro 6 - Número de questionários recebidos por hospital e por ocupação

HOSPITAL	Gestores Hospitalares			Clínicos Hospitalares	
	Administradores / Gestores	Médicos Directores de Serviço	Enfermeiros Chefes	Médicos	Enfermeiros
A	15	27	28	20	27
B	0	3	14	0	10
C	1	5	19	3	13

8.1.1. Caracterização da amostra global

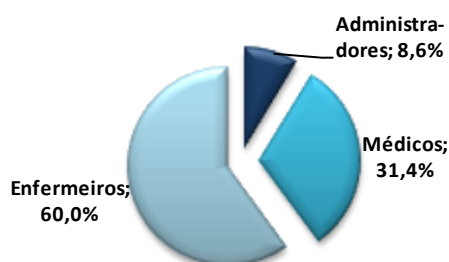
A amostra global é constituída por 57,8% de indivíduos do sexo feminino e 42,2% do sexo masculino. O maior número de indivíduos situa-se no escalão etário dos 50-59 anos (41,1%), seguido do escalão dos 40-49 anos (29,7%) e do escalão dos 30-39 anos (15,1%). O grupo etário com menor peso percentual é dos 20-29 anos (5,4%) e o escalão superior ou igual a 60 anos está representado por 8,6% dos indivíduos que constituem a amostra global (Figura 4).

Figura 4 - Caracterização da amostra quanto ao grupo etário e género



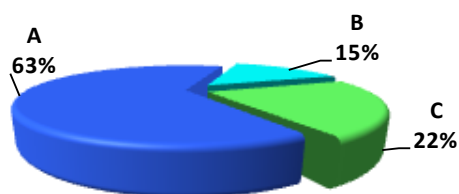
Quanto à experiência profissional, a amostra global é constituída por 8,6% de administradores/gestores, 31,4% de médicos e 60,0% de enfermeiros, conforme se pode observar na Figura 5.

Figura 5 - Caracterização da amostra quanto à experiência profissional



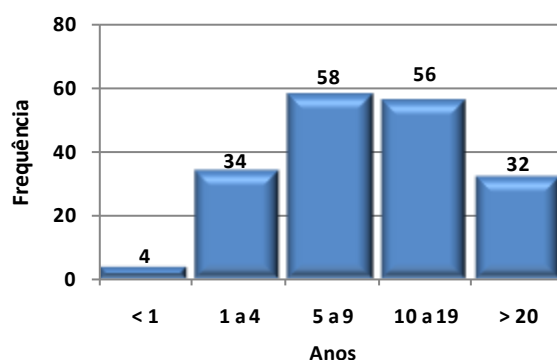
Relativamente ao tipo de hospital, na amostra global, 63,2% dos indivíduos pertencem ao Hospital A, 22,2% ao Hospital B e 14,6% ao Hospital C (Figura 6).

Figura 6 - Caracterização da amostra quanto ao tipo de hospital



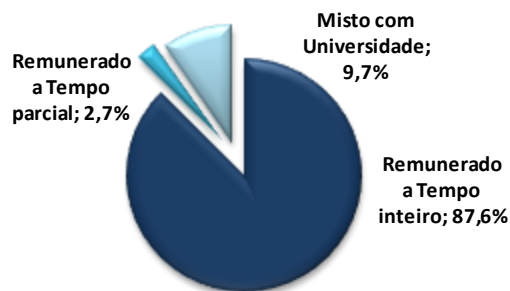
Quanto ao tempo na função actual verifica-se que 17,3% dos indivíduos estão há mais de 20 anos na função; 30,3% estão na função há mais de 10 anos e há menos de 19 e 31,4% têm aquela função há mais de 5 anos e há menos de 9 anos; 18,4% permanecem na função entre 1 e 4 anos e 2,2% detêm a função actual há menos de 1 ano (Figura 7).

Figura 7 - Caracterização da amostra quanto ao tempo na função actual



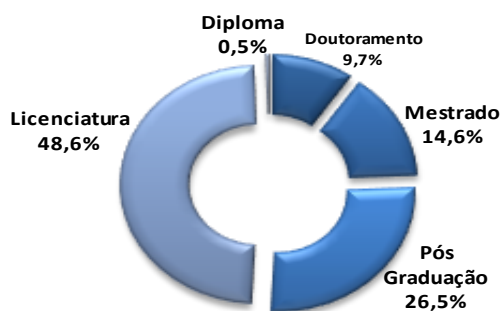
Relativamente à condição de emprego, 87,6% dos indivíduos são remunerados a tempo inteiro; 9,7% são remunerados de forma mista com a Universidade e 2,7% são remunerados a tempo parcial (Figura 8).

Figura 8 - Caracterização da amostra quanto à condição de emprego



Quanto à maior qualificação académica, 18 indivíduos (9,7%) da amostra global são doutorados, 27 (14,6%) possuem um mestrado, 49 (26,5%) frequentaram uma pós-graduação, 90 (48,6%) tem uma licenciatura e 1 (0,5%) tem um diploma (Figura 9).

Figura 9 - Caracterização da amostra quanto à maior qualificação académica



Relativamente à maior qualificação em gestão, 38,9% referem não ter qualquer formação em gestão e 2,2% referem possuir um doutoramento em gestão (Quadro 7).

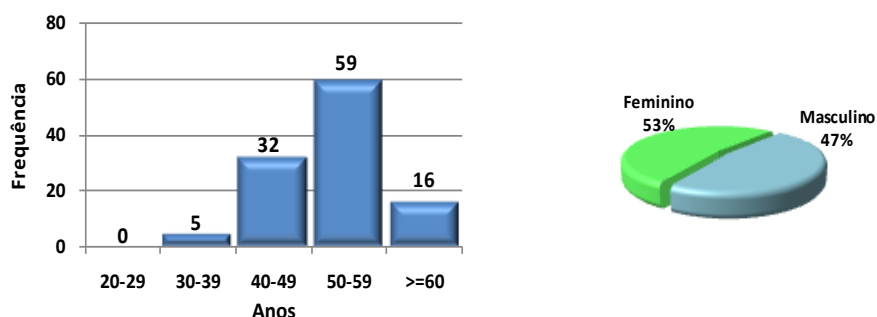
Quadro 7 - Caracterização da amostra relativamente à maior qualificação em gestão

Maior qualificação em gestão	N.º de indivíduos	%
Doutoramento	4	2,2%
Mestrado	14	7,6%
Licenciatura	25	13,5%
Pós-graduação	55	29,7%
Certificado	5	2,7%
Curso Formação Profissional	10	5,4%
Nenhuma formação em gestão	72	38,9%
	185	100,0%

8.1.2. Caracterização da amostra dos gestores

Dos 112 indivíduos que constituem a amostra dos “gestores”, 47,3% são do sexo masculino e 52,7% do sexo feminino. O maior número de respondentes situa-se no grupo etário dos 50-59 anos (52,7%) e o menor no grupo dos 30-39 (4,5%) (Figura 10).

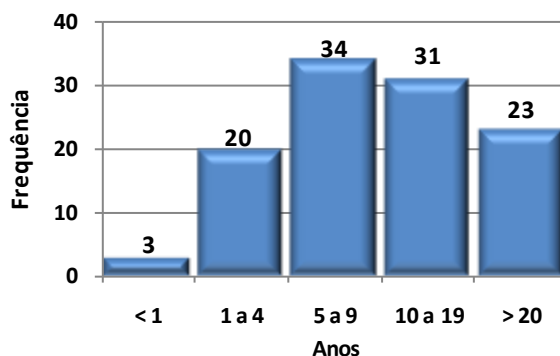
Figura 10 - Caracterização da amostra dos gestores quanto à idade e ao género



Quanto à experiência profissional, das respostas obtidas, 14,3% correspondem a administradores/gestores; 31,3% correspondem a médicos com funções de direcção e 54,5% a enfermeiros-chefes.

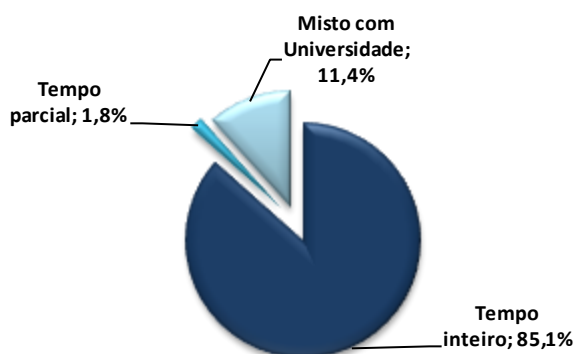
Relativamente ao tempo na função, a maior parte dos “gestores” situa-se no escalão dos 5-9 anos (30,6%), seguindo-se o escalão dos 10-19 anos (27,9%), em terceiro lugar surge o escalão do tempo na função superior a 20 anos (20,7%), seguido do escalão 1-4 anos (18,0%) e 2,7% ocupam a função há menos de 1 ano (Figura 11).

Figura 11 - Caracterização da amostra dos gestores quanto ao tempo na função



Quanto à condição de emprego, 85,1% são remunerados a tempo inteiro; 1,8% são remunerados a tempo parcial e 11,4% detêm uma situação de remuneração mista com a Universidade (Figura 12).

Figura 12 - Caracterização da amostra dos gestores quanto à condição de emprego



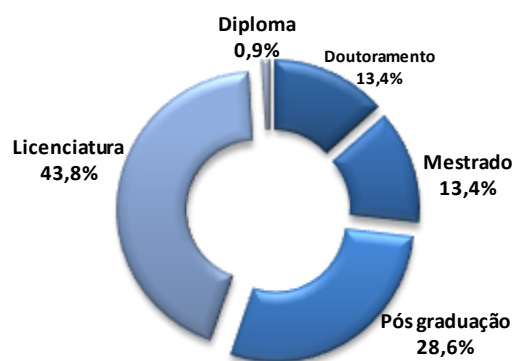
Relativamente à percentagem de tempo gasto nas várias funções, pela diversidade das respostas optou-se por fazer escalões em percentagem de 20, tendo-se apurado os resultados constantes no Quadro 8.

Quadro 8 - Distribuição do tempo de trabalho dos gestores gasto nas várias funções

% de tempo gasto em cada função	Cuidados directos aos doentes		Administração		Ensino		Investigação	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 - 20	86	76,8%	5	4,5%	105	93,8%	110	98,2%
21 - 40	13	11,6%	17	15,2%	6	5,4%	2	1,8%
41 - 60	8	7,1%	14	12,5%	1	0,9%	0	0,0%
61 - 80	3	2,7%	21	18,8%	0	0,0%	0	0,0%
81 - 100	2	1,8%	55	49,1%	0	0,0%	0	0,0%
-	112	100,0%	112	100,0%	112	100,0%	112	100,0%

Quanto à qualificação académica, as categorias doutoramento e mestrado apresentam igual frequência e percentagem (13,4% cada); 28,6% dos respondentes frequentaram uma pós-graduação e 43,8% detêm uma licenciatura, apenas um indivíduo (0,9%) refere possuir um diploma (Figura 13).

Figura 13 - Caracterização da amostra dos gestores quanto à maior qualificação académica



Quanto à maior qualificação em gestão, 41,1% referem possuir uma pós-graduação e 19,6% referem não possuir qualquer formação em gestão (Quadro 9).

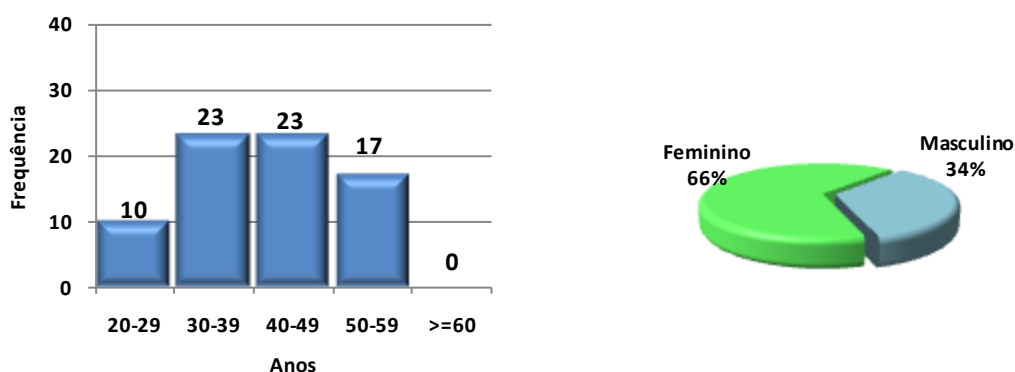
Quadro 9 - Caracterização da amostra dos gestores quanto à maior qualificação em gestão

Maior qualificação em gestão	N.º de indivíduos	%
Doutoramento	3	2,7%
Mestrado	11	9,8%
Licenciatura	19	17,0%
Pós-graduação	46	41,1%
Certificado	3	2,7%
Curso Formação Profissional	8	7,1%
Nenhuma formação em gestão	22	19,6%
	112	100,0%

8.1.3. Caracterização da amostra dos “clínicos”

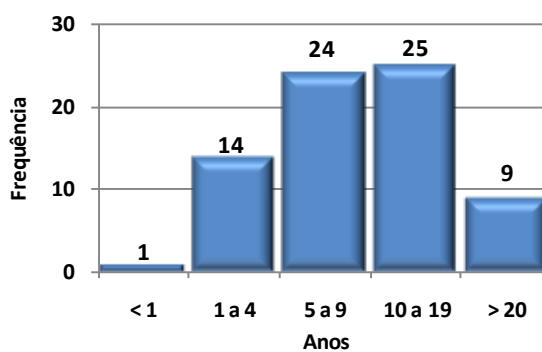
A amostra dos “clínicos” é constituída por 65,8% do sexo masculino e 34,2% do sexo feminino. Quanto à idade, verifica-se a existência de dois grupos etários com o mesmo número de respondentes: 30-39 anos (31,5%) e 50-59 anos (31,5%), situando-se o menor número de respondentes no grupo dos 20-29 anos (13,7%) (Figura 14).

Figura 14 - Caracterização da amostra dos clínicos quanto ao grupo etário e género



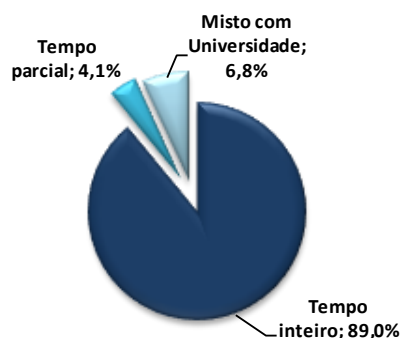
Quanto à experiência profissional, 31,5% são médicos e 68,5% são enfermeiros. Relativamente ao tempo na função, a maior parte dos clínicos situa-se no escalão dos 10-19 anos (34,2%), seguindo-se o escalão dos 5-9 anos (32,9%), em terceiro lugar surge o escalão do tempo na função entre 1-4 anos (17,5%), seguido do escalão do tempo na função > 20 anos (12,3%) e 1,4% ocupam a função há menos de 1 ano (Figura 15).

Figura 15 - Caracterização da amostra dos clínicos quanto ao tempo na função



Quanto à condição de emprego, 89,0% são remunerados a tempo inteiro; 6,8% detêm uma situação de remuneração mista com a Universidade e 4,1% são remunerados a tempo parcial (Figura 16).

Figura 16 - Caracterização da amostra dos clínicos quanto à condição de emprego



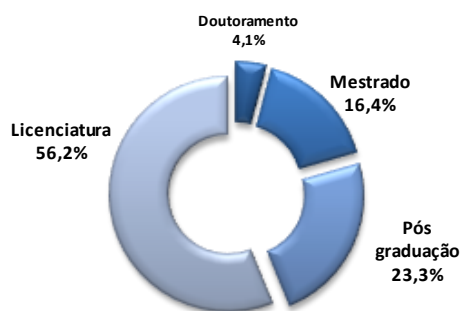
Relativamente à percentagem de tempo gasto nas várias funções, pela diversidade das respostas optou-se por fazer escalões em percentagem de 20, tendo-se apurado os resultados constantes no Quadro 10.

Quadro 10 - Distribuição do tempo de trabalho dos clínicos gasto nas várias funções

% de tempo gasto em cada função	Cuidados directos aos doentes		Administração		Ensino		Investigação	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 - 20	2	2,8%	67	93,1%	67	93,1%	72	100,0%
21 - 40	3	4,2%	1	1,4%	3	4,2%	0	0,0%
41 - 60	6	8,3%	3	4,2%	2	2,8%	0	0,0%
61 - 80	27	37,5%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
81 - 100	34	47,2%	1	1,4%	0	0,0%	0	0,0%
-	72	100,0%	72	100,0%	72	100,0%	72	100,0%

Quanto à qualificação académica, a maior parte dos respondentes detêm uma licenciatura (56,2%); 23,3% frequentaram uma pós-graduação e 16,4% são mestres (Figura 17).

Figura 17 - Caracterização da amostra dos clínicos quanto à maior qualificação académica



Quanto à maior qualificação em gestão, 68,5% referem não possuir qualquer formação em gestão e 12,3% referem possuir uma pós-graduação (Quadro 11).

Quadro 11 - Caracterização da amostra dos clínicos quanto à maior qualificação em gestão

Maior qualificação em gestão	N.º de indivíduos	%
Doutoramento	1	1,4%
Mestrado	3	4,1%
Licenciatura	6	8,2%
Pós-graduação	9	12,3%
Certificado	2	2,7%
Curso Formação Profissional	2	2,7%
Nenhuma formação em gestão	50	68,5%
	73	100,0%

8.2. Cuidados de saúde

Foram excluídas da análise todas as respostas onde não se verificou ordenação dos factores, ou seja, onde foi utilizado o mesmo número mais do que uma vez. Lembra-se que os profissionais de saúde pontuavam cada item utilizando uma ordenação de valores de 1 a 6, onde 1 representa o “mais importante” e 6 o “menos importante”.

Quanto às questões que o sistema de saúde enfrenta relacionadas com a reforma dos cuidados de saúde, os gestores (27,4%) apontaram “a incapacidade dos actuais sistemas de informação para monitorizarem os resultados clínicos que derivam das tomadas de decisão clínica” como sendo o aspecto mais importante, seguido do item “a crescente pressão sobre os profissionais de saúde para basear as suas decisões em critérios financeiros e não em critérios estritamente clínicos” (24,5%).

A maioria dos gestores (30,2%), apontaram como aspecto menos importante da reforma dos cuidados de saúde a possibilidade de vir a existir “ aumento da erosão da autonomia clínica pela gestão”.

A maioria dos clínicos (42,0%) consideraram “a crescente pressão sobre os profissionais de saúde para basear as suas decisões em critérios financeiros e não em critérios estritamente clínicos” como sendo o aspecto mais importante da reforma dos cuidados de saúde e “a falta de vontade dos profissionais de saúde em considerar as implicações dos custos nas suas práticas clínicas” como o menos importante (39,1%) (Figura 18 e Figura 19).

Figura 18 - Comparação do ranking obtido entre gestores e clínicos para o maior grau de importância

Avaliação dos gestores			Avaliação dos clínicos			
Rank	Questões relacionadas com a reforma dos cuidados de saúde	1 - Mais importante N		1 - Mais importante N	Questões relacionadas com a reforma dos cuidados de saúde	Rank
1.º	A incapacidade dos actuais sistemas de informação para monitorizarem os resultados clínicos que derivam das tomadas de decisão clínica.	29	↔	29	A crescente pressão sobre os profissionais de saúde para basear as suas decisões em critérios financeiros e não em critérios estritamente clínicos.	1.º
2.º	A crescente pressão sobre os profissionais de saúde para basear as suas decisões em critérios financeiros e não em critérios estritamente clínicos.	26	↔	18	A incapacidade dos actuais sistemas de informação para monitorizarem os resultados clínicos que derivam das tomadas de decisão clínica.	2.º
3.º	A dificuldade significativa na responsabilização / prestação de contas dos profissionais de saúde.	18	↔	7	A falta de vontade dos profissionais de saúde em considerar as implicações dos custos nas suas práticas clínicas.	3.º
4.º	A falta de vontade dos profissionais de saúde em considerar as implicações dos custos nas suas práticas clínicas.	15	↔	6	A incapacidade dos actuais sistemas de informação para monitorizarem as implicações nos custos que derivam das tomadas de decisão clínica	4.º
5.º	A incapacidade dos actuais sistemas de informação para monitorizarem as implicações nos custos que derivam das tomadas de decisão clínica	15	↔	5	O aumento da erosão da autonomia clínica pela gestão.	5.º
6.º	O aumento da erosão da autonomia clínica pela gestão.	3	↔	4	A dificuldade significativa na responsabilização / prestação de contas dos profissionais de saúde.	6.º

Figura 19 - Comparação do ranking obtido entre gestores e clínicos para o menor grau de importância

Avaliação dos gestores			Avaliação dos clínicos			
Rank	Questões relacionadas com a reforma dos cuidados de saúde	6 - Menos importante N		6 - Menos importante N	Questões relacionadas com a reforma dos cuidados de saúde	Rank
1.º	O aumento da erosão da autonomia clínica pela gestão.	32	↔	27	A falta de vontade dos profissionais de saúde em considerar as implicações dos custos nas suas práticas clínicas.	1.º
2.º	A crescente pressão sobre os profissionais de saúde para basear as suas decisões em critérios financeiros e não em critérios estritamente clínicos.	29	↔	17	O aumento da erosão da autonomia clínica pela gestão.	2.º
3.º	A falta de vontade dos profissionais de saúde em considerar as implicações dos custos nas suas práticas clínicas.	18	↔	12	A dificuldade significativa na responsabilização / prestação de contas dos profissionais de saúde.	3.º
4.º	A dificuldade significativa na responsabilização / prestação de contas dos profissionais de saúde.	11	↔	8	A crescente pressão sobre os profissionais de saúde para basear as suas decisões em critérios financeiros e não em critérios estritamente clínicos.	4.º
5.º	A incapacidade dos actuais sistemas de informação para monitorizarem as implicações nos custos que derivam das tomadas de decisão clínica	10	↔	5	A incapacidade dos actuais sistemas de informação para monitorizarem as implicações nos custos que derivam das tomadas de decisão clínica	5.º
6.º	A incapacidade dos actuais sistemas de informação para monitorizarem os resultados clínicos que derivam das tomadas de decisão clínica.	6	↔	0	A incapacidade dos actuais sistemas de informação para monitorizarem os resultados clínicos que derivam das tomadas de decisão clínica.	6.º

Da análise dos dados (Figura 20 e Figura 21), verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as opiniões dos gestores e dos clínicos, através da aplicação do teste de *Mann-Whitney* (Quadro II, ver Anexo 4), quando classificam em ordem de importância relativa os seguintes itens:

- “a crescente pressão sobre os profissionais de saúde para basear as suas decisões em critérios financeiros e não em critérios estritamente clínicos” ($p = 0,004$); os clínicos dão grande importância a esta questão (42%), enquanto uma

percentagem considerável de gestores (27,4%) não atribuiu importância a este aspecto.

- “a falta de vontade dos profissionais de saúde em considerar as implicações dos custos nas suas práticas clínicas” ($p = 0,007$); os clínicos (39,1%) atribuem muito pouca importância na medida em que o pontuam com o valor 6 (a menor importância na escala considerada) a este aspecto, enquanto apenas 17,0% dos gestores o fazem;
- “a dificuldade significativa na responsabilização/prestação de contas dos profissionais de saúde” ($p = 0,002$); é para os gestores um aspecto mais importante do que para os clínicos;
- “o aumento da erosão da autonomia clínica pela gestão” ($p = 0,006$), sendo este aspecto mais valorizado pelos clínicos do que pelos gestores.

Os restantes itens: “a incapacidade dos actuais sistemas de informação para monitorizarem os resultados clínicos que derivam das tomadas de decisão clínica” e “a incapacidade dos actuais sistemas de informação para monitorizarem as implicações nos custos que derivam das tomadas de decisão clínica”, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas quando comparadas as opiniões de gestores e clínicos.

Figura 20 - Opinião dos gestores quanto às questões que o sistema de saúde enfrenta relacionadas com a reforma dos cuidados de saúde

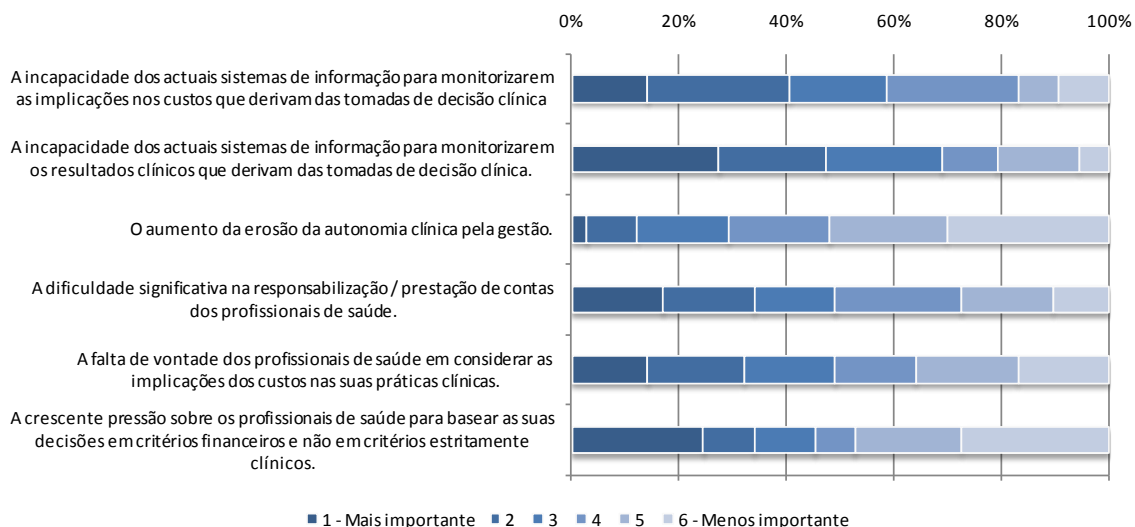
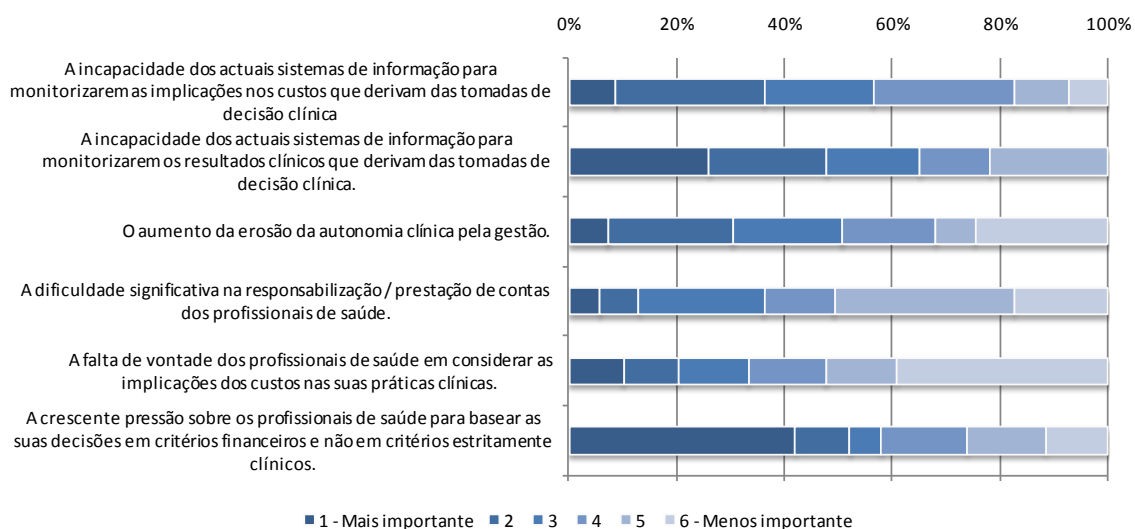


Figura 21 - Opinião dos clínicos quanto às questões que o sistema de saúde enfrenta relacionadas com a reforma dos cuidados de saúde



É de salientar que dos 73 clínicos que responderam ao questionário, nenhum atribuiu a pontuação 6 (o valor da menor importância relativa na escala considerada) ao item “a incapacidade dos actuais sistemas de informação para monitorizarem os resultados clínicos que derivam das tomadas de decisão clínica”.

Na segunda parte da questão, os profissionais especificaram o nível de prioridade utilizando itens de *Likert* (prioridade alta, prioridade média, prioridade baixa e não apropriada). Para efeitos de comparação das respostas dadas por gestores e por clínicos não foram tidas em conta as respostas que consideravam as estratégias como “não apropriadas” na medida em que este parâmetro não estabelece qualquer prioridade, não devendo por isso ser comparado com os restantes.

Da análise efectuada verifica-se que tanto os gestores como os clínicos atribuem idêntico grau de prioridade às diferentes estratégias apresentadas (Figura 22 e Figura 23), não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre as opiniões de ambos os grupos, através da aplicação do teste *Mann-Whitney* (Quadro IV, ver Anexo 4).

Figura 22 - Opinião dos gestores quanto às estratégias que o sistema de saúde enfrenta relacionadas com os recursos

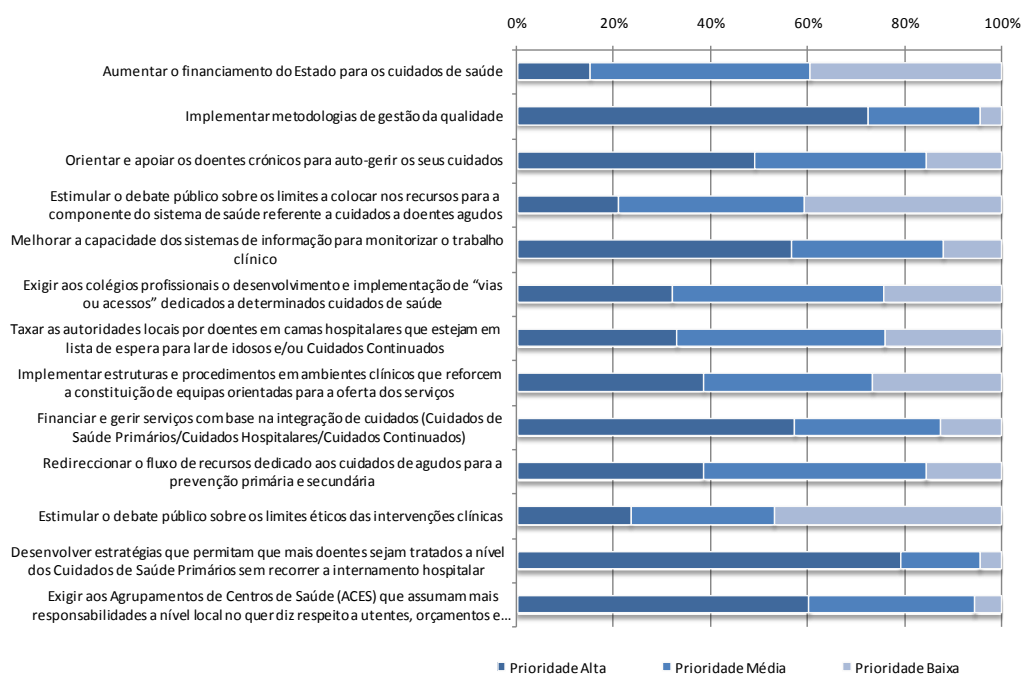
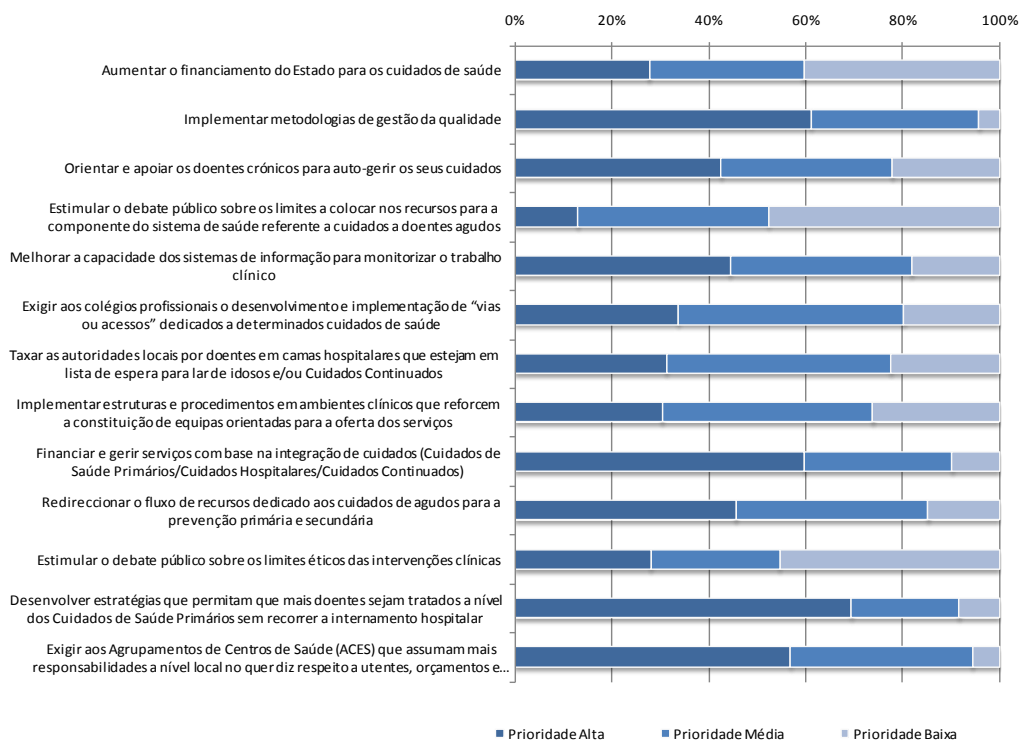


Figura 23 - Opinião dos clínicos quanto às estratégias que o sistema de saúde enfrenta relacionadas com os recursos



8.3. Valores no trabalho

No tratamento dos dados referentes aos aspectos importantes na escolha de um emprego, foram excluídas da análise todas as respostas onde não se verificou ordenação dos factores, ou seja, onde foi utilizado o mesmo número mais do que uma vez. Lembra-se que os profissionais de saúde pontuaram cada item utilizando uma ordenação de valores de 1 a 9, onde 1 representa o “mais importante” e 9 o “menos importante”.

Relativamente aos aspectos considerados mais importantes na escolha de um trabalho, de um modo geral, pode afirmar-se que gestores e clínicos lhes atribuem importância semelhante. Apenas nos factores “uma estrutura de carreira segura” e “uma boa

relação de trabalho com um superior que me apoie” se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p=0,034$) e ($p=0,015$) respectivamente, entre gestores e clínicos (Figura 24 e Figura 25).

Figura 24 - Opinião dos gestores quanto aos factores importante na escolha de um emprego

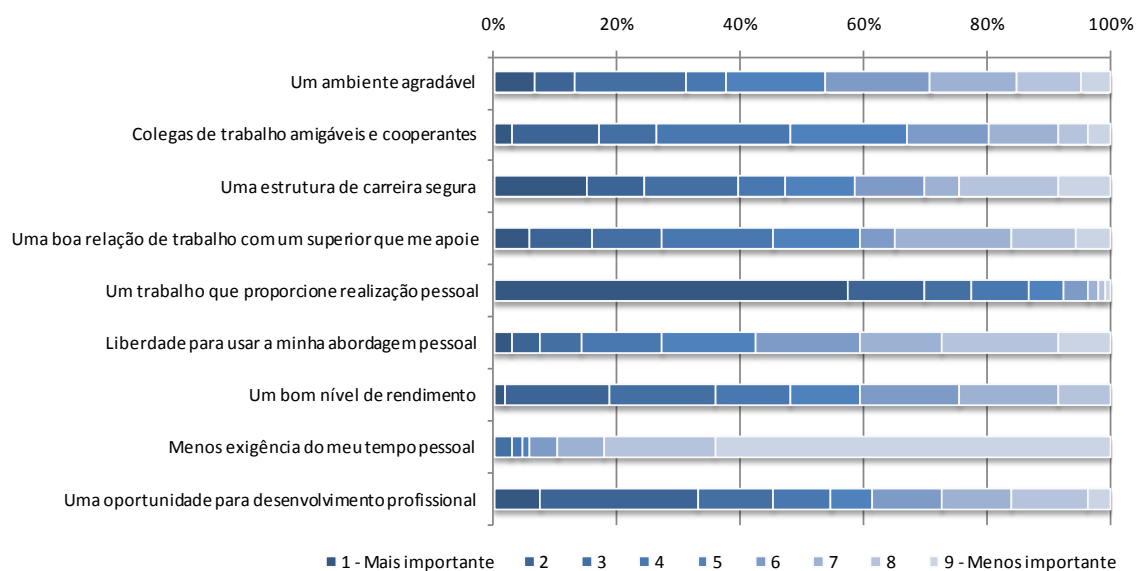
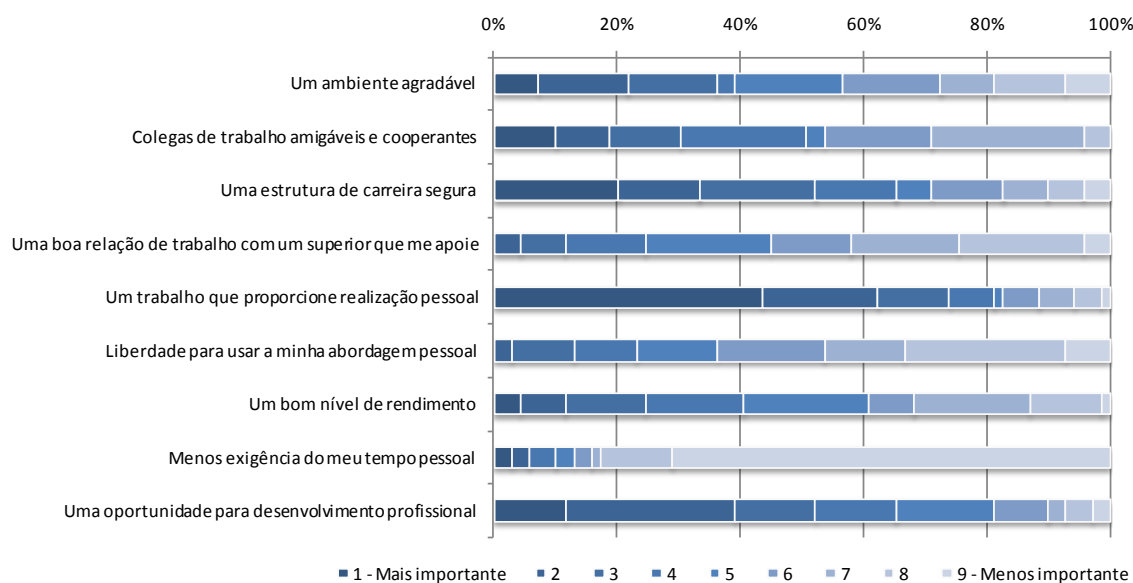


Figura 25 - Opinião dos clínicos quanto aos factores importante na escolha de um emprego



De salientar que nenhum gestor considerou o factor “menos exigência do meu tempo pessoal” como um factor muito importante na escolha de um emprego, antes pelo contrário, a grande maioria dos gestores (64,2%) pontuou este factor com sendo o menos importante. Apesar de 71,0% dos clínicos também terem considerado este factor de menor importância ainda houve 2,9% dos clínicos que o pontuaram como muito importante e 2,9% que lhe atribuíram o valor 2, segundo grau de importância na escala considerada (Figura 25 e Figura 27).

Figura 26 - Comparação do ranking obtido entre gestores e clínicos para o maior grau de importância

Rank	Importância atribuída pelos gestores a vários aspectos na escolha de um emprego	1 - Mais importante N		1 - Mais importante N	Importância atribuída pelos clínicos a vários aspectos na escolha de um emprego	Rank
1.º	Um trabalho que proporcione realização pessoal	61	↔	30	Um trabalho que proporcione realização pessoal	1.º
2.º	Uma estrutura de carreira segura	16	↔	14	Uma estrutura de carreira segura	2.º
3.º	Uma oportunidade para desenvolvimento profissional	8	↔	8	Uma oportunidade para desenvolvimento profissional	3.º
4.º	Um ambiente agradável	7	↔	7	Colegas de trabalho amigáveis e cooperantes	4.º
5.º	Uma boa relação de trabalho com um superior que me apoie	6	↔	5	Um ambiente agradável	5.º
6.º	Colegas de trabalho amigáveis e cooperantes	3	↔	3	Um bom nível de rendimento	6.º
7.º	Liberdade para usar a minha abordagem pessoal	3	↔	2	Menos exigência do meu tempo pessoal	7.º
8.º	Um bom nível de rendimento	2	↔	0	Uma boa relação de trabalho com um superior que me apoie	8.º
9.º	Menos exigência do meu tempo pessoal	0	↔	0	Liberdade para usar a minha abordagem pessoal	9.º

Figura 27 - Comparação do ranking obtido entre gestores e clínicos para o menor grau de importância

Rank	Importância atribuída pelos gestores a vários aspectos na escolha de um emprego	9 - Menos importante N		9 - Menos importante N	Importância atribuída pelos clínicos a vários aspectos na escolha de um emprego	Rank
1.º	Menos exigência do meu tempo pessoal	68	↔	49	Menos exigência do meu tempo pessoal	1.º
2.º	Uma estrutura de carreira segura	9	↔	5	Um ambiente agradável	2.º
3.º	Liberdade para usar a minha abordagem pessoal	9	↔	5	Liberdade para usar a minha abordagem pessoal	3.º
4.º	Uma boa relação de trabalho com um superior que me apoie	6	↔	3	Uma estrutura de carreira segura	4.º
5.º	Um ambiente agradável	5	↔	3	Uma boa relação de trabalho com um superior que me apoie	5.º
6.º	Colegas de trabalho amigáveis e cooperantes	4	↔	2	Uma oportunidade para desenvolvimento profissional	6.º
7.º	Uma oportunidade para desenvolvimento profissional	4	↔	1	Um trabalho que proporcione realização pessoal	7.º
8.º	Um trabalho que proporcione realização pessoal	1	↔	1	Um bom nível de rendimento	8.º
9.º	Um bom nível de rendimento	0	↔	0	Colegas de trabalho amigáveis e cooperantes	9.º

Na segunda parte, relativa aos valores no trabalho, gestores e clínicos parecem manifestar iguais tendências de concordância (concordo e concordo plenamente) e discordância (discordo e discordo plenamente) relativamente aos sete factores apresentados.

Os maiores graus de concordância verificam-se nas seguintes afirmações:

- “quer no trabalho, quer no seio familiar todos devem mostrar respeito pelas figuras de autoridade”, tendo sido assim considerado tanto por parte dos gestores (77,5%) como dos clínicos (90,3%);
- “o trabalho e a vida privada nunca se devem misturar”, quer pelos gestores (73,0%) quer pelos clínicos (72,2%).

O maior grau de discordância quer para gestores (92,8%) quer para clínicos (93,1%) refere-se à afirmação “para evoluir no trabalho nunca deve discordar dos seus superiores” (Figura 28 e Figura 29).

Apenas se verifica concordância significativamente maior dos clínicos relativamente aos gestores ($p=0,021$) na afirmação “quer no trabalho, quer no seio familiar todos devem mostrar respeito pelas figuras de autoridade”, através da aplicação do teste *Mann-Whitney* (Quadro VIII, ver Anexo 4).

Figura 28 - Crenças dos gestores sobre as relações sociais no seio das organizações

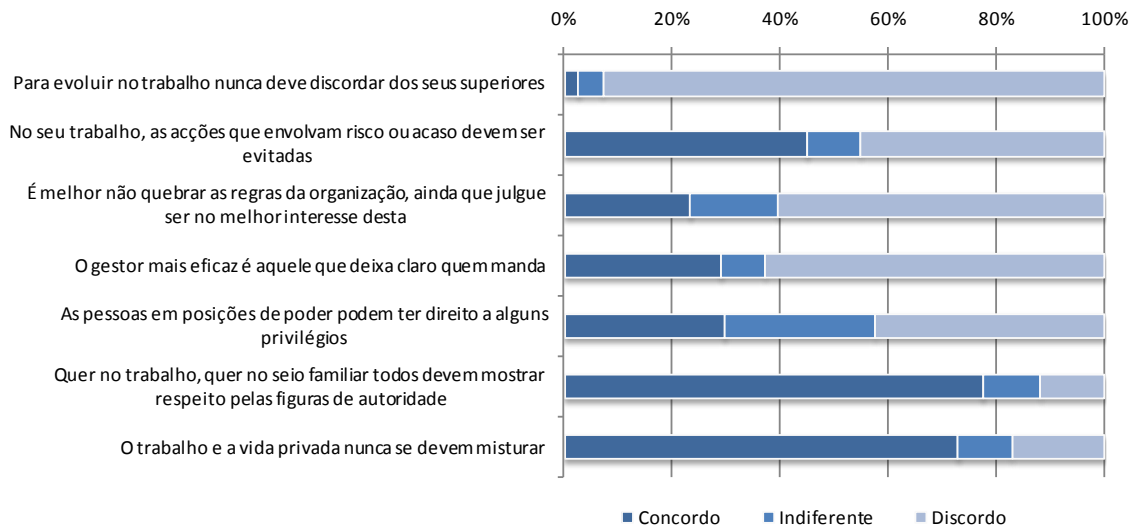
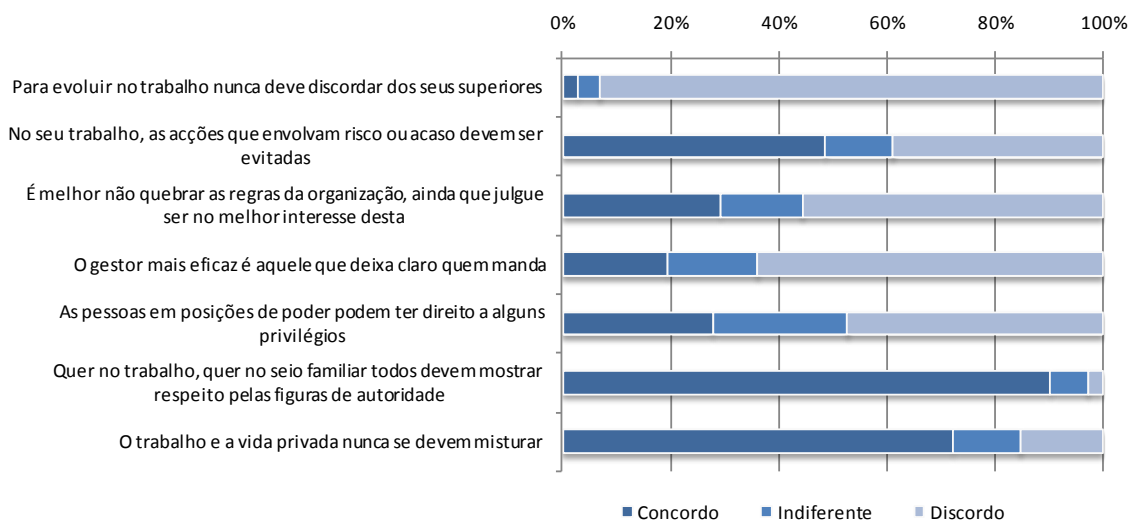


Figura 29 - Crenças dos clínicos sobre as relações sociais no seio das organizações



8.4. Governação clínica

Quanto à opinião, sobre os prováveis resultados clínicos de uma governação clínica efectiva, tanto os gestores como os clínicos apresentam genericamente um padrão semelhante relativamente à concordância, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas entre a opinião dos gestores e dos clínicos nas

afirmações seguintes: “reduzir queixas ou reclamações dos doentes” ($p = 0,017$), é de salientar que nesta afirmação existe uma percentagem elevada de clínicos (28,6%) que é indiferente e na afirmação “reduzir as taxas de infecção hospitalar” ($p = 0,023$), através da aplicação do teste *Mann-Whitney* (Quadro X, ver Anexo 4), podendo afirmar-se que o grau de concordância é significativamente maior nos gestores do que nos clínicos.

Na amostra dos gestores, globalmente o nível de concordância é superior a 67,0% e o nível de discordância é baixo (o maior é de 13,4%); “o aumento da eficiência” (89,3%); “a redução da utilização de tratamentos ineficazes” (88,4%) e “a melhoria dos resultados clínicos” (88,4%), são os itens que obtêm maior concordância (Figura 30 e Figura 31). Na amostra dos clínicos repetem-se os resultados com maior nível de concordância: “o aumento da eficiência” (88,6%); “a melhoria dos resultados clínicos” (84,3%) e “a redução da utilização de tratamentos ineficazes” (81,4%).

Figura 30 - Opinião dos gestores sobre os prováveis resultados clínicos de uma governação clínica efectiva

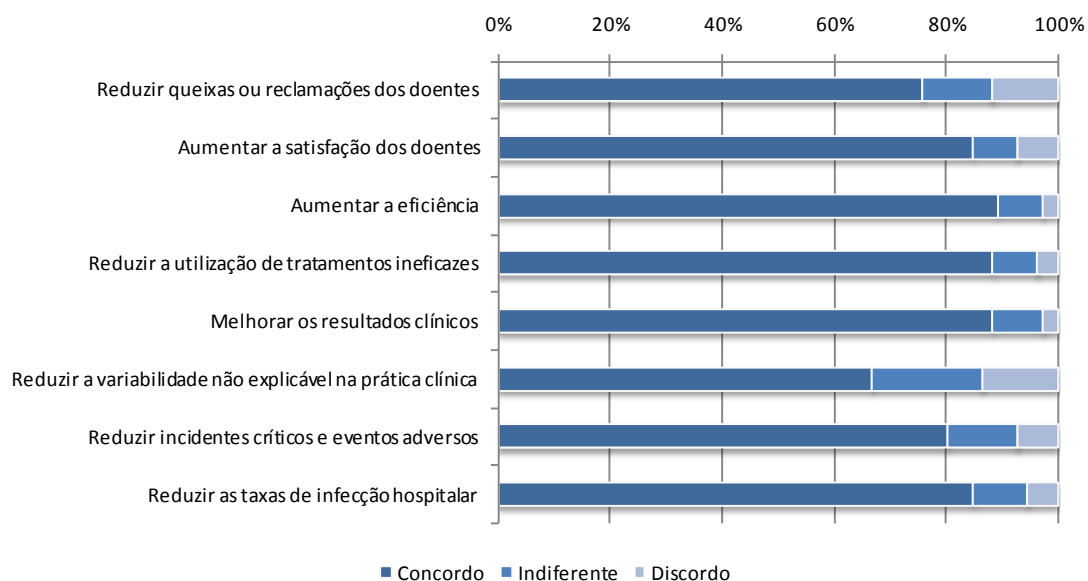
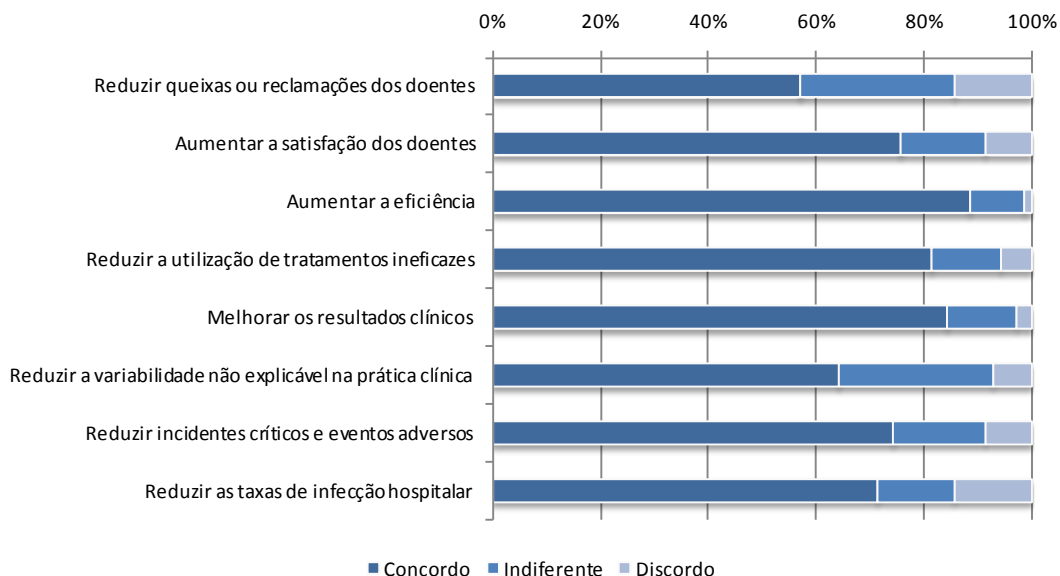


Figura 31 - Opinião dos clínicos sobre os prováveis resultados clínicos de uma governação clínica efectiva



Quanto aos efeitos organizacionais da governação clínica, tanto para os gestores como para os clínicos, o maior nível de concordância está na “criação de estruturas que permitirão aos profissionais de saúde trazer questões como qualidade e resultados nas suas negociações com as autoridades políticas de saúde” (89,2% nos gestores e 79,4% nos clínicos) e na “criação de estruturas através das quais equipas clínicas multidisciplinares podem sistematizar, monitorizar e melhorar o atendimento a situações específicas” (88,3% nos gestores e 83,8% nos clínicos).

Os maiores níveis de discordância estão relacionados com o facto dos gestores (75,7%) e dos clínicos (58,0%) não considerarem que a governação clínica seja “uma moda que vai passar com o tempo”, bem como, com o facto de os gestores (71,8%) não considerarem que a governação clínica seja “um mecanismo para promover mais intromissões injustificadas por parte da gestão em áreas clínicas” (Figura 32 e Figura 33).

De um modo geral, a percentagem de clínicos que consideram serem *indiferentes* face aos vários itens considerados para averiguar os efeitos organizacionais é relativamente superior à dos gestores.

Verificam-se discordâncias significativamente maiores dos gestores do que dos clínicos nos seguintes itens: “uma moda que vai passar com o tempo” ($p=0,031$); “uma boa ideia cujo potencial não pode ser realizado, porque os recursos necessários para a sua implementação não estão disponíveis” ($p=0,004$) e ainda, “um mecanismo para promover mais intromissões injustificadas por parte da gestão em áreas clínicas” ($p=0,001$), através da aplicação do teste *Mann-Whitney* (Quadro XII, ver Anexo 4).

Figura 32 - Avaliação dos gestores aos efeitos organizacionais da governação clínica

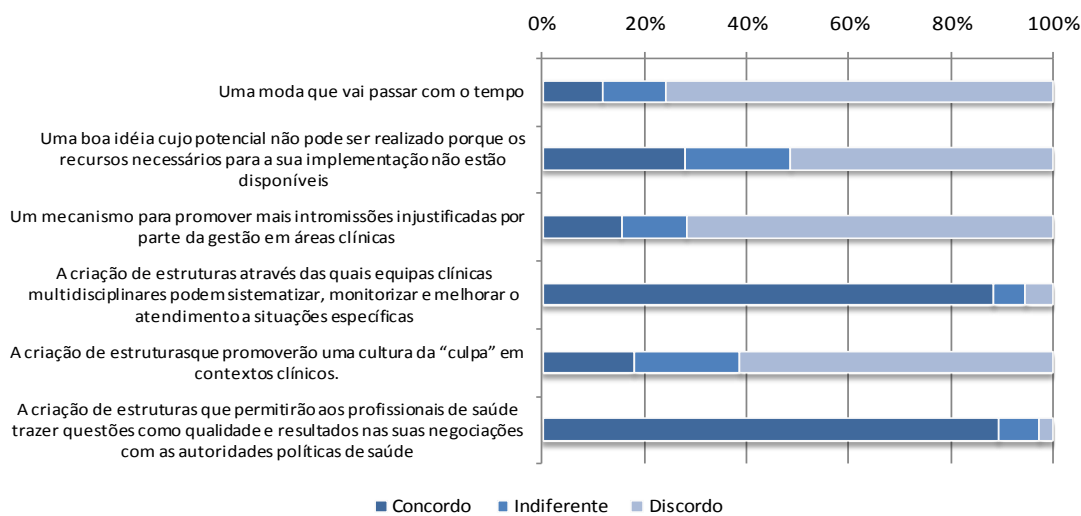
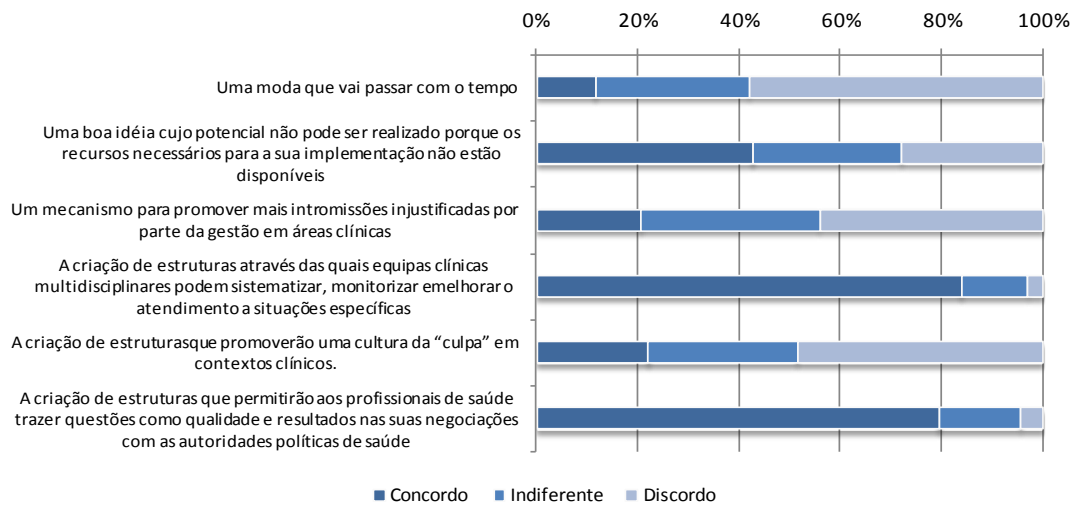


Figura 33 - Avaliação dos clínicos aos efeitos organizacionais da governação clínica



Quanto aos comentários relativos à governação clínica, obtiveram-se 28 (15,1%) respostas na globalidade da amostra. Na amostra dos gestores responderam 16 indivíduos, correspondendo a 14,3% desta amostra e 12 indivíduos (16,4%) na amostra dos clínicos. Os comentários são apresentados de forma resumida e agrupada, podendo os mesmos serem observados na íntegra no Anexo 5.

Apesar de se estarem a analisar respostas de profissionais de saúde com cargos diferentes e de três hospitais diferentes em dimensão, classificação e organização interna, verificam-se respostas comuns, pelo que apresentamos as principais respostas dadas em comum e as respostas que embora sendo dadas de forma distinta por gestores e por clínicos se repetem dentro de cada grupo (Quadro 12).

Quadro 12 - Comentários de gestores e clínicos à governação clínica

Comentários referentes à Governação Clínica			
Gestores	N	Clínicos	N
A Governação Clínica implica a existência de bons sistemas de informação.	3	Com a GC é necessário haver monitorização da performance (criação de métricas de performance).	2
Para adoptar a GC é necessário haver uma cultura diferente.	3	Bom instrumento para combater o desperdício/não olhar apenas para os custos	2
Aspectos comuns referidos por gestores e por clínicos			
A governação clínica deve envolver uma equipa multidisciplinar.			5
A qualidade é um pilar fundamental da governação clínica.			3
Necessidade de formação: os clínicos com necessidade de formação na área da gestão e os gestores com necessidade de formação na área clínica.			3

8.5. Autonomia

Relativamente à autonomia profissional, globalmente, tanto os gestores como os clínicos expressam opinião semelhante relativamente a cada um dos itens que, de alguma forma, podem afectar a autonomia, quer da sua equipa, quer a sua própria autonomia, respectivamente (Figura 34 e Figura 35).

Ambos os grupos, consideram que cada um dos itens apresentados aumenta a autonomia, à excepção do item “tomarem a seu cargo trabalho administrativo”, em que a tanto a maioria dos gestores (60,7%) como dos clínicos (54,2%) consideram não ter efeito na autonomia.

“Participar com todos os elementos da sua/minha equipa clínica multidisciplinar no planeamento, avaliação e melhoria do desempenho colectivo da equipa” foi o item considerado como aquele que mais aumenta a autonomia, quer pelos gestores (83,0%), quer pelos clínicos (83,3%).

Figura 34- Percepção dos gestores sobre os factores que podem afectar a autonomia clínica

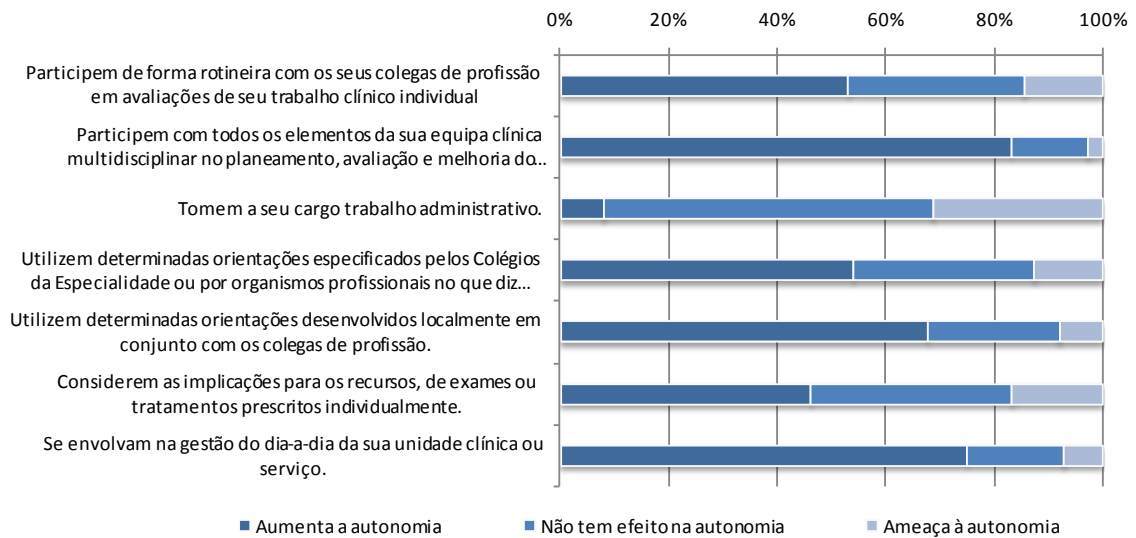
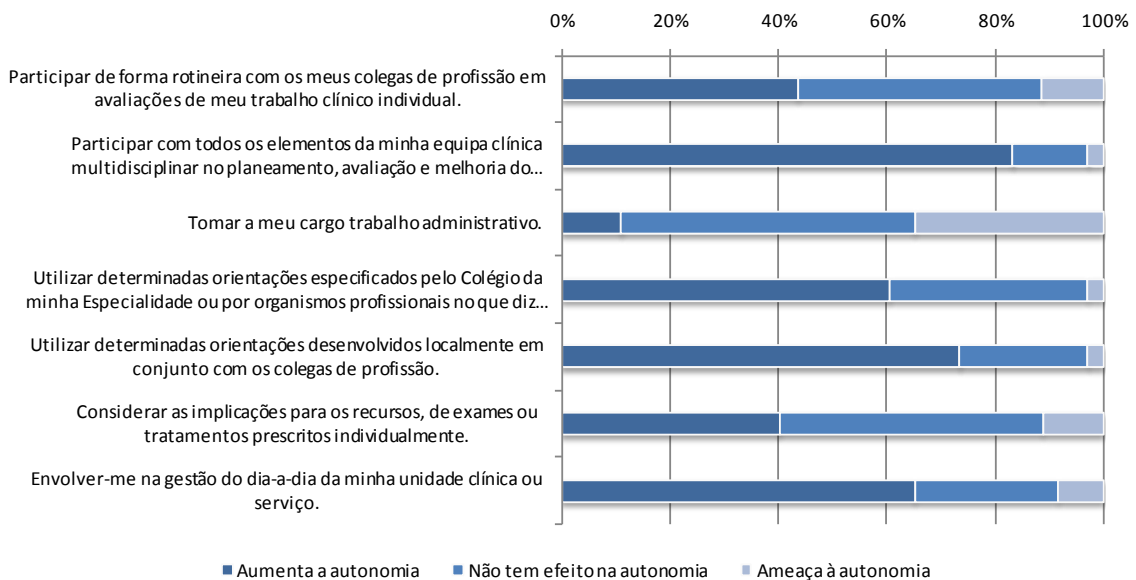


Figura 35 - Percepção dos clínicos sobre os factores que podem afectar a sua autonomia



Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as percepções dos gestores e dos clínicos face às expectativas que podem afectar a autonomia da equipa ou dos próprios profissionais individualmente, quando aplicado o teste de *Mann-Whitney* (Quadro XIV, ver Anexo 4).

8.6. Prática clínica

A opinião de gestores e de clínicos é semelhante, quando ambos avaliam em termos de importância, cada um dos factores que podem induzir variabilidade na prática clínica apresentados no questionário, excepto no item “relativo isolamento de alguns profissionais de saúde que os impede de partilhar conhecimentos” ($p=0,045$) apresenta diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) entre a opinião de gestores e de clínicos, através da aplicação do teste *Mann-Whitney* (Quadro XVI, ver Anexo 4), sendo que os gestores atribuem uma importância significativamente maior do que os clínicos (Figura 36 e Figura 37).

Figura 36 - Opinião dos gestores sobre os factores que podem produzir variabilidade na prática clínica

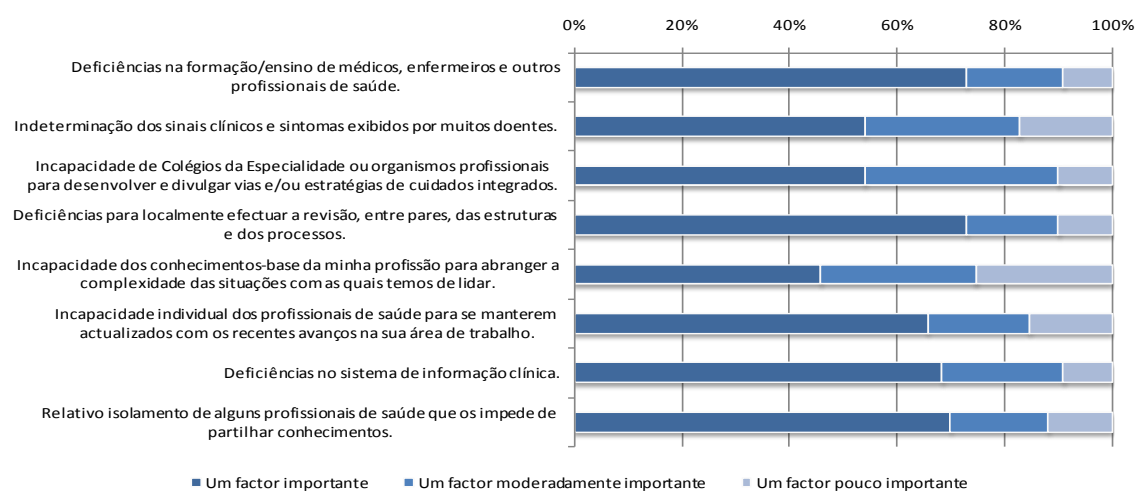
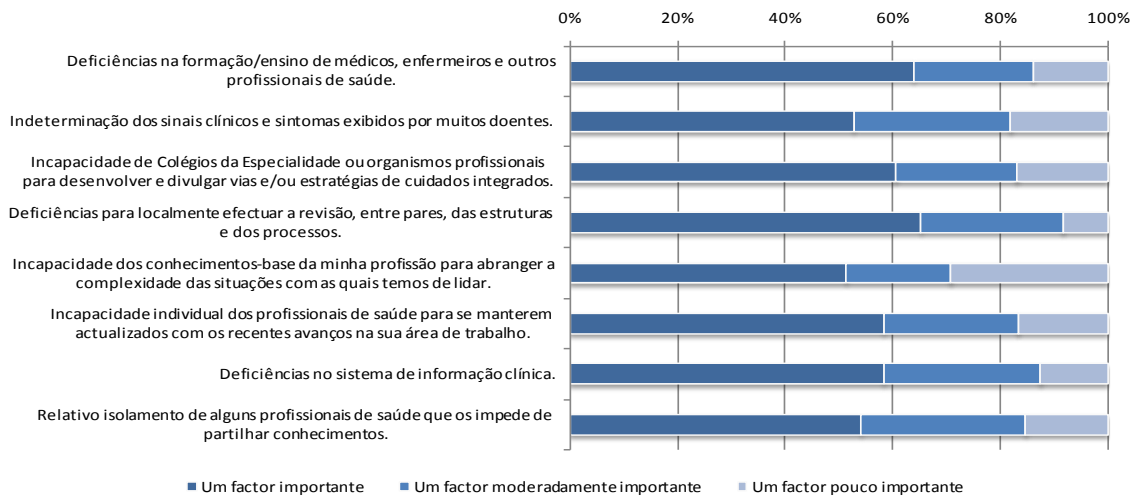
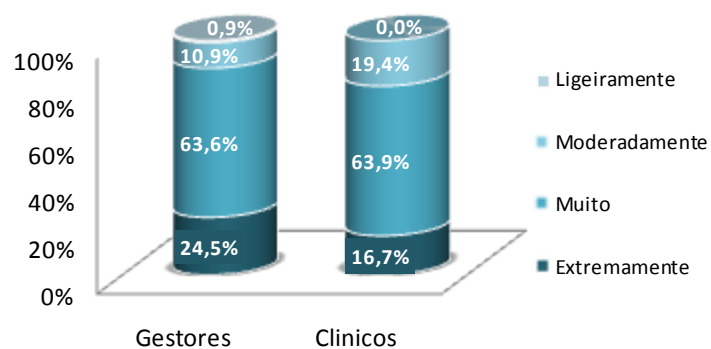


Figura 37 - Opinião dos clínicos sobre os factores que podem produzir variabilidade na prática clínica



Quanto à importância que gestores e clínicos atribuem à variabilidade da prática clínica como uma questão que requer atenção, tanto gestores (63,6%) como clínicos (63,9%) foram unânimes em considerar que esta é uma questão muito importante (Figura 38). Não foi considerada por nenhum indivíduo como uma questão nada importante. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as respostas de ambos os grupos ($p=0,094$), através de aplicação do teste *Mann-Whitney* (Quadro XVII, ver Anexo 4).

Figura 38 - Nível de importância atribuída por gestores e clínicos à variabilidade da prática clínica



Os resultados da segunda parte da questão referente à prática clínica, não foram objecto de análise, na medida em se verificou que, para além, do elevado número de indivíduos da amostra dos gestores (76,8%) que não responderam porque referiram dedicar menos de 20% do seu tempo de trabalho na prestação directa de cuidados nos dados pessoais, a questão praticamente não obteve resposta pelos restantes gestores.

Da análise dos resultados da terceira parte da questão referente à prática clínica verifica-se que os gestores e os clínicos apresentam genericamente um padrão semelhante relativamente à forma como classificam a sua experiência com diferentes métodos de monitorização e gestão do trabalho clínico (Figura 39 e Figura 40).

Figura 39 - Classificação dos gestores sobre a sua experiência com diferentes métodos de monitorização e gestão do trabalho clínico

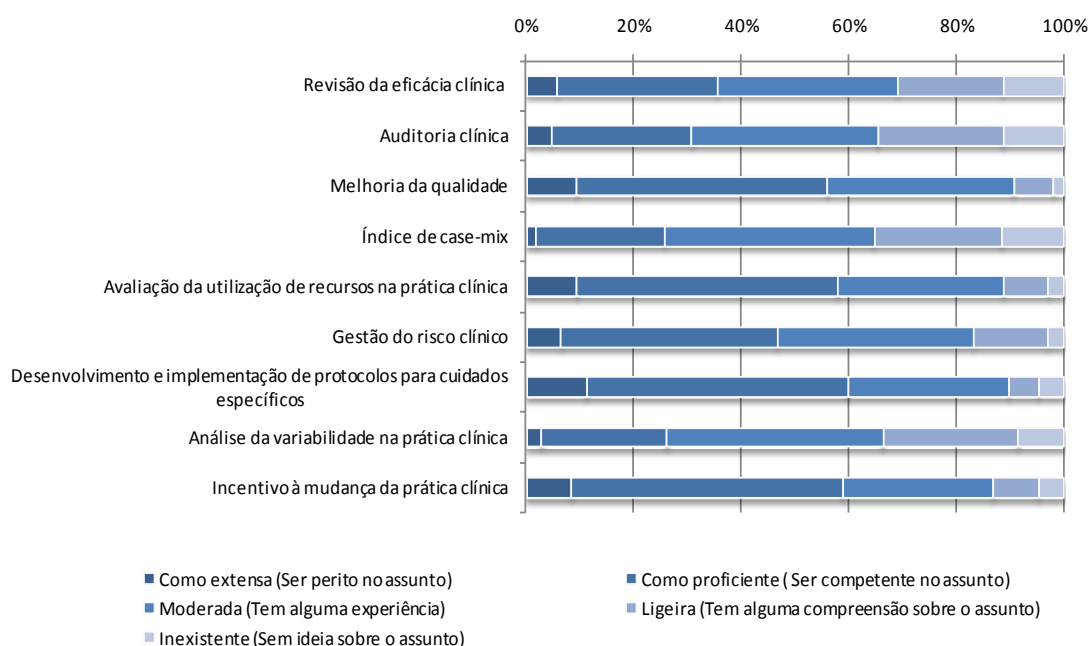
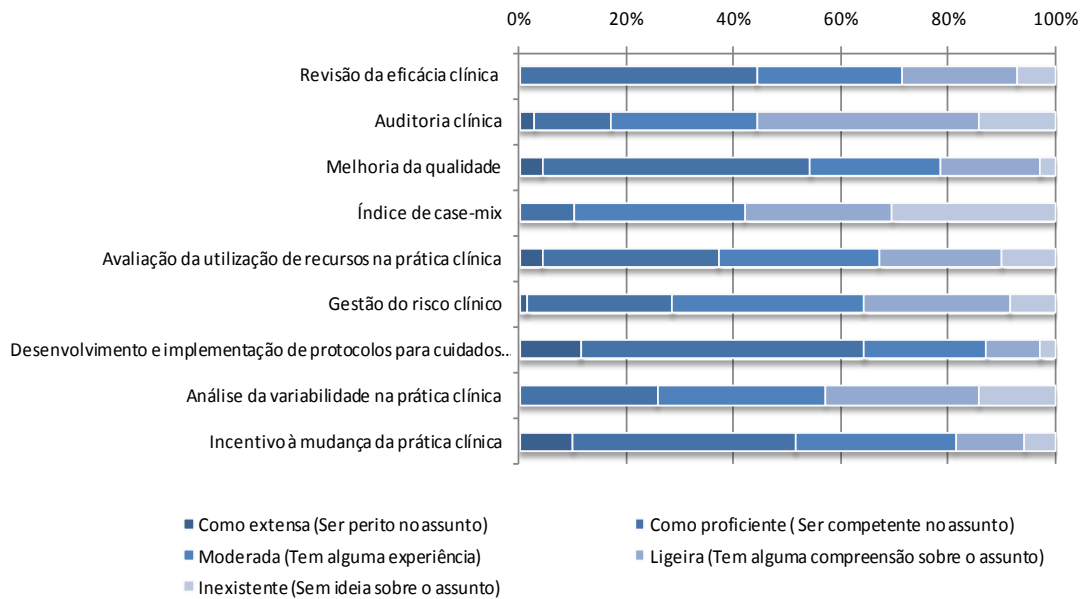


Figura 40 - Classificação dos clínicos sobre a sua experiência com diferentes métodos de monitorização e gestão do trabalho clínico



Dos nove itens considerados no questionário, em quatro verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as respostas de gestores e clínicos, o que se verificou através de aplicação do teste *Mann-Whitney* (Quadro XX, ver Anexo 4):

- Quando classificam a “auditoria clínica” ($p=0,010$), os gestores são significativamente mais aptos do que os clínicos;
- Quanto ao “índice de case-mix” ($p < 0,001$), os gestores (23,8%) referem ter mais experiência com este índice do que os clínicos (10,1%), ao mesmo tempo que existe uma proporção muito superior de clínicos (30,4%) face aos gestores (11,4%) que referem não ter qualquer ideia sobre este índice;
- No aspecto da “avaliação da utilização de recursos na prática clínica” ($p=0,001$), os gestores, muito mais do que os clínicos, tendem a considerá-lo como fazendo parte da sua experiência diária;

- Quanto à “gestão do risco clínico”(p=0,002) enquanto método de monitorização e gestão do trabalho clínico, os gestores (40,2%) mostram dominar bastante melhor este aspecto do que os clínicos (27,1%).

8.7. Alocação de recursos

Da análise dos resultados obtidos na questão referente à alocação de recursos, genericamente, verifica-se a existência de um padrão de resposta comum a gestores e clínicos, ou seja, ambos os grupos tendem a concordar ou a discordar dos mesmos aspectos relativos à alocação dos recursos (Figura 41 e Figura 42), verificando-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) apenas em dois dos sete aspectos considerados no questionário: “as decisões de alocação de recursos deveriam ser baseadas apenas nas necessidades individuais dos doentes, conforme determinação dos profissionais de saúde directamente envolvidos” ($p = 0,032$) e “as intervenções clínicas e/ou de saúde devem estar abertas à avaliação económica” ($p = 0,001$).

Assim, verifica-se que o grau de discordância dos gestores (44,5%) face à afirmação “as decisões de alocação de recursos deveriam ser baseadas apenas nas necessidades individuais dos doentes, conforme determinação dos profissionais de saúde directamente envolvidos” é superior ao grau de discordância dos clínicos (25,7%).

Na afirmação “as intervenções clínicas e/ou de saúde devem estar abertas à avaliação económica”, os clínicos (20,3%) apresentam um grau de discordância superior ao apresentado pelos gestores (7,3%).

Figura 41 - Opinião dos gestores sobre a alocação de recursos

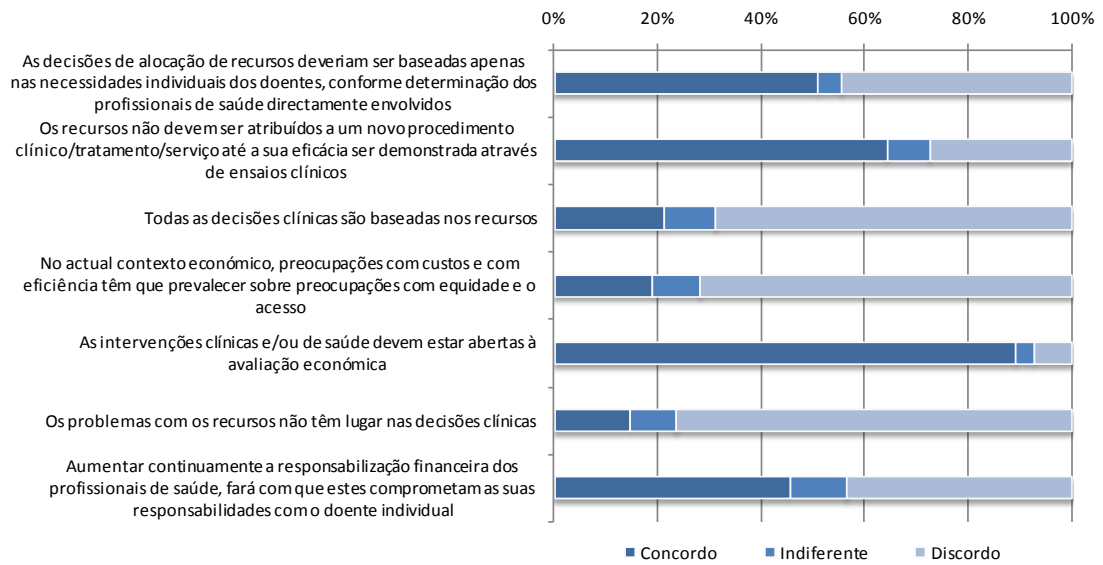
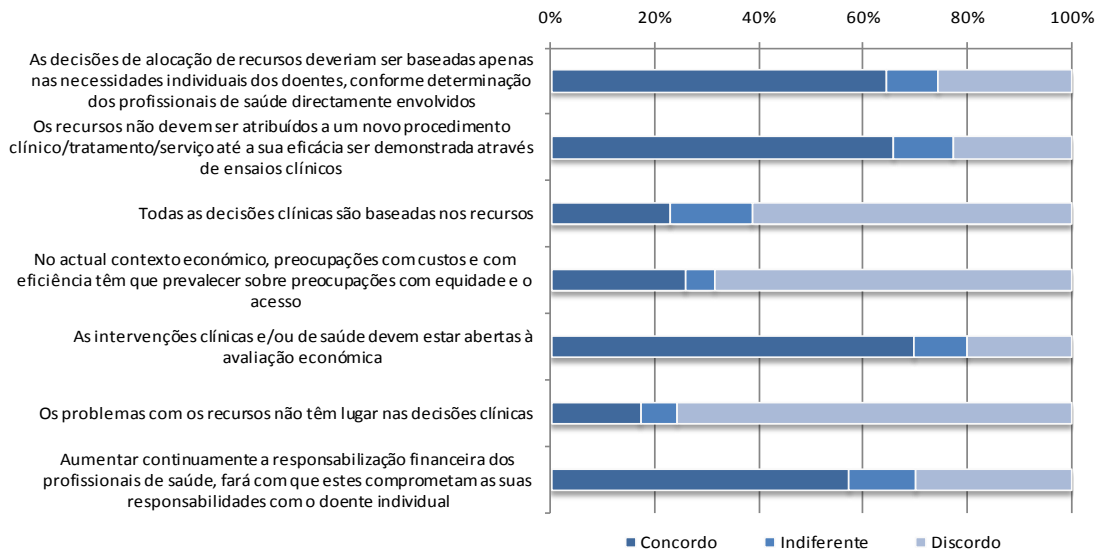


Figura 42 - Opinião dos clínicos sobre a alocação de recursos



Relativamente aos comentários sobre a alocação dos recursos responderam 18 indivíduos, a taxa simples de resposta foi de 14,6% na amostra global, sendo 18 (16,1%) da amostra dos gestores e 9 (12,3%) da amostra dos clínicos. No Quadro 13 são apresentados os comentários mais frequentes em cada amostra e os mais frequentes

comuns a ambas as amostras. A totalidade dos comentários pode ser observada no Anexo

5.

Quadro 13 - Comentários de gestores e clínicos à alocação de recursos

Gestores	N	Clínicos	N
A alocação de recursos devem corresponder às necessidades dos doentes, acautelando equidade e acesso.	3	Os recursos não devem ser duplicados.	2
O clínico deve ser informado dos custos da decisão clínica.	2	Dar atenção em primeiro lugar aos doentes, mas não esquecendo os custos.	2
Aspectos comuns referidos por gestores e por clínicos			
Alocação de recursos com base em critérios de eficiência e eficácia.			6
Incutir nos profissionais o sentido ético, dar nota de que os recursos são finitos e que devem servir para tratar não apenas um doente individualmente, mas um conjunto de doentes.			3
Evitar desperdícios.			3

8.8. Responsabilização/Prestação de contas

Da análise dos resultados à questão sobre a percepção de gestores e clínicos relativamente ao alcance e aos limites da sua responsabilização/prestação de contas, verifica-se que, de um modo geral, tanto os gestores como os clínicos avaliam os vários aspectos relacionados com a responsabilização/ prestação de contas como muito importantes ou importantes (Figura 43 e Figura 44).

Dos oito aspectos considerados no questionário, apenas dois: “respondam a si/ a mim mesmo da forma como actuaram no interesse do doente” ($p=0,020$) e “respondam à administração/gestão sobre as implicações que a sua prática clínica tem a nível dos recursos ($p<0,001$), apresentam diferenças estatisticamente significativas quando

comparadas as respostas de gestores e de clínicos, através da utilização do teste *Mann-Whitney* (Quadro XXIV, ver Anexo 4).

Quando comparados os gestores (59,1%) com os clínicos (75,4%), estes últimos consideraram ser da máxima importância justificarem a si próprios a forma como actuaram no interesse do doente.

Os gestores (37,3%) consideram ser muito mais importante que os profissionais de saúde respondam à administração/gestão sobre as implicações que a sua prática clínica tem a nível dos recursos do que os clínicos (15,9%).

Figura 43 - Percepção dos gestores relativamente ao alcance e aos limites da sua responsabilização/prestação de contas

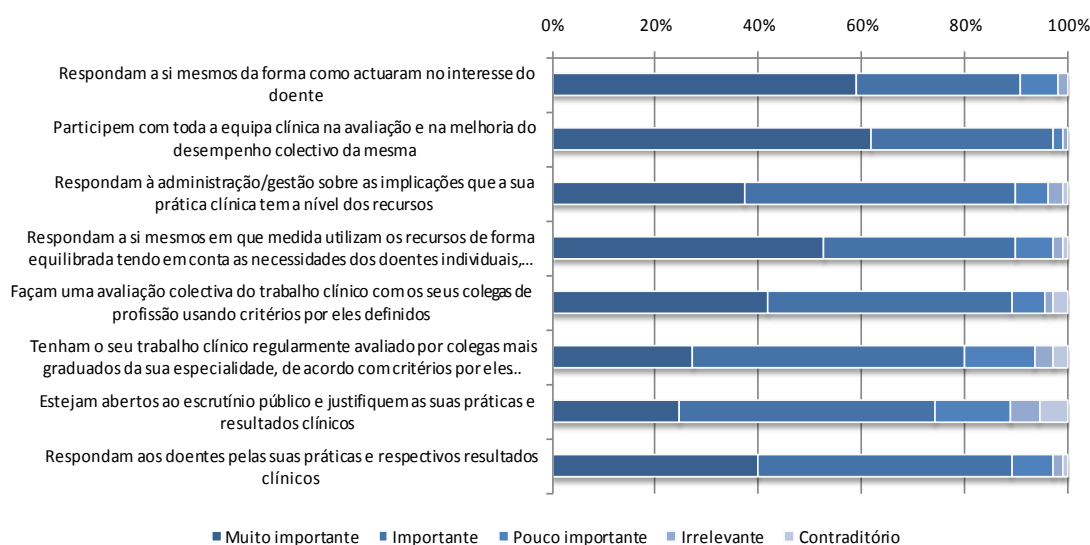
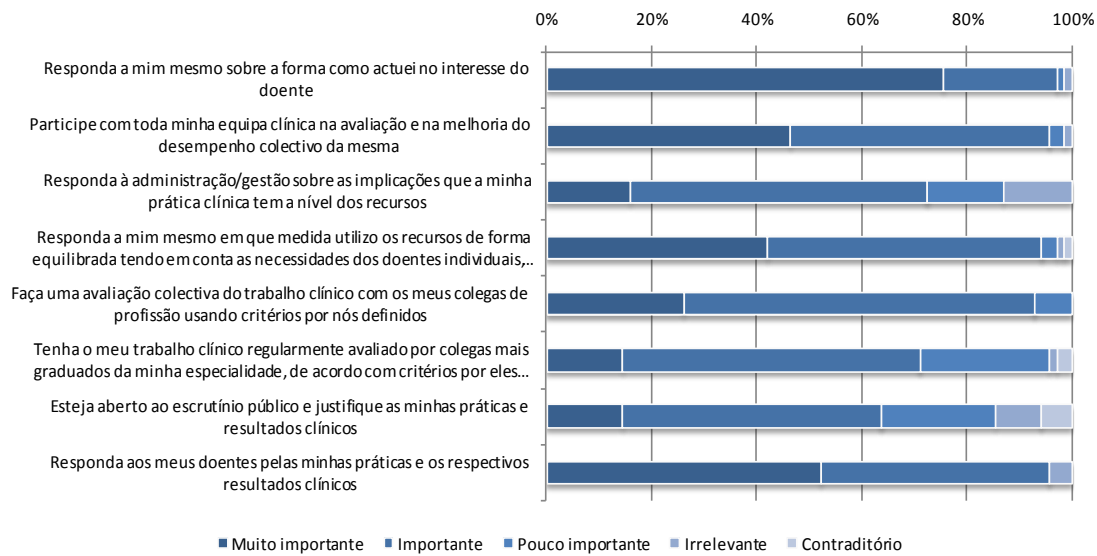


Figura 44 - Percepção dos clínicos relativamente ao alcance e aos limites da sua responsabilização/prestação de contas



8.9. Estabelecimento de normas

Da análise dos dados desta questão, pode afirmar-se que os gestores e os clínicos a apresentam genericamente um padrão de concordância e discordância semelhante face a cada um dos aspectos relacionados com o estabelecimento de normas de orientação clínica (NOC), Figura 45 e Figura 46, não se verificando diferenças estatisticamente significativas quando comparadas as respostas dos gestores e dos clínicos, através da aplicação do teste de *Mann-Whitney* (Quadro XXVI, ver Anexo 4).

Figura 45 - Opinião dos gestores relativamente às normas de orientação clínica

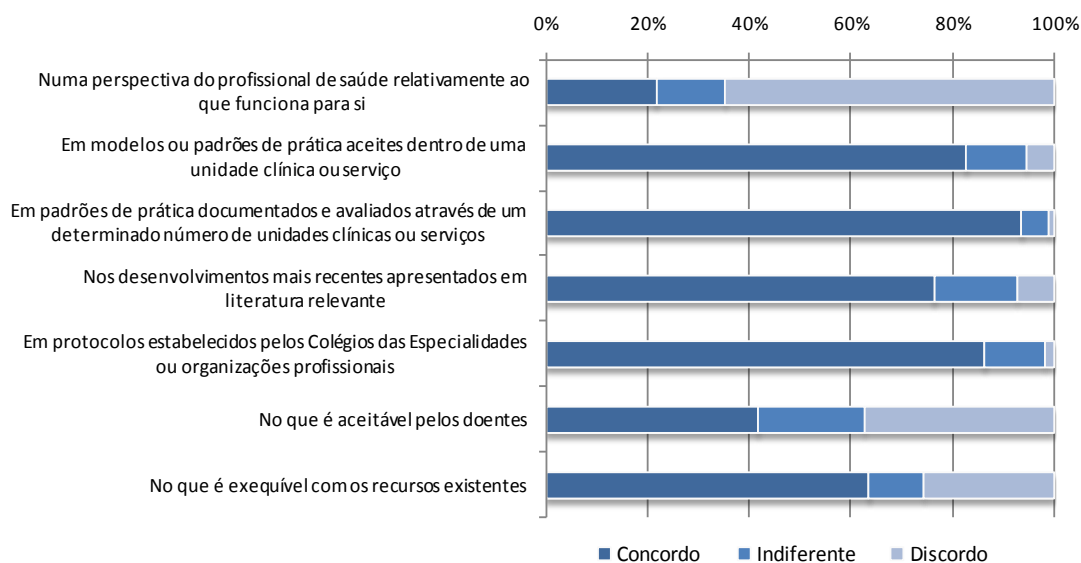
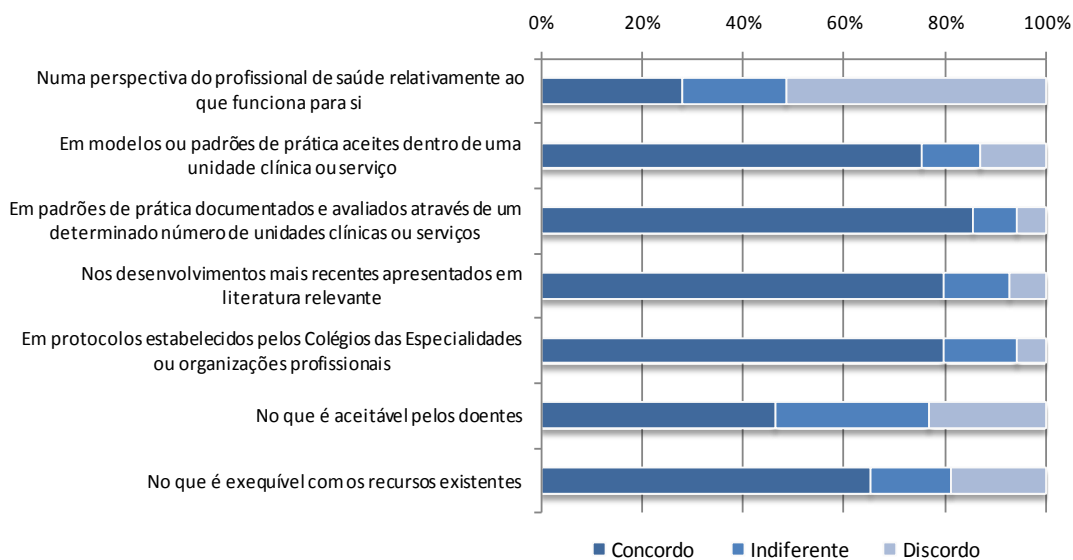


Figura 46 - Opinião dos clínicos relativamente às normas de orientação clínica



8.10. Gestão de Unidades Clínicas

Quanto à opinião, sobre as estratégias que consideram serem as mais apropriadas para melhorar o desempenho global da Unidade/Serviço, tanto os gestores como os clínicos apresentam genericamente um padrão semelhante relativamente à

concordância, tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas, através da aplicação do teste *Mann-Whitney* (Quadro XXVIII, ver Anexo 4), apenas entre a opinião dos gestores e dos clínicos nas afirmações seguintes: “estabelecer sistemas que permitam acompanhar de perto o desempenho de cada profissional de saúde no seu serviço/unidade” ($p < 0,001$) podendo afirmar-se que o nível de concordância é significativamente maior nos gestores (99,1%) do que nos clínicos (79,7%) e na afirmação “obter mais recursos para o seu Serviço ou Unidade a partir do Conselho de Administração” ($p = 0,009$), sendo a concordância significativamente maior nos clínicos (70,6%) dos que nos gestores (50,0%).

Figura 47 - Opinião dos gestores sobre as estratégias aplicadas à gestão de Unidades de Saúde

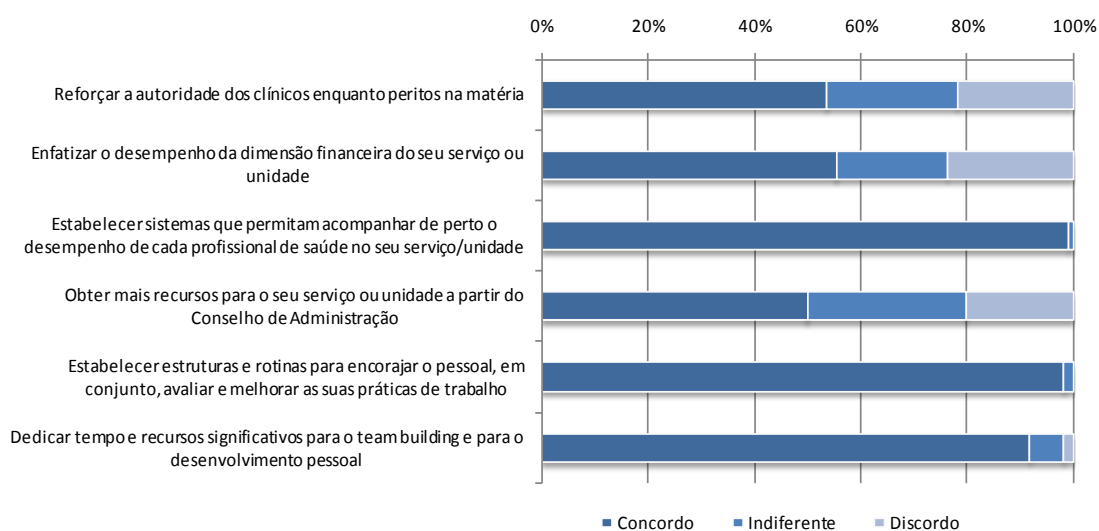
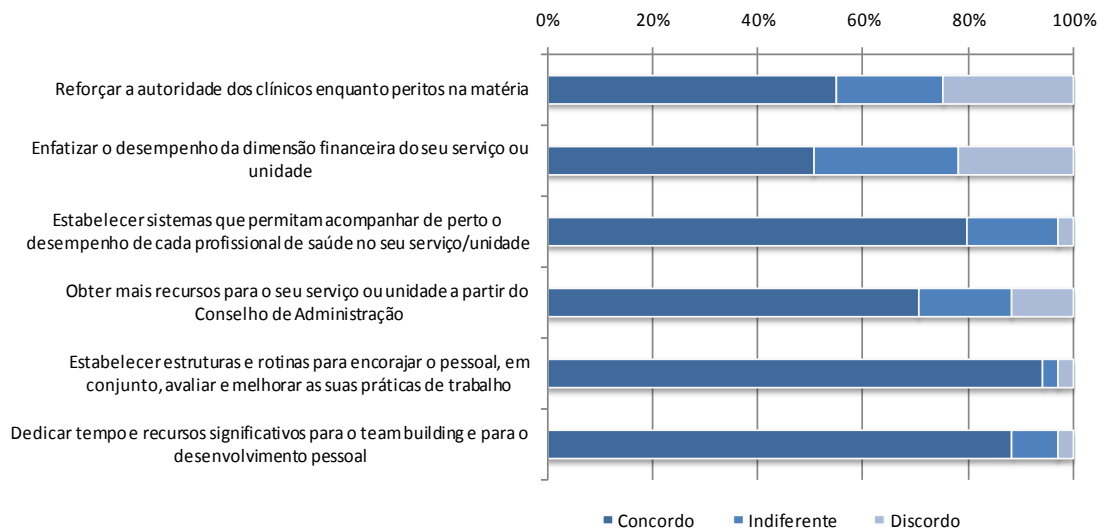


Figura 48 - Opinião dos clínicos sobre as estratégias aplicadas à gestão de Unidades de Saúde



8.11. Avaliação organizacional

Na primeira parte desta questão, foram excluídas da análise todas as respostas cuja soma não perfazia os 100 pontos em cada uma das dimensões. Relembra-se que para cada uma destas dimensões, os profissionais explicitavam a avaliação das características organizacionais do Hospital, através da distribuição de um total de 100 pontos entre as quatro alternativas apresentadas, tendo em conta a sua experiência de trabalho no mesmo, sendo o valor “100 = totalmente descritiva” e “0 = nada descritivo”.

Na dimensão referente aos Estilos de Gestão foram obtidos os resultados apresentados no Quadro 14.

Quadro 14 - Caracterização da dimensão dos Estilos de Gestão

Dimensão: Estilos de Gestão	Amostra	N	Pontuação		teste t	
			Média	s.d.	t	p
Estilo Gestão 1	Gestores	105	24,48	14,983	2,068	0,04
	Clínicos	60	18,92	19,158		
Estilo Gestão 2	Gestores	105	27,57	13,249	1,676	0,096
	Clínicos	60	23,75	15,449		
Estilo Gestão 3	Gestores	105	21,95	16,386	0,77	0,939
	Clínicos	60	21,75	15,860		
Estilo Gestão 4	Gestores	105	26,00	16,632	-2,822	0,006
	Clínicos	60	35,58	23,108		

Da análise dos resultados da dimensão referente aos Estilos de Gestão, apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), através da aplicação do teste t, entre as respostas de gestores e de clínicos nas seguintes afirmações:

- “os gestores tratam os outros profissionais como seus pares e incluem-nos nos processos de tomada de decisão” ($p = 0,04$), onde se verificou que a média dos gestores ($24,48 \pm 14,983$) é significativamente maior do que a dos clínicos ($18,92 \pm 19,158$);
- “os gestores asseguram que os funcionários cumprem as regras do Hospital” ($p = 0,006$) tendo sido a média obtida nas respostas dos clínicos ($35,58 \pm 23,108$) significativamente superior à dos gestores ($26,00 \pm 16,632$).

Os resultados obtidos para a dimensão de Direcção e Coordenação são os apresentados no Quadro 15.

Quadro 15 - Caracterização da dimensão de Direcção e Coordenação

Dimensão: Direcção e Coordenação	Amostra	N	Pontuação		teste t	
			Média	s.d.	t	p
Direcção e Coordenação 1	Gestores	106	22,01	17,623	0,909	0,365
	Clínicos	63	19,60	14,819		
Direcção e Coordenação 2	Gestores	106	27,31	16,679	2,137	0,034
	Clínicos	63	21,83	15,168		
Direcção e Coordenação 3	Gestores	106	21,99	12,551	1,353	1,78
	Clínicos	63	19,21	13,566		
Direcção e Coordenação 4	Gestores	106	28,69	21,026	-2,78	0,006
	Clínicos	63	39,37	25,817		

Quanto aos resultados da dimensão de Direcção e Coordenação encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre as respostas de gestores e de clínicos, através da aplicação do teste t, em duas das quatro afirmações:

- “as metas e objectivos do seu Hospital são comunicadas claramente aos profissionais e permitem-lhes algum grau de liberdade na forma como decidem fazer o seu trabalho” ($p=0,034$) tendo sido a média obtida nas respostas dos gestores ($27,31 \pm 16,679$) significativamente maior do que a dos clínicos ($21,83 \pm 15,168$) e na afirmação,
- “a maioria dos funcionários, incluindo gestores, tem pouca escolha sobre o que fazer ou como fazer o seu trabalho” ($p=0,006$) tendo-se verificado que a média da amostra dos clínicos ($39,37 \pm 25,817$) foi significativamente maior do que a dos gestores ($28,69 \pm 21,026$).

Na dimensão referente à Relação com o Hospital foram obtidos os resultados apresentados no Quadro 16.

Quadro 16 - Caracterização da dimensão da Relação com o Hospital

Dimensão: Relação com o Hospital	Amostra	N	Pontuação		teste t	
			Média	s.d.	t	p
Relação com o Hospital 1	Gestores	105	22,43	11,247	-0,565	0,573
	Clínicos	63	23,57	14,795		
Relação com o Hospital 2	Gestores	105	22,39	10,880	2,01	0,046
	Clínicos	63	18,89	11,015		
Relação com o Hospital 3	Gestores	105	30,18	12,709	0,862	0,39
	Clínicos	63	28,33	14,591		
Relação com o Hospital 4	Gestores	105	25,00	16,856	-1,453	0,148
	Clínicos	63	29,21	20,185		

Da análise efectuada aos resultados desta dimensão apenas a afirmação “as pessoas valorizam o entendimento pessoal mas a competitividade é encorajada de forma a melhorar o desempenho” apresenta diferenças estatisticamente significativas ($p=0,046$), através da aplicação do teste t, quando comparadas as pontuações atribuídas

por gestores e por clínicos, onde a média das pontuações atribuídas por gestores ($22,39 \pm 10,880$) é significativamente maior do que a dos clínicos ($18,89 \pm 11,015$).

Quando comparados os resultados das restantes afirmações desta dimensão, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas.

No Quadro 17 são apresentados os resultados da dimensão referente à forma como os profissionais relatam e lidam com o conflito.

Quadro 17 - Caracterização da dimensão Conflito

Dimensão: Conflito	Amostra	N	Pontuação		teste t	
			Média	s.d.	t	p
Conflito 1	Gestores	105	31,90	15,354	2,323	0,21
	Clínicos	60	26,42	13,151		
Conflito 2	Gestores	105	22,53	11,792	-1,268	0,207
	Clínicos	60	25,17	14,496		
Conflito 3	Gestores	105	25,66	11,753	-1,999	0,047
	Clínicos	60	29,75	14,095		
Conflito 4	Gestores	105	19,90	13,745	0,564	0,574
	Clínicos	60	18,67	13,272		

Da comparação das pontuações atribuídas por gestores e por clínicos a cada uma das quatro características apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas, através da aplicação do teste t, na seguinte afirmação: “é expectável que as pessoas apoiem o seu superior e os colegas do seu próprio grupo de trabalho quando surgem conflitos” ($p=0,047$), sendo a média dos clínicos ($29,75 \pm 14,095$) significativamente maior do que a dos gestores ($25,66 \pm 11,753$).

Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações das restantes afirmações desta dimensão.

Na dimensão referente ao Sistema de Incentivos foram obtidos os resultados apresentados no Quadro 18.

Quadro 18 - Caracterização da dimensão do Sistema de Incentivos

Dimensão: Sistema de Incentivo	Amostra	N	Pontuação		teste t	
			Média	s.d.	t	p
Sistema de Incentivo 1	Gestores	101	28,17	15,325	1,174	0,242
	Clinicos	64	25,08	18,137		
Sistema de Incentivo 2	Gestores	101	23,22	12,381	2,863	0,005
	Clinicos	64	17,58	12,247		
Sistema de Incentivo 3	Gestores	101	28,07	16,911	1,739	0,084
	Clinicos	64	23,52	15,525		
Sistema de Incentivo 4	Gestores	101	20,54	21,446	-2,883	0,005
	Clinicos	64	33,83	32,669		

Da análise das pontuações atribuídas por clínicos e gestores às afirmações da dimensão do Sistema de Incentivos encontraram-se diferenças estatisticamente significativas em duas das quatro afirmações: “recompensar os profissionais quanto à sua realização individual e iniciativa”(p=0,005), sendo a médias das pontuações atribuídas pelo grupo dos gestores (23,22 ± 12,381) significativamente maior do que as atribuídas pelos clínicos (17,58 ± 12,247) e na afirmação “recompensar as pessoas que detêm cargos importantes” (p=0,005), sendo a médias das pontuações atribuídas pelos clínicos (33,83 ± 32,669) significativamente maior do que as atribuídas pelos gestores (20,54 ± 21,446).

Na segunda parte da questão relativa à avaliação organizacional que reporta à percepção que os gestores e os clínicos têm sobre as metas do seu hospital, foram excluídas da análise todas as respostas onde não se verificou ordenação dos factores, ou seja, onde foi utilizado o mesmo número mais do que uma vez.

Da análise dos resultados quanto à percepção da execução das várias metas apresentadas, verifica-se que os gestores (23,8%) apontaram “a viabilidade financeira” como a meta, que está a ser mais bem conseguida, seguida da “igualdade de acesso para todos os doentes da comunidade” (21,8%), em terceiro lugar colocaram a “qualidade do

atendimento” (20,8%); a ocupar a quarta posição (7,9%) ficaram três das oito metas apresentadas no questionário: “o bem-estar dos profissionais”, “a estabilidade organizacional” e a “melhoria da produtividade”, segue-se “a reputação do ensino e da investigação” (5,9%) em quinto lugar e por fim, a “reputação para a inovação e liderança do Serviço” (4,0%) como sendo a meta menos bem conseguida no Hospital.

Os clínicos, por sua vez, também consideraram “a viabilidade financeira” como a meta que está a ser mais bem conseguida (22,1%), seguida da “qualidade do atendimento” (20,6%) e da “estabilidade organizacional” (16,2%), em último lugar deixaram “o bem-estar dos profissionais” (4,4%) e “a reputação do ensino e da investigação” (4,4%) como sendo as metas menos bem conseguidas no Hospital.

Figura 49 - Comparação do ranking obtido entre gestores e clínicos para o maior grau de importância

Rank	Percepção dos gestores sobre as metas do Hospital	1 - Mais importante		Percepção dos clínicos sobre as metas do Hospital	Rank
		N	N		
1.º	Viabilidade financeira	24	↔	Viabilidade financeira	1.º
2.º	Igualdade de acesso para todos os doentes da comunidade	22	↗	A qualidade do atendimento	2.º
3.º	A qualidade do atendimento	21	↖	A estabilidade organizacional	3.º
4.º	O bem-estar dos profissionais	8	↘	Igualdade de acesso para todos os doentes da comunidade	4.º
5.º	A estabilidade organizacional	8	↙	Melhoria da produtividade	5.º
6.º	Melhoria da produtividade	8	↗	Reputação para a inovação e liderança do Serviço	6.º
7.º	A reputação do ensino e da investigação	6	↖	O bem-estar dos profissionais	7.º
8.º	Reputação para a inovação e liderança do Serviço	4	↘	A reputação do ensino e da investigação	8.º

Figura 50 - Comparação do ranking obtido entre gestores e clínicos para o menor grau de importância

Rank	Percepção dos gestores sobre as metas do Hospital	8 - Menos importante N		8 - Menos importante N	Percepção dos clínicos sobre as metas do Hospital	Rank
1.º	A reputação do ensino e da investigação	38	↔	32	O bem-estar dos profissionais	1.º
2.º	O bem-estar dos profissionais	33	↔	11	A reputação do ensino e da investigação	2.º
3.º	Reputação para a inovação e liderança do Serviço	17	↔	9	Viabilidade financeira	3.º
4.º	Igualdade de acesso para todos os doentes da comunidade	5	↔	8	Reputação para a inovação e liderança do Serviço	4.º
5.º	A estabilidade organizacional	3	↔	4	Igualdade de acesso para todos os doentes da comunidade	5.º
6.º	Melhoria da produtividade	3	↔	2	Melhoria da produtividade	6.º
7.º	Viabilidade financeira	2	↔	1	A estabilidade organizacional	7.º
8.º	A qualidade do atendimento	1	↔	0	A qualidade do atendimento	8.º

Da comparação das percepções dos dois grupos, gestores e clínicos, verifica-se que, de uma forma genérica, gestores e clínicos tendem a classificar com um grau de importância semelhante cada uma das metas que consideram estarem a ser mais ou menos bem conseguidas (Figura 51 e Figura 52).

Figura 51 - Percepção dos gestores sobre as metas do seu Hospital

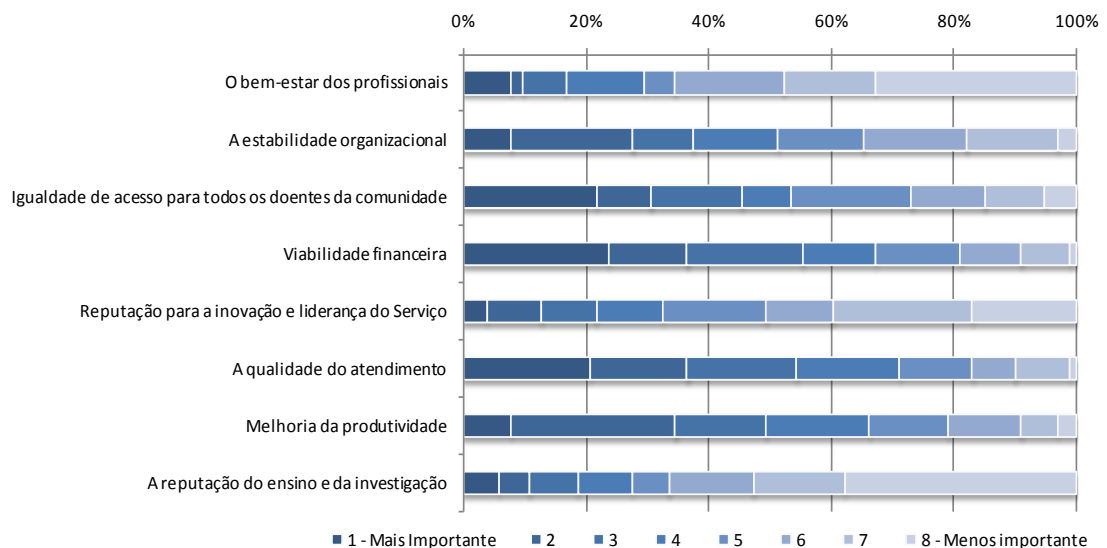
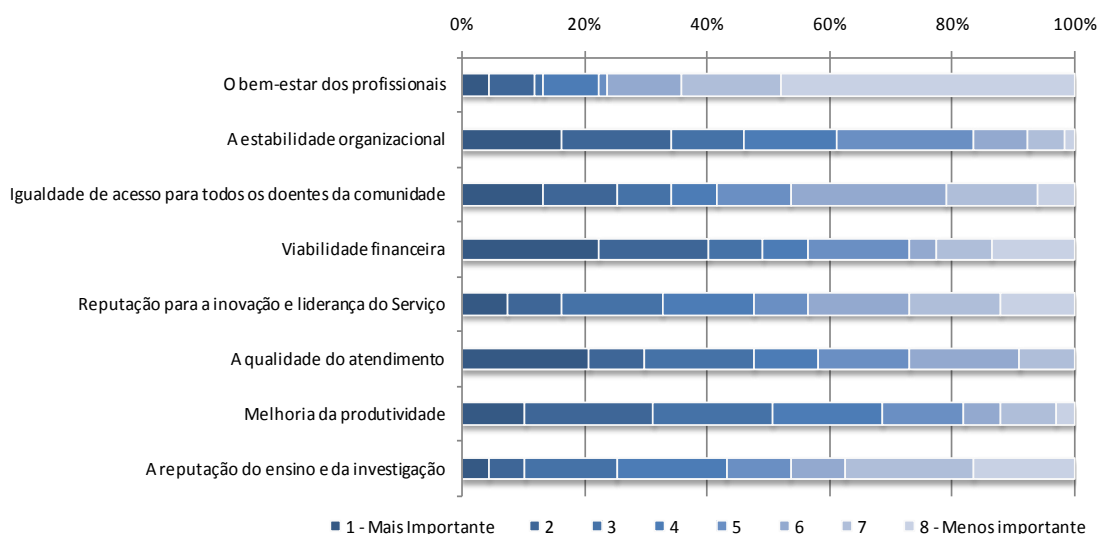


Figura 52 - Percepção dos clínicos sobre as metas do seu Hospital



Encontram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), quando aplicado o teste de *Mann-Whitney*, entre gestores e clínicos quando valorizam “a estabilidade organizacional” ($p = 0,044$), sendo que os clínicos tendem a atribuir graus de importância relativa mais altos do que os gestores face à forma como percebem que esta meta esteja a ser bem conseguida no hospital.

Também se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), quando aplicado o teste de *Mann-Whitney*, entre gestores e clínicos, na valorização que fazem da “reputação do ensino e da investigação” ($p = 0,011$), podendo afirmar-se que os gestores (37,6%) desvalorizam muito mais esta meta dos que os clínicos (16,4%).

Na terceira parte referente à avaliação organizacional, pretende-se conhecer o sentimento geral que os profissionais de saúde, em concreto dos gestores e dos clínicos, têm sobre o seu Hospital.

Da análise dos resultados, verifica-se que os gestores e os clínicos têm percepções semelhantes quanto ao sentimento geral sobre o Hospital onde exercem funções, ou seja,

tendem a apresentar graus de concordância e de discordância semelhantes (Figura 53 e Figura 54). Verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$), através da aplicação do teste *Mann-Whitney*, nas seguintes afirmações:

- “a minha dedicação a este Hospital está directamente relacionada com a forma como sou recompensado” ($p = 0,022$), onde o grau de concordância dos gestores (11,0%) é significativamente inferior ao dos clínicos (28,6%);
- “tenho orgulho em dizer aos outros que faço parte deste Hospital” ($p = 0,003$), podendo afirmar-se que o grau de concordância dos gestores (80,6%) é significativamente maior do que o dos clínicos (58,6%);
- “sinto uma sensação de «propriedade» para com este Hospital em vez de ser apenas um trabalhador” ($p = 0,003$), verificando-se que o grau de concordância dos gestores (62,6%) é significativamente maior do que o dos clínicos (38,6%);

Da comparação das respostas, entre gestores e clínicos, nas restantes afirmações relativas ao sentimento geral sobre o Hospital onde trabalham, não se verificam diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Figura 53 - Avaliação do sentimento geral dos gestores sobre o seu hospital

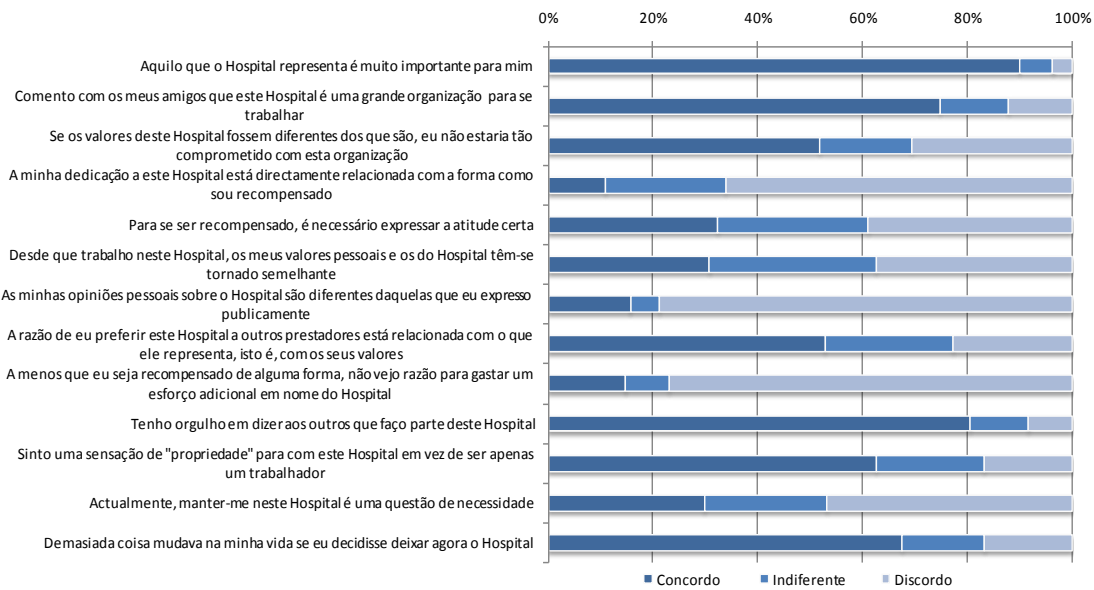
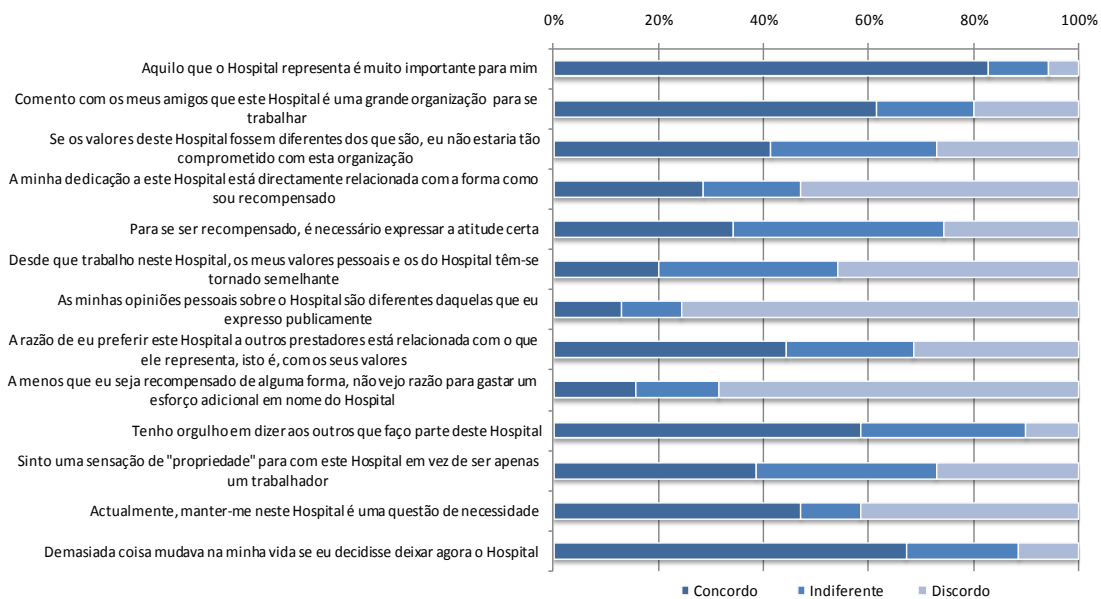


Figura 54 - Avaliação do sentimento geral dos clínicos sobre o seu hospital



Os pontos que se seguem (8.12.; 8.13.; 8.14. e 8.15.) respeitam às questões abertas, tendo sido efectuada uma análise de conteúdo que passou pela leitura dos comentários e pela sua categorização de acordo com os aspectos referidos mais

frequentemente, quer de forma autónoma dentro de cada amostra, quer comuns a ambas as amostras.

Atendendo às significativas taxas de resposta obtidas para cada uma destas questões e face aos trabalhos desenvolvidos e limitações que foram surgindo, não nos foi possível desenvolver uma análise mais detalhada aos comentários, a qual passaria pela utilização de programas informáticos específicos para a análise de conteúdo e de variáveis qualitativas como sejam o MAXqda.⁶⁵ Sugerindo-se esta análise em investigações futuras.

Apesar de se estarem a analisar respostas de profissionais de saúde com cargos diferentes e de três hospitais diferentes em dimensão, classificação e organização interna, verificam-se respostas comuns, pelo que apresentamos, de forma resumida, as principais respostas dadas em comum. Os comentários deixados nestas questões podem ser observados na íntegra no Anexo 5.

Apresentaremos, ainda, as taxas de resposta obtidas para cada uma das questões.

8.12. Mudanças para a melhoria do desempenho

Quanto a esta questão, optámos por trabalhar em conjunto as respostas às duas alíneas, do desempenho clínico e da experiência no trabalho, pelo facto de se ter observado a referência a aspectos comuns em ambas, como sejam os incentivos à produtividade/prémios de desempenho; a necessidade de formação/actualização de conhecimentos dos profissionais de saúde ou a envolvência dos profissionais na definição

⁶⁵ O MAXqda é um programa informático específico para análise de conteúdo assistida por computador.

de objectivos, na escolha de estratégias e na tomada de decisão, entre outros, conforme apresentado no Quadro 19 e no Quadro 20.

8.12.1. O seu desempenho clínico

Relativamente a esta questão, obteve-se uma taxa de resposta de 60,5% na amostra total, de 64,3% na amostra dos gestores e 54,8% na amostra dos clínicos.

8.12.2. A sua experiência de trabalho

A taxa simples de resposta a esta questão foi de 41,6% na amostra total; de 41,1% na amostra dos gestores e de 42,5% na amostra dos clínicos.

Quadro 19 - Comentários referentes à questão “o que mudaria?” (1)

Comentários referentes ao que mudaria, no desempenho clínico e tendo em conta a experiência no trabalho			
Gestores	N	Clínicos	N
Implementação do Processo Clínico Electrónico / Melhorias dos sistemas de informação	9	Facilitar o acesso a novas tecnologias	3
Equipas multidisciplinares / Trabalho em equipa	7	Menos sobrecarga de trabalho	2
Exclusividade e Separação da prestação no sector público e no sector privado	6	Adequação dos recursos com prioridade para as necessidades dos doentes	2
Responsabilização / Prestação de contas	6	Reduzir trabalho "não médico" para que se possam dedicar ao trabalho efectivo de acordo com a profissão que exercem	2
Remuneração por objectivos	3		

Quadro 20 - Comentários referentes à questão “o que mudaria?” (2)

Comentários referentes ao que mudaria, no desempenho clínico e tendo em conta a experiência no trabalho		
Aspectos comuns referidos por gestores e por clínicos	Gestores N	Clínicos N
Incentivos à produtividade / Prémios de desempenho associados: a) à produtividade; b) ao mérito; c) ao cumprimento de objectivos	21	11
Formação / Actualização de conhecimentos / Realização de estágios em áreas específicas	10	19
Envolver os profissionais na definição dos objectivos, na escolha de estratégias de actuação e/ou envolvência na tomada de decisão	7	7
Melhorias organizacionais e/ou gestionárias	8	8
Implementação de protocolos de actuação / NOC	9	3
Necessidade de mais recursos materiais e humanos e/ou melhor adequação dos recursos	5	6
Avaliação colectiva (entre pares) dos resultados clínicos	4	7
Adequação entre o factor tempo e as actividades a realizar	3	7
Proporcionar estabilidade aos profissionais	3	4
Incentivos à investigação	2	3

8.13. Papel dos Cuidados de Saúde Primários

Das respostas obtidas, relativamente à importância do papel dos Cuidados de Saúde Primários nas mudanças tendentes à melhoria do desempenho de saúde ao nível da sua economia/comunidade local, verificou-se a seguinte distribuição:

Quadro 21 - Caracterização da distribuição do papel dos Cuidados de Saúde Primários

Cuidados de Saúde Primários		Concordo plenamente	Concordo	Concordo ligeiramente	Nenhum papel	Não sabe
Gestores	N	56	50	3	0	0
	%	51,4%	45,9%	2,8%	0,0%	0,0%
Clínicos	N	30	28	4	1	3
	%	45,5%	42,4%	6,1%	1,5%	4,5%

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas quando comparadas as respostas de gestores e clínicos, através da aplicação do teste *Mann-Whitney*.

Quanto aos comentários, de carácter geral, relativos ao papel dos Cuidados de Saúde Primários obteve-se uma taxa de resposta de 58,4% referente à globalidade da amostra, de 60,7% na amostra dos gestores e 54,8% na amostra dos clínicos.

8.13.1. Factores Facilitadores

Quanto aos comentários relativos aos factores facilitadores inerentes aos Cuidados de Saúde Primários obteve-se uma taxa de resposta de 50,8% na amostra global, 51,8% na amostra dos gestores e de 49,3% na amostra dos clínicos.

Uma vez que se verificou a referência a vários aspectos quer nos comentários de carácter geral, quer aos factores facilitadores dos CSP, optou-se por apresentá-los em conjunto (Quadro 22).

Quadro 22 - Comentários ao papel dos CSP

Comentários referentes aos Cuidados de Saúde Primários	Carácter geral		Factores Facilitadores		Total
	Gestores N	Clínicos N	Gestores N	Clínicos N	
Melhor articulação entre os Cuidados de Saúde Primários / Hospitais / Cuidados Continuados	11	11	4	1	27
Proximidade entre os CSP e os cidadãos	3	2	11	14	30
Os CSP devem promover a saúde e prevenir a doenças e/ou educação para a saúde	16	9	1	2	28
Necessidade de existência de sistemas de informação comuns aos vários tipos de cuidados	9	2	5	0	16
Os CSP devem oferecer maior facilidade de acesso	4	2	3	0	9
Os CSP devem ser a porta de entrada preferencial e/ou exclusiva no Sistema de Saúde	4	3	1	0	8

8.13.2. Factores Prejudiciais

Quanto aos comentários relativos aos factores prejudiciais inerentes aos Cuidados de Saúde Primários salienta-se que a taxa de resposta foi de 54,1% na amostra global, 53,6% na amostra dos gestores e de 54,8% na amostra dos clínicos. Os factores prejudiciais referidos de forma comum por gestores e por clínicos são apresentados de forma resumida no Quadro 23.

Quadro 23 - Factores prejudiciais nos CSP

Comentários referentes aos Cuidados de Saúde Primários	Factores prejudiciais		Total
	Gestores N	Clínicos N	
Falta de recursos humanos (no geral, seguido de médicos e enfermeiros)	9	14	23
Difícil comunicação entre profissionais dos CSP e dos Hospitais	3	4	7
Difícil articulação entre os CSP e dos Hospitais	4	3	7
Poucos recursos financeiros	5	2	7
Pouca visibilidade pública / descrédito nos CSP	3	3	6
Falta de recursos materiais	3	3	6

8.14. Economia/Comunidade local de saúde

Após a leitura efectuada aos comentários deixados nesta questão, optou-se por não efectuar qualquer resumo por se ter verificado uma enorme diversidade de assuntos abordados, não nos sendo possível efectuar uma análise de conteúdo sem o recurso a aplicações informáticas existentes para o efeito.

Em todo o caso, serão apresentadas em seguida, as taxas de resposta a cada uma das alíneas desta questão: Hospitais, Cuidados de Saúde Primários e Serviços Sociais. Os comentários poderão ser observados na íntegra no Anexo 5.

8.14.1. Hospitais

A taxa de resposta a esta questão foi de 48,1% para a totalidade da amostra, de 50,0% para a amostra dos gestores e de 45,2% para a amostra dos clínicos. Os comentários são apresentados na íntegra no Anexo 5.

8.14.2. Cuidados de Saúde Primários

Nesta questão obteve-se uma taxa de resposta de 40,0% quando considerada a amostra na sua totalidade e uma taxa de resposta de 40,2% na amostra dos gestores e de 39,7% na amostra dos clínicos. Os comentários são apresentados na íntegra no Anexo 5.

8.14.3. Serviços Sociais

A taxa de resposta a esta questão foi de 40,5% para a totalidade da amostra, de 39,3% para a amostra dos gestores e de 42,5% para a amostra dos clínicos. Os comentários são apresentados na íntegra no Anexo 5.

8.15. Comentários ao questionário

No final, o questionário contemplava um espaço para que pudessem deixar algum comentário julgado pertinente relativamente ao seu preenchimento.

Obteve-se uma taxa de resposta de 9,7% quando considerada a amostra na sua totalidade e uma taxa de resposta de 8,0% na amostra dos gestores e de 12,3% na amostra dos clínicos. Os comentários são apresentados na íntegra no Anexo 5.

A maioria dos indivíduos (55,6%) que preencheu este espaço refere que o questionário é demasiado extenso e que se poderia obter idêntica informação com menor número de questões por considerarem haver afirmações redundantes.

O espaço foi, ainda, aproveitado para deixarem algumas “críticas” relativamente ao modo de funcionamento ou de organização de alguns aspectos particulares dos hospitais onde o estudo foi realizado.

9. CONCLUSÕES

9.1. Descrição da abordagem realizada

Para a análise dos dados foi utilizado maioritariamente o teste de Mann-Whitney, que é um teste não-paramétrico alternativo ao teste t-Student para comparar as médias de duas amostras independentes. O único pressuposto exigido para a aplicação do teste M-W é que as duas amostras sejam independentes e aleatórias, e que as variáveis em análise sejam numéricas ou ordinais, como era o caso neste estudo.

Por se tratar de duas amostras independentes, utilizou-se ainda o teste t na questão referente à Avaliação Organizacional (Parte 1), com o qual se pretende comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos e se desconhecem as respectivas variâncias.

Na maioria das questões verificou-se que tanto o grupo dos gestores como o grupo dos clínicos genericamente manifestaram padrões de concordância e de discordância ou de grau de importância semelhantes, ou seja, ambos os grupos concordavam ou discordavam dos mesmos aspectos dentro de cada uma das questões, ou tendiam a dar maior ou menor importância aos mesmos aspectos dentro de cada uma das questões assim valorizadas, embora por vezes com diferentes graus de concordância ou de importância, daí as diferenças estatisticamente significativas encontradas na comparação entre as respostas de ambos os grupos.

Os clínicos utilizaram com maior frequência o valor “indiferente” das várias escalas do que os gestores.

9.2. Dificuldades encontradas

O presente estudo, para além da análise estatística efectuada, obrigou à adaptação e validação cultural do instrumento de medição utilizado. Esta etapa ocupou mais tempo do que tinha sido inicialmente previsto no cronograma do projecto. O atraso obrigou a que o envio dos questionários para os profissionais ocorresse mais tarde e à consequente reformulação da metodologia de análise tendo em conta os prazos estipulados para a entrega deste trabalho de tese.

Por outro lado, apesar de um protocolo rigoroso relativamente à entrega dos questionários, verificou-se que em alguns hospitais, apesar da nossa insistência, não foram obtidas respostas suficientes nalguns grupos. A título de exemplo, e como se pode verificar na caracterização da amostra (8.1.) nomeadamente na análise do Quadro 6, quer no hospital B quer no hospital C o número de respostas obtidas de administradores/gestores foi bastante baixo (0 e 1, respectivamente).

Por último, e conforme mencionado nalguns comentários finais associados ao questionário, a extensão do questionário poderá ter condicionado o número de respostas obtidas.

9.3. Limitações do trabalho empírico

O presente trabalho baseou-se num estudo exploratório limitado a três hospitais portugueses (num universo de 186 hospitais),⁶⁶ onde foi aplicada uma metodologia essencialmente descritiva, não recorrendo a técnicas estatísticas mais elaboradas como a

⁶⁶ Fonte: INE-DGS/MS - Inquérito aos Hospitais, em Pordata, acessível em <http://www.pordata.pt/Portugal/Ambiente+de+Consulta?Microid=142>, consultado em 2011/09/05.

análise de componentes principais ou a análise discriminante, não sendo possível comparar os resultados com o estudo original que foi realizado em quatro países.

Quando se testou a hipótese de a percepção dos gestores ser diferente da dos clínicos verificou-se não ser possível rejeitar a hipótese nula. Isto significa que as percepções são basicamente as mesmas, ou semelhantes. Uma das explicações para este resultado pode dever-se ao enviesamento do grupo dos gestores, porque inclui administradores/gestores, médicos com funções de direcção e enfermeiros-chefes, sendo que os primeiros são em número significativamente menor (14,3%). Aliás como mencionado no ponto anterior, em alguns hospitais as respostas dos administradores/gestores foram bastante baixas.

Tendo em conta o protocolo que foi seguido que incluía administradores/gestores, médicos com funções de direcção e enfermeiros-chefes na amostra dos gestores, foi realizado um novo tratamento dos dados, apenas dentro desta amostra, idêntico ao tratamento de dados efectuado entre a amostra dos gestores e a dos clínicos, cujos resultados são apresentados no Anexo 6. Foi efectuada a comparação entre as respostas dos administradores com as dos médicos com funções de direcção, não se tendo encontrado mais diferenças significativas do que as encontradas na primeira análise efectuada, ou seja, quando comparadas as respostas entre a amostra dos gestores e a amostra dos clínicos.

Assumindo estes pressupostos e as limitações já mencionadas, estes resultados contrariam os resultados encontrados na revisão da literatura relativamente à coexistência de duas linhas de autoridade nas organizações hospitalares com perspectivas, sobre as mesmas dimensões, bastante diferentes.

Tendo em conta que os resultados apresentados específicos de cada amostra resultam de um estudo exploratório, em apenas três hospitais, estes não poderão ser generalizados nem considerados representativos dos restantes hospitais públicos portugueses.

Tal como mencionado anteriormente, as respostas associadas a comentários de algumas das perguntas foram sujeitas a uma análise de conteúdo simples, que passou pela leitura dos comentários e pela sua categorização de acordo com os aspectos referidos mais frequentemente, quer de forma autónoma dentro de cada amostra, quer comuns a ambas as amostras. Por limitação de tempo, não nos foi possível desenvolver uma análise mais detalhada aos comentários, a qual passaria pela utilização de programas informáticos específicos para a análise de conteúdo e de variáveis qualitativas sugerindo-se esta análise em investigações futuras.

9.4. Investigação futura

As dificuldades mencionadas e as limitações apresentadas nos pontos anteriores sugerem-nos alguns pontos que deverão ser considerados em análises futuras:

- Analisar as diferentes percepções entre clínicos e gestores dos diferentes hospitais, uma vez que têm organização interna distinta, através da comparação das avaliações por eles feitas aos vários itens apresentados como fazendo parte da reforma dos cuidados de saúde, em particular nos hospitais;
- Verificar qual o impacto das variáveis “idade” e “tempo na função” nos vários parâmetros considerados no questionário, no sentido de apurar se os profissionais mais jovens aceitam melhor as reformas dos que os mais velhos ou se por

ocuparem cargos de direcção/chefia há mais/menos tempo aceitam melhor/pior os programa de reforma do que os profissionais com funções ao nível operacional;

- Alargar o estudo a mais hospitais de modo a analisar as diferentes percepções de clínicos e gestores entre as várias regiões do país;
- Sendo o hospital uma estrutura fragmentada poderia verificar-se a percepção das diferentes categorias profissionais relativamente a uma eventual diferenciação intergrupala;
- Efectuar uma análise de conteúdo mais detalhada, com auxílio de uma ferramenta informática adequada, aos comentários deixados em cada uma das questões abertas.

9.5. Contributos desta investigação

Partimos para este trabalho conscientes de que iríamos encontrar diferenças significativas entre as percepções de gestores e clínicos face a vários aspectos relacionados com as recentes mudanças ocorridas nos hospitais públicos portugueses, nomeadamente a empresarialização, a introdução de novos instrumentos na sua gestão e organização, como sejam a adopção de boas práticas de governação, a adopção da governação clínica, cuja implementação efectiva impõe um conjunto de medidas orientadas para a eficiência, e ainda a possibilidade da existência de novos modelos de organização do trabalho clínico, que podem equilibrar as várias "responsabilidades", e promover a adopção de abordagens baseadas em evidência mais sistematizadas, eficientes e eficazes nos hospitais, entre outros aspectos encontrados na revisão da literatura, mas tal não se verificou.

Na amostra analisada neste trabalho, as percepções encontradas de gestores e de clínicos, de um modo geral, apresentaram uma tendência para serem muito próximas ou semelhantes.

Na actualidade, a gestão dos hospitais comporta vários desafios que podem afirmar-se na gestão de alguns equilíbrios difíceis, designadamente entre valores e princípios (explícitos) e equilíbrios de poderes (implícitos); entre os grupos de pressão e as limitações à racionalidade; entre os processos colectivos e as escolhas individuais.

No entanto, estamos convictos de que o grande desafio das organizações de saúde, nomeadamente os hospitais, é terem capacidade e competência para diariamente enfrentarem e se adaptarem a novas exigências, incorporar novos modelos de gestão, técnicas, instrumentos, atitudes e comportamentos necessários à mudança e à inovação.

10. BIBLIOGRAFIA

- AGUIAR, F.B. (2010), “Novos Modelos de Gestão Hospitalar”, in REGO, G. e NUNES, R., *Gestão da Saúde*. Lisboa, Prata & Rodrigues Publicações, Lda., 199-216.
- AFONSO, R.P.M. (2010), “Contratualização em Saúde: A negociação externa e interna. Relatório de Estágio. Coimbra, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- ANTUNES, M. (2001) *A Doença da Saúde: Serviço Nacional de Saúde, Ineficiência e Desperdício*. Lisboa, Quetzal.
- APDH (2006) *O Futuro da Saúde em Portugal*. Lisboa, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.
- ARAÚJO, J.F. (2004), “A Reforma da Gestão Pública: do mito à realidade”. Seminário Internacional Luso -Galaico “A Reforma da Administração Pública: apostas e casos de sucesso”. Braga. Consultado em 2011/05/25. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/3312>.
- AREOSA, J. e CARAPINHEIRO, G. (2008) Quando a imagem é profissão. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 57, 83-108.
- BACH, S., e I. KESSLER (2007), “Human resource management and the new public management”, in P. Boxall, J. Purcell e P. Wright (orgs.), *The Oxford Handbook of Human Resource Management*, Oxford, Oxford University Press, 469-488.
- BAGANHA, M.I. *et al* (2002) *O Sector da Saúde em Portugal – Funcionamento do sistema e caracterização socioprofissional*. Paperback. Oficina do CES. N.º 182. Coimbra, Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- BARROS, P.P. (1999) “As políticas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos”. 6.º Encontro Nacional de Economia da Saúde "As desigualdades perante a saúde". Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Consultado em 2011/05/25. Disponível em: <http://ppbarros.fe.unl.pt/My%20Shared%20Documents/apesian99.pdf>.
- BARROS, P.P. (2009) *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. Coimbra, Edições Almedina, SA.

- BARROS, P.P. (2010) “As Parecerias público-privadas na saúde em Portugal”, in SIMÕES, J.A. (coord.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – Um percurso comentado*. Coimbra, Edições Almedina, SA., 519-560.
- BARROS, P.P. (2011), “Transformar para Servir Melhor”, in FERNANDES, J.V., BARROS, P.P. e FERNANDES, A.C., *Três Olhares sobre o Futuro da Saúde em Portugal*. Cascais, Principia Editora, Lda., 7-10.
- BARROS, P.P. e GOMES, J.P. (2002) *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. GANEC – Gabinete de Análise Económica Faculdade de Economia, Lisboa, Universidade Nova de Lisboa.
- BARROS, P.P. e SIMÕES, J. (orgs.) (1999) *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*. Lisboa, Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- BRITO, M. (2009), “Responsabilidade, Liderança e Modelos de Organização dos Cuidados Hospitalares”, in CAMPOS, L., BORGES, M. e PORTUGAL, R. (eds.), *Governança dos Hospitais*. Alfragide, Casa das Letras, 119-126.
- CABRAL, M.V. e SILVA, P. A. (2009) *O Estado da Saúde em Portugal*. Lisboa, Imprensa de Ciência Sociais.
- CALDEIRA DA SILVA, J.M. (2007), “Prefácio” in REIS, V.P., *Gestão em Saúde: Um espaço de diferença*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Prefácio.
- CAMPOS, A.C. (1983) *O Custo de Um Valor Sem Preço*. Lisboa, Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
- CAMPOS, A.C. (1999) “Administração pública. Bloqueio e desenvolvimento”, in BARROS, P.P. e SIMÕES, J. (orgs.), *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*. Lisboa, Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 17-39.
- CAMPOS, A.C. (2008) *Reformas da Saúde: O Fio Condutor*. Coimbra, Edições Almedina, SA.
- CAMPOS, A.C. e BENTES, M. (2010), “Mercado imperfeito e relação de agência. Experiências inovadoras de gestão na Saúde”, in ESCOVAL, A. e VAZ, A. (eds.), *Financiamento e Classificação de Doentes: Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH)*. Lisboa, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 97-126.

- CAMPOS, A.P. (2005) O Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho – a transformação dos hospitais SA em entidades públicas empresariais (EPE). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2 (23), 113-115.
- CAMPOS, L. (2009) “O Conceito e a Necessidade de Governação”, in CAMPOS, L., BORGES, M. e PORTUGAL, R. (eds.), *Governação dos Hospitais*. Alfragide, Casa das Letras, 23-43.
- CAMPOS, L., BORGES, M. e PORTUGAL, R. (eds.) (2009) *Governação dos Hospitais*. Alfragide, Casa das Letras.
- CARAPETO, C. e FONSECA, F. (2005) *Administração Pública: modernização, qualidade e inovação*. Lisboa, Sílabo.
- CARAPINHEIRO, G. (1993) *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*, Porto, Afrontamento.
- CARNEIRO, A.V. (2003), “A Medicina Baseada na Evidência e a Promoção da Saúde – a evidência científica como suporte à decisão sobre medidas preventivas”. in Nunes, R., REGO, G. e NUNES, C., (Coord.), *Afectação de Recursos para a Saúde: Perspectivas para um Novo SNS*. Coimbra, Gráfica de Coimbra, 127-147.
- CARNEIRO, A.V. (2009), “Cuidados de Saúde Baseados na Evidência e nas Normas de Orientação Clínica”, in CAMPOS, L., BORGES, M. e PORTUGAL, R. (eds.), *Governação dos Hospitais*. Alfragide, Casa das Letras, 57-74.
- CARVALHO, M.J. (2008) *Gestão e Liderança na Saúde – uma abordagem estratégica*. Porto, Grupo Editorial Vida Económica.
- CASAS, M. e DELGADO, M. (2010), “A sustentabilidade dos sistemas de saúde: a importância do conhecimento e da avaliação”, in ESCOVAL, A. e VAZ, A. (eds.), *Financiamento e Classificação de Doentes: Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH)*. Lisboa, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 89-95.
- CLARKE, T. e PITELIS, C. (1993) *The Political Economy of Privatization*, London, Routledge.
- CHRISTENSEN, T. e LAEGREID, P. (2001) *New Public Management: The Transformation of Ideas and Practice*. Aldershot, Reino Unido, Asshgate.
- CHRISTENSEN, T. e LAEGREID, P. (eds.) 2003 *Transcending New Public Management: the transformation of public sector reform*. Hampshire, Ashgate Publishing.

- CONSELHO DE REFLEXÃO SOBRE A SAÚDE (CRES) (1998) *Reflexão Sobre a Saúde - Recomendações para uma Reforma Estrutural*, constituído de acordo com a RCM nº 13/96 de 24 de Janeiro, presidida por Daniel Serrão.
- COSTA, C. *et al* (2007) *Avaliação do Desempenho dos Hospitais Públicos (Internamento) em Portugal Continental – 2006*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.
- DAVID *et al* (2003) Improving the doctor-manager relationship. *BMJ*, 326, 652-655.
- DAVIES, H. e HARRISON, S. (2003) Trends in doctor-manager relationship. *British Medical Journal*. 326, 646-649.
- DEGELING, P.J. *et al* (2003) Medicine, management and modernization: a “danse macabre”? *British Medical Journal*. 326, 649-652.
- DEGELING, P.J. (2004) Making clinical governance work. *Bmj*, 329, 679-681.
- DEGELING, P.J. *et al* (2006) Clinicians and the governance of hospitals: A cross-cultural perspective on relations between profession and management. *Social Science & Medicine* 63. 757–775.
- DELGADO, M. (1999), “O presente e o futuro dos Hospitais Portugueses: Algumas notas para reflexão”, in BARROS, P.P. e SIMÕES, J. (orgs.), *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*. Lisboa, Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 167-178.
- DELGADO, M. (2008), “Serviço Nacional de Saúde: a miragem da sustentabilidade?”, in ESCOVAL, A. (coord.), *Financiamento: Inovação e Sustentabilidade*. Lisboa, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 262-274.
- DENHARDT, J. e DENHARDT, R. (2003) *The New Public Service: Serving, not Steering*. Armonk, M.E. Sharpe.
- DENHARDT, J.V. e CAMPBELL, K.B. (2006) The Role of Democratic Values in Transformational Leadership. *Administration & Society*, 38, 556-572.
- DWYER, A.J. (2010) Medical managers in contemporary healthcare organisations: a consideration of the literature. *Australian Health Review*. 34 (4), 514-522.
- DÜCKERS, M.L.A., *et al* (2009) Consensus on the leadership of hospital CEOs and its impact on the participation of physicians in improvement projects. *Health Policy*, 91, 306-313.

- DRUCKER, P.F. (1989) *The New Realities: In Government and Politics, in Economics and Business, in Society and World View*, New York, Harper & Row.
- DRUCKER, P.F. (1994) *As organizações sem fins lucrativos*. Lisboa, Difusão Cultural.
- EDMONSTONE, J. (2009) Clinical leadership: the elephant in the room. *The International Journal of Health Planning and Management*, 24, 290-305.
- EDWARDS, N. (2003) Doctors and managers: poor relationships may be damaging patients-what can be done? *Quality and Safety in Health Care*, 12, 21-24.
- EDWARDS, N. (2004) Model could work. *Bmj*, 329, 681-682.
- EDWARDS, N., *et al* (2003) Doctors and managers: a problem without a solution? *British Medical Journal*. 326, 609-610.
- EDWARDS, N., *et al* (2004) Configuring the hospital for the 21st century. World Health Organization.
- ECKKLOO, K. (2010) Recommendation CM/Rec(2010)6 of the Committee of Ministers to member states on good governance in health systems. *Eur J Health Law*, 17, 385-388.
- ECKKLOO, K., DELESIE, L. e VLEUGELS, A. (2007) Where is the pilot? The changing shapes of governance in the European hospital sector. *J R Soc Promot Health*, 127, 78-86.
- ECKKLOO, K. *et al* (2004) From corporate governance to hospital governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Health Policy*, 68, 1-15.
- ESCOVAL, A. e VAZ, A. (eds.) (2010) *Financiamento e Classificação de Doentes: Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH)*. Lisboa, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.
- ESCOVAL, A. e MATOS, T. (2009), "A Contratualização e Regulação nos Hospitais" in CAMPOS, L., BORGES, M. e PORTUGAL, R. (eds.), *Governança dos Hospitais*. Alfragide, Casa das Letras, 149-186.
- ESCOVAL, A. (coord.) (2008) *Financiamento: Inovação e Sustentabilidade*. Lisboa, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar.
- ESCOVAL, A. (2003) *Evolução da Administração Pública da Saúde: O Papel da Contratualização*. Tese para Obtenção do Grau de Doutor em Organização e

Gestão de Empresas. Lisboa, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE).

- FARIA, J. e MADEIRA, R.B., (2011), "Impacto da estrutura organizacional de dois hospitais públicos Portugueses na execução dos seus objectivos", *Perspectivas em Gestão e Conhecimento*, 1 (1), 106-124.
- FERNANDES, A.C. (2011), "Mudar o Presente para Garantir o Futuro" in FERNANDES, J.V., BARROS, P.P. e FERNANDES, A.C., *Três Olhares sobre o Futuro da Saúde em Portugal*. Cascais: Principia Editora, Lda., 83-98.
- FERNANDES, J.V. (2011), "Um Duplo Desafio: Organização e Modernidade" in FERNANDES, J.V., BARROS, P.P. e FERNANDES, A.C., *Três Olhares sobre o Futuro da Saúde em Portugal*. Cascais, Principia Editora, Lda., 15-49.
- FERNANDES, J.V., BARROS, P.P. e FERNANDES, A.C. (2011) *Três Olhares sobre o Futuro da Saúde em Portugal*. Cascais, Principia Editora, Lda.
- FERREIRA *et al* (2010), "A contratualização de cuidados de saúde", in SIMÕES, J.A. (coord.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – Um percurso comentado*. Coimbra, Edições Almedina, SA., 425-459.
- FERREIRA, A.S. (2004) Regulação em saúde e regulação das utilities: Que diferenças? *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 3 (1).
- FERREIRA, P. L. e RAPOSO, V. (2006), "A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação". *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 285-96.
- FERREIRA, P.L. (1998) A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. Documento de Trabalho 2. Coimbra, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- FERREIRA, P.L. e MARQUES, B. (1998), "Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos Gerais", Universidade de Coimbra. Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Faculdade de Economia.
- FREEMAN, R. (1998) Competition in context: the politics of health care reform in Europe. *International Journal for Quality in Health Care*, 5 (10), 395-401.

- FREEMAN, T. (2004) Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 335-343.
- GASPAR, R. (2008), “Inovação farmacêutica, equidade no acesso e sustentabilidade financeira”, in ESCOVAL, A. (coord.), *Financiamento: Inovação e Sustentabilidade*. Lisboa, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 374-386.
- GLOUBERMAN, S. e MINTZBERG, H. (2001) Managing the care of health and the cure of disease : Part I : differentiation. *Health Care Management Review*. 26 : 1, 56-69.
- GNAN, L., HINNA, A. e SCAROZZA, D., (2008) Public Organizations and Innovation Processes: The Role of Board of Directors. Opening and shaping the research agenda. Consultado em 2011/05/10. Disponível em:
http://www.woa.sistemacongressi.com/web/woa2009/papers/Gnan_Hinna_Scarozza.pdf
- GOLDING, S. J. Clinical governance in the UK: logical conclusion of cost-effectiveness or road to ruin? *Springer-Verlag. Eur. Radiol.* 10 (Suppl. 3), S411-S412.
- GOLDSTEIN, S. M. e WARD, P. T. (2004) Performance Effects of Physicians’ Involvement in Hospital Strategic Decisions. *Journal of Service Research*, 6, 361-372.
- GOMES, J.S. (2001) “Perspectivas da moderna gestão pública em Portugal”, in MOZZICAFREDDO, J. e GOMES, J. S. (org.), *Administração e Política – Perspectivas de Reforma da Administração Pública na Europa e nos Estados Unidos*, Oeiras, Celta Editora.
- GONÇALVES, L.F.M. (2008) *Análise da Eficiência dos Hospitais SA e SPA segundo uma Abordagem de Fronteira de Eficiência*. Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Gestão. Especialidade de Métodos Quantitativos de Gestão. Lisboa, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE).
- GRAÇA, L. (2005) Importância da gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 23 (1), 3-4.
- GOLDEN, B. (2006) Transforming Healthcare Organizations. *Healthcare Quarterly*, 10(special issue), 10-19.

- GRUENING, G. (2001), "Origin and theoretical basis of New Public Management", in *International Public Management Journal*, 4, 1-25.
- HAM, C. (2003) Improving the performance of health services: the role of clinical leadership. *The Lancet*, 361, 1978-1980.
- HARDING, A. e PREKER, A. S. (Eds.) (2003) *Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals*, Washington DC, World Bank.
- HARFOUCHE, A.P. (2008) *Hospitais Transformados em Empresas – Análise do Impacto na Eficiência: Estudo Comparativo*. Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- HARRIS, J.E. (1977) The internal organizational of hospitals: some economic implications. *Bell Journal of Economics*, 8, 467-482.
- HUNDERT, M. (2003) Issues in the Governance of Canadian Hospitals III: Financial Oversight. *Hospital Quarterly*, Spring, 63-66.
- JACOBS, P. (1974) A Survey of Economic Models of Hospitals. *Inquiry*, 11 (2), 83-97.
- KAISSI, A. (2005) Manager-physician relationships: an organizational theory perspective. *The Health Care Manager*. Lippincott Williams & Wilkins, Inc. 24 (2), 165-176.
- KHALEGHIAN, P. e GUPTA, M. (2005) Public Management and the Essential Public Health Functions. *World Development*, 33 (7), 1083-1099.
- KIRIGIA, J. e KIRIGIA, D. (2011) The essence of governance in health development. *International Archives of Medicine*, 4, 11.
- KLEIN, R. (1990) The state and the professions: The politics of the double bed. *British Medical Journal*, 301, 700–702.
- LARBI, G. (1999), The new public management approach and crisis states, *UNRISD, paper N.º112*. Consultado em 2011/05/25. Disponível em: www.pogar.org/publications/other/unrisd/dp112.pdf.
- LEAL DA COSTA, F. (2005) Efectividade e Eficiência: médicos, gestores, informação e bom senso. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. (Vol. Temático 5), 47-57.
- LECHNER, N. (1996) Reforma do Estado e Condução Política. *Lua Nova - Revista de Cultura e Política*, 37. Consultado em 2011/08/08. Disponível em:

<http://books.google.pt/books?id=ZM3SG0KnI7EC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=true>.

- LUDWIG, M., MERODE, F. e GROOT, W. (2009) Principal agent relationships and the efficiency of hospitals. *The European Journal of Health Economics*, 11, 291-304.
- MASCIE-TAYLOR, H. (2003) Doctors and managers. *Bmj*, 326, 656-656.
- MCKEE, M. e HEALEY, J. (2002) *Hospitals in a Changing Europe*. Open University Press.
- MANNION, R., DAVIES, H. e MARSHAL, M. (2003) *Cultures for performance in health care: evidence on the relationships between organisational culture and organisational performance in the NHS*. York, University of York.
- MANZINI, A. O. (1988) Organizational diagnosis: a practical approach to company problem solving and growth. New York, AMACOM.
- MEADOWS, K. *et al* (1997) Cross-cultural issues: an outline of the importante principles in establishing cross-cultural validity in health outcome assessement. *ERGHO*, 34-40.
- MENESES CORREIA, J.A. (1983) O Sistema de Gestão do Hospital: Contributo para uma visão sistémica, *Revista da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares*, 3, Ano I, Julho/Setembro, 3-9.
- MIGUEL, J. P. e COSTA, C. (1997) A reforma da saúde em Portugal: à procura da eficiência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2, Abril/Junho (15), 5-17.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999) O hospital português. Lisboa. Direcção Geral da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002) Saúde um compromisso: A estratégia para o virar do século (1998-2002), Lisboa. Direcção Geral da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007) Relatório Final para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa, Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2009) Serviço Nacional de Saúde: Relatório e Contas 2007. Lisboa, Administração Central do Sistema de Saúde. Unidade Orgânica de gestão Financeira.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010a) Cuidados de Saúde Hospitalares. Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Documento de Trabalho. Lisboa, Alto Comissariado da Saúde.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2010b) Relatório Final do Grupo de Trabalho Sobre o a Organização Interna do Hospital. Lisboa, Ministério da Saúde.
- MINTZBERG, H. (1999) *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa, D. Quixote.
- MINTZBERG, H. (1983) *Structure in fives: designing effective organizations*. Englewood Cliffs; London, Prentice-Hall.
- MINTZBERG, H. (1989) *Mintzberg on management: inside our strange world of organizations*, New York, Free Press.
- MONTEIRO, I.P. (1999) Hospital, uma organização de profissionais. *Análise Psicológica*, 2 (XVII), 317-325.
- MOZZICAFREDDO, J. e GOMES, J.S. (org.) (2001) *Administração e Política – Perspectivas de Reforma da Administração Pública na Europa e nos Estados Unidos*. Oeiras, Celta Editora.
- MOZZICAFREDDO, J., et al. (org.) (2007) *Interesse Público, Estado e Administração*. Lisboa, Celta Editora.
- NHS Modernization Agency (2004) *10 High Impact Changes for service improvement and delivery: a guide for NHS leaders*. London, Department of Health Publications.
- NUNES, R., (2003), “Perspectivas para um Novo SNS” in NUNES, R., REGO, G. e NUNES, C., (Coord.), *Afectação de Recursos para a Saúde: Perspectivas para um Novo SNS*. Coimbra, Gráfica de Coimbra, 21-39.
- NUNES, R. (2009) *Regulação da Saúde*. Porto, Vida Económica.
- NUNES, R. (2010), “Governação de Sistema de Saúde” in REGO, G. e NUNES, R., *Gestão da Saúde*. Lisboa, Prata & Rodrigues Publicações, Lda., 3-12
- NUNES, R. e REGO, G. (2002) *Prioridades na Saúde*. Lisboa, McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- NUNES, R., REGO, G. e NUNES, C., (Coord.) (2003) *Afectação de Recursos para a Saúde: Perspectivas para um Novo SNS*. Coimbra, Gráfica de Coimbra.
- OSBORNE, D. e GAEBLER, T. (1993) *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*. New York, Penguin Books.
- OSBORNE, D. e PLASTRIK, P. (1998) *Banishing bureaucracy: the five strategies for reinventing government*. New York, Penguin.

- OCDE (1992) *The Reform of Health Care Systems. – A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris, OCDE.
- OCDE (1995), *Governance in Transition – Public Management Reforms in OECD Countries*, Paris, OECD.
- OCDE (2003) *Public sector modernisation*. OECD Observer - Policy Brief.
- OLIVEIRA, M.D., MAGONE, J.M. e PEREIRA, J.A. (2005) Nondecision making and inertia in Portuguese health policy. *J Health Polit Policy Law*. Feb-Apr, 30 (1-2), 211-230.
- OPSS (2001) *Conhecer os caminhos da Saúde*. in OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (Ed.) *Relatório de Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS (2002) *O estado da Saúde e a saúde do Estado*. in OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (Ed.) *Relatório de Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS (2003) *Saúde que rupturas?* in OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (Ed.) *Relatório de Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS (2004) *Incertezas - Gestão da mudança na saúde*. in OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (Ed.) *Relatório de Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS (2005) *Novo serviço público saúde - novos desafios*. in OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (Ed.) *Relatório de Primavera*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS (2006) *Relatório de Primavera 2006 - Um ano de governação em Saúde: Sentidos e Significados*. in OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (Ed.) *Observatório da Saúde*. Coimbra, Mar da Palavra - Edições, Lda.
- OPSS (2007) *Relatório de Primavera 2007 - Luzes e sombras: a governação da saúde*. in OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (Ed.) *Observatório da Saúde*. Coimbra, Mar da Palavra - Edições, Lda.
- OPSS (2008) *Relatório de Primavera 2008 – Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas*. in OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. Coimbra, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (Ed.).

- OPSS (2009) Relatório de Primavera 2009 – 10 Anos de OPSS, 30 Anos de SNS: Razões para continuar. *in* OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. Coimbra, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (Ed.).
- PAULO, G.N. (2003) *Satisfação dos Profissionais de Saúde – Avaliação em dois Modelos de Gestão Hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- PESTANA, M.H., GAGEIRO, J.N., (2010) *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa, Sílabo.
- PITSCHAS, R. (2007), "Gestão do valor público. Um conceito de governação pública baseado no valor entre a economização e o bem comum.", *in* MOZZICAFREDDO, J., *et al.* (org.), *Interesse Público, Estado e Administração*. Lisboa, Celta Editora.
- POLLITT, C. (1990) *The new managerialism and the public services: the Anglo American experience*. Oxford, Basil Blackwell.
- RAPOSO, V. (2007) *Governação Hospitalar – Uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*. Dissertação de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas, Especialidade de Ciências dos Sistemas nas Organizações. Coimbra, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- REGO, G. (2008) *Gestão empresarial dos serviços públicos - Uma aplicação ao sector da saúde*. Porto, Vida Económica.
- REGO, G. e NUNES, R. (2010) *Gestão da Saúde*. Lisboa, Prata & Rodrigues Publicações, Lda.
- REGO, G., NUNES, R. e COSTA, J. (2009) The challenge of corporatisation: the experience of Portuguese public hospitals. *Eur J Health Econ*. Oct 24.
- REIS, A. e MACEDO, A. (2011) *A Saúde Não Tem Preço Mas Tem Custos*. Lisboa, Edições Sílabo.
- REIS, V.P. (1999) "O Sistema de Saúde Português: donde vimos, para onde vamos", *in* BARROS, P.P. e SIMÕES, J. (orgs.) (1999) *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*. Lisboa, Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 261-297.

- REIS, V.P., FALCÃO, E. (2003) Hospital Público Português: da crise à renovação? *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, Julho/Dezembro (21), 5-14.
- REIS, V.P. (2004) Gestão em Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 1, Janeiro/Junho (22), 7-17.
- REIS, V.P. (2007) *Gestão em Saúde: um espaço de diferença*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- RICE, J. (2003) *Hospital Boards: An International Journey for World Class Governance Effectiveness* Minneapolis: The International Health Summit.
- RIBEIRO, J. M. (2009) *Saúde – A Liberdade de Escolher*. Lisboa, Gradiva.
- ROCHA, J. A. O. (1991) *Princípios de gestão pública*. Lisboa, Editorial Presença.
- ROCHA, J. A. O. (2001) *Gestão pública e modernização administrativa*. Lisboa, INA.
- ROCHA, J.J. (1985) O hospital: estrutura, dinâmica de gestão, desenvolvimento organizacional: três propostas convergentes. Dissertação para concurso a um lugar de professor auxiliar da Cadeira de Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa, ENSP.
- ROSEIRA, M.B. (2008), “Financiamento: inovação e sustentabilidade”, in ESCOVAL, A. (coord.), *Financiamento: Inovação e Sustentabilidade*. Lisboa, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 314-320.
- ROSEIRA, M.B. (2010), “Prefácio” in SAKELLARIDES, C., *Novo Contrato Social da Saúde – Incluir as Pessoas*. Loures, Diário de Bordo, 9-15.
- ROSETE, M.L. E FERREIRA, P.L. (1994) Metodologia para a Validação Cultural de Instrumentos de Medição do Estado de Saúde, Coimbra, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- STOLEROFF, A. e CORREIA, T. (2008) A empresarialização do sector hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua re-regulação. CIES e-Working paper nº 47/2008. Consultado em 08/07/2011. Disponível em http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/719/1/CIES-WP47_Stoleroff-Correia_.pdf

- SALTMAN, R. B. e FIGUERAS, J. (Eds.) (1997) *European Health Care Reform - Analysis of Current Strategies*, Copenhaga, World Health Organization, Regional Office for Europe.
- SAKELLARIDES, C. (2000) “A questão da Governabilidade da Saúde”, in *Presidência da República - Problemas e propostas para o sistema de saúde*. Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda, 75-82.
- SAKELLARIDES, C. (2003) El valor de la salud e su "gobierno" en un mundo globalizado posmoderno: el encuentro de Bella Y la Bestia. *Humanitas, Humanidades Médicas*, 1(3), 91-100.
- SAKELLARIDES, C. (2009) “Gestão do Conhecimento, Inovação e Governação Clínica”, in CAMPOS, L., BORGES, M. e PORTUGAL, R. (eds.), *Governação dos Hospitais*. Alfragide, Casa das Letras, 107-118.
- SAKELLARIDES, C. (2010) *Novo Contrato Social da Saúde – Incluir as Pessoas*. Loures, Diário de Bordo.
- SAKELLARIDES, C., et al (2007) *O Futuro do Sistema de Saúde Português - “Saúde 2015”*. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- SERRÃO, D. (2011) “Saúde – A Coragem de Falar Claro” in FERNANDES, J.V., BARROS, P.P. e FERNANDES, A.C., *Três Olhares sobre o Futuro da Saúde em Portugal*. Cascais, Principia Editora, Lda., 7-10.
- SHAW, C., et al (2009) Do European hospitals have quality and safety governance systems and structures in place? *Quality and Safety in Health Care*, 18, i51-i56.
- SHAW, R.P. (2004). New Trends in Public Sector Management in Health Applications in Developed and Developing Countries. HNP Discussion paper. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Shaw-NewTrends.pdf>.
- SCHOLTEN, G. R. M. e VAN DER GRINTEN, T. E. D. (2005) The integration of medical specialists in hospitals. Dutch hospitals and medical specialists on the road to joint regulation. *Health Policy*, 72, 165–173.
- SILVA, A. S., et al (2006) *Livro Branco sobre a Corporate Governance em Portugal*. Lisboa, Instituto Português de Corporate Governance.

- SILVESTRE, H.M. e ARAÚJO, J.F. (2009) A Gestão por Resultados no Sector Público: o caso dos Hospitais EPE. Consultado em 25/05/2011, disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.5/515>.
- SIMÕES, J. e LOURENÇO, O. (1999) “As políticas públicas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos”, in BARROS, P.P. e SIMÕES, J. (orgs.), *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*. Lisboa, Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 99-134.
- SIMÕES, J. (2004) *Retrato Político da Saúde: dependência do percurso e inovação em saúde, da ideologia ao desempenho*. Coimbra, Edições Almedina, SA.
- SIMÕES, J. (coord.) (2010) *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – Um percurso comentado*. Coimbra, Edições Almedina, SA.
- SIMÕES, J. e BARROS, P. P. (2007), “Portugal: Retrato do Sistema de Saúde”, in European Observatory on Health Systems and Policies (Ed.), *Health Systems in Transition*.
- SIMÕES, J.A. (2004) As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. Temático 4,79-90.
- SMITH, J. (2001) Redesigning health care: radical redesign is a way to radically improve. *British Medical Journal*. 322, 1257-1258.
- SOM, C.V. (2004) Clinical Governance: a fresh look at this definition. *Clinical Governance: An International Journal*, 9, 87-90.
- STAREY, N. (2003) What is clinical governance?
- TEDIOSI, F., GABRIELE, S. e LONGO, F. (2009) Governing decentralization in health care under tough budget constraint: What can we learn from the Italian experience? *Health Policy*, 90, 303-312.
- TEIXEIRA, S. (2005) *Gestão das organizações*. Madrid, McGraw-Hill Espanha.
- THE NHS CONFEDERATION (2004). The development of integrated governance. *Debate*, May, Nº 3.
- RUNDALL, G.T. et al (2004) Doctor_Manager Relationships in the United States and the United Kingdom. *Journal of Healthcare Management*, 49:4 July/August, 251-268.
- THOMPSON, A. G. H. e FRANCE, E. F. (2010) One stop or full stop? The continuing challenges for researchers despite the new streamlined NHS research governance process. *BMC Health Services Research*, 10, 124.

- TOMÁS A. e MOREIRA P. K. (2010) Incentivos em saúde: em busca de um modelo para Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático: 9.
- TOTH, F. (2010) Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms. *Health Policy*, 95, 82-89.
- TRIBUNAL DE CONTAS (2006) Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais do SEE (2001-2004). *Actos do tribunal: Relatório de Auditoria nº 20/06 - Vol I*. Lisboa, Tribunal de Contas.
- TRIBUNAL DE CONTAS (2007) Acompanhamento da Situação Económico Financeira do SNS 2006. *Actos do tribunal: Relatório nº 01/07*. Lisboa, Tribunal de Contas.
- VARANDA, J. (2004), Hospitais – A longa margem da empresarialização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático: 4.
- VAZ, A.M. (2010) “Hospitais Públicos Portugueses”, in SIMÕES, J.A. (coord.), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde – Um percurso comentado*. Coimbra, Edições Almedina, SA., 297-353.
- VILAR, E.R. (2008) “Prefácio” in ESCOVAL, A. (coord.), *Financiamento: Inovação e Sustentabilidade*. Lisboa, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, 5-8.
- VLASTARAKOS, P. V. e NIKOLOPOULOS, T. P. (2007) The interdisciplinary model of hospital administration: do health professionals and managers look at it in the same way? *The European Journal of Public Health*, 18, 71-76.
- WALSHE, K. (2002) The rise of regulation in the NHS. *BMJ*. 324, 967–970.
- WEINER, B.J., *et al* (1997) Promoting Clinical Involvement in Hospital Quality Improvement Efforts: The Effects of Top Management, Board, and Physician Leadership. *Health Services Research*. 32:4. (October).
- WHO (2000) The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Geneva, World Health Organization.
- WORLD BANK (1997) *World Development Report – The State in a Changing World*, Vol. 1. New York, Oxford University Press.

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário:

Versão Gestores e Versão Clínicos

Questionário sobre Atitudes e Crenças dos Profissionais de Saúde

— Gestores Hospitalares —

Versão portuguesa:



CENTRO DE ESTUDOS E INVESTIGAÇÃO
EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Versão original:



Centre for Clinical
Management Development

O nosso objectivo com este questionário é obter a sua opinião sobre os actuais desenvolvimentos no sistema de saúde.

Envolver os clínicos mais directamente na gestão é uma questão importante nas políticas de saúde. No entanto, existem poucos estudos que observem o seu significado para as pessoas envolvidas. Por isso, procuramos a sua opinião sobre um amplo conjunto de factores, tais como: os problemas com que o sistema de saúde se depara e as estratégias apropriadas para enfrentá-los; os atributos que caracterizam diferentes grupos profissionais; o que valoriza no seu trabalho; como percebe a autonomia profissional e a responsabilização na prestação de contas; os factores que considera que afectam a prática clínica; a sua percepção sobre a forma como o seu Serviço e / ou Unidade deve ser gerido; por fim, a sua avaliação sobre os objectivos/metastas do Hospital e como estão a ser geridos.

Percebemos que a tarefa que agora lhe pedimos é exigente. Igualmente complexo é o processo para envolver os clínicos na gestão dependendo em larga medida das suas respostas e das suas experiências. Ao partilhar as suas opiniões sobre questões como as já mencionadas, vai-nos proporcionar uma melhor compreensão da forma como percebe e avalia as mudanças em curso na organização e na gestão dos serviços de saúde, bem como em que medida também estão a afectar os seus pares.

Alguns aspectos adicionais:

1. Garantimos que os profissionais que responderem a este questionário não serão identificados em qualquer relatório de resultados.
2. Poderá interpretar algumas das afirmações do questionário como controversas, mas estão incluídas no questionário para que possa expressar a sua opinião sobre elas.
3. Não existem respostas certas ou erradas para as perguntas do questionário. Estamos simplesmente interessados na sua opinião.

Obrigado por nos dispensar algum do seu precioso tempo.

Dados Pessoais

Gostaríamos de conhecer alguns dos seus dados pessoais. Esta informação será utilizada quando analisarmos as suas respostas no restante questionário.

Por favor, indique a resposta que melhor o descreve bem como à sua situação de trabalho, assinalando no quadrado próprio.

Género: Masculino
Feminino

Idade: 20-29
30-39
40-49
50-59
≥60

A Sua Situação Actual:

ESCOLHA APENAS UMA RESPOSTA

Administrador/Gestor
Médico com funções de Direcção
Enfermeiro Chefe
Gestor com profissão ligada à Medicina
Outra (p.f. especifique): _____

A Sua Experiência Profissional:

ESCOLHA APENAS UMA RESPOSTA

Administrador/Gestor
Médico
Enfermeiro
Profissão ligada à Medicina
Outra (p.f. especifique): _____

Em que tipo de Serviço exerce a sua actividade?

Especialidade Médica
Especialidade Cirúrgica
Serviço de Apoio Clínico
Outro Tipo de Serviço

Qual o Tipo de Hospital Onde Exerce a Sua Actividade?

- Hospital Central e Universitário
- Hospital Central
- Centro Hospitalar
- Outro Tipo (p.f. especifique): _____

Há Quanto Tempo Ocupa a Actual Função:

- Há menos de 1 ano
- 1-4 anos
- 5-9 anos
- 10-19 anos
- Há mais de 20 anos

Condições de Emprego:

- Remunerado a tempo inteiro
- Remunerado a tempo parcial
- Misto com Universidade
- Outra (p.f. especifique): _____

Percentagem de Tempo Gasto com:

- Cuidados Directos aos Doentes _____%
- Administração/Gestão _____%
- Ensino (Excluindo Ensino a Doentes) _____%
- Investigação _____%
- 100%**

Maior Qualificação Académica:

- Doutoramento
- Mestrado
- Pós-Graduação
- Licenciatura
- Bacharelato
- Diploma

Maior Qualificação em Gestão:

- Doutoramento
- Mestrado
- Licenciatura
- Curso de Pós-Graduação
- Certificado
- Curso de Formação Profissional
- Nenhum

Questões Relacionadas com Cuidados de Saúde

Existem duas partes nesta secção, por favor responda a ambas.
PARTE 1.

**Estamos interessados na sua opinião sobre algumas questões
que o sistema de saúde enfrenta.**

Nota: Por profissionais de saúde entende-se todos aqueles que estão envolvidos na assistência directa ao doente, por exemplo, médicos, enfermeiros e outras profissões ligadas à medicina.

Ordene de 1-6 as afirmações abaixo apresentadas de acordo com a importância relativa que lhe atribui.

Coloque “1” junto da questão que considera ser a **mais importante**. Coloque “2” junto da questão que considera ser a **segunda mais importante**, e assim por diante, até “6” para a questão que considera ser a **menos importante**.

Na ordenação das afirmações, não use mais do que uma vez o mesmo número.

Disponho por ordem de importância, as questões abaixo mencionadas relacionadas com a reforma dos cuidados de saúde, conforme se segue:	(Ordene)
• A crescente pressão sobre os profissionais de saúde para basear as suas decisões em critérios financeiros e não em critérios estritamente clínicos.	[]
• A falta de vontade dos profissionais de saúde em considerar as implicações dos custos nas suas práticas clínicas.	[]
• A dificuldade significativa na responsabilização / prestação de contas dos profissionais de saúde.	[]
• O aumento da erosão da autonomia clínica pela gestão.	[]
• A incapacidade dos actuais sistemas de informação para monitorizarem os resultados clínicos que derivam das tomadas de decisão clínica.	[]
• A incapacidade dos actuais sistemas de informação para monitorizarem as implicações nos custos que derivam das tomadas de decisão clínica.	[]

PARTE 2.

Estamos interessados na importância que dá a uma série de estratégias para abordar questões relacionadas com os recursos que confrontam actualmente o sector dos cuidados de saúde.

Para cada uma das estratégias abaixo listadas, indique a sua ideia de prioridade colocando um círculo à volta do número que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = Prioridade alta
- 2 = Prioridade média
- 3 = Prioridade baixa
- 4 = Não apropriada

Para resolver os problemas de recursos com que o sector da saúde se defronta, as autoridades de saúde devem:	
<ul style="list-style-type: none">• Aumentar o financiamento do Estado para os cuidados de saúde.	1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none">• Implementar metodologias de gestão da qualidade.	1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none">• Orientar e apoiar os doentes crónicos para auto-gerir os seus cuidados.	1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none">• Estimular o debate público sobre os limites a colocar nos recursos para a componente do sistema de saúde referente a cuidados a doentes agudos.	1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none">• Melhorar a capacidade dos sistemas de informação para monitorizar o trabalho clínico.	1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none">• Exigir aos colégios profissionais o desenvolvimento e implementação de “vias ou acessos” dedicados a determinados cuidados de saúde (<i>ex. via verde da sepsis</i>).	1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none">• Taxar as autoridades locais por doentes em camas hospitalares que estejam em lista de espera para lar de idosos e/ou Cuidados Continuados.	1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none">• Implementar estruturas e procedimentos em ambientes clínicos que reforcem a constituição de equipas orientadas para a oferta dos serviços.	1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none">• Financiar e gerir serviços com base na integração de cuidados (Cuidados de Saúde Primários/Cuidados Hospitalares/Cuidados Continuados).	1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none">• Redireccionar o fluxo de recursos dedicado aos cuidados de agudos para a prevenção primária e secundária.	1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none">• Estimular o debate público sobre os limites éticos das intervenções clínicas	1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none">• Desenvolver estratégias que permitam que mais doentes sejam tratados a nível dos Cuidados de Saúde Primários sem recorrer a internamento hospitalar.	1 2 3 4
<ul style="list-style-type: none">• Exigir aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que assumam mais responsabilidades a nível local no que diz respeito a utentes, orçamentos e gestão de pessoal.	1 2 3 4

Valores no Trabalho

Existem duas partes para esta questão. Por favor responda a ambas.
PARTE 1.

Estamos interessados nos aspectos que para si são importantes na escolha de um emprego.

Nos espaços fornecidos ordene de 1 a 9 os factores listados de acordo com a importância que lhes atribui na escolha de um emprego.

Ao completar a pergunta, imagine os factores que seriam importantes para si num trabalho ideal; ignorando a sua existência no seu trabalho actual.

Coloque o número "1" ao lado do factor que para si é o **mais importante**. Em seguida, coloque o número "2" ao lado do elemento que é o **segundo mais importante** e assim por diante, até "9", para o factor que para si é o **menos importante**.

Na ordenação dos factores, não usar mais do que uma vez o mesmo número.

Por ordem de importância, eu procuraria:	(Ordene)
• Um ambiente agradável.	[]
• Colegas de trabalho amigáveis e cooperantes.	[]
• Uma estrutura de carreira segura.	[]
• Uma boa relação de trabalho com um superior que me apoie.	[]
• Um trabalho que proporcione realização pessoal.	[]
• Liberdade para usar a minha abordagem pessoal.	[]
• Um bom nível de rendimento.	[]
• Menos exigência do meu tempo pessoal.	[]
• Uma oportunidade para desenvolvimento profissional.	[]

PARTE 2

Estamos interessados nas suas crenças sobre as relações sociais no seio das organizações, *em geral*

Indique em que medida “concorda” ou “discorda” com cada uma das afirmações abaixo, colocando um círculo na resposta que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = Concordo plenamente
- 2 = Concordo
- 3 = Indiferente
- 4 = Discordo
- 5 = Discordo plenamente

• Para evoluir no trabalho nunca deve discordar dos seus superiores.	1	2	3	4	5
• No seu trabalho, as acções que envolvam risco ou acaso devem ser evitadas.	1	2	3	4	5
• É melhor não quebrar as regras da organização, ainda que julgue ser no melhor interesse desta.	1	2	3	4	5
• O gestor mais eficaz é aquele que deixa claro quem manda.	1	2	3	4	5
• As pessoas em posições de poder podem ter direito a alguns privilégios.	1	2	3	4	5
• Quer no trabalho, quer no seio familiar todos devem mostrar respeito pelas figuras de autoridade.	1	2	3	4	5
• O trabalho e a vida privada nunca se devem misturar.	1	2	3	4	5

A Sua Percepção sobre a Governação Clínica

Existem duas partes para esta questão. Por favor responda a ambas.

PARTE 1.

Estamos interessados na sua opinião sobre os prováveis resultados clínicos de uma Governação Clínica *efectiva*.

Indique em que medida “concorda” ou “discorda” com cada uma das afirmações abaixo, colocando um círculo na resposta que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = Concordo plenamente
- 2 = Concordo
- 3 = Indiferente
- 4 = Discordo
- 5 = Discordo plenamente

A implementação efectiva da Governação Clínica permitirá:	1	2	3	4	5
• Reduzir queixas ou reclamações dos doentes.	1	2	3	4	5
• Aumentar a satisfação dos doentes.	1	2	3	4	5
• Aumentar a eficiência.	1	2	3	4	5
• Reduzir a utilização de tratamentos ineficazes.	1	2	3	4	5
• Melhorar os resultados clínicos.	1	2	3	4	5
• Reduzir a variabilidade não explicável na prática clínica.	1	2	3	4	5
• Reduzir incidentes críticos e eventos adversos.	1	2	3	4	5
• Reduzir as taxas de infecção hospitalar.	1	2	3	4	5

PARTE 2.

Estamos interessados na forma como avalia os efeitos organizacionais da Governação Clínica

Nota: Por profissionais de saúde entende-se todos aqueles que estão envolvidos na assistência directa ao doente, por exemplo, médicos, enfermeiros e outras profissões ligadas à medicina.

Indique em que medida “concorda” ou “discorda” com cada uma das afirmações abaixo, colocando um círculo na resposta que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = Concordo plenamente
- 2 = Concordo
- 3 = Indiferente
- 4 = Discordo
- 5 = Discordo plenamente

Eu vejo a Governação Clínica como:					
• Uma moda que vai passar com o tempo.	1	2	3	4	5
• Uma boa idéia cujo potencial não pode ser realizado porque os recursos necessários para a sua implementação não estão disponíveis.	1	2	3	4	5
• Um mecanismo para promover mais intromissões injustificadas por parte da gestão em áreas clínicas.	1	2	3	4	5
• A criação de estruturas através das quais equipas clínicas multidisciplinares (por exemplo, uma unidade de ortopedia) podem sistematizar, monitorizar e melhorar o atendimento a situações específicas (por exemplo, cirurgia de prótese da anca).	1	2	3	4	5
• A criação de estruturas (usando a disciplina externa e vigilância) que promoverão uma cultura da “culpa” em contextos clínicos.	1	2	3	4	5
• A criação de estruturas que permitirão aos profissionais de saúde trazer questões como qualidade e resultados nas suas negociações com as autoridades políticas de saúde.	1	2	3	4	5

Há algum comentário que gostaria de mencionar sobre Governação Clínica?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autonomia

Estamos interessados na sua percepção sobre em que medida certas expectativas podem afectar a autonomia dos profissionais de saúde.

Para cada uma das afirmações abaixo, indique qual o seu efeito sobre a autonomia dos profissionais, assinalando a resposta que mais se identifica com a sua opinião, utilizando a escala que se segue:

- 1 = Aumenta consideravelmente a sua autonomia
- 2 = Aumenta a sua autonomia
- 3 = Não tem efeito na sua autonomia
- 4 = Ameaça a sua autonomia
- 5 = Ameaça consideravelmente a sua autonomia

Uma expectativa de que os profissionais de saúde:					
• Participem de forma rotineira com os seus colegas de profissão em avaliações de seu trabalho clínico individual.	1	2	3	4	5
• Participem com todos os elementos da sua equipa clínica multidisciplinar no planeamento, avaliação e melhoria do desempenho colectivo da equipa.	1	2	3	4	5
• Tomem a seu cargo trabalho administrativo.	1	2	3	4	5
• Utilizem determinadas orientações especificados pelos Colégios da Especialidade ou por organismos profissionais no que diz respeito a situações clínicas específicas.	1	2	3	4	5
• Utilizem determinadas orientações desenvolvidos localmente em conjunto com os colegas de profissão.	1	2	3	4	5
• Considerem as implicações para os recursos, de exames ou tratamentos prescritos individualmente.	1	2	3	4	5
• Se envolvam na gestão do dia-a-dia da sua unidade clínica ou serviço.	1	2	3	4	5

Prática Clínica

Existem três partes nesta questão. Por favor responda às três.
PARTE 1.

Estamos interessados na sua opinião sobre os factores que podem produzir variabilidade na prática clínica.

Para cada um dos factores abaixo apresentados, indique a importância que lhes atribui enquanto explicação da variabilidade da prática clínica, assinalando a resposta que mais se aproxima da sua opinião, utilizando a escala que se segue:

- 1 = Um factor extremamente importante
- 2 = Um factor muito importante
- 3 = Um factor moderadamente importante
- 4 = Um factor ligeiramente importante
- 5 = Um factor nada importante

A variabilidade na prática clínica é causada por:	
<ul style="list-style-type: none">• Deficiências na formação/ensino de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.	1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none">• Indeterminação dos sinais clínicos e sintomas exibidos por muitos doentes.	1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none">• Incapacidade de Colégios da Especialidade ou organismos profissionais para desenvolver e divulgar vias e/ou estratégias de cuidados integrados.	1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none">• Deficiências para localmente efectuar a revisão, entre pares, das estruturas e dos processos.	1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none">• Incapacidade dos conhecimentos-base da minha profissão para abranger a complexidade das situações com as quais temos de lidar.	1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none">• Incapacidade individual dos profissionais de saúde para se manterem actualizados com os recentes avanços na sua área de trabalho.	1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none">• Deficiências no sistema de informação clínica.	1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none">• Relativo isolamento de alguns profissionais de saúde que os impede de partilhar conhecimentos.	1 2 3 4 5

Nos espaços abaixo, indique a importância que atribui à variabilidade da prática clínica como uma questão que requer atenção. (assinalar uma única opção)

Extremamente	Muito	Moderadamente	Ligeiramente	Nada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE 2.

Estamos interessados na sua opinião sobre um conjunto de factores que podem afectar a sua prática clínica.

Nota: Se indicou que dispense menos de 20% do seu tempo de trabalho na prestação directa de cuidados na página iii (dados pessoais) não responda a esta questão e passe à próxima secção na página seguinte.

Para cada um dos aspectos abaixo considerados refira uma percentagem que melhor estima o seu trabalho clínico.

Em que percentagem aproximada de doentes:	
• Espera encontrar sinais e sintomas clínicos “fora do expectável”?	_____ %
• Espera encontrar sinais e sintomas clínicos que “não são explicáveis”?	_____ %
• Espera que resultados de tratamentos que não foram os esperados por si, sejam considerados “normais”?	_____ %
• Espera que resultados de tratamentos que não foram os esperados por si, sejam considerados “explicáveis”?	_____ %
• Pode demonstrar uma relação de causa-efeito entre a intervenção realizada e os resultados clínicos esperados?	_____ %
• Há um acordo geral/protocolo na sua Especialidade sobre as técnicas e os tratamentos que devem ser usados especificamente?	_____ %
• Juntamente com os seus colegas estão de acordo quanto às técnicas e protocolos que devem ser usados nos tratamentos?	_____ %
• Sente liberdade para utilizar técnicas e protocolos diferentes dos usados pelos seus colegas?	_____ %
• Pode prever a quantidade de recursos (por exemplo, tempo de enfermagem, imagiologia, patologia clínica, fármacos) necessários para obter um resultado clínico desejado?	_____ %
• Tem dúvidas quanto à sua capacidade para obter bons resultados clínicos?	_____ %

PARTE 3.

Estamos interessados na sua experiência com diferentes métodos de monitorização e gestão do trabalho clínico.

Para cada um dos aspectos abaixo listados, classifique a sua experiência na respectiva implementação, assinalando com um círculo, na escala apresentada, o que mais se aproxima da sua opinião.

- 1 = Como extensa (i.e, sou um *expert*)
- 2 = Como proficiente (i.e, sou competente)
- 3 = Como moderada (i.e, tenho alguma experiência, mas com lacunas)
- 4 = Como ligeira (i.e, tenho alguma compreensão sobre o assunto)
- 5 = Como inexistente (i.e, Não tenho qualquer ideia sobre o assunto)

Classifico a minha experiência de:	
• Revisão da eficácia clínica.	1 2 3 4 5
• Auditoria clínica.	1 2 3 4 5
• Melhoria da qualidade.	1 2 3 4 5
• Índice de case-mix.	1 2 3 4 5
• Avaliação da utilização de recursos na prática clínica.	1 2 3 4 5
• Gestão do risco clínico.	1 2 3 4 5
• Desenvolvimento e implementação de protocolos para cuidados específicos.	1 2 3 4 5
• Análise da variabilidade na prática clínica.	1 2 3 4 5
• Incentivo à mudança da prática clínica.	1 2 3 4 5

Alocação de Recursos

Estamos interessados na sua opinião sobre a alocação de recursos.

Indique em que medida “concorda” ou “discorda” com cada uma das afirmações abaixo, colocando um círculo na resposta que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = Concordo plenamente
- 2 = Concordo
- 3 = Indiferente
- 4 = Discordo
- 5 = Discordo plenamente

• As decisões de alocação de recursos deveriam ser baseadas apenas nas necessidades individuais dos doentes, conforme determinação dos profissionais de saúde directamente envolvidos.	1	2	3	4	5
• Os recursos não devem ser atribuídos a um novo procedimento clínico/tratamento/serviço até a sua eficácia ser demonstrada através de ensaios clínicos.	1	2	3	4	5
• Todas as decisões clínicas são baseadas nos recursos.	1	2	3	4	5
• No actual contexto económico, preocupações com custos e com eficiência têm que prevalecer sobre preocupações com equidade e o acesso.	1	2	3	4	5
• As intervenções clínicas e/ou de saúde devem estar abertas à avaliação económica.	1	2	3	4	5
• Os problemas com os recursos não têm lugar nas decisões clínicas.	1	2	3	4	5
• Aumentar continuamente a responsabilização financeira dos profissionais de saúde, fará com que estes comprometam as suas responsabilidades com o doente individual.	1	2	3	4	5

Há algum comentário que gostaria de fazer sobre a alocação dos recursos?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Responsabilização / Prestação de Contas

Estamos interessados na sua percepção relativamente ao alcance e aos limites da responsabilização / prestação de contas dos profissionais de saúde.

Para cada um dos regimes de responsabilidade abaixo mencionados, indique em que medida reflecte a sua percepção sobre a responsabilização / prestação de contas dos profissionais de saúde, colocando um círculo na resposta que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = É muito importante a forma como percepciono a sua responsabilização
- 2 = É importante a forma como percepciono a sua responsabilização
- 3 = É pouco importante a forma como percepciono a sua responsabilização
- 4 = É irrelevante a forma como percepciono a sua responsabilização
- 5 = É contraditória a forma como percepciono a sua responsabilização

Uma expectativa de que os profissionais de saúde:					
• Respondam a si mesmos da forma como actuaram no interesse do doente.	1	2	3	4	5
• Participem com toda a equipa clínica na avaliação e na melhoria do desempenho colectivo da mesma.	1	2	3	4	5
• Respondam à administração/gestão sobre as implicações que a sua prática clínica tem a nível dos recursos.	1	2	3	4	5
• Respondam a si mesmos em que medida utilizam os recursos de forma equilibrada tendo em conta as necessidades dos doentes individuais, face às de todos os outros.	1	2	3	4	5
• Façam uma avaliação colectiva do trabalho clínico com os seus colegas de profissão usando critérios por eles definidos.	1	2	3	4	5
• Tenham o seu trabalho clínico regularmente avaliado por colegas mais graduados da sua especialidade, de acordo com critérios por eles definidos.	1	2	3	4	5
• Estejam abertos ao escrutínio público e justifiquem as suas práticas e resultados clínicos.	1	2	3	4	5
• Respondam aos doentes pelas suas práticas e respectivos resultados clínicos.	1	2	3	4	5

Estabelecimento de Normas para os Cuidados Médicos

Estamos interessados na sua opinião sobre como as normas devem ser estabelecidas para os cuidados médicos

Indique em que medida “concorda” ou “discorda” com cada uma das afirmações abaixo, colocando um círculo na resposta que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = Concordo plenamente
- 2 = Concordo
- 3 = Indiferente
- 4 = Discordo
- 5 = Discordo plenamente

As recomendações clínicas deveriam ser baseadas:					
• Numa perspectiva do profissional de saúde relativamente ao que funciona para si.	1	2	3	4	5
• Em modelos ou padrões de prática aceites dentro de uma unidade clínica ou serviço.	1	2	3	4	5
• Em padrões de prática documentados e avaliados através de um determinado número de unidades clínicas ou serviços.	1	2	3	4	5
• Nos desenvolvimentos mais recentes apresentados em literatura relevante.	1	2	3	4	5
• Em protocolos estabelecidos pelos Colégios das Especialidades ou organizações profissionais.	1	2	3	4	5
• No que é aceitável pelos doentes.	1	2	3	4	5
• No que é exequível com os recursos existentes.	1	2	3	4	5

Pontos de Vista sobre Gestão de Unidades Clínicas

Estamos interessados na sua opinião sobre quais considera serem as estratégias mais apropriadas para melhorar o desempenho global da unidade/serviço.

Indique em que medida “concorda” ou “discorda” com cada uma das afirmações abaixo, colocando um círculo na resposta que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = Concordo plenamente
- 2 = Concordo
- 3 = Indiferente
- 4 = Discordo
- 5 = Discordo plenamente

Para melhorar o desempenho geral de uma unidade / serviço, a pessoa responsável deve:					
• Reforçar a autoridade dos clínicos enquanto peritos na matéria.	1	2	3	4	5
• Enfatizar o desempenho da dimensão financeira do seu serviço ou unidade.	1	2	3	4	5
• Estabelecer sistemas que permitam acompanhar de perto o desempenho de cada profissional de saúde no seu serviço/unidade.	1	2	3	4	5
• Obter mais recursos para o seu serviço ou unidade a partir do Conselho de Administração.	1	2	3	4	5
• Estabelecer estruturas e rotinas para encorajar o pessoal, em conjunto, avaliar e melhorar as suas práticas de trabalho.	1	2	3	4	5
• Dedicar tempo e recursos significativos para o <i>team building</i> e para o desenvolvimento pessoal.	1	2	3	4	5

Avaliação Organizacional

Existem três partes nesta secção. Por favor, complete as três.

PARTE 1.

Estamos interessados nas características organizacionais que acredita serem atribuíveis ao seu Hospital

Estas características são exploradas através de cinco dimensões definidas abaixo. Cada dimensão contém quatro descrições de como o seu Hospital poderia ser gerido.

Para cada dimensão, distribua um total de 100 pontos entre as quatro alternativas apresentadas tendo em conta a sua experiência no Hospital.

Poderá usar qualquer combinação cuja soma totalize 100, por exemplo, (20, 30, 50, 0 ou 10, 40, 20, 30). Nota: 100 = 'totalmente descritiva' e 0 = 'Nada descritiva'.

(A). Estilo de Gestão:	(Pontos)
<ul style="list-style-type: none">Os gestores tratam os outros profissionais como seus pares e incluem-nos nos processos de tomada de decisão.	[]
<ul style="list-style-type: none">Os gestores encorajam os profissionais a cumprir as metas e os objectivos da organização e ajudam-nos a ser produtivos.	[]
<ul style="list-style-type: none">Os gestores tratam os outros profissionais como subordinados mas tentam desenvolver um senso de lealdade e espírito de grupo.	[]
<ul style="list-style-type: none">Os gestores asseguram que os funcionários cumprem as regras do Hospital.	[]
	<hr/> 100

(B). Direcção e Coordenação:	(Pontos)
<ul style="list-style-type: none">Aos profissionais é dada uma grande liberdade individual para determinarem as suas próprias actividades.	[]
<ul style="list-style-type: none">As metas e objectivos do seu Hospital são comunicadas claramente aos profissionais e permitem-lhes algum grau de liberdade na forma como decidem fazer o seu trabalho.	[]
<ul style="list-style-type: none">Os gestores desenvolveram e inseriram os profissionais dentro de equipas de trabalho fortes, as quais controlam de forma descentralizada.	[]
<ul style="list-style-type: none">A maioria dos funcionários, incluindo gestores, tem pouca escolha sobre o que fazer ou como fazer o seu trabalho.	[]
	<hr/> 100

(C). Relação com o Hospital:	(Pontos)
• Os profissionais de saúde acreditam pessoalmente e apoiam a missão global e os objectivos do Hospital.	[]
• Os profissionais de saúde valorizam o facto de fazerem parte de um sistema que enfatiza as suas realizações pessoais.	[]
• Os profissionais de saúde têm um sentido de pertença e lealdade em particular ao seu grupo de trabalho e ao seu superior.	[]
• Os profissionais de saúde partilham da ideia de que as regras são para cumprir quer se goste delas ou não.	[]
	<hr/> 100

(D). Como é que as pessoas relatam e lidam com o conflito:	(Pontos)
• As pessoas colocam uma grande ênfase no entendimento pessoal e resolvem os conflitos no sentido de preservarem os seus relacionamentos.	[]
• As pessoas valorizam o entendimento pessoal mas a competitividade é encorajada de forma a melhorar o desempenho.	[]
• É expectável que as pessoas apoiem o seu superior e os colegas do seu próprio grupo de trabalho quando surgem conflitos.	[]
• As pessoas tendem a confiar em regras e políticas estabelecidas para a resolução de conflitos, caso ocorram.	[]
	<hr/> 100

(E). O sistema de incentivos promove:	(Pontos)
• Proporcionar às pessoas um sentimento de satisfação e de envolvimento no seu trabalho.	[]
• Recompensar os profissionais quanto à sua realização individual e iniciativa.	[]
• Premiar os grupos e as unidades que alcançarem os objectivos por eles definidos.	[]
• Recompensar as pessoas que detêm cargos importantes.	[]
	<hr/> 100

PARTE 2.

Estamos interessados na percepção que tem sobre as metas do seu Hospital.

Nos espaços para o efeito ordene de 1 a 8 as afirmações abaixo de acordo com a importância que lhes atribui enquanto metas do seu Hospital.

Coloque “1” junto da questão que considera ser a **mais importante**. Coloque “2” junto da questão que considera ser a **segunda mais importante**, e assim por diante, até “8” para a questão que considera ser a **menos importante**.

Na ordenação dos factores, não use o mesmo número mais do que uma vez.

Por ordem de importância, considero que as metas do Hospital que estão a ser bem conseguidas são:	(Ordene)
• O bem-estar dos profissionais.	[]
• A estabilidade organizacional.	[]
• Igualdade de acesso para todos os doentes da comunidade.	[]
• Viabilidade financeira.	[]
• Reputação para a inovação e liderança do Serviço.	[]
• A qualidade do atendimento.	[]
• Melhoria da produtividade.	[]
• A reputação do ensino e da investigação.	[]

PARTE 3.

Estamos interessados no sentimento geral que tem sobre o seu Hospital.

Indique em que medida “concorda” ou “discorda” com cada uma das afirmações abaixo, colocando um círculo na resposta que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = Concordo plenamente
- 2 = Concordo
- 3 = Indiferente
- 4 = Discordo
- 5 = Discordo plenamente

• Aquilo que o Hospital representa é muito importante para mim.	1	2	3	4	5
• Comento com os meus amigos que este Hospital é uma grande organização para se trabalhar.	1	2	3	4	5
• Se os valores deste Hospital fossem diferentes dos que são, eu não estaria tão comprometido com esta organização.	1	2	3	4	5
• A minha dedicação a este Hospital está directamente relacionada com a forma como sou recompensado.	1	2	3	4	5
• Para se ser recompensado, é necessário expressar a atitude certa.	1	2	3	4	5
• Desde que trabalho neste Hospital, os meus valores pessoais e os do Hospital têm-se tornado semelhante.	1	2	3	4	5
• As minhas opiniões pessoais sobre o Hospital são diferentes daquelas que eu expresso publicamente.	1	2	3	4	5
• A razão de eu preferir este Hospital a outros prestadores está relacionada com o que ele representa, isto é, com os seus valores.	1	2	3	4	5
• A menos que eu seja recompensado de alguma forma, não vejo razão para gastar um esforço adicional em nome do Hospital.	1	2	3	4	5
• Tenho orgulho em dizer aos outros que faço parte deste Hospital.	1	2	3	4	5
• Sinto uma sensação de "propriedade" para com este Hospital em vez de ser apenas um trabalhador.	1	2	3	4	5
• Actualmente, manter-me neste Hospital é uma questão de necessidade.	1	2	3	4	5
• Demasiada coisa mudava na minha vida se eu decidisse deixar agora o Hospital.	1	2	3	4	5

O que mudaria?

Estamos interessados nas mudanças que pensa poderem melhorar o desempenho dos clínicos e a sua experiência de trabalho.

No espaço abaixo mencione as alterações no financiamento, organização e/ou administração que acredita que melhorariam significativamente o desempenho dos clínicos:

Desempenho Clínico

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Experiência de trabalho

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Papel dos Cuidados de Saúde Primários

Estamos interessados na sua percepção sobre o papel dos Cuidados de Saúde Primários na melhoria do desempenho de saúde ao nível da sua economia/comunidade local.

Nos espaços fornecidos, indique em que medida acredita que os Cuidados de Saúde Primários têm um papel nas mudanças tendentes à melhoria do desempenho de saúde ao nível da sua economia/comunidade local. (assinale apenas uma resposta)

Concordo plenamente	Concordo	Concordo ligeiramente	Nenhum papel	Não sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caso tenha indicado que os Cuidados de Saúde Primários têm um papel na mudança, mencione as estratégias que acredita que devem ser prosseguidas.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

No espaço abaixo mencione os factores que acredita que facilitam ou dificultam a capacidade dos Cuidados de Saúde Primários para cumprir as estratégias definidas.

Factores facilitadores

.....

.....

.....

.....

Factores prejudiciais

.....

.....

.....

.....

**Economia / Comunidade
Local de Saúde**

Estamos interessados noutros aspectos que pensa que também poderão contribuir para a melhoria dos serviços de saúde.

O espaço abaixo permite especificar as alterações que acredita que precisam de ser realizadas nos objectivos, no financiamento e / ou na gestão dos Serviços Hospitalares, dos Cuidados de Saúde Primários e dos Serviços Sociais para melhorar a eficiência e a eficácia do desempenho de saúde ao nível da sua economia/comunidade local.

Hospitais

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cuidados de Saúde Primários

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Serviços Sociais

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gostaríamos de aproveitar esta oportunidade para lhe agradecer o seu tempo e esforço dispendidos neste questionário.

Sinta-se livre para usar este espaço para fazer algum comentário que julgue pertinente relativamente ao preenchimento do questionário.

Questionário sobre Atitudes e Crenças dos Profissionais de Saúde

— Clínicos Hospitalares —

Versão portuguesa:



Versão Original:



Centre for Clinical
Management Development

O nosso objectivo com este questionário é obter a sua opinião sobre os actuais desenvolvimentos no sistema de saúde.

Envolver os clínicos mais directamente na gestão é uma questão importante nas políticas de saúde. No entanto, existem poucos estudos que observem o seu significado para as pessoas envolvidas. Por isso, procuramos a sua opinião sobre um amplo conjunto de factores, tais como: os problemas com que o sistema de saúde se depara e as estratégias apropriadas para enfrentá-los; os atributos que caracterizam diferentes grupos profissionais; o que valoriza no seu trabalho; como percebe a autonomia profissional e a responsabilização na prestação de contas; os factores que considera que afectam a prática clínica; a sua percepção sobre a forma como o seu Serviço e / ou Unidade deve ser gerido; por fim, a sua avaliação sobre os objectivos/metastas do Hospital e como estão a ser geridos.

Percebemos que a tarefa que agora lhe pedimos é exigente. Igualmente complexo é o processo para envolver os clínicos na gestão dependendo em larga medida das suas respostas e das suas experiências. Ao partilhar as suas opiniões sobre questões como as já mencionadas, vai-nos proporcionar uma melhor compreensão da forma como percebe e avalia as mudanças em curso na organização e na gestão dos serviços de saúde, bem como em que medida também estão a afectar os seus pares.

Alguns aspectos adicionais:

1. Garantimos que os profissionais que responderem a este questionário não serão identificados em qualquer relatório de resultados.
2. Poderá interpretar algumas das afirmações do questionário como controversas, mas estão incluídas no questionário para que possa expressar a sua opinião sobre elas.
3. Não existem respostas certas ou erradas para as perguntas do questionário. Estamos simplesmente interessados na sua opinião.

Obrigado por nos dispensar algum do seu precioso tempo.

Dados Pessoais

Gostaríamos de conhecer alguns dos seus dados pessoais. Esta informação será utilizada quando analisarmos as suas respostas no restante questionário.

Por favor, indique a resposta que melhor o descreve e a sua situação de trabalho, assinalando no quadrado próprio.

Género: Masculino
Feminino

Idade: 20-29
30-39
40-49
50-59
≥60

Sua Ocupação / Posição

Por favor, assinale no respectivo quadrado a sua ocupação. Indique no espaço para o efeito a sua especialização e o seu grau.

Médico:
Especialidade _____
Grau _____
(ex. Graduado, Consultor, Chefe de Serviço;)

Enfermeiro:
Especialização _____
Grau _____

Profissão relacionada com a Medicina:
Especialização _____
Grau _____

Outra não mencionada acima _____

Qual o Tipo de Hospital Onde Exerce a Sua Actividade?

- Hospital Central e Universitário
- Hospital Central
- Centro Hospitalar
- Outro Tipo (p.f. especifique): _____

Percentagem de Tempo Gasto com:

Cuidados Directos aos Doentes _____%

Administração/Gestão _____%

Ensino (Excluindo Ensino a Doentes) _____%

Investigação _____%

100%

Há Quanto Tempo Ocupa a Actual Função:

- Há menos de 1 ano
- 1-4 anos
- 5-9 anos
- 10-19 anos
- Há mais de 20 anos

Condições de Emprego:

- Remunerado a tempo inteiro
- Remunerado a tempo parcial
- Misto com Universidade
- Outra (p.f. especifique) _____

Maior Qualificação Académica:

- Doutoramento
- Mestrado
- Pós-Graduação
- Licenciatura
- Bacharelato

Maior Qualificação em Gestão:

- Doutoramento
- Mestrado
- Licenciatura
- Curso de Pós-Graduação
- Certificado
- Curso de Formação Profissional
- Nenhum

Questões relacionadas com Cuidados de Saúde

Existem duas partes nesta secção, por favor responda a ambas.
PARTE 1.

Estamos interessados na sua opinião sobre algumas questões que o sistema de saúde enfrenta.

Nota: Por profissionais de saúde entende-se todos aqueles que estão envolvidos na assistência directa ao doente, por exemplo, médicos, enfermeiros e outras profissões ligadas à medicina.

Ordene de 1-6 as afirmações abaixo apresentadas de acordo com a importância relativa que lhe atribui.

Coloque “1” junto da questão que considera ser a **mais importante**. Coloque “2” junto da questão que considera ser a **segunda mais importante**, e assim por diante, até “6” para a questão que considera ser a **menos importante**.

Na ordenação das afirmações, não use mais do que uma vez o mesmo número.

Disponho por ordem de importância, as questões abaixo mencionadas relacionadas com a reforma dos cuidados de saúde, conforme se segue:	(Ordene)
• A crescente pressão sobre os profissionais de saúde para basear as suas decisões em critérios financeiros e não em critérios estritamente clínicos.	[]
• A falta de vontade dos profissionais de saúde em considerar as implicações dos custos nas suas práticas clínicas.	[]
• A dificuldade significativa na responsabilização/prestação de contas dos profissionais de saúde.	[]
• O aumento da erosão da autonomia clínica pela gestão.	[]
• A incapacidade dos actuais sistemas de informação para monitorizarem os resultados clínicos que derivam das tomadas de decisão clínica.	[]
• A incapacidade dos actuais sistemas de informação para monitorizarem as implicações nos custos que derivam das tomadas de decisão clínica.	[]

PARTE 2.

Estamos interessados na importância que dá a uma série de estratégias para abordar questões relacionadas com os recursos que confrontam actualmente o sector dos cuidados de saúde.

Para cada uma das estratégias abaixo listadas, indique a sua ideia de prioridade colocando um círculo à volta do número que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = Prioridade alta
- 2 = Prioridade média
- 3 = Prioridade baixa
- 4 = Não apropriada

Para resolver os problemas de recursos com que o sector da saúde se defronta, as autoridades de saúde devem:				
• Aumentar o financiamento do Estado para os cuidados de saúde.	1	2	3	4
• Implementar metodologias de gestão da qualidade.	1	2	3	4
• Orientar e apoiar os doentes crónicos para auto-gerir os seus cuidados.	1	2	3	4
• Estimular o debate público sobre os limites a colocar nos recursos para a componente do sistema de saúde referente a cuidados a doentes agudos.	1	2	3	4
• Melhorar a capacidade dos sistemas de informação para monitorizar o trabalho clínico.	1	2	3	4
• Exigir aos colégios profissionais o desenvolvimento e implementação de “vias ou acessos” dedicados a determinados cuidados de saúde (<i>ex. via verde da sepsis</i>).	1	2	3	4
• Taxar as autoridades locais por doentes em camas hospitalares que estejam em lista de espera para lar de idosos e/ou Cuidados Continuados.	1	2	3	4
• Implementar estruturas e procedimentos em ambientes clínicos que reforcem a constituição de equipas orientadas para a oferta dos serviços.	1	2	3	4
• Financiar e gerir serviços com base na integração de cuidados (Cuidados de Saúde Primários/Cuidados Hospitalares/Cuidados Continuados).	1	2	3	4
• Redireccionar o fluxo de recursos dedicado aos cuidados de agudos para a prevenção primária e secundária.	1	2	3	4
• Estimular o debate público sobre os limites éticos das intervenções clínicas	1	2	3	4
• Desenvolver estratégias que permitam que mais doentes sejam tratados a nível dos Cuidados de Saúde Primários sem recorrer a internamento hospitalar.	1	2	3	4
• Exigir aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que assumam mais responsabilidades a nível local no que diz respeito a utentes, orçamentos e gestão de pessoal.	1	2	3	4

Valores no Trabalho

Existem duas partes para esta questão. Por favor responda a ambas.

PARTE 1.

Estamos interessados nos aspectos que para si são importantes na escolha de um emprego.

Nos espaços fornecidos ordene de 1 a 9 os factores listados de acordo com a importância que lhes atribui na escolha de um emprego.

Ao completar a pergunta, imagine os factores que seriam importantes para si num trabalho ideal; ignorando a sua existência no seu trabalho actual

Coloque o número "1" ao lado do factor que para si é o **mais importante**. Em seguida, coloque o número "2" ao lado do elemento que é o **segundo mais importante** e assim por diante, até "9", para o factor que para si é o **menos importante**.

Na ordenação dos factores, não usar mais do que uma vez o mesmo número.

Por ordem de importância, eu procuraria:	(Ordene)
• Um ambiente agradável.	[]
• Colegas de trabalho amigáveis e cooperantes.	[]
• Uma estrutura de carreira segura.	[]
• Uma boa relação de trabalho com um superior que me apoie.	[]
• Um trabalho que proporcione realização pessoal.	[]
• Liberdade para usar a minha abordagem pessoal.	[]
• Um bom nível de rendimento.	[]
• Menos exigência do meu tempo pessoal.	[]
• Uma oportunidade para desenvolvimento profissional.	[]

PARTE 2

Estamos interessados nas suas crenças sobre as relações sociais no seio das organizações, *em geral*

Indique em que medida “concorda” ou “discorda” com cada uma das afirmações abaixo, colocando um círculo na resposta que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = Concordo plenamente
- 2 = Concordo
- 3 = Indiferente
- 4 = Discordo
- 5 = Discordo plenamente

• Para evoluir no trabalho nunca deve discordar dos seus superiores.	1	2	3	4	5
• No seu trabalho, as acções que envolvam risco ou acaso devem ser evitadas.	1	2	3	4	5
• É melhor não quebrar as regras da organização, ainda que julgue ser no melhor interesse desta.	1	2	3	4	5
• O gestor mais eficaz é aquele que deixa claro quem manda.	1	2	3	4	5
• As pessoas em posições de poder podem ter direito a alguns privilégios.	1	2	3	4	5
• Quer no trabalho, quer no seio familiar todos devem mostrar respeito pelas figuras de autoridade.	1	2	3	4	5
• O trabalho e a vida privada nunca se devem misturar.	1	2	3	4	5

A Sua Percepção sobre a Governação Clínica

Existem duas partes para esta questão. Por favor responda a ambas.

PARTE 1.

Estamos interessados na sua opinião sobre os prováveis resultados clínicos de uma Governação Clínica *efectiva*

Indique em que medida “concorda” ou “discorda” com cada uma das afirmações abaixo, colocando um círculo na resposta que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = Concordo plenamente
- 2 = Concordo
- 3 = Indiferente
- 4 = Discordo
- 5 = Discordo plenamente

A implementação efectiva da Governação Clínica permitirá:					
• Reduzir queixas ou reclamações dos doentes.	1	2	3	4	5
• Aumentar a satisfação dos doentes.	1	2	3	4	5
• Aumentar a eficiência.	1	2	3	4	5
• Reduzir a utilização de tratamentos ineficazes.	1	2	3	4	5
• Melhorar os resultados clínicos	1	2	3	4	5
• Reduzir a variabilidade não explicável na prática clínica.	1	2	3	4	5
• Reduzir incidentes críticos e eventos adversos	1	2	3	4	5
• Reduzir as taxas de infecção hospitalar	1	2	3	4	5

PARTE 2.

Estamos interessados na forma como avalia os efeitos organizacionais da Governação Clínica.

Nota: Por profissionais de saúde entende-se todos aqueles que estão envolvidos na assistência directa ao doente, por exemplo, médicos, enfermeiros e outras profissões ligadas à medicina.

Indique em que medida “concorda” ou “discorda” com cada uma das afirmações abaixo, colocando um círculo na resposta que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = Concordo plenamente
- 2 = Concordo
- 3 = Indiferente
- 4 = Discordo
- 5 = Discordo plenamente

Eu vejo a Governação Clínica como:					
• Uma moda que vai passar com o tempo.	1	2	3	4	5
• Uma boa ideia cujo potencial não pode ser realizado porque os recursos necessários para a sua implementação não estão disponíveis.	1	2	3	4	5
• Um mecanismo para promover mais intromissões injustificadas por parte da gestão em áreas clínicas.	1	2	3	4	5
• A criação de estruturas através das quais equipas clínicas multidisciplinares (por exemplo, uma unidade de ortopedia) podem sistematizar, monitorizar e melhorar o atendimento a situações específicas (por exemplo, cirurgia de prótese da anca).	1	2	3	4	5
• A criação de estruturas (usando a disciplina externa e vigilância) que promoverão uma cultura da “culpa” em contextos clínicos.	1	2	3	4	5
• A criação de estruturas que permitirão aos profissionais de saúde trazer questões como qualidade e resultados nas suas negociações com as autoridades políticas de saúde.	1	2	3	4	5

Há algum comentário que gostaria de mencionar sobre Governação Clínica?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autonomia

Estamos interessados na sua percepção sobre em que medida certas expectativas podem afectar a sua autonomia profissional.

Para cada uma das afirmações abaixo, indique o efeito sobre a sua autonomia profissional, assinalando a resposta que mais se identifica com a sua opinião, utilizando a escala que se segue:

- 1 = Aumenta consideravelmente a minha autonomia
- 2 = Aumenta a minha autonomia
- 3 = Não tem efeito na minha autonomia
- 4 = Ameaça a minha autonomia
- 5 = Ameaça consideravelmente a minha autonomia

A expectativa de:					
• Participar de forma rotineira com os meus colegas de profissão em avaliações de meu trabalho clínico individual.	1	2	3	4	5
• Participar com todos os elementos da minha equipa clínica multidisciplinar no planeamento, avaliação e melhoria do desempenho colectivo da equipa.	1	2	3	4	5
• Tomar a meu cargo trabalho administrativo.	1	2	3	4	5
• Utilizar determinadas orientações especificados pelo Colégio da minha Especialidade ou por organismos profissionais no que diz respeito a situações clínicas específicas.	1	2	3	4	5
• Utilizar determinadas orientações desenvolvidos localmente em conjunto com os colegas de profissão.	1	2	3	4	5
• Considerar as implicações para os recursos, de exames ou tratamentos prescritos individualmente.	1	2	3	4	5
• Envolver-me na gestão do dia-a-dia da minha unidade clínica ou serviço.	1	2	3	4	5

Prática Clínica

Existem três partes nesta questão. Por favor responda às três.

PARTE 1.

Estamos interessados na sua opinião sobre os factores que podem produzir variabilidade na prática clínica.

Para cada um dos factores abaixo apresentados, indique a sua importância que lhes atribui enquanto explicação da variabilidade da prática clínica, assinalando a resposta que mais se aproxima da sua opinião, utilizando a escala que se segue:

- 1 = Um factor extremamente importante
- 2 = Um factor muito importante
- 3 = Um factor moderadamente importante
- 4 = Um factor ligeiramente importante
- 5 = Um factor nada importante

A variabilidade na prática clínica é causada por:	
<ul style="list-style-type: none"> • Deficiências na formação/ensino de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. 	1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none"> • Indeterminação dos sinais clínicos e sintomas exibidos por muitos doentes. 	1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade de Colégios da Especialidade ou organismos profissionais para desenvolver e divulgar vias e/ou estratégias de cuidados integrados. 	1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none"> • Deficiências para localmente efectuar a revisão, entre pares, das estruturas e dos processos. 	1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade dos conhecimentos-base da minha profissão para abranger a complexidade das situações com as quais temos de lidar. 	1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidade individual dos profissionais de saúde para se manterem actualizados com os recentes avanços na sua área de trabalho. 	1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none"> • Deficiências no sistema de informação clínica. 	1 2 3 4 5
<ul style="list-style-type: none"> • Relativo isolamento de alguns profissionais de saúde que os impede de partilharem conhecimentos. 	1 2 3 4 5

Nos espaços abaixo, indique a importância que atribui à variabilidade da prática clinica como uma questão que requer atenção. (assinalar uma única opção)

Extremamente	Muito	Moderadamente	Ligeiramente	Nada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE 2.

Estamos interessados na sua opinião sobre um conjunto de factores que podem afectar a sua prática clínica.

Para cada um dos aspectos abaixo considerados refira uma percentagem que melhor estima o seu trabalho clínico.

Em que percentagem aproximada de doentes:	
• Espera encontrar sinais e sintomas clínicos “fora do expectável”?	_____ %
• Espera encontrar sinais e sintomas clínicos que “não são explicáveis”?	_____ %
• Espera que resultados de tratamentos que não foram os esperados por si, sejam considerados “normais”?	_____ %
• Espera que resultados de tratamentos que não foram os esperados por si, sejam considerados “explicáveis”?	_____ %
• Pode demonstrar uma relação de causa-efeito entre a intervenção realizada e os resultados clínicos esperados?	_____ %
• Há um acordo geral/protocolo na sua Especialidade sobre as técnicas e os tratamentos que devem ser usados especificamente?	_____ %
• Juntamente com os seus colegas estão de acordo quanto às técnicas e protocolos que devem ser usados nos tratamentos?	_____ %
• Sente liberdade para utilizar técnicas e protocolos diferentes dos usados pelos seus colegas?	_____ %
• Pode prever a quantidade de recursos (por exemplo, tempo de enfermagem, imagiologia, patologia clínica, fármacos) necessários para obter um resultado clínico desejado?	_____ %
• Tem dúvidas quanto à sua capacidade para obter bons resultados clínicos?	_____ %

PARTE 3.

Estamos interessados na sua experiência com diferentes métodos de monitorização e gestão do trabalho clínico.

Para cada um dos aspectos abaixo listados, classifique a sua experiência na respectiva implementação, assinalando com um círculo, na escala apresentada, o que mais se aproxima da sua opinião.

- 1 = Como extensa (i.e, sou um *expert*)
- 2 = Como proficiente (i.e, sou competente)
- 3 = Como moderada (i.e, tenho alguma experiência, mas com lacunas)
- 4 = Como ligeira (i.e, tenho alguma compreensão sobre o assunto)
- 5 = Como inexistente (i.e, Não tenho qualquer ideia sobre o assunto)

Classifico a minha experiência de					
• Revisão da eficácia clínica.	1	2	3	4	5
• Auditoria clínica.	1	2	3	4	5
• Melhoria da qualidade.	1	2	3	4	5
• Índice de case-mix.	1	2	3	4	5
• Avaliação da utilização de recursos na prática clínica.	1	2	3	4	5
• Gestão do risco clínico.	1	2	3	4	5
• Desenvolvimento e implementação de protocolos para cuidados específicos.	1	2	3	4	5
• Análise da variabilidade na prática clínica.	1	2	3	4	5
• Incentivo à mudança da prática clínica.	1	2	3	4	5

Alocação de Recursos

Estamos interessados na sua opinião sobre a alocação de recursos.

Indique em que medida “concorda” ou “discorda” com cada uma das afirmações abaixo, colocando um círculo na resposta que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = Concordo plenamente
- 2 = Concordo
- 3 = Indiferente
- 4 = Discordo
- 5 = Discordo plenamente

• As decisões de alocação de recursos deveriam ser baseadas apenas nas necessidades individuais dos doentes, conforme determinação dos profissionais de saúde directamente envolvidos.	1	2	3	4	5
• Os recursos não devem ser atribuídos a um novo procedimento clínico/tratamento/serviço até a sua eficácia ser demonstrada através de ensaios clínicos.	1	2	3	4	5
• Todas as decisões clínicas são baseadas nos recursos.	1	2	3	4	5
• No actual contexto económico, preocupações com custos e com eficiência têm que prevalecer sobre preocupações com equidade e o acesso.	1	2	3	4	5
• As intervenções clínicas e/ou de saúde devem estar abertas à avaliação económica.	1	2	3	4	5
• Os problemas com os recursos não têm lugar nas decisões clínicas.	1	2	3	4	5
• Aumentar continuamente a responsabilização financeira dos profissionais de saúde, fará com que estes comprometam as suas responsabilidades com o doente individual.	1	2	3	4	5

Há algum comentário que gostaria de fazer sobre a alocação dos recursos?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Responsabilização/Prestação de Contas

Estamos interessados na sua percepção relativamente ao alcance e aos limites da sua responsabilização/prestação de contas.

Para cada um dos regimes de responsabilidade abaixo mencionados, indique em que medida reflecte a sua percepção sobre a sua responsabilização/prestação de contas, colocando um círculo na resposta que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = É muito importante a forma como percepciono a minha responsabilização
- 2 = É importante a forma como percepciono a minha responsabilização
- 3 = É pouco importante a forma como percepciono a minha responsabilização
- 4 = É irrelevante a forma como percepciono a minha responsabilização
- 5 = É contraditória a forma como percepciono a minha responsabilização

Uma expectativa de que eu:	1	2	3	4	5
• Responda a mim mesmo sobre a forma como actuei no interesse do doente	1	2	3	4	5
• Participe com toda minha equipa clínica na avaliação e na melhoria do desempenho colectivo da mesma.	1	2	3	4	5
• Responda à administração/gestão sobre as implicações que a minha prática clínica tem a nível dos recursos.	1	2	3	4	5
• Responda a mim mesmo em que medida utilizo os recursos de forma equilibrada tendo em conta as necessidades dos doentes individuais, face às de todos os outros.	1	2	3	4	5
• Faça uma avaliação colectiva do trabalho clínico com os meus colegas de profissão usando critérios por nós definidos.	1	2	3	4	5
• Tenha o meu trabalho clínico regularmente avaliado por colegas mais graduados da minha especialidade, de acordo com critérios por eles definidos.	1	2	3	4	5
• Esteja aberto ao escrutínio público e justifique as minhas práticas e resultados clínicos.	1	2	3	4	5
• Responda aos meus doentes pelas minhas práticas e os respectivos resultados clínicos.	1	2	3	4	5

Estabelecimento de Normas para os Cuidados Médicos

Estamos interessados na sua opinião sobre como as normas devem ser estabelecidos para os cuidados médicos.

Indique em que medida “concorda” ou “discorda” com cada uma das afirmações abaixo, colocando um círculo na resposta que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = Concordo plenamente
- 2 = Concordo
- 3 = Indiferente
- 4 = Discordo
- 5 = Discordo plenamente

As recomendações clínicas deveriam ser baseadas:					
• Numa perspectiva do profissional de saúde relativamente ao que funciona para si.	1	2	3	4	5
• Em modelos ou padrões de prática aceites dentro de uma unidade clínica ou serviço.	1	2	3	4	5
• Em padrões de prática documentados e avaliado através de um determinado número de unidades clínicas ou serviços.	1	2	3	4	5
• Nos desenvolvimentos mais recentes apresentados em literatura relevante.	1	2	3	4	5
• Em protocolos estabelecidos pelos Colégios das Especialidades ou organizações profissionais.	1	2	3	4	5
• No que é aceitável pelos doentes.	1	2	3	4	5
• No que é exequível com os recursos existentes.	1	2	3	4	5

Pontos de Vista sobre Gestão de Unidades Clínicas

Estamos interessados na sua opinião sobre quais considera serem as estratégias mais apropriadas para melhorar o desempenho global da unidade/serviço.

Indique em que medida “concorda” ou “discorda” com cada uma das afirmações abaixo, colocando um círculo na resposta que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = Concordo plenamente
- 2 = Concordo
- 3 = Indiferente
- 4 = Discordo
- 5 = Discordo plenamente

Para melhorar o desempenho geral de uma unidade / serviço, a pessoa responsável deve:					
• Reforçar a autoridade dos clínicos enquanto peritos na matéria.	1	2	3	4	5
• Enfatizar o desempenho da dimensão financeira do seu serviço ou unidade.	1	2	3	4	5
• Estabelecer sistemas que permitam acompanhar de perto o desempenho de cada profissional de saúde no seu serviço / unidade.	1	2	3	4	5
• Obter mais recursos para o seu serviço ou unidade a partir do Conselho de Administração.	1	2	3	4	5
• Estabelecer estruturas e rotinas para encorajar o pessoal, em conjunto, a avaliar e melhorar as suas práticas de trabalho.	1	2	3	4	5
• Dedicar tempo e recursos significativos para o <i>team building</i> para o desenvolvimento pessoal.	1	2	3	4	5

Avaliação Organizacional

Existem três partes nesta secção. Por favor, complete as três.

PARTE 1.

Estamos interessados nas características organizacionais que acredita possam ser atribuídas ao seu Hospital.

Estas características são exploradas através de cinco dimensões definidas abaixo. Cada dimensão contém quatro descrições de como o Hospital poderia ser gerido.

Para cada dimensão, distribua um total de 100 pontos entre as quatro alternativas apresentadas tendo em conta a sua experiência no Hospital.

Poderá usar qualquer combinação cuja soma totalize 100, por exemplo, (20, 30, 50, 0 ou 10, 40, 20, 30). Nota: 100 = 'totalmente descritiva' e 0 = 'Nada descritiva'.

(A). Estilo de Gestão:	(Pontos)
• Os gestores tratam os outros profissionais como seus pares e incluem-nos nos processos de tomada de decisão.	[]
• Os gestores encorajam os profissionais a cumprir as metas e objectivos da organização e ajudam-nos a ser produtivos.	[]
• Os gestores tratam os outros profissionais como subordinados mas tentam desenvolver um senso de lealdade e espírito de grupo.	[]
• Os gestores asseguram que os funcionários cumprem as regras do Hospital.	[]
	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> 100

(B). Direcção e Coordenação:	(Pontos)
• Aos profissionais é dada uma grande liberdade individual para determinarem as suas próprias actividades.	[]
• As metas e objectivos do Hospital são comunicadas claramente aos profissionais e permitem-lhes algum grau de liberdade na forma como decidem fazer o seu trabalho.	[]
• Os gestores desenvolveram e inseriram os profissionais dentro de equipas de trabalho fortes, as quais controlam de forma descentralizada.	[]
• A maioria dos funcionários, incluindo gestores, tem pouca escolha sobre o que fazer ou como fazer o seu trabalho.	[]
	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/> 100

(C). Relação com Hospital:	(Pontos)
<ul style="list-style-type: none"> Os profissionais de saúde acreditam pessoalmente e apoiam a missão global e os objectivos do Hospital. 	[]
<ul style="list-style-type: none"> Os profissionais de saúde valorizam o facto de fazer parte de um Sistema que enfatiza as suas realizações pessoais. 	[]
<ul style="list-style-type: none"> Os profissionais de saúde têm um sentido de pertença e lealdade em particular ao seu grupo de trabalho e ao seu superior. 	[]
<ul style="list-style-type: none"> Os profissionais partilham da ideia de que as regras são para cumprir quer se goste delas ou não. 	[]
	<hr/> 100

(D). Como é que as pessoas relatam e lidam com o conflito:	(Pontos)
<ul style="list-style-type: none"> As pessoas colocam uma grande ênfase no entendimento pessoal e resolvem os conflitos no sentido de preservarem os seus relacionamentos. 	[]
<ul style="list-style-type: none"> As pessoas valorizam o entendimento pessoal mas a competitividade é encorajada de forma a melhorar o desempenho. 	[]
<ul style="list-style-type: none"> É expectável que as pessoas apoiem o seu superior e os colegas do seu próprio grupo de trabalho quando surgem conflitos. 	[]
<ul style="list-style-type: none"> As pessoas tendem a confiar em regras e políticas estabelecidas para a resolução de conflitos, caso ocorram. 	[]
	<hr/> 100

(E). O sistema de incentivos promove:	(Pontos)
<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar às pessoas um sentimento de satisfação e de envolvimento no seu trabalho. 	[]
<ul style="list-style-type: none"> Recompensar os profissionais quanto à sua realização individual e iniciativa. 	[]
<ul style="list-style-type: none"> Premiar os grupos e as unidades que alcançarem os objectivos que foram por eles definidos. 	[]
<ul style="list-style-type: none"> Recompensar as pessoas que detêm cargos importantes. 	[]
	<hr/> 100

PARTE 2.

Estamos interessados na percepção que tem sobre as metas do seu Hospital.

Nos espaços para o efeito ordene de 1 a 8 as afirmações abaixo de acordo com a importância que lhes atribui enquanto metas do seu Hospital.

Coloque “1” junto da questão que considera ser a **mais importante**. Coloque “2” junto da questão que considera ser a **segunda mais importante**, e assim por diante, até “8” para a questão que considera ser a **menos importante**.

Na ordenação dos factores, não use o mesmo número mais do que uma vez.

Por ordem de importância, considero que as metas do Hospital que estão a ser bem conseguidas são:	(Ordene)
• O bem-estar dos profissionais.	[]
• A estabilidade organizacional.	[]
• Igualdade de acesso para todos os doentes da comunidade.	[]
• Viabilidade financeira.	[]
• Reputação para a inovação e liderança do Serviço.	[]
• A qualidade do atendimento.	[]
• Melhoria da produtividade.	[]
• A reputação do ensino e da investigação.	[]

PARTE 3.

**Estamos interessados no sentimento geral que tem
sobre o seu Hospital.**

Indique em que medida “concorda” ou “discorda” com cada uma das afirmações abaixo, colocando um círculo na resposta que melhor corresponde à sua opinião, de acordo com a escala que se segue:

- 1 = Concordo plenamente
- 2 = Concordo
- 3 = Indiferente
- 4 = Discordo
- 5 = Discordo plenamente

• Aquilo que o Hospital representa é muito importante para mim.	1	2	3	4	5
• Comento com os meus amigos que este Hospital é uma grande organização para se trabalhar.	1	2	3	4	5
• Se os valores deste Hospital fossem diferentes dos que são, eu não estaria tão comprometido com esta organização.	1	2	3	4	5
• A minha dedicação a este Hospital está directamente relacionada com a forma como sou recompensado.	1	2	3	4	5
• Para se ser recompensado, é necessário expressar a atitude certa.	1	2	3	4	5
• Desde que trabalho no Hospital, os meus valores pessoais e os do Hospital têm-se tornado semelhantes.	1	2	3	4	5
• As minhas opiniões pessoais sobre o Hospital são diferentes daquelas que expresso publicamente.	1	2	3	4	5
• A razão de eu preferir este Hospital a outros prestadores está relacionada com o que ele representa, isto é, com os seus valores.	1	2	3	4	5
• A menos que eu seja recompensado de alguma forma, não vejo razão para gastar um esforço adicional em nome deste Hospital.	1	2	3	4	5
• Tenho orgulho em dizer aos outros que faço parte deste Hospital.	1	2	3	4	5
• Sinto uma sensação de "propriedade" para com este Hospital em vez de ser apenas um trabalhador.	1	2	3	4	5
• Actualmente, manter-me no Hospital é uma questão de necessidade.	1	2	3	4	5
• Demasiada coisa mudava na minha vida se eu decidisse deixar agora o Hospital.	1	2	3	4	5

O que mudaria?

Estamos interessados nas mudanças que pensa poderem melhorar o seu desempenho clínico e a sua experiência de trabalho.

No espaço abaixo mencione as alterações no financiamento, organização e/ou administração que acredita que melhorariam significativamente:

O Seu Desempenho Clínico

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

A Sua Experiência de Trabalho

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Papel dos Cuidados de Saúde Primários

Estamos interessados na sua percepção sobre o papel dos Cuidados de Saúde Primários na melhoria do desempenho de saúde ao nível da sua economia/comunidade local.

Nos espaços fornecidos, indique em que medida acredita que os Cuidados de Saúde Primários têm um papel nas mudanças tendentes à melhoria do desempenho de saúde ao nível da sua economia/comunidade local. (assinale apenas uma resposta)

Concordo plenamente	Concordo	Concordo ligeiramente	Nenhum papel	Não sabe
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Caso tenha indicado que os Cuidados de Saúde Primários têm um papel na mudança, mencione as estratégias que acredita que devem ser prosseguidas.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

No espaço abaixo mencione os factores que acredita que facilitam ou dificultam a capacidade dos Cuidados de Saúde Primários para cumprir as estratégias definidas.

Factores facilitadores

.....

.....

.....

.....

Factores prejudiciais

.....

.....

.....

.....

**Economia / Comunidade
Local de Saúde**

Estamos interessados noutros aspectos que pensa que também poderão contribuir para a melhoria dos serviços de saúde.

O espaço abaixo permite especificar as alterações que acredita que precisam de ser realizadas nos objectivos, no financiamento e / ou na gestão dos Serviços Hospitalares, nos Cuidados de Saúde Primários e dos Serviços Sociais para melhorar a eficiência e a eficácia do desempenho de saúde ao nível da sua economia/comunidade local.

Hospitais

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cuidados de Saúde Primários

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Serviços Sociais

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gostaríamos de aproveitar esta oportunidade para lhe agradecer o seu tempo e esforço dispendidos neste questionário.

Sinta-se livre para usar este espaço para fazer algum comentário que julgue pertinente relativamente ao preenchimento do questionário.

ANEXO 2

Carta de conforto



O Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) está a desenvolver um projecto de investigação denominado «*Atitudes e Crenças de Clínicos e Gestores na Governação dos Hospitais Portugueses*».

O nosso objectivo com este questionário é obter a sua opinião sobre os desenvolvimentos actuais no sistema de saúde português, nomeadamente os relativos às reformas na forma de governação, de organização e de gestão dos hospitais.

Envolver de forma mais directa os clínicos na gestão é uma questão importante nas políticas de saúde e na governação das organizações. No entanto, existem poucos estudos que observem o seu significado para os profissionais envolvidos. Por isso, procuramos a sua opinião sobre um amplo conjunto de dimensões materializadas no questionário que lhe enviamos.

A tarefa que lhe pedimos requer algum do seu precioso tempo. Ao partilhar as suas opiniões sobre as questões que lhe colocamos no questionário, vai-nos proporcionar uma melhor compreensão da forma como percebe e avalia as mudanças em curso nos serviços de saúde, bem como em que medida também estão a afectar os seus pares.

A sua opinião é importante, por isso apelamos à sua participação. Algumas das afirmações do questionário poderão ser interpretadas como controversas, mas elas estão incluídas para que possa expor a sua opinião sobre elas. Não existem respostas certas ou erradas, apenas nos interessa a sua opinião.

Garantimos a confidencialidade das suas respostas e das instituições envolvidas. Agradecemos que depois de preencher o questionário o devolva o mais rapidamente possível no envelope RSF em anexo que não precisa de selo.

Gratos pela sua colaboração,

Victor Raposo

(Coordenador do projecto, investigador do CEISUC)

ANEXO 3

Identificação das variáveis

ANEXO 3 - Identificação das variáveis

Identificação das variáveis	Designação
Questões Relacionadas com Cuidados de Saúde - Parte 1	
VARIÁVEIS	Disponho por ordem de importância, as questões abaixo mencionadas relacionadas com a reforma dos cuidados de saúde, conforme se segue:
QR Cuid Sd P1 1	• A crescente pressão sobre os profissionais de saúde para basear as suas decisões em critérios financeiros e não em critérios estritamente clínicos.
QR Cuid Sd P1 2	• A falta de vontade dos profissionais de saúde em considerar as implicações dos custos nas suas práticas clínicas.
QR Cuid Sd P1 3	• A dificuldade significativa na responsabilização / prestação de contas dos profissionais de saúde.
QR Cuid Sd P1 4	• O aumento da erosão da autonomia clínica pela gestão.
QR Cuid Sd P1 5	• A incapacidade dos actuais sistemas de informação para monitorizarem os resultados clínicos que derivam das tomadas de decisão clínica.
QR Cuid Sd P1 6	• A incapacidade dos actuais sistemas de informação para monitorizarem as implicações nos custos que derivam das tomadas de decisão clínica.
Questões Relacionadas com Cuidados de Saúde - Parte 2	
VARIÁVEIS	Para resolver os problemas de recursos com que o sector da saúde se defronta, as autoridades de saúde devem:
QR Cuid Sd P2 1	· Aumentar o financiamento do Estado para os cuidados de saúde.
QR Cuid Sd P2 2	· Implementar metodologias de gestão da qualidade.
QR Cuid Sd P2 3	· Orientar e apoiar os doentes crónicos para auto-gerir os seus cuidados.
QR Cuid Sd P2 4	· Estimular o debate público sobre os limites a colocar nos recursos para a componente do sistema de saúde referente a cuidados a doentes agudos.
QR Cuid Sd P2 5	· Melhorar a capacidade dos sistemas de informação para monitorizar o trabalho clínico.
QR Cuid Sd P2 6	· Exigir aos colégios profissionais o desenvolvimento e implementação de “vias ou acessos” dedicados a determinados cuidados de saúde (<i>ex. via verde da sepsis</i>).
QR Cuid Sd P2 7	· Taxar as autoridades locais por doentes em camas hospitalares que estejam em lista de espera para lar de idosos e/ou Cuidados Continuados.
QR Cuid Sd P2 8	· Implementar estruturas e procedimentos em ambientes clínicos que reforcem a constituição de equipas orientadas para a oferta dos serviços.
QR Cuid Sd P2 9	· Financiar e gerir serviços com base na integração de cuidados (Cuidados de Saúde Primários/Cuidados Hospitalares/Cuidados Continuados).
QR Cuid Sd P2 10	· Redireccionar o fluxo de recursos dedicado aos cuidados de agudos para a prevenção primária e secundária.
QR Cuid Sd P2 11	· Estimular o debate público sobre os limites éticos das intervenções clínicas
QR Cuid Sd P2 12	· Desenvolver estratégias que permitam que mais doentes sejam tratados a nível dos Cuidados de Saúde Primários sem recorrer a internamento hospitalar.
QR Cuid Sd P2 13	· Exigir aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) que assumam mais responsabilidades a nível local no que diz respeito a utentes, orçamentos e gestão de pessoal.
Valores no Trabalho - Parte 1	
VARIÁVEIS	Por ordem de importância, eu procuraria:
VT P1 1	· Um ambiente agradável.
VT P1 2	· Colegas de trabalho amigáveis e cooperantes.
VT P1 3	· Uma estrutura de carreira segura.
VT P1 4	· Uma boa relação de trabalho com um superior que me apoie.
VT P1 5	· Um trabalho que proporcione realização pessoal.
VT P1 6	· Liberdade para usar a minha abordagem pessoal.
VT P1 7	· Um bom nível de rendimento.
VT P1 8	· Menos exigência do meu tempo pessoal.
VT P1 9	· Uma oportunidade para desenvolvimento profissional.
Valores no Trabalho - Parte 2	
VARIÁVEIS	
VT P2 1	· Para evoluir no trabalho nunca deve discordar dos seus superiores.
VT P2 2	· No seu trabalho, as acções que envolvam risco ou acaso devem ser evitadas.
VT P2 3	· É melhor não quebrar as regras da organização, ainda que julgue ser no melhor interesse desta.
VT P2 4	· O gestor mais eficaz é aquele que deixa claro quem manda.
VT P2 5	· As pessoas em posições de poder podem ter direito a alguns privilégios.
VT P2 6	· Quer no trabalho, quer no seio familiar todos devem mostrar respeito pelas figuras de autoridade.
VT P2 7	· O trabalho e a vida privada nunca se devem misturar.

Identificação das variáveis	Designação
A Sua Percepção sobre a Governação Clínica - Parte 1	
VARIÁVEIS Perc Gov Clin P1 1 Perc Gov Clin P1 2 Perc Gov Clin P1 3 Perc Gov Clin P1 4 Perc Gov Clin P1 5 Perc Gov Clin P1 6 Perc Gov Clin P1 7 Perc Gov Clin P1 8	A implementação efectiva da Governação Clínica permitirá: <ul style="list-style-type: none"> · Reduzir queixas ou reclamações dos doentes. · Aumentar a satisfação dos doentes. · Aumentar a eficiência. · Reduzir a utilização de tratamentos ineficazes. · Melhorar os resultados clínicos. · Reduzir a variabilidade não explicável na prática clínica. · Reduzir incidentes críticos e eventos adversos. · Reduzir as taxas de infecção hospitalar.
A Sua Percepção sobre a Governação Clínica - Parte 2	
VARIÁVEIS Perc Gov Clin P2 1 Perc Gov Clin P2 2 Perc Gov Clin P2 3 Perc Gov Clin P2 4 Perc Gov Clin P2 5 Perc Gov Clin P2 6	Eu vejo a Governação Clínica como: <ul style="list-style-type: none"> · Uma moda que vai passar com o tempo. · Uma boa idéia cujo potencial não pode ser realizado porque os recursos necessários para a sua implementação não estão disponíveis. · Um mecanismo para promover mais intromissões injustificadas por parte da gestão em áreas clínicas. · A criação de estruturas através das quais equipas clínicas multidisciplinares (por exemplo, uma unidade de ortopedia) podem sistematizar, monitorizar e melhorar o atendimento a situações específicas (por exemplo, cirurgia de prótese da anca). · A criação de estruturas (usando a disciplina externa e vigilância) que promoverão uma cultura da “culpa” em contextos clínicos. · A criação de estruturas que permitirão aos profissionais de saúde trazer questões como qualidade e resultados nas suas negociações com as autoridades políticas de saúde.
Autonomia - Gestores	
VARIÁVEIS Auton 1 Auton 2 Auton 3 Auton 4 Auton 5 Auton 6 Auton 7	Uma expectativa de que os profissionais de saúde: <ul style="list-style-type: none"> · Participem de forma rotineira com os seus/meus colegas de profissão em avaliações de seu trabalho clínico individual. · Participem com todos os elementos da sua/minha equipa clínica multidisciplinar no planeamento, avaliação e melhoria do desempenho colectivo da equipa. · Tomem a seu/meu cargo trabalho administrativo. · Utilizem determinadas orientações especificadas pelos Colégios da Especialidade ou por organismos profissionais no que diz respeito a situações clínicas específicas. · Utilizem determinadas orientações desenvolvidos localmente em conjunto com os colegas de profissão. · Considerem as implicações para os recursos, de exames ou tratamentos prescritos individualmente. · Se envolvam na gestão do dia-a-dia da sua/minha unidade clínica ou serviço.
Prática Clínica - Parte 1	
VARIÁVEIS Prat Clin P1 1 Prat Clin P1 2 Prat Clin P1 3 Prat Clin P1 4 Prat Clin P1 5 Prat Clin P1 6 Prat Clin P1 7 Prat Clin P1 8	A variabilidade na prática clínica é causada por: <ul style="list-style-type: none"> · Deficiências na formação/ensino de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde. · Indeterminação dos sinais clínicos e sintomas exibidos por muitos doentes. · Incapacidade de Colégios da Especialidade ou organismos profissionais para desenvolver e divulgar vias e/ou estratégias de cuidados integrados. · Deficiências para localmente efectuar a revisão, entre pares, das estruturas e dos processos. · Incapacidade dos conhecimentos-base da minha profissão para abranger a complexidade das situações com as quais temos de lidar. · Incapacidade individual dos profissionais de saúde para se manterem actualizados com os recentes avanços na sua área de trabalho. · Deficiências no sistema de informação clínica. · Relativo isolamento de alguns profissionais de saúde que os impede de partilhar conhecimentos.
Imp Prat Clin	Importância que atribui à variabilidade da prática clínica.
Prática Clínica - Parte 2	
VARIÁVEIS Prat Clin P2 1 Prat Clin P2 2 Prat Clin P2 3 Prat Clin P2 4 Prat Clin P2 5 Prat Clin P2 6 Prat Clin P2 7 Prat Clin P2 8 Prat Clin P2 9 Prat Clin P2 10	Em que percentagem aproximada de doentes: <ul style="list-style-type: none"> · Espera encontrar sinais e sintomas clínicos “fora do expectável”? · Espera encontrar sinais e sintomas clínicos que “não são explicáveis”? · Espera que resultados de tratamentos que não foram os esperados por si, sejam considerados “normais”? · Espera que resultados de tratamentos que não foram os esperados por si, sejam considerados “explicáveis”? · Pode demonstrar uma relação de causa-efeito entre a intervenção realizada e os resultados clínicos esperados? · Há um acordo geral/protocolo na sua Especialidade sobre as técnicas e os tratamentos que devem ser usados especificamente? · Juntamente com os seus colegas estão de acordo quanto às técnicas e protocolos que devem ser usados nos tratamentos? · Sente liberdade para utilizar técnicas e protocolos diferentes dos usados pelos seus colegas? · Pode prever a quantidade de recursos (por exemplo, tempo de enfermagem, imagiologia, patologia clínica, fármacos) necessários para obter um resultado clínico desejado? · Tem dúvidas quanto à sua capacidade para obter bons resultados clínicos?

Identificação das variáveis	Designação
Prática Clínica - Parte 3	
VARIÁVEIS	Classifico a minha experiência de:
Prat Clin P3 1	· Revisão da eficácia clínica.
Prat Clin P3 2	· Auditoria clínica.
Prat Clin P3 3	· Melhoria da qualidade.
Prat Clin P3 4	· Índice de case-mix.
Prat Clin P3 5	· Avaliação da utilização de recursos na prática clínica.
Prat Clin P3 6	· Gestão do risco clínico.
Prat Clin P3 7	· Desenvolvimento e implementação de protocolos para cuidados específicos.
Prat Clin P3 8	· Análise da variabilidade na prática clínica.
Prat Clin P3 9	· Incentivo à mudança da prática clínica.
VARIÁVEIS	Alocação de Recursos
Al Rec 1	· As decisões de alocação de recursos deveriam ser baseadas apenas nas necessidades individuais dos doentes, conforme determinação dos profissionais de saúde directamente envolvidos.
Al Rec 2	· Os recursos não devem ser atribuídos a um novo procedimento clínico/tratamento/serviço até a sua eficácia ser demonstrada através de ensaios clínicos.
Al Rec 3	· Todas as decisões clínicas são baseadas nos recursos.
Al Rec 4	· No actual contexto económico, preocupações com custos e com eficiência têm que prevalecer sobre preocupações com equidade e o acesso.
Al Rec 5	· As intervenções clínicas e/ou de saúde devem estar abertas à avaliação económica.
Al Rec 6	· Os problemas com os recursos não têm lugar nas decisões clínicas.
Al Rec 7	· Aumentar continuamente a responsabilização financeira dos profissionais de saúde, fará com que estes comprometam as suas responsabilidades com o doente individual.
Responsabilização / Prestação de Contas	
VARIÁVEIS	Uma expectativa de que os profissionais de saúde:
Resp/P Contas 1	· Respondam a si mesmos da forma como actuaram no interesse do doente.
Resp/P Contas 2	· Participem com toda a equipa clínica na avaliação e na melhoria do desempenho colectivo da mesma.
Resp/P Contas 3	· Respondam à administração/gestão sobre as implicações que a sua prática clínica tem a nível dos recursos.
Resp/P Contas 4	· Respondam a si mesmos em que medida utilizam os recursos de forma equilibrada tendo em conta as necessidades dos doentes individuais, face às de todos os outros.
Resp/P Contas 5	· Façam uma avaliação colectiva do trabalho clínico com os seus colegas de profissão usando critérios por eles definidos.
Resp/P Contas 6	· Tenham o seu trabalho clínico regularmente avaliado por colegas mais graduados da sua especialidade, de acordo com critérios por eles definidos.
Resp/P Contas 7	· Estejam abertos ao escrutínio público e justifiquem as suas práticas e resultados clínicos.
Resp/P Contas 8	· Respondam aos doentes pelas suas práticas e respectivos resultados clínicos.
Estabelecimento de Normas para os Cuidados Médicos	
VARIÁVEIS	As recomendações clínicas deveriam ser baseadas:
Normas 1	· Numa perspectiva do profissional de saúde relativamente ao que funciona para si.
Normas 2	· Em modelos ou padrões de prática aceites dentro de uma unidade clínica ou serviço.
Normas 3	· Em padrões de prática documentados e avaliados através de um determinado número de unidades clínicas ou serviços.
Normas 4	· Nos desenvolvimentos mais recentes apresentados em literatura relevante.
Normas 5	· Em protocolos estabelecidos pelos Colégios das Especialidades ou organizações profissionais.
Normas 6	· No que é aceitável pelos doentes.
Normas 7	· No que é exequível com os recursos existentes.
Pontos de Vista sobre Gestão de Unidades Clínicas	
VARIÁVEIS	Para melhorar o desempenho geral de uma unidade / serviço, a pessoa responsável deve:
P V Gest Un Sd 1	· Reforçar a autoridade dos clínicos enquanto peritos na matéria.
P V Gest Un Sd 2	· Enfatizar o desempenho da dimensão financeira do seu serviço ou unidade.
P V Gest Un Sd 3	· Estabelecer sistemas que permitam acompanhar de perto o desempenho de cada profissional de saúde no seu serviço/unidade.
P V Gest Un Sd 4	· Obter mais recursos para o seu serviço ou unidade a partir do Conselho de Administração.
P V Gest Un Sd 5	· Estabelecer estruturas e rotinas para encorajar o pessoal, em conjunto, avaliar e melhorar as suas práticas de trabalho.
P V Gest Un Sd 6	· Dedicar tempo e recursos significativos para o <i>team building</i> e para o desenvolvimento pessoal.

Identificação das variáveis	Designação
-----------------------------	------------

Avaliação Organizacional - Parte 1

VARIÁVEIS	(A). Estilo de Gestão:
Estilo de Gestão 1	· Os gestores tratam os outros profissionais como seus pares e incluem-nos nos processos de tomada de decisão.
Estilo de Gestão 2	· Os gestores encorajam os profissionais a cumprir as metas e os objectivos da organização e ajudam-nos a ser produtivos.
Estilo de Gestão 3	· Os gestores tratam os outros profissionais como subordinados mas tentam desenvolver um senso de lealdade e espírito de grupo.
Estilo de Gestão 4	· Os gestores asseguram que os funcionários cumprem as regras do Hospital.
VARIÁVEIS	(B). Direcção e Coordenação:
Direcção e Coordenação 1	· Aos profissionais é dada uma grande liberdade individual para determinarem as suas próprias actividades.
Direcção e Coordenação 2	· As metas e objectivos do seu Hospital são comunicadas claramente aos profissionais e permitem-lhes algum grau de liberdade na forma como decidem fazer o seu trabalho.
Direcção e Coordenação 3	· Os gestores desenvolveram e inseriram os profissionais dentro de equipas de trabalho fortes, as quais controlam de forma descentralizada.
Direcção e Coordenação 4	· A maioria dos funcionários, incluindo gestores, tem pouca escolha sobre o que fazer ou como fazer o seu trabalho.
VARIÁVEIS	(C). Relação com o Hospital:
Relação com o Hospital 1	· Os profissionais de saúde acreditam pessoalmente e apoiam a missão global e os objectivos do Hospital.
Relação com o Hospital 2	· Os profissionais de saúde valorizam o facto de fazerem parte de um sistema que enfatiza as suas realizações pessoais.
Relação com o Hospital 3	· Os profissionais de saúde têm um sentido de pertença e lealdade em particular ao seu grupo de trabalho e ao seu superior.
Relação com o Hospital 4	· Os profissionais de saúde partilham da ideia de que as regras são para cumprir quer se goste delas ou não.
VARIÁVEIS	(D). Como é que as pessoas relatam e lidam com o conflito:
Conflito 1	· As pessoas colocam uma grande ênfase no entendimento pessoal e resolvem os conflitos no sentido de preservarem os seus relacionamentos.
Conflito 2	· As pessoas valorizam o entendimento pessoal mas a competitividade é encorajada de forma a melhorar o desempenho.
Conflito 3	· É expectável que as pessoas apoiem o seu superior e os colegas do seu próprio grupo de trabalho quando surgem conflitos.
Conflito 4	· As pessoas tendem a confiar em regras e políticas estabelecidas para a resolução de conflitos, caso ocorram.
VARIÁVEIS	(E). O sistema de incentivos promove:
Sistema de Incentivos 1	· Proporcionar às pessoas um sentimento de satisfação e de envolvimento no seu trabalho.
Sistema de Incentivos 2	· Recompensar os profissionais quanto à sua realização individual e iniciativa.
Sistema de Incentivos 3	· Premiar os grupos e as unidades que alcançarem os objectivos por eles definidos.
Sistema de Incentivos 4	· Recompensar as pessoas que detêm cargos importantes.

Avaliação Organizacional - Parte 2

VARIÁVEIS	Por ordem de importância, considero que as metas do Hospital que estão a ser bem conseguidas são:
Aval Org P2 1	· O bem-estar dos profissionais.
Aval Org P2 2	· A estabilidade organizacional.
Aval Org P2 3	· Igualdade de acesso para todos os doentes da comunidade.
Aval Org P2 4	· Viabilidade financeira.
Aval Org P2 5	· Reputação para a inovação e liderança do Serviço.
Aval Org P2 6	· A qualidade do atendimento.
Aval Org P2 7	· Melhoria da produtividade.
Aval Org P2 8	· A reputação do ensino e da investigação.

Avaliação Organizacional - Parte 3

VARIÁVEIS	
Aval Org P3 1	· Aquilo que o Hospital representa é muito importante para mim.
Aval Org P3 2	· Comento com os meus amigos que este Hospital é uma grande organização para se trabalhar.
Aval Org P3 3	· Se os valores deste Hospital fossem diferentes dos que são, eu não estaria tão comprometido com esta organização.
Aval Org P3 4	· A minha dedicação a este Hospital está directamente relacionada com a forma como sou recompensado.
Aval Org P3 5	· Para se ser recompensado, é necessário expressar a atitude certa.
Aval Org P3 6	· Desde que trabalho neste Hospital, os meus valores pessoais e os do Hospital têm-se tornado semelhante.
Aval Org P3 7	· As minhas opiniões pessoais sobre o Hospital são diferentes daquelas que eu expresso publicamente.
Aval Org P3 8	· A razão de eu preferir este Hospital a outros prestadores está relacionada com o que ele representa, isto é, com os seus valores.
Aval Org P3 9	· A menos que eu seja recompensado de alguma forma, não vejo razão para gastar um esforço adicional em nome do Hospital.
Aval Org P3 10	· Tenho orgulho em dizer aos outros que faço parte deste Hospital.
Aval Org P3 11	· Sinto uma sensação de "propriedade" para com este Hospital em vez de ser apenas um trabalhador.
Aval Org P3 12	· Actualmente, manter-me neste Hospital é uma questão de necessidade.
Aval Org P3 13	· Demasiada coisa mudava na minha vida se eu decidisse deixar agora o Hospital.

ANEXO 4

Resultados do tratamento dos dados com o SPSS

ANEXO 4 - Resultados do tratamento dos dados com o SPSS

Questões relacionadas com os cuidados de saúde – Parte 1:

Quadro I - Dados da reforma dos cuidados de saúde distribuídos por gestores e clínicos

		questionario											
		Gestores						Clínicos					
		1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Q R Cuid Sd - P1 1	Count	26	10	12	8	21	29	29	7	4	11	10	8
	Row N %	24,5%	9,4%	11,3%	7,5%	19,8%	27,4%	42,0%	10,1%	5,8%	15,9%	14,5%	11,6%
Q R Cuid Sd - P1 2	Count	15	19	18	16	20	18	7	7	9	10	9	27
	Row N %	14,2%	17,9%	17,0%	15,1%	18,9%	17,0%	10,1%	10,1%	13,0%	14,5%	13,0%	39,1%
Q R Cuid Sd - P1 3	Count	18	18	16	25	18	11	4	5	16	9	23	12
	Row N %	17,0%	17,0%	15,1%	23,6%	17,0%	10,4%	5,8%	7,2%	23,2%	13,0%	33,3%	17,4%
Q R Cuid Sd - P1 4	Count	3	10	18	20	23	32	5	16	14	12	5	17
	Row N %	2,8%	9,4%	17,0%	18,9%	21,7%	30,2%	7,2%	23,2%	20,3%	17,4%	7,2%	24,6%
Q R Cuid Sd - P1 5	Count	29	21	23	11	16	6	18	15	12	9	15	0
	Row N %	27,4%	19,8%	21,7%	10,4%	15,1%	5,7%	26,1%	21,7%	17,4%	13,0%	21,7%	,0%
Q R Cuid Sd - P1 6	Count	15	28	19	26	8	10	6	19	14	18	7	5
	Row N %	14,2%	26,4%	17,9%	24,5%	7,5%	9,4%	8,7%	27,5%	20,3%	26,1%	10,1%	7,2%

Quadro II - Comparação dos dados da questão relacionada com a reforma dos cuidados de saúde, entre gestores e clínicos - Teste Mann-Whitney

Test Statistics^a

	Q R Cuid Sd - P1 1	Q R Cuid Sd - P1 2	Q R Cuid Sd - P1 3	Q R Cuid Sd - P1 4	Q R Cuid Sd - P1 5	Q R Cuid Sd - P1 6
Mann-Whitney U	2731,000	2782,000	2674,500	2778,000	3636,000	3484,000
Wilcoxon W	5146,000	8453,000	8345,500	5193,000	9307,000	9155,000
Z	-2,899	-2,718	-3,050	-2,741	-,066	-,540
Asymp. Sig. (2-tailed)	,004	,007	,002	,006	,948	,589

a. Grouping Variable: questionario

Questões relacionadas com os cuidados de saúde – Parte 2:

Quadro III - Dados da questão relacionada com as estratégias e recursos dos cuidados de saúde distribuídos por gestores e clínicos

		questionario					
		Gestores			Clínicos		
		Prioridade Alta	Prioridade Média	Prioridade Baixa	Prioridade Alta	Prioridade Média	Prioridade Baixa
Q R Cuid Sd - P2 1	Count	13	39	34	20	23	29
	Row N %	15,1%	45,3%	39,5%	27,8%	31,9%	40,3%
Q R Cuid Sd - P2 2	Count	79	25	5	44	25	3
	Row N %	72,5%	22,9%	4,6%	61,1%	34,7%	4,2%
Q R Cuid Sd - P2 3	Count	53	38	17	29	24	15
	Row N %	49,1%	35,2%	15,7%	42,6%	35,3%	22,1%
Q R Cuid Sd - P2 4	Count	20	37	39	8	24	29
	Row N %	20,8%	38,5%	40,6%	13,1%	39,3%	47,5%
Q R Cuid Sd - P2 5	Count	61	34	13	32	27	13
	Row N %	56,5%	31,5%	12,0%	44,4%	37,5%	18,1%
Q R Cuid Sd - P2 6	Count	33	45	25	24	33	14
	Row N %	32,0%	43,7%	24,3%	33,8%	46,5%	19,7%
Q R Cuid Sd - P2 7	Count	30	39	22	21	31	15
	Row N %	33,0%	42,9%	24,2%	31,3%	46,3%	22,4%
Q R Cuid Sd - P2 8	Count	42	38	29	21	30	18
	Row N %	38,5%	34,9%	26,6%	30,4%	43,5%	26,1%
Q R Cuid Sd - P2 9	Count	63	33	14	43	22	7
	Row N %	57,3%	30,0%	12,7%	59,7%	30,6%	9,7%
Q R Cuid Sd - P2 10	Count	37	44	15	31	27	10
	Row N %	38,5%	45,8%	15,6%	45,6%	39,7%	14,7%
Q R Cuid Sd - P2 11	Count	23	29	46	18	17	29
	Row N %	23,5%	29,6%	46,9%	28,1%	26,6%	45,3%
Q R Cuid Sd - P2 12	Count	87	18	5	50	16	6
	Row N %	79,1%	16,4%	4,5%	69,4%	22,2%	8,3%
Q R Cuid Sd - P2 13	Count	65	37	6	41	27	4
	Row N %	60,2%	34,3%	5,6%	56,9%	37,5%	5,6%

Quadro IV - Comparação dos dados da questão à questão relacionada com as estratégias e recursos

Test Statistics^a

	QR Cuid Sd - P2 1	QR Cuid Sd - P2 2	QR Cuid Sd - P2 3	QR Cuid Sd - P2 4	QR Cuid Sd - P2 5	QR Cuid Sd - P2 6	QR Cuid Sd - P2 7	QR Cuid Sd - P2 8	QR Cuid Sd - P2 9	QR Cuid Sd - P2 10	QR Cuid Sd - P2 11	QR Cuid Sd - P2 12	QR Cuid Sd - P2 13
Mann-Whitney U	2878,500	3503,000	3355,000	2633,500	3374,500	3494,500	3047,500	3549,000	3824,500	3051,500	3019,500	3564,000	3769,000
Wilcoxon W	5506,500	9498,000	9241,000	7289,500	9260,500	6050,500	7233,500	9544,000	6452,500	5397,500	5099,500	9669,000	9655,000
Z	-,815	-,1496	-,1045	-,1147	-,1656	-,534	-,004	-,673	-,443	-,772	-,430	-,1514	-,401
Asymp. Sig. (2-tailed)	,415	,135	,296	,251	,098	,593	,997	,501	,658	,440	,667	,130	,888

a. Grouping Variable: questionario

Valores no trabalho – Parte 1:

Quadro V - Dados da questão relacionada com os aspectos importantes na escolha de um emprego distribuídos por gestores e clínicos

	questionario																		
	Gestores									Clínicos									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
VT P1 1	Count	7	7	19	7	17	18	15	11	5	5	10	10	2	12	11	6	8	5
	Row N %	6,6%	6,6%	17,9%	6,6%	16,0%	17,0%	14,2%	10,4%	4,7%	7,2%	14,5%	14,5%	2,9%	17,4%	15,9%	8,7%	11,6%	7,2%
VT P1 2	Count	3	15	10	23	20	14	12	5	4	7	6	8	14	2	12	17	3	0
	Row N %	2,8%	14,2%	9,4%	21,7%	18,9%	13,2%	11,3%	4,7%	3,8%	10,1%	8,7%	11,6%	20,3%	2,9%	17,4%	24,6%	4,3%	,0%
VT P1 3	Count	16	10	16	8	12	12	6	17	9	14	9	13	9	4	8	5	4	3
	Row N %	15,1%	9,4%	15,1%	7,5%	11,3%	11,3%	5,7%	16,0%	8,5%	20,3%	13,0%	18,8%	13,0%	5,8%	11,6%	7,2%	5,8%	4,3%
VT P1 4	Count	6	11	12	19	15	6	20	11	6	0	3	5	9	14	9	12	14	3
	Row N %	5,7%	10,4%	11,3%	17,9%	14,2%	5,7%	18,9%	10,4%	5,7%	,0%	4,3%	7,2%	13,0%	20,3%	13,0%	17,4%	20,3%	4,3%
VT P1 5	Count	61	13	8	10	6	4	2	1	1	30	13	8	5	1	4	4	3	1
	Row N %	57,5%	12,3%	7,5%	9,4%	5,7%	3,8%	1,9%	,9%	,9%	43,5%	18,8%	11,6%	7,2%	1,4%	5,8%	5,8%	4,3%	1,4%
VT P1 6	Count	3	5	7	14	16	18	14	20	9	0	2	7	7	9	12	9	18	5
	Row N %	2,8%	4,7%	6,6%	13,2%	15,1%	17,0%	13,2%	18,9%	8,5%	,0%	2,9%	10,1%	10,1%	13,0%	17,4%	13,0%	26,1%	7,2%
VT P1 7	Count	2	18	18	13	12	17	17	9	0	3	5	9	11	14	5	13	8	1
	Row N %	1,9%	17,0%	17,0%	12,3%	11,3%	16,0%	16,0%	8,5%	,0%	4,3%	7,2%	13,0%	15,9%	20,3%	7,2%	18,8%	11,6%	1,4%
VT P1 8	Count	0	0	3	2	1	5	8	19	68	2	2	0	3	2	2	1	8	49
	Row N %	,0%	,0%	2,8%	1,9%	,9%	4,7%	7,5%	17,9%	64,2%	2,9%	2,9%	,0%	4,3%	2,9%	2,9%	1,4%	11,6%	71,0%
VT P1 9	Count	8	27	13	10	7	12	12	13	4	8	19	9	9	11	6	2	3	2
	Row N %	7,5%	25,5%	12,3%	9,4%	6,6%	11,3%	11,3%	12,3%	3,8%	11,6%	27,5%	13,0%	13,0%	15,9%	8,7%	2,9%	4,3%	2,9%

Quadro VI - Comparação dos dados da questão à questão relacionada com os aspectos importantes na escolha de um emprego - Teste Mann-Whitney

Test Statistics^a

	VT P1 1	VT P1 2	VT P1 3	VT P1 4	VT P1 5	VT P1 6	VT P1 7	VT P1 8	VT P1 9
Mann-Whitney U	3515,000	3600,000	2968,500	2867,000	3136,500	3384,000	3281,500	3503,000	3054,000
Wilcoxon W	5930,000	9271,000	5383,500	8538,000	8807,500	9055,000	8952,500	9174,000	5469,000
Z	-,438	-,176	-,2119	-,2436	-,1719	-,843	-,1158	-,563	-,1865
Asymp. Sig. (2-tailed)	,662	,860	,034	,015	,086	,399	,247	,573	,062

a. Grouping Variable: questionario

Valores no trabalho – Parte 2:

Quadro VII - Dados da questão relacionada com crenças sobre as relações sociais no seio das organizações distribuídos por gestores e clínicos

		questionario					
		Gestores			Clinicos		
		Concordo	Indiferente	Discordo	Concordo	Indiferente	Discordo
VT P2 1	Count	3	5	103	2	3	67
	Row N %	2,7%	4,5%	92,8%	2,8%	4,2%	93,1%
VT P2 2	Count	50	11	50	35	9	28
	Row N %	45,0%	9,9%	45,0%	48,6%	12,5%	38,9%
VT P2 3	Count	26	18	67	21	11	40
	Row N %	23,4%	16,2%	60,4%	29,2%	15,3%	55,6%
VT P2 4	Count	32	9	69	14	12	46
	Row N %	29,1%	8,2%	62,7%	19,4%	16,7%	63,9%
VT P2 5	Count	33	31	47	20	18	34
	Row N %	29,7%	27,9%	42,3%	27,8%	25,0%	47,2%
VT P2 6	Count	86	12	13	65	5	2
	Row N %	77,5%	10,8%	11,7%	90,3%	6,9%	2,8%
VT P2 7	Count	81	11	19	52	9	11
	Row N %	73,0%	9,9%	17,1%	72,2%	12,5%	15,3%

Quadro VIII - Comparação dos dados da questão à questão relacionada com crenças sobre as relações sociais no seio das organizações - Teste Mann-Whitney

Test Statistics^a

	VT P2 1	VT P2 2	VT P2 3	VT P2 4	VT P2 5	VT P2 6	VT P2 7
Mann-Whitney U	3986,000	3782,500	3758,000	3785,000	3814,000	3464,000	3991,000
Wilcoxon W	10202,000	6410,500	6386,000	9890,000	10030,000	6092,000	10207,000
Z	-,064	-,673	-,770	-,589	-,557	-,299	-,018
Asymp. Sig. (2-tailed)	,949	,501	,441	,556	,577	,021	,985

a. Grouping Variable: questionario

Governança clínica – Parte 1:

Quadro IX - Dados da questão relacionada com os resultados clínicos de uma governança clínica efectiva distribuídos por gestores e clínicos

		questionario					
		Gestores			Clinicos		
		Concordo	Indiferente	Discordo	Concordo	Indiferente	Discordo
Perc Gov Clin P1 1	Count	85	14	13	40	20	10
	Row N %	75.9%	12.5%	11.6%	57.1%	28.6%	14.3%
Perc Gov Clin P1 2	Count	95	9	8	53	11	6
	Row N %	84.8%	8.0%	7.1%	75.7%	15.7%	8.6%
Perc Gov Clin P1 3	Count	100	9	3	62	7	1
	Row N %	89.3%	8.0%	2.7%	88.6%	10.0%	1.4%
Perc Gov Clin P1 4	Count	99	9	4	57	9	4
	Row N %	88.4%	8.0%	3.6%	81.4%	12.9%	5.7%
Perc Gov Clin P1 5	Count	99	10	3	59	9	2
	Row N %	88.4%	8.9%	2.7%	84.3%	12.9%	2.9%
Perc Gov Clin P1 6	Count	75	22	15	45	20	5
	Row N %	67.0%	19.6%	13.4%	64.3%	28.6%	7.1%
Perc Gov Clin P1 7	Count	90	14	8	52	12	6
	Row N %	80.4%	12.5%	7.1%	74.3%	17.1%	8.6%
Perc Gov Clin P1 8	Count	95	11	6	50	10	10
	Row N %	84.8%	9.8%	5.4%	71.4%	14.3%	14.3%

Quadro X - Comparação dos dados da questão relacionada com os resultados clínicos de uma governação efectiva Teste - Mann-Whitney

Test Statistics^a

	Perc Gov Clin P1 1	Perc Gov Clin P1 2	Perc Gov Clin P1 3	Perc Gov Clin P1 4	Perc Gov Clin P1 5	Perc Gov Clin P1 6	Perc Gov Clin P1 7	Perc Gov Clin P1 8
Mann-Whitney U	3245,000	3580,000	3898,000	3647,000	3762,500	3910,000	3688,000	3370,000
Wilcoxon W	9573,000	9908,000	10226,000	9975,000	10090,500	10238,000	10016,000	9698,000
Z	-2,389	-1,449	-,117	-1,299	-,776	-,035	-,929	-2,267
Asymp. Sig. (2-tailed)	,017	,147	,907	,194	,438	,972	,353	,023

a. Grouping Variable: questionario

Governação clínica – Parte 2:

Quadro XI - Dados da questão relacionada com os efeitos organizacionais da governação clínica distribuídos por gestores e clínicos

		questionario					
		Gestores			Clinicos		
		Concordo	Indiferente	Discordo	Concordo	Indiferente	Discordo
Perc Gov Clin P2 1	Count	13	14	84	8	21	40
	Row N %	11,7%	12,6%	75,7%	11,6%	30,4%	58,0%
Perc Gov Clin P2 2	Count	31	23	57	29	20	19
	Row N %	27,9%	20,7%	51,4%	42,6%	29,4%	27,9%
Perc Gov Clin P2 3	Count	17	14	79	14	24	30
	Row N %	15,5%	12,7%	71,8%	20,6%	35,3%	44,1%
Perc Gov Clin P2 4	Count	98	7	6	57	9	2
	Row N %	88,3%	6,3%	5,4%	83,8%	13,2%	2,9%
Perc Gov Clin P2 5	Count	20	23	68	15	20	33
	Row N %	18,0%	20,7%	61,3%	22,1%	29,4%	48,5%
Perc Gov Clin P2 6	Count	99	9	3	54	11	3
	Row N %	89,2%	8,1%	2,7%	79,4%	16,2%	4,4%

Quadro XII - Comparação dos dados da questão relacionada com os efeitos organizacionais da governação clínica - Teste Mann-Whitney

Test Statistics^a

	Perc Gov Clin P2 1	Perc Gov Clin P2 2	Perc Gov Clin P2 3	Perc Gov Clin P2 4	Perc Gov Clin P2 5	Perc Gov Clin P2 6
Mann-Whitney U	3232,000	2867,000	2810,000	3625,500	3321,000	3408,000
Wilcoxon W	5647,000	5213,000	5156,000	9841,500	5667,000	9624,000
Z	-2,157	-2,887	-3,203	-,746	-1,506	-1,778
Asymp. Sig. (2-tailed)	,031	,004	,001	,456	,132	,075

a. Grouping Variable: questionario

Autonomia

Quadro XIII - Dados da questão relacionada com a autonomia distribuídos por gestores e clínicos

		questionario					
		Gestores			Clinicos		
		Aumenta a autonomia	Não tem efeito na autonomia	Ameaça à autonomia	Aumenta a autonomia	Não tem efeito na autonomia	Ameaça à autonomia
Auton 1	Count	59	36	16	31	32	8
	Row N %	53,2%	32,4%	14,4%	43,7%	45,1%	11,3%
Auton 2	Count	93	16	3	60	10	2
	Row N %	83,0%	14,3%	2,7%	83,3%	13,9%	2,8%
Auton 3	Count	9	68	35	8	39	25
	Row N %	8,0%	60,7%	31,3%	11,1%	54,2%	34,7%
Auton 4	Count	60	37	14	43	26	2
	Row N %	54,1%	33,3%	12,6%	60,6%	36,6%	2,8%
Auton 5	Count	76	27	9	53	17	2
	Row N %	67,9%	24,1%	8,0%	73,6%	23,6%	2,8%
Auton 6	Count	50	40	18	29	35	8
	Row N %	46,3%	37,0%	16,7%	40,3%	48,6%	11,1%
Auton 7	Count	84	20	8	47	19	6
	Row N %	75,0%	17,9%	7,1%	65,3%	26,4%	8,3%

Quadro XIV - Comparação dos dados questão relacionada com a autonomia dos profissionais de saúde -

Teste Mann-Whitney

Test Statistics^a

	Auton 1	Auton 2	Auton 3	Auton 4	Auton 5	Auton 6	Auton 7
Mann-Whitney U	3678,500	4021,000	3988,500	3539,000	3750,500	3809,000	3656,000
Wilcoxon W	9894,500	6649,000	10316,500	6095,000	6378,500	9695,000	9984,000
Z	-,832	-,048	-,141	-1,314	-,997	-,252	-1,344
Asymp. Sig. (2-tailed)	,405	,962	,888	,189	,319	,801	,179

a. Grouping Variable: questionario

Prática clínica – Parte 1:

Quadro XV - Dados da questão relacionada com a prática clínica, distribuídos por gestores e clínicos

		questionario					
		Gestores			Clinicos		
		Um factor importante	um factor moderadamente importante	um factor pouco importante	Um factor importante	um factor moderadamente importante	um factor pouco importante
Prat Clin P1 1	Count	81	20	10	46	16	10
	Row N %	73,0%	18,0%	9,0%	63,9%	22,2%	13,9%
Prat Clin P1 2	Count	60	32	19	38	21	13
	Row N %	54,1%	28,8%	17,1%	52,8%	29,2%	18,1%
Prat Clin P1 3	Count	60	40	11	43	16	12
	Row N %	54,1%	36,0%	9,9%	60,6%	22,5%	16,9%
Prat Clin P1 4	Count	81	19	11	47	19	6
	Row N %	73,0%	17,1%	9,9%	65,3%	26,4%	8,3%
Prat Clin P1 5	Count	51	32	28	37	14	21
	Row N %	45,9%	28,8%	25,2%	51,4%	19,4%	29,2%
Prat Clin P1 6	Count	73	21	17	42	18	12
	Row N %	65,8%	18,9%	15,3%	58,3%	25,0%	16,7%
Prat Clin P1 7	Count	76	25	10	42	21	9
	Row N %	68,5%	22,5%	9,0%	58,3%	29,2%	12,5%
Prat Clin P1 8	Count	77	20	13	39	22	11
	Row N %	70,0%	18,2%	11,8%	54,2%	30,6%	15,3%

Quadro XVI - Comparação dos dados da questão relacionada com a variabilidade da prática clínica - Teste Mann-Whitney

Test Statistics^a

	Prat Clin P1 1	Prat Clin P1 2	Prat Clin P1 3	Prat Clin P1 4	Prat Clin P1 5	Prat Clin P1 6	Prat Clin P1 7	Prat Clin P1 8
Mann-Whitney U	3613,000	3936,500	3836,000	3736,000	3918,500	3726,000	3583,500	3366,000
Wilcoxon W	9829,000	10152,500	6392,000	9952,000	6546,500	9942,000	9799,500	9471,000
Z	-1,350	-,188	-,340	-,923	-,240	-,898	-1,394	-2,005
Asymp. Sig. (2-tailed)	,177	,851	,734	,356	,811	,369	,163	,045

a. Grouping Variable: questionario

Quadro XVII - Dados da questão relacionada com a importância atribuída à variabilidade da prática clínica, distribuídos por gestores e clínicos

		questionario							
		Gestores				Clínicos			
		1	2	3	4	1	2	3	4
Importancia Prat Clin (pág. 8)	Count	27	70	12	1	12	46	14	0
	Row N %	24,5%	63,6%	10,9%	,9%	16,7%	63,9%	19,4%	,0%

Quadro XVIII - Teste Mann-Whitney aplicado à importância da variabilidade da prática clínica

Test Statistics^a

	Importancia Prat Clin (pág. 8)
Mann-Whitney U	3464,000
Wilcoxon W	9569,000
Z	-1,672
Asymp. Sig. (2-tailed)	,094

Prática clínica – Parte 3:

Quadro XIX - Dados da questão relacionada com a experiência com diferentes métodos de monitorização e gestão do trabalho clínico distribuídos por gestores e clínicos

		questionario									
		Gestores					Clínicos				
		Como extensa	Como proficiente	moderada	ligeira	inexistente	Como extensa	Como proficiente	moderada	ligeira	inexistente
Prat Clin P3 1	Count	6	32	36	21	12	0	31	19	15	5
	Row N %	5,6%	29,9%	33,6%	19,6%	11,2%	,0%	44,3%	27,1%	21,4%	7,1%
Prat Clin P3 2	Count	5	28	37	25	12	2	10	19	29	10
	Row N %	4,7%	26,2%	34,6%	23,4%	11,2%	2,9%	14,3%	27,1%	41,4%	14,3%
Prat Clin P3 3	Count	10	50	37	8	2	3	35	17	13	2
	Row N %	9,3%	46,7%	34,6%	7,5%	1,9%	4,3%	50,0%	24,3%	18,6%	2,9%
Prat Clin P3 4	Count	2	25	41	25	12	0	7	22	19	21
	Row N %	1,9%	23,8%	39,0%	23,8%	11,4%	,0%	10,1%	31,9%	27,5%	30,4%
Prat Clin P3 5	Count	10	52	33	9	3	3	23	21	16	7
	Row N %	9,3%	48,6%	30,8%	8,4%	2,8%	4,3%	32,9%	30,0%	22,9%	10,0%
Prat Clin P3 6	Count	7	43	39	15	3	1	19	25	19	6
	Row N %	6,5%	40,2%	36,4%	14,0%	2,8%	1,4%	27,1%	35,7%	27,1%	8,6%
Prat Clin P3 7	Count	12	52	32	6	5	8	37	16	7	2
	Row N %	11,2%	48,6%	29,9%	5,6%	4,7%	11,4%	52,9%	22,9%	10,0%	2,9%
Prat Clin P3 8	Count	3	25	43	27	9	0	18	22	20	10
	Row N %	2,8%	23,4%	40,2%	25,2%	8,4%	,0%	25,7%	31,4%	28,6%	14,3%
Prat Clin P3 9	Count	9	54	30	9	5	7	29	21	9	4
	Row N %	8,4%	50,5%	28,0%	8,4%	4,7%	10,0%	41,4%	30,0%	12,9%	5,7%

Quadro XX - Comparação dos dados da questão relacionada com a classificação da experiência com diferentes métodos de monitorização e gestão do trabalho clínico - Teste Mann-Whitney

Test Statistics^a

	Prat Clin P3 1	Prat Clin P3 2	Prat Clin P3 3	Prat Clin P3 4	Prat Clin P3 5	Prat Clin P3 6	Prat Clin P3 7	Prat Clin P3 8	Prat Clin P3 9
Mann-Whitney U	3518,500	2914,000	3390,500	2490,000	2668,000	2741,000	3636,000	3407,000	3481,000
Wilcoxon W	6003,500	8692,000	9168,500	8055,000	8446,000	8519,000	6121,000	9185,000	9259,000
Z	-,710	-2,588	-1,148	-3,626	-3,421	-3,171	-,354	-1,059	-,849
Asymp. Sig. (2-tailed)	,478	,010	,251	,000	,001	,002	,723	,289	,396

a. Grouping Variable: questionario

Alocação de recursos

Quadro XXI - Dados da questão relacionada com a alocação dos recursos, distribuídos por gestores e clínicos

		questionario					
		Gestores			Clinicos		
		Concordo	Indiferente	Discordo	Concordo	Indiferente	Discordo
Al Rec 1	Count	56	5	49	45	7	18
	Row N %	50,9%	4,5%	44,5%	64,3%	10,0%	25,7%
Al Rec 2	Count	70	9	30	46	8	16
	Row N %	64,2%	8,3%	27,5%	65,7%	11,4%	22,9%
Al Rec 3	Count	23	11	75	16	11	43
	Row N %	21,1%	10,1%	68,8%	22,9%	15,7%	61,4%
Al Rec 4	Count	21	10	79	18	4	48
	Row N %	19,1%	9,1%	71,8%	25,7%	5,7%	68,6%
Al Rec 5	Count	98	4	8	48	7	14
	Row N %	89,1%	3,6%	7,3%	69,6%	10,1%	20,3%
Al Rec 6	Count	16	10	84	12	5	53
	Row N %	14,5%	9,1%	76,4%	17,1%	7,1%	75,7%
Al Rec 7	Count	50	12	48	40	9	21
	Row N %	45,5%	10,9%	43,6%	57,1%	12,9%	30,0%

Quadro XXII - Comparação dos dados da questão relacionada com a alocação dos recursos - Teste Mann-Whitney

Test Statistics^a

	Al Rec 1	Al Rec 2	Al Rec 3	Al Rec 4	Al Rec 5	Al Rec 6	Al Rec 7
Mann-Whitney U	3208,500	3710,000	3572,000	3677,000	3054,000	3805,000	3310,000
Wilcoxon W	5693,500	6195,000	6057,000	6162,000	9159,000	6290,000	5795,000
Z	-2,143	-,368	-,858	-,635	-3,255	-,177	-1,753
Asymp. Sig. (2-tailed)	,032	,713	,391	,525	,001	,859	,080

a. Grouping Variable: questionario

Responsabilização/Prestação de Contas

Quadro XXIII - Dados da questão relacionada com a responsabilização/prestação de contas distribuídos por gestores e clínicos

		questionário									
		Gestores					Clínicos				
		muito importante	importante	pouco importante	irrelevante	contraditório	muito importante	importante	pouco importante	irrelevante	contraditório
Resp/P Contas 1	Count	65	35	8	2	0	52	15	1	1	0
	Row N %	59,1%	31,8%	7,3%	1,8%	,0%	75,4%	21,7%	1,4%	1,4%	,0%
Resp/P Contas 2	Count	68	39	2	1	0	32	34	2	1	0
	Row N %	61,8%	35,5%	1,8%	,9%	,0%	46,4%	49,3%	2,9%	1,4%	,0%
Resp/P Contas 3	Count	41	58	7	3	1	11	39	10	9	0
	Row N %	37,3%	52,7%	6,4%	2,7%	,9%	15,9%	56,5%	14,5%	13,0%	,0%
Resp/P Contas 4	Count	58	41	8	2	1	29	36	2	1	1
	Row N %	52,7%	37,3%	7,3%	1,8%	,9%	42,0%	52,2%	2,9%	1,4%	1,4%
Resp/P Contas 5	Count	46	52	7	2	3	18	46	5	0	0
	Row N %	41,8%	47,3%	6,4%	1,8%	2,7%	26,1%	66,7%	7,2%	,0%	,0%
Resp/P Contas 6	Count	30	58	15	4	3	10	39	17	1	2
	Row N %	27,3%	52,7%	13,6%	3,6%	2,7%	14,5%	56,5%	24,6%	1,4%	2,9%
Resp/P Contas 7	Count	27	54	16	6	6	10	34	15	6	4
	Row N %	24,8%	49,5%	14,7%	5,5%	5,5%	14,5%	49,3%	21,7%	8,7%	5,8%
Resp/P Contas 8	Count	44	54	9	2	1	36	30	0	3	0
	Row N %	40,0%	49,1%	8,2%	1,8%	,9%	52,2%	43,5%	,0%	4,3%	,0%

Quadro XXIV - Teste Mann-Whitney aplicado à questão relacionada com a responsabilização / prestação de contas

Test Statistics^a

	Resp/P Contas 1	Resp/P Contas 2	Resp/P Contas 3	Resp/P Contas 4	Resp/P Contas 5	Resp/P Contas 6	Resp/P Contas 7	Resp/P Contas 8
Mann-Whitney U	3140,500	3201,500	2642,000	3499,500	3356,500	3193,500	3191,000	3246,000
Wilcoxon W	5555,500	9306,500	8747,000	9604,500	9461,500	9298,500	9186,000	5661,000
Z	-2,320	-2,021	-3,785	-,976	-1,462	-1,964	-1,829	-1,811
Asymp. Sig. (2-tailed)	,020	,043	,000	,329	,144	,050	,067	,070

a. Grouping Variable: questionário

Estabelecimento de normas

Quadro XXV - Dados da questão relacionada com o estabelecimento de normas para os cuidados médicos distribuídos por gestores e clínicos

		questionário					
		Gestores			Clínicos		
		Concordo	Indiferente	Discordo	Concordo	Indiferente	Discordo
Normas 1	Count	24	15	71	19	14	35
	Row N %	21,8%	13,6%	64,5%	27,9%	20,6%	51,5%
Normas 2	Count	91	13	6	52	8	9
	Row N %	82,7%	11,8%	5,5%	75,4%	11,6%	13,0%
Normas 3	Count	103	6	1	59	6	4
	Row N %	93,6%	5,5%	,9%	85,5%	8,7%	5,8%
Normas 4	Count	84	18	8	55	9	5
	Row N %	76,4%	16,4%	7,3%	79,7%	13,0%	7,2%
Normas 5	Count	95	13	2	55	10	4
	Row N %	86,4%	11,8%	1,8%	79,7%	14,5%	5,8%
Normas 6	Count	46	23	41	32	21	16
	Row N %	41,8%	20,9%	37,3%	46,4%	30,4%	23,2%
Normas 7	Count	70	12	28	45	11	13
	Row N %	63,6%	10,9%	25,5%	65,2%	15,9%	18,8%

Quadro XXVI - Teste Mann-Whitney aplicado à questão relacionada com o estabelecimento de normas para os cuidados médicos

Test Statistics^a

	Normas 1	Normas 2	Normas 3	Normas 4	Normas 5	Normas 6	Normas 7
Mann-Whitney U	3276,500	3481,000	3477,500	3677,000	3526,500	3375,500	3659,000
Wilcoxon W	5622,500	9586,000	9582,500	6092,000	9631,500	5790,500	6074,000
Z	-1,581	-1,332	-1,851	-,481	-1,244	-1,333	-,475
Asymp. Sig. (2-tailed)	,114	,183	,064	,630	,214	,183	,635

a. Grouping Variable: questionario

Gestão de Unidades de Saúde

Quadro XXVII - Dados da questão relacionada com a gestão de unidade de saúde distribuídos por gestores e clínicos

		questionario					
		Gestores			Clinicos		
		Concordo	Indiferente	Discordo	Concordo	Indiferente	Discordo
P V Gest Un Sd 1	Count	59	27	24	38	14	17
	Row N %	53,6%	24,5%	21,8%	55,1%	20,3%	24,6%
P V Gest Un Sd 2	Count	61	23	26	35	19	15
	Row N %	55,5%	20,9%	23,6%	50,7%	27,5%	21,7%
P V Gest Un Sd 3	Count	109	1	0	55	12	2
	Row N %	99,1%	,9%	,0%	79,7%	17,4%	2,9%
P V Gest Un Sd 4	Count	55	33	22	48	12	8
	Row N %	50,0%	30,0%	20,0%	70,6%	17,6%	11,8%
P V Gest Un Sd 5	Count	108	2	0	65	2	2
	Row N %	98,2%	1,8%	,0%	94,2%	2,9%	2,9%
P V Gest Un Sd 6	Count	101	7	2	61	6	2
	Row N %	91,8%	6,4%	1,8%	88,4%	8,7%	2,9%

Quadro XXVIII - Comparação dos dados da questão relacionada com a gestão de unidades clínicas Teste Mann-Whitney

Test Statistics^a

	P V Gest Un Sd 1	P V Gest Un Sd 2	P V Gest Un Sd 3	P V Gest Un Sd 4	P V Gest Un Sd 5	P V Gest Un Sd 6
Mann-Whitney U	3788,000	3690,000	3058,500	2970,000	3642,000	3664,500
Wilcoxon W	9893,000	9795,000	9163,500	5316,000	9747,000	9769,500
Z	-,023	-,343	-4,546	-2,601	-1,454	-,761
Asymp. Sig. (2-tailed)	,982	,731	,000	,009	,146	,447

a. Grouping Variable: questionario

Avaliação organizacional – Parte 1:

Quadro XXIX - Dados da questão relacionada com a percepção sobre as metas do Hospital distribuídos por gestores e clínicos

		questionário															
		Gestores								Clínicos							
		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
Aval Org P2 1	Count	8	2	7	13	5	18	15	33	3	5	1	6	1	8	11	32
	Row N %	7,9%	2,0%	6,9%	12,9%	5,0%	17,8%	14,9%	32,7%	4,5%	7,5%	1,5%	9,0%	1,5%	11,9%	16,4%	47,8%
Aval Org P2 2	Count	8	20	10	14	14	17	15	3	11	12	8	10	15	6	4	1
	Row N %	7,9%	19,8%	9,9%	13,9%	13,9%	16,8%	14,9%	3,0%	16,4%	17,9%	11,9%	14,9%	22,4%	9,0%	6,0%	1,5%
Aval Org P2 3	Count	22	9	15	8	20	12	10	5	9	8	6	5	8	17	10	4
	Row N %	21,8%	8,9%	14,9%	7,9%	19,8%	11,9%	9,9%	5,0%	13,4%	11,9%	9,0%	7,5%	11,9%	25,4%	14,9%	6,0%
Aval Org P2 4	Count	24	13	19	12	14	10	8	1	15	12	6	5	11	3	6	9
	Row N %	23,8%	12,9%	18,8%	11,9%	13,9%	9,9%	7,9%	1,0%	22,4%	17,9%	9,0%	7,5%	16,4%	4,5%	9,0%	13,4%
Aval Org P2 5	Count	4	9	9	11	17	11	23	17	5	6	11	10	6	11	10	8
	Row N %	4,0%	8,9%	8,9%	10,9%	16,8%	10,9%	22,8%	16,8%	7,5%	9,0%	16,4%	14,9%	9,0%	16,4%	14,9%	11,9%
Aval Org P2 6	Count	21	16	18	17	12	7	9	1	14	6	12	7	10	12	6	0
	Row N %	20,8%	15,8%	17,8%	16,8%	11,9%	6,9%	8,9%	1,0%	20,9%	9,0%	17,9%	10,4%	14,9%	17,9%	9,0%	0,0%
Aval Org P2 7	Count	8	27	15	17	13	12	6	3	7	14	13	12	9	4	6	2
	Row N %	7,9%	26,7%	14,9%	16,8%	12,9%	11,9%	5,9%	3,0%	10,4%	20,9%	19,4%	17,9%	13,4%	6,0%	9,0%	3,0%
Aval Org P2 8	Count	6	5	8	9	6	14	15	38	3	4	10	12	7	6	14	11
	Row N %	5,9%	5,0%	7,9%	8,9%	5,9%	13,9%	14,9%	37,6%	4,5%	6,0%	14,9%	17,9%	10,4%	9,0%	20,9%	16,4%

Quadro XXX - Comparação dos dados da questão relacionada com a percepção sobre as metas do Hospital - Teste Mann-Whitney

	Test Statistics ^a							
	Aval Org P2 1	Aval Org P2 2	Aval Org P2 3	Aval Org P2 4	Aval Org P2 5	Aval Org P2 6	Aval Org P2 7	Aval Org P2 8
Mann-Whitney U	2801,500	2767,500	2799,000	3065,500	2853,000	3046,500	3358,000	2617,000
Wilcoxon W	7952,500	5045,500	7950,000	8216,500	5131,000	8197,500	5636,000	4895,000
Z	-1,952	-2,017	-1,914	-1,043	-1,736	-1,105	-,084	-2,528
Asymp. Sig. (2-tailed)	,051	,044	,056	,297	,083	,269	,933	,011

a. Grouping Variable: questionario

Avaliação organizacional – Parte 3:

Quadro XXXI - Dados da questão relacionada com o sentimento geral sobre o Hospital distribuídos por gestores e clínicos

	questionário											
	Gestores						Clínicos					
	Concordo		Indiferente		Discordo		Concordo		Indiferente		Discordo	
	Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %	Count	Row N %
Aval Org P3 1	98	89,9%	7	6,4%	4	3,7%	58	82,9%	8	11,4%	4	5,7%
Aval Org P3 2	80	74,8%	14	13,1%	13	12,1%	43	61,4%	13	18,6%	14	20,0%
Aval Org P3 3	56	51,9%	19	17,6%	33	30,6%	29	41,4%	22	31,4%	19	27,1%
Aval Org P3 4	12	11,0%	25	22,9%	72	66,1%	20	28,6%	13	18,6%	37	52,9%
Aval Org P3 5	35	32,4%	31	28,7%	42	38,9%	24	34,3%	28	40,0%	18	25,7%
Aval Org P3 6	33	30,8%	34	31,8%	40	37,4%	14	20,0%	24	34,3%	32	45,7%
Aval Org P3 7	17	15,7%	6	5,6%	85	78,7%	9	12,9%	8	11,4%	53	75,7%
Aval Org P3 8	56	52,8%	26	24,5%	24	22,6%	31	44,3%	17	24,3%	22	31,4%
Aval Org P3 9	16	14,8%	9	8,3%	83	76,9%	11	15,7%	11	15,7%	48	68,6%
Aval Org P3 10	87	80,6%	12	11,1%	9	8,3%	41	58,6%	22	31,4%	7	10,0%
Aval Org P3 11	67	62,6%	22	20,6%	18	16,8%	27	38,6%	24	34,3%	19	27,1%
Aval Org P3 12	32	29,9%	25	23,4%	50	46,7%	33	47,1%	8	11,4%	29	41,4%
Aval Org P3 13	73	67,6%	17	15,7%	18	16,7%	47	67,1%	15	21,4%	8	11,4%

**Quadro XXXII - Comparação dos dados da questão relacionada com o sentimento geral sobre o Hospital -
Teste Mann-Whitney**

Test Statistics^a

	Aval Org P3 1	Aval Org P3 2	Aval Org P3 3	Aval Org P3 4	Aval Org P3 5	Aval Org P3 6	Aval Org P3 7	Aval Org P3 8	Aval Org P3 9	Aval Org P3 10	Aval Org P3 11	Aval Org P3 12	Aval Org P3 13
Mann-Whitney U	3548,000	3232,000	3568,500	3139,500	3400,000	3275,000	3708,000	3311,000	3505,500	3006,000	2851,500	3262,000	3730,000
Wilcoxon W	9543,000	9010,000	9454,500	5624,500	5885,000	9053,000	6193,000	8982,000	5990,500	8892,000	8629,500	5747,000	6215,000
Z	-1,359	-1,898	-,682	-2,292	-1,200	-1,504	-,294	-1,311	-1,058	-2,926	-2,954	-1,567	-,180
Asymp. Sig. (2-tailed)	,174	,058	,496	,022	,230	,133	,768	,190	,290	,003	,003	,117	,857

a. Grouping Variable: questionario

Papel dos cuidados de saúde primários

Quadro XXXIII - Comparação dos dados da questão relacionada com o papel dos Cuidados de Saúde Primários

		questionario									
		Gestores					Clínicos				
		Concordo plenamente	Concordo	Concordo ligeiramente	Nenhum papel	Não sabe	Concordo plenamente	Concordo	Concordo ligeiramente	Nenhum papel	Não sabe
Papel CSP	Count	56	50	3	0	0	30	28	4	1	3
	Row N %	51,4%	45,9%	2,8%	,0%	,0%	45,5%	42,4%	6,1%	1,5%	4,5%

Quadro XXXIV - Comparação dos dados da questão relacionada com o papel dos Cuidados de Saúde Primários - Teste Mann-Whitney

Test Statistics^a

	Papel CSP
Mann-Whitney U	3220,000
Wilcoxon W	9215,000
Z	-1,304
Asymp. Sig. (2-tailed)	,192

ANEXO 5

Comentários de gestores e de clínicos

Nota: Foi atribuído um número interno a cada questionário de acordo com a ordem de chegada do mesmo, que se inicia em 1 em cada uma das amostras: gestores e clínicos.

Assim, o número apresentado à esquerda de cada comentário corresponde aos comentários do respectivo questionário.

Anexo 5: Comentários de gestores e de clínicos

Comentários dos Gestores

Percepção sobre a Governação Clínica - Parte 2

- | N.º | Comentários dos gestores |
|------------|--|
| 3 | (Com um * na resposta 4) Governação por processos e multiprofissional é mais importante do que por patologias - centremos mais no cidadão e nas respostas de todos. |
| 5 | Governação clínica é um conceito muito abstracto. |
| 23 | É um disparate e uma vergonha. |
| 38 | Compete às Direcções Clínicas implementar dentro de cada Centro Hospitalar a governação clínica. |
| 45 | É um pilar fundamental na procura da qualidade com vista à eficiência e à eficácia. |
| 49 | A governação clínica pelos pressupostos que a sustentam, implica também uma mudança cultural nas organizações. Exige uma abordagem multiprofissional e multidisciplinar, cooperação, articulação, complementaridade, etc., e a apropriação destes pressupostos por todos os actores. É necessário "querer" estar e uma forma diferente e "crer" nessa outra forma de estar. Isto implica desviar o foco das lógicas individuais e corporativas para as efectivas necessidades em saúde dos cidadãos. |
| 58 | É necessária uma cultura diferente: em termos de abertura, boa vontade, liberdade, autonomia e responsabilidade e cumprimento rigoroso do estipulado. |
| 62 | A governação deve fundamentar-se mais na qualidade de cuidados prestados aos utentes e não tanto na quantidade de cuidados e de seus custos. |
| 64 | Considero a governação clínica uma nova cultura a implementar nas Instituições que prestam cuidados de saúde e que os pretendem prestar com qualidade e responsabilidade social. Implica o envolvimento daqueles que prestam cuidados e dos que gerem as Instituições com o objectivo único - QUALIDADE. |
| 69 | Deve ser efectiva e efectivada, por elemento a "tempo inteiro", com conhecimentos amplos do sector clínico, de gestão na área da saúde e conhecimentos de economia. |
| 74 | Indispensável em qualquer estrutura de saúde. Aliás a governação clínica deve prevalecer sobre as outras componentes de gestão. |
| 77 | A governação clínica deve ser entendida como interdisciplinaridade (corpo clínico constituído por Enfermeiros/Médicos/TDT/Psicólogos) e Gestão. |
| 80 | Só se pode fazer governação clínica quando no currículo de formação do médico haja formação obrigatória sobre o assunto, que devia começar na pré-graduação. |
| 86 | Clarificação. |
| 91 | Com bons sistemas de informação que disponibilizem indicadores de saúde uniformes e compatíveis entre todo o SNS. |
| 94 | Conceito que continua pouco implementado em Portugal. |
| 110 | Devia ser mais efectiva. |

Alocação de Recursos

- | N.º | Comentários dos gestores |
|------------|---|
| 3 | (Com um * na resposta 1) Há outras características da organização que também têm influência, ex. dimensão da organização, serviços de apoio. |
| 5 | A alocação de recursos, deve ser feita criteriosamente, tendo em atenção uma multiplicidade de factores utilizando sempre critérios de eficácia e de eficiência. |
| 11 | A alocação de recursos devia ser fundamental atendendo à influência que as dotações têm na qualidade dos cuidados prestados. Estudos demonstram que dotações insuficientes, não sendo seguras levam ao erro e conseqüentemente, o erro leva ao aumento de custos ou até, em alguns casos, à ameaça da vida. |
| 25 | O clínico, deve ser informado permanentemente dos custos de decisão clínica, permitindo a melhor escolha clínica com menos custos. |

- 28 Os recursos são insuficientes com as necessidades individuais dos doentes.
- 31 A alocação dos recursos deverá ser feita de acordo com as necessidades dos serviços de modo proporcional mesmo em situação de crise.
- 31 Os serviços de staff deveriam funcionar mais em prol dos serviços que prestam cuidados directos aos doentes e não o contrário: o que se verifica é que institucionalmente, os horários de funcionamento e o fornecimento dos materiais é feito em prol exclusivo dos armazéns, laboratórios, etc., tendo inclusive, de ser os funcionários dos serviços de doentes deslocarem-se aos serviços de staff para resolverem as situações em vez de serem estes a deslocarem-se aos serviços.
- 41 Relativamente à primeira questão: A alocação de recursos em saúde, deve contemplar a investigação, ensino, formação e supervisão clínica.
- 41 Relativamente à última questão: A responsabilidade com o doente não deve ser exclusivamente ligada à responsabilização financeira, mas mais pelo quadro ético, legal e deontológico.
- 49 Independentemente da ambição de cada profissional, os recursos terão que ser apenas aqueles que nos são disponibilizados e é um imperativo ético e profissional utilizá-los com a máxima eficácia. Esta ideia não está presente na maioria dos profissionais.
- 53 Deve entender-se que a alocação de recursos é efectuada tendo em consideração os recursos das equipas multidisciplinares pois caso haja desequilíbrios os riscos aumentam com influência na qualidade e no grau de satisfação dos utentes e profissionais.
- 58 Concentrar os recursos (equipamentos caros, ex. tecnologia de ponta).
- 58 Na alocação de recursos de materiais, os utilizadores deveriam sempre serem ouvidos. Envolver os profissionais nas decisões a este nível.
- 58 Aproximar o custo do preço.
- 64 Mesmo na gestão, a regra do "bom senso" deve estar presente.
- 75 A satisfação das necessidades de saúde de cada indivíduo deve estar no centro dos objectivos de um serviço clínico. Sendo os recursos finitos, a limitação aquela oferta apenas pode resultar de uma alocação que contribua para a equidade e o acesso proporcionados a todos os indivíduos.
- 77 A alocação de recursos deve basear-se em critérios de eficiência e eficácia e não em interesses individuais dos profissionais.
- 80 Devemos em primeiro lugar acabar com o desperdício; em segundo, investir sobretudo na prevenção (alocação de mais recursos); em terceiro na promoção para a saúde da população e em quarto lugar na medicina curativa.
- 82 A alocação de recursos deve corresponder às necessidades dos doentes, acautelando equidade e acesso. Porém a avaliação da solução economicamente mais vantajosa deve ser sempre considerada.
- 86 Locais de trabalho e competências.
- 91 Os recursos devem ser atribuídos com base em critérios uniformes de eficiência e eficácia e de acordo com os recursos disponíveis e o tipo de população que servem e dos meios assistenciais que dispõem.
- 101 No actual contexto económico, preocupações com custos e com eficiência têm que andar a par com preocupações com equidade e o acesso.
- 103 A limitação de recursos implica decisões difíceis, mas necessárias. A governação clínica como instrumento de gestão facilita aquele processo de decisão que terá sempre como limites a equidade e o acesso.

O que mudaria?

Desempenho Clínico

N.º

Comentários dos gestores

- 1 Remuneração em função da produtividade e da avaliação do desempenho.
- 1 Revisão da Utilização (PRU's) e revisão entre pares (*Peer review*).
- 1 Sistema de informação clínica.
- 2 Dotar as Áreas de Gestão Intermédia de autonomia financeira e administrativa para melhor ir ao encontro das necessidades efectivas dos serviços e do seu desempenho clínico.
- 3 Incremento de guias orientadoras de boas práticas e auditorias ao seu cumprimento com

- implementação de projectos/programas de melhoria contínua da qualidade.
- 3 Cuidados mais centrados no cidadão e família como principais actores dos seus projectos de saúde, visando a sua potenciação para gerirem os seus projectos de saúde em família.
 - 3 Designação de gestores de cliente que coordenassem e integrassem todo o processo de prestação de cuidados da admissão até à alta.
 - 4 Adopção de guidelines nacionais e internacionais.
 - 4 *Accountability* pelas suas acções.
 - 4 Estabelecimento de incentivos directamente relacionados com a produtividade.
 - 5 Dedicção exclusiva.
 - 5 Cumprimento rigoroso dos horários de trabalho.
 - 5 Criação de equipas multidisciplinares.
 - 7 Criação de condições de trabalho mais adequadas e estímulo à produtividade com reconhecimento das grandes assimetrias existentes entre as diversas especialidades e dentro delas, das patologias tratadas.
 - 7 Auditorias externas que permitissem não só avaliarem a qualidade do trabalho mas que tivessem também "poder" de influenciar os centros de decisão e gestão.
 - 9 Diminuição das actividades que se prendem com aspectos burocráticos.
 - 9 Informatização dos processos clínicos.
 - 9 Utilização adequada dos indicadores fornecidos, por ex. adequação diária dos recursos humanos, face aos indicadores expressos pelo sistema de classificação de doentes / CE.
 - 10 Separação do pagador / prestador com criação de "Unidades de negócio" nos serviços hospitalares.
 - 12 Remuneração justa.
 - 14 Definição da visão e da missão do respectivo Serviço.
 - 14 Serviços como Centro de Custos alterados para Centros de Responsabilidade.
 - 14 Cultura de responsabilidade, assente em novas unidades organizacionais [Nota da autora: letra imperceptível] relações contratuais.
 - 14 Separação do público/privado.
 - 15 Pagamento por desempenho.
 - 15 Criação de um sistema que ajuste remunerações com: 1) Desempenho profissional (produtividade); 2) Qualidade no atendimento do doente; 3) Qualidade na integração em equipa.
 - 15 Criar um estatuto remuneratório com salário base ao qual são acrescidos suplementos variáveis de acordo com a produção individual (0 a 50%) e produção em equipa (0-80%).
 - 20 Desenvolvimento de lideranças fortes.
 - 20 Criação de grupos de trabalho efectivos.
 - 20 Acompanhamento dos grupos de trabalho.
 - 20 Apresentação pública dos resultados com propostas de melhoria.
 - 20 Prestação de contas das responsabilidades definidas.
 - 24 Adequar o espaço físico às necessidades quanto ao ensino clínico, retirar as aulas práticas das unidades de tratamento. Existe demasiado nº de alunos junto dos doentes.
 - 24 Alteração nas diversas formações do ensino clínico, pré e pós graduado, sendo tudo em simultâneo no mesmo período de tempo para a prestação dos cuidados.
 - 24 Em relação às Consultas Externas, a relação entre o número de clínicos e o horário dos clínicos não é adequado. Demasiados utentes para o número de clínicos e respectivo horário.
 - 25 Ajustamento de recursos clínicos ao movimento assistencial.
 - 25 Ajustamento dos equipamentos médicos e outros às necessidades da qualidade e inovação e que promovam a facilidade dos registos médicos e avaliação do trabalho realizado.
 - 26 Cultura de reuniões clínicas inter especialidades e discussão de casos clínicos.
 - 26 Cultura do custo/benefício - o clínico devia sempre saber o custo dos exames que está a pedir.
 - 26 Grupos de Trabalho para definição de estratégias terapêuticas.
 - 27 A total separação entre público e privado.
 - 27 Maior especialização.
 - 27 Incentivos à produção e à qualidade com auditorias sistemáticas.
 - 27 Remunerações compatíveis com as exigências.
 - 27 Reconhecimento do mérito.

- 27 Mais incentivos à investigação e formação.
- 27 Mais participação na escolha dos equipamentos e materiais a utilizar.
- 27 Mais participação na escolha da equipa de trabalho.
- 29 Maior responsabilização dos profissionais na prestação dos cuidados.
- 31 Melhor ajuste de recursos às necessidades dos serviços de forma mais independente/ imparcial. Verifica-se, por vezes, haver influência de factores/preferenciais pessoais pelos gestores dos serviços por parte de administração para lhe afectar os recursos.
- 31 Financiamento por objectivos de produção que envolvesse melhor a dinâmica dos serviços.
- 32 O facto de haver um número muito elevado de pessoas a circular na enfermaria prejudica o desempenho profissional. Por exemplo, é frequente haver aulas de medicina nos quartos, junto aos doentes (20-30 alunos) que desrespeitam a privacidade e individualidade dos doentes internados, bem como as normas hospitalares (referentes ao ruído, por ex.).
- 33 Mais envolvimento das equipas na cultura organizacional, nas decisões, nas despesas e financiamentos.
- 34 Substituição imediata dos aposentados ou dos médicos que deixaram o serviço.
- 34 Atendimento por parte do C.A. para substituição de material degradado ou obsoleto.
- 34 Aumento do número de anestesistas para a cirurgia ter um volume maior.
- 34 Horários diferentes para os clínicos para o Hospital funcionar todo o ano.
- 35 Separação e definição concreta da actividade assistencial e a de formação pré-graduada, isto é, separarem definitivamente o que é "Faculdade" e o que é "Hospital". A utilização dos recursos humanos hospitalares pela Faculdade prejudica a organização da actividade assistencial.
- 35 O trabalho médico deveria preferencialmente ser prestado em regime de exclusividade de funções.
- 38 É necessário estruturar os hospitais ou centros hospitalares por centros de responsabilidade funcionando como gestão intermédia com recursos próprios em que obrigassem a uma melhor entrelaçada entre os serviços com actividades comuns. Existe a legislação e não se concretiza por dificuldade de articulação com os C.A. e os Directores de Serviço que gostam de tratar os seus serviços como uma quinta isolada, em vez de partilharem recursos e espaços, permitindo melhor rentabilização na gestão e desempenho clínico.
- 41 Planeamento, controlo e aproveitamento das capacidades instaladas.
- 41 É possível fazer melhor com os recursos disponíveis. Para isso é essencialmente necessário não mudar nada em termos legislativos mas apenas: As ineficiências na gestão de recursos, consequência de condutas profissionais deterioradoras do bem comum, devem ser monitorizadas, avaliadas e em última análise punidos como está a acontecer nos Países Nórdicos.
- 42 A escolha dos produtos / bens / equipamentos deve ser feita tendo em conta a opinião de quem utiliza e não só o seu custo.
- 44 Recursos adequados.
- 44 Promover formação.
- 44 Premiar o bom desempenho.
- 45 Prémios de produtividade.
- 45 Apoios sociais por ex: creche, refeitório com melhor qualidade
- 45 Discussão de casos clínicos entre pares de diferentes sectores.
- 45 Concursos de ideias.
- 45 Reconhecimento de mérito.
- 45 Publicação dos casos menos frequentes e que foram resolvidos com sucesso.
- 46 Informatização dos Serviços.
- 46 Processo Clínico único a nível Regional/Nacional.
- 46 Protocolos de actuação.
- 47 Desempenho por objectivos de qualidade.
- 48 Priorização dos cuidados.
- 48 Financiamento pela produção.
- 49 Os critérios remuneratórios deviam ter um indexante que premiasse a produtividade.
- 49 As estruturas de gestão intermédias deviam ter mais poder no controlo dos meios e da estrutura de produção de cuidados (nem sequer trabalho extraordinário podem autorizar, apesar de existir um tecto previamente autorizado. Aposentações e outras saídas não dão origem a um processo de

- substituição imediato, etc.)
- 49 Os custos de estrutura decorrentes da missão, por exemplo, uma urgência com todas as valências, deviam ser fixos e não condicionados à procura.
 - 49 O valor dos GDH's e os factores que concorrem para a sua determinação deviam ser actualizados, ponderando nomeadamente o factor "mão-de-obra" no tempo de trabalho médio afecto a cada GDH.
 - 52 Eliminação de redundâncias.
 - 52 Sinergia de escalas.
 - 52 Desempenho por objectivos.
 - 52 Livre opção do sistema de trabalho (público ou privado).
 - 53 Formação.
 - 53 Melhorar canais de comunicação.
 - 54 O investimento em novas tecnologias que podem beneficiar a eficiência é diminuto.
 - 54 As actuais tecnologias de informação quer de hardware quer de software são obsoletas; fazem perder imenso tempo e não ajudam no tratamento dos doentes, nem no desempenho clínico, não ajudam na epidemiologia, etc.
 - 54 Os recursos estão desajustados, há muitos cirurgiões, poucos anestesistas, poucos enfermeiros, secretariado clínico com grandes ineficiências e muito absentismo.
 - 55 Financiamento muito rigoroso dirigido a áreas mais carenciadas.
 - 55 Responsabilização.
 - 56 Responsabilização no cumprimento de horários de trabalho e produtividade.
 - 57 Controle da produtividade.
 - 57 Separação entre público e privado.
 - 57 Implementação do sistema de remuneração por objectivos.
 - 58 Melhorar o circuito de informação.
 - 58 Envolvência na tomada de decisões.
 - 58 Estimular os colaboradores proporcionando maior autonomia, maior responsabilidade, dar importância aos valores partilhados.
 - 58 Criar uma política de recursos humanos dentro das organizações: formação contínua, incentivos; motivação, dedicação plena (exclusiva).
 - 58 Identificação com a Instituição.
 - 58 Mudança nos maus hábitos de prescrição.
 - 59 Maior rigor na avaliação.
 - 59 Melhor integração dos profissionais com bom acompanhamento.
 - 59 Recursos mais ajustados.
 - 59 Melhor distribuição dos incentivos.
 - 63 Definição dos objectivos claros. Implicar a equipa na definição dos mesmos. Avaliação intercalar dos resultados. Redefinição se necessário.
 - 63 Incentivos conforme a qualidade do serviço prestado.
 - 63 Planos de trabalho organizados.
 - 64 Em termos administrativos considero que a existência de incentivos pode ser um factor que ajuda a melhorar o desempenho se for aplicado a todos os elementos das equipas de saúde caso contrário pode surtir efeitos adversos.
 - 64 Facilitação do acesso à formação.
 - 64 Implicar os funcionários (elementos de equipa) na gestão da própria unidade.
 - 67 Financiamento diferenciado em certas patologias consideradas de grandes recursos (ex. esclerose múltipla).
 - 69 Organização. Organização. Organização. Como em tudo a organização é o essencial para se projectarem todas as necessidades na saúde e não só. Na Saúde a desorganização impera, aliás como é visível em quase todas as outras áreas deste nosso Portugal.
 - 72 Trabalho em equipa.
 - 72 Proporcionar que os profissionais se actualizem na instituição.
 - 72 Discussão e implementação de protocolos.
 - 72 Discussão clínica abertas e para todos os clínicos.

- 72 Normas orientadoras actualizadas para grupos de profissionais, de acordo com o conhecimento científico actual, que se estenda a todos os serviços clínicos.
- 72 Proporcionar boas condições físicas no local de trabalho.
- 73 Avaliação dos resultados clínicos e de técnicas aplicadas por equipas independentes e credíveis de forma a classificar os serviços prestados.
- 75 Valorização de metas de qualidade assistencial e não apenas de produtividade ou de gestão financeira.
- 75 Real integração dos gestores/administradores na vida clínica dos serviços de modo a terem um entendimento mais profundo e específico sobre os problemas e objectivos assistenciais que são o verdadeiro centro de actividade da Instituição.
- 77 Maior e melhor articulação entre os diversos grupos profissionais de saúde.
- 77 Promoção de discussão interdisciplinar dos casos clínicos.
- 77 Criação da figura "Gestor do Doente".
- 77 Promoção de reuniões profissionais de saúde/Conselho de Administração.
- 77 Criação do "Provedor do Doente".
- 78 Melhorar o conhecimento sobre os critérios de financiamento dos GDH. Afinar os GDH tendo incluído diagnósticos de enfermagem.
- 78 A administração da Área de Gestão Intermédia deveria ser mais próxima, ser proactiva, ou seja, não corrigir resultados, pensar nos processos que conduzam aos melhores resultados.
- 79 Financiamento: com base nos resultados clínicos obtidos.
- 79 Organização: autonomia na constituição das equipas.
- 79 Administração: descentralização da gestão com responsabilização dos gestores.
- 80 Que a administração desse conta do seu desempenho mais frequentemente aos clínicos.
- 80 Que houvesse simplificação de procedimentos.
- 80 Ligação fácil entre o Hospital e os Centros de Saúde da área de referenciação.
- 80 Boas redes de referenciação.
- 80 Auditorias internas e externas.
- 80 Cultura de avaliação a todos os níveis.
- 80 Regras para prevenção do erro médico, não no sentido de castigo mas pedagógicas.
- 80 Obrigatoriedade de autópsias a todos os doentes falecidos no hospital para avaliação das causas.
- 81 Melhorar nos sistemas de informação.
- 81 Incentivos/Prémios de desempenho relacionados com a actividade / eficácia.
- 81 Reconhecimento público do mérito.
- 81 Diálogo entre os Conselhos de Administração e as Direcções de Serviço/Chefias intermédias.
- 82 Melhor definição de funções dos colaboradores nos serviços.
- 82 Maior investimento na valorização pessoal dos colaboradores.
- 82 Estabelecimento de "guidelines" para actuações claras.
- 82 Maior compromisso da tutela com as áreas de gestão da qualidade e segurança do doente.
- 82 Adequação mais ajustada dos recursos materiais e dos recursos humanos às necessidades.
- 82 Aumentar a decisão interdisciplinar face ao diagnosticar e terapêutica a instituir.
- 82 A renovação de equipamentos e metodologias deve ser uma preocupação constante.
- 83 Melhoria nos sistemas de informação.
- 83 Prémios de Desempenho.
- 83 Reconhecimento do mérito, de âmbito público.
- 83 Diálogo dos Conselhos de Administração com as Direcções Clínicas.
- 84 Financiamento por objectivos.
- 84 Capacidade de incentivo às equipas em produtividade e qualidade.
- 84 Hierarquização de objectivos (ex: enquanto houver listas de espera não há sub-especialização ou ultra-especialização).
- 85 Remuneração de acordo com o grau da carreira profissional.
- 85 Incentivos aos objectivos propostos e aceites pelos Serviços.
- 85 Incentivos à inovação e investigação.
- 85 Responsabilização dos Administradores Hospitalares com os objectivos dos Serviços.
- 86 Monitorização e métrica.

- 87 Entendendo clínico como médico, "Avaliar": Horário de trabalho; Exclusividade; Tempos cirúrgicos > Produtividade >> Objectivos de Produção >> Incentivar >> Avaliação >> Produtividade.
- 88 Processos de contratualização.
- 88 Adopção de modelos nos padrões de prática clínica baseada na evidência científica, documentada e avaliadas.
- 89 Estabelecer mecanismos de PRU's.
- 89 Associar a avaliação de desempenho a incentivos.
- 90 Melhor adequação dos recursos humanos às necessidades de cuidados.
- 90 Mais celeridade na aquisição de materiais / equipamentos às necessidades.
- 91 O Plano de Actividades e Orçamento deveria ser participativo e com base numa estratégia de médio e longo prazo.
- 91 Os Serviços deveriam ter uma gestão por departamentos (vários Serviços com afinidades estarem apenas sobre uma Direcção Clínica e de Enfermagem).
- 91 Mais autonomia na gestão de recursos e investimentos.
- 93 Mutaçao da rentabilidade de médicos/enfermeiros.
- 93 Trabalhos por objectivos.
- 94 Auditorias clínicas sistemáticas (não punitivas) com implementação de medidas correctivas e preventivas que diminuam riscos clínicos e melhorem a variabilidade em prestadores de cuidados.
- 95 Informatização dos processos clínicos.
- 95 Normalização de procedimentos universais.
- 95 Conhecimentos na área do atendimento personalizado/relação de ajuda.
- 95 Centralização do cuida, ao doente e à família.
- 95 Sistematização das situações de risco.
- 95 Avaliações da qualidade.
- 96 Exigir maiores níveis de produtividade.
- 97 Concessão da exploração dos serviços a grupos de médicos que neles trabalhem e que o pretendam.
- 97 Delegação de competências.
- 97 Contratualização mediada pelo Serviço de Codificação Clínica, com acompanhamento.
- 97 Desburocratização.
- 98 Separação do sector público/privado ou pelo menos mais disciplina no desempenho em ambos os sectores.
- 99 Centro de custos independentes para os vários serviços.
- 99 Extinção das diferenças de remuneração que beneficiam as especialidades cirúrgicas.
- 99 Alteração dos GDH's.
- 99 Valorização do trabalho multidisciplinar.
- 102 Estabelecimento de mecanismos credíveis e atempados de: i. monitorização da quantidade de trabalho; ii. monitorização significativa de qualidade de trabalho.
- 102 Estabelecimento de sistemas de incentivo e reconhecimento.
- 102 Aplicação activa e flexível de guidelines/normas.
- 103 A relação financiamento/desempenho clínico deveria ser efectiva e valorizada.
- 103 A falta de responsabilização dos actores pelo processo produtivo tem sido uma característica comum e ao mesmo tempo motivadora das ineficiências existentes no campo da saúde.
- 108 Revisão regular da adequação dos internamentos e da manutenção em cama hospitalar dos doentes internados. Adopção e divulgação clara das normas que os definem.
- 108 Adopção de critérios para definir estado de "Doença Terminal" e de quais os cuidados e atitudes a tomar pelos profissionais de saúde neste contexto.
- 108 Utilização corrente das normas de conduta/guidelines já estabelecidas para as patologias mais frequentemente tratadas nos Serviços. Revisão regular de uma prática.
- 108 Acompanhamento dos custos com produtos farmacêuticos utilizados em cada serviço numa base mensal. Avaliação global e por subgrupos terapêuticos. Identificação mensal, actualizada, dos custos dos principais protocolos terapêuticos utilizados em cada serviço.

112 Penso que deveria haver uma componente importante no vencimento dos funcionários ligado directamente ao grau de produtividade.

O que mudaria?

Experiência de trabalho

N.º	Comentários dos gestores
1	Trabalho em equipa (com os pares); troca ou partilha de informação.
1	Sistema de informação de gestão.
1	Desmaterialização de processos; projecto "paper free" ou "paper less".
2	Subdelegação de competências nas AGI's por parte do Conselho de Administração com avaliação de desempenho das mesmas e sistema de incentivos que premeie o bom desempenho e puna o mau desempenho.
3	Sistematização dos reflexos sobre as práticas em equipa.
3	Organização da actividade dos gestores com porções de gestão em colectivo (destes gestores), quer para resolução de problemas reais, quer em <i>role-playing</i> .
4	Articulação e ligação com investigação e desenvolvimento.
7	Necessidade de carreiras estruturadas e progressão nas mesmas.
7	Avaliação regular, com certificação.
9	Privilegiar a estabilidade das equipas.
9	Promover a dotação segura dos serviços em recursos humanos.
9	Respeitar os profissionais e combater a "política do boato".
10	Muito boa e reconfortante.
12	Reconhecimento pela Instituição e pelos superiores.
20	Criação de equipas dedicadas.
20	Acompanhamento da avaliação do desempenho baseadas em critérios reais.
20	Alocação de recursos de forma objectiva, transparente e com equidade.
20	Avaliação sistemática de forma realista.
24	O trabalho do enfermeiro integrado nas equipas multidisciplinares não é contabilizado financeiramente. Só é contabilizado estatisticamente.
24	Há necessidade de se valorizar o trabalho dos enfermeiros, nomeadamente muito importante no ensino de consultas em diabetologia onde têm um papel importantíssimo na educação terapêutica.
25	Informação atempada e "fina" dos "custos" de medicamentos, consumíveis e equipamentos que permitam aos clínicos melhor indicação terapêutica com menor recurso aos meios financeiros.
29	Incentivar e promover formação, ensinamentos no sentido de actualizar as suas práticas.
32	A comunicação inter-disciplinar, o entendimento da equipa multidisciplinar é muito importante, para que os doentes/pessoas sejam o centro dos cuidados em vez dos interesses pessoais ou economicistas cegos).
33	As metas são mais depressa atingidas, os objectivos são mais depressa alcançados quanto mais os colaboradores estiverem envolvidos e comprometidos com as decisões da Instituição.
35	Considero que os dois maiores entraves à actividade clínica são as "promiscuidades" (entenda-se a palavra no bom sentido) entre o Hospital e a Faculdade e entre o Hospital e a clínica privada.
41	Há uma ineficiência clara ao nível das capacidades instaladas.
41	O rácio de médico por habitante é muito elevado comparado com países nórdicos.
41	O rácio de enfermeiro por habitante é baixo comparado com países nórdicos.
41	É necessário investir na promoção da Saúde - prevenção de doenças com estratégias direccionadas para a capacitação das populações para a gestão de processos de saúde saudáveis.
42	Criar incentivos para o melhor desempenho.
45	Haver espaço ao desempenho tutelado por profissionais mais experientes.
45	Não associar o "erro" a um mau desempenho profissional.
45	Valorizar os incidentes, críticas como ponto da discussão e análise com vista a minorar os riscos.
46	Centralização de áreas clínicas.
47	Rotatividade por vários serviços.

- 49 A contratualização não devia ser exclusivamente com serviços, mas incluir também equipas e permitir-lhe a liberdade de escolher o modelo de organização e planeamento do trabalho que entendessem mais adequado para alcançar os objectivos e metas contratualizados.
- 52 Apoio formativo para as competências evidenciadas criando "*experts*" específicos.
- 52 Vinculação institucional para a consecução de quadros de excelência.
- 52 Adopção de estratégias que assegurem continuidade dos actos clínicos altamente diferenciados.
- 54 A oferta de cuidados de saúde não está ajustada às necessidades tendo em conta a equidade e as boas práticas.
- 54 Há pouco trabalho em equipa, muito trabalho individual, não há auditorias, não há gestão de risco, não há avaliação da qualidade.
- 55 Tomada de decisão com responsabilidade e conhecimento.
- 58 Partilha de saberes e opiniões.
- 58 Esclarecimentos pertinentes.
- 58 Melhorar a articulação das equipas intra e interdisciplinar.
- 58 Promover uma melhor coordenação entre cuidados.
- 63 Planos de trabalho médico sempre a serem alterados.
- 63 Serviço em reorganização (passou a ser Centro Hospitalar há cerca de ano e meio).
- 63 Pessoal resistente às mudanças e desmotivados.
- 63 Insegurança em relação ao futuro.
- 64 Embora tenha ainda pouco conhecimento deste Centro Hospitalar pois ainda só trabalho nesta Instituição há cerca de um ano, a minha experiência é positiva, excepto no que se refere a incentivos financeiros, pois não existem critérios iguais para todos os funcionários do C.H.
- 69 Trabalho de equipa.
- 69 Metas assistenciais.
- 69 Cada um fazer o que lhe compete, como fazer e quando fazer.
- 69 Valorizar todo o conjunto, partindo dos valores de cada um. O conjunto deve ser mais do que a soma das partes.
- 72 Avaliação dos profissionais pelos superiores de forma regular.
- 72 Procedimentos/actuações comuns.
- 72 Tratar o doente de acordo com a situação clínica e de acordo com a prática comum nas unidades hospitalares.
- 72 Treino regular dos profissionais.
- 73 Avaliação rigorosa dos desempenhos, da eficácia dos gestores, dos clínicos e seus resultados.
- 75 Valorização adequada, em termos de horários de trabalho e de reconhecimento institucional das actividades de ensino pré e pós graduado e de investigação.
- 75 Real integração de objectivos e actividade da instituição hospitalar com a Faculdade de Medicina.
- 78 É um desconhecimento completo sobre quase tudo o que é financiamento, dados, indicadores. No séc. XXI não sei qual é a minha taxa de infecção, demora média, doentes entrados, etc. Devia haver um quadro que mostrasse o desempenho do Serviço ao longo do processo.
- 79 Organização: equipas coesas e motivadas.
- 79 Administração: motivação dos profissionais.
- 79 Financiamento: atribuição de incentivos consoante os resultados.
- 81 Aposta contínua e permanente na formação dos profissionais.
- 82 Cada Serviço deveria ter um plano interno de formação para as diferentes categorias profissionais que os integram.
- 82 Frequência, por períodos de tempo ajustado, de cursos de formação em instituições estrangeiras de mérito reconhecido. Levantamento das necessidades formativas dos profissionais e ser consequente no estabelecimento dos planos de formação. Devia existir um plano de integração detalhada e supervisionado pelos Directores de Serviço para os novos profissionais.
- 83 Formação dos profissionais.
- 84 Tentativa de fazer tudo que aqui expresso o melhor que posso e sei.

- 85 Direcções de Serviço verticais, com apoio de administradores hospitalares, com tarefas bem definidas, integrando os diferentes grupos socioprofissionais (Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Técnicos diversos) com directrizes pré-definidos e responsabilização do Director de Serviço pelo cumprimento dos objectivos traçados.
- 86 Evidência e divulgação.
- 90 Mais envolvimento na tomada de decisão.
- 91 Devia haver objectivos Institucionais e de Serviços bem delineados e universais de forma a identificar em concreto o desempenho dos Serviços, Departamentos e dos diferentes profissionais.
- 92 Devia haver incentivos de acordo com a produção de cuidados e a sua qualidade no desempenho. Os programas tipo "SIGIC" podem condicionar a diminuição do desempenho no horário normal dos profissionais.
- 94 Reduzir o número de solicitações de trabalho (não harmonizadas) entre diferentes chefias impedindo - prejudicando a qualidade do trabalho do subordinado e exigindo trabalho extraordinário regular.
- 97 Flexibilização de horários.
- 97 Avaliação de desempenho.
- 97 Remuneração de acordo com o desempenho.
- 102 Estabelecimento e divulgação de objectivos e valores para o Hospital e seus Serviços.
- 102 Iniciativas de *team-building* focadas na qualidade e no profissionalismo.
- 102 Iniciativas e práticas que permitam aplicar resultados de ganhos de produtividade na melhoria das condições de exercício.
- 102 Valorização da investigação clínica consequente.
- 113 Área de Chefia de Enfermagem e de Assistentes Operacionais.

Papel dos Cuidados de Saúde Primários

N.º	Comentários dos gestores
1	Reforço dos cuidados de saúde primários: integração de cuidados; sistemas de informação; reforço de competências (ACES); áreas específicas de intervenção.
3	Forte investimento na educação para a saúde, desde o jardim infantil e ao longo da vida.
3	Incremento das UCC para resposta às necessidades de cuidados às pessoas e famílias fragilizadas.
4	Implementação de uma medicina preventiva.
4	Melhor articulação (até informática) entre cuidados de saúde primários e secundários.
5	Criar relações de proximidade.
5	Desenvolver a actividade domiciliária dos cuidados.
5	Melhorar a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares.
7	Aumento das capacidades médicas a esse nível.
7	Criação de protocolos inter-instituições.
7	Alargamento de horários que possibilitem observações mais precoces de determinadas patologias que recorrem ao S.U. dos Hospitais indevidamente.
7	Melhorar a imagem pública do "médico de família".
9	Aumentar a rede de cuidados de saúde primários.
9	Aumentar a "credibilidade" da resposta dos cuidados de saúde primários através de uma melhor relação dos profissionais com os utentes; isto só é possível com a fidelização / fixação dos profissionais e, para isso, há que melhorar as contrapartidas.
9	Melhorar a inter-acção entre os cuidados de saúde primários e o hospital (telemedicina, tele-enfermagem, médico/enfermeiro de referência).
10	Separação do pagador / prestador.
11	Os cuidados de saúde primários têm obrigatoriamente de ser a guarda avançada de um hospital. Devem investir na promoção e prevenção e garantir que o acesso ao hospital é apenas e só em situações que assim o exijam. Por outro lado, tem obrigatoriamente que criar condições para acolher o doente após a alta e apoiar a família.
12	Igualdade de acesso aos Cuidados de Saúde Primários.

- 12 Maior oferta destes cuidados.
- 14 Uma estratégia de proximidade.
- 14 Promoção da Saúde /Educação para a Saúde.
- 20 Maior investimento no acompanhamento do ciclo de vida infantil.
- 20 Prevenção das doenças crónicas.
- 20 Incentivo à criação de equipas efectivas de apoio à população.
- 22 Prevenção (utilização de estratégias).
- 24 Serem integrados nas equipas dos cuidados diferenciados, através de fluxos de informação e complementaridade nos tratamentos, ou seja Gestão Integrada dos cuidados.
- 24 Quanto ao doente crónico, ele é em simultâneo doente dos Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados.
- 25 Deverá existir uma melhor ligação entre as Especialidades Hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários.
- 25 Os Centros Hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários, deverão ser complementares ao apoio ao doente e não o são na percentagem devida.
- 26 Cobertura total - não haver utentes sem médico de família.
- 26 Acompanhamento dos médicos de família como tal (Saúde Primária) com consultas regulares.
- 27 Apostar mais na prevenção/educação para a saúde.
- 27 Colocar à frente destes serviços as pessoas adequadas, não preferindo um grupo profissional em detrimento de outros provavelmente com mais competências e aptidões na área.
- 31 Valorizar mais a implementação das unidades de saúde familiares como factor de proximidade ao utente/doente, estendendo-se a todas as famílias da comunidade, dotando-as de meios técnicos para a satisfação eficaz das necessidades das pessoas.
- 32 Deve privilegiar-se uma melhor/maior comunicação entre os Cuidados de Saúde Primários e Diferenciados. Os fluxos de comunicação são não existentes/escassos, o que resulta em prejuízo para os doentes/família.
- 33 Ensinar a população que é melhor prevenir a doença. Ensinar que é sempre melhor prevenir a doença do que tratá-la.
- 33 Mudança de cultura na procura de Cuidados de Saúde Primários/Hospital, a urgência do Hospital é só para urgências.
- 33 A primeira opinião e ajuda devem ser do médico/enfermeiro de família e não no Hospital.
- 33 Cuidados de Saúde Primários com acesso mais alargado.
- 34 Formação de clínicos gerais.
- 34 Interacção com os Centros de Saúde e hospitais distritais.
- 35 Não tenho nenhum conhecimento directo do que se passa com "Cuidados de Saúde Primários". Tudo o que dissesse sobre isso seria especulativo. Prefiro não responder.
- 41 Capacitação das populações para a gestão e promoção da sua saúde e utilização eficiente e eficaz dos recursos.
- 42 Consultas de rastreio na comunidade.
- 44 Se o doente tiver melhor acesso aos cuidados primários para além de melhorar a prevenção na saúde, estamos a libertar os hospitais de doentes que podem ser tratados a nível dos cuidados primários.
- 45 Maior facilidade de contacto médico e de enfermagem entre Cuidados Saúde Primários e Hospitais privilegiando a comunicação quer pela via telefónica, informática e outras, por exemplo, os profissionais poderem referenciar directamente para uma especialidade.
- 45 A alta hospitalar ser concertada com os Cuidados de Saúde Primários.
- 45 Existência de uma linha Directa de Apoio Diário.
- 46 Actualizações regulares de todos os profissionais.
- 46 Diminuir a burocracia. / Humanização dos Serviços. / Cumprimento dos horários. / Responsabilizar quem falha.
- 48 Acesso aos Cuidados de Saúde Primários a todos os cidadãos.

- 49 Concretizar uma mudança efectiva do paradigma, marcado por uma filosofia de promoção da saúde e prevenção da doença, ao invés da lógica de tratamento da doença existente por extensão do modelo hospitalar onde os médicos fizeram a socialização profissional e por serem eles a dominar os Cuidados de Saúde Primários.
- 49 É indispensável prosseguir com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários criando as unidades funcionais previstas, nomeadamente as Unidades de Cuidados Continuados e implementar programas de vigilância da saúde e de gestão da doença crónica, com sistemas de informação adequados que permitam colocar em evidência os ganhos em saúde decorrentes destas práticas.
- 50 Envolvimento de utentes / clientes.
- 52 Acompanhamento de proximidade dos doentes crónicos.
- 52 Promoção da educação para a saúde.
- 52 Planos de acção dirigidos às necessidades em saúde das comunidades e famílias.
- 53 Educação para a saúde.
- 53 Participação de equipas de saúde em espaços comunitários.
- 54 Mais médicos de Medicina Geral Familiar.
- 54 Políticas de orientação para doenças crónicas.
- 54 Maior responsabilização das estruturas na formação médica contínua.
- 54 Melhorar os sistemas de informação e a interligação aos cuidados diferenciados.
- 57 Integração dos cuidados - na minha opinião os Sistemas Locais de Saúde são uma boa forma de organização para a integração. O orçamento (dotação) seria em conjunto - iria permitir trabalhar mais na prevenção para diminuir os gastos no internamento.
- 58 Evitar a livre circulação do cidadão no sistema de saúde.
- 58 É na prevenção que está o ganho na saúde (também está!!)
- 58 A reabilitação do doente na comunidade também beneficia a melhoria a nível económico e na prestação de serviços ao utente/família.
- 58 Educar o utente/família para o consumo em saúde (sensibilizar para os gastos em saúde).
- 58 Potencializar os cuidados preventivos através de campanhas nas comunidades.
- 59 Tempo de atendimento mais alargado (cobrindo o horário dos trabalhadores).
- 59 Maior disponibilidade e interesse dos profissionais.
- 59 Consulta aberta cobrindo as situações agudas.
- 59 Cumprimento dos horários.
- 63 A articulação on-line de toda a comunidade.
- 63 O acesso aos serviços de saúde oral.
- 64 Investir na prevenção da saúde principalmente na área da Saúde Mental que é aquela em que exerço funções e que tem vindo a aumentar consideravelmente.
- 64 Investir na formação dos profissionais, melhorando a distribuição dos especialistas pelas equipas dos Cuidados Primários.
- 69 Mais motivação.
- 69 Mais dedicação.
- 69 Melhoria a nível dos conhecimentos clínicos.
- 69 Por fim, melhor organização em cada um, e em cada local.
- 72 Orientar os hospitais para situações clínicas mais específicas.
- 72 Protocolos de tratamento, estudo e vigilância, bem definidos e organizados.
- 72 Medicina preventiva.
- 74 Médico de Família assegurado
- 74 Acessibilidade facilitada.
- 75 Articulação efectiva e descentralizada do Hospital com a rede de Cuidados de Saúde Primários que lhe está afecta, estabelecendo uma estrutura que coordene as actividades de cada um e o modo como se articulam - do ponto de vista assistencial e formativo - nas diversas áreas médico-cirúrgicas, de cuidados continuados e de apoio à Comunidade.
- 77 Promoção de campanhas sistematizadas de hábitos de vida saudável no ensino básico/pré-escolar e secundário.
- 77 Promoção de campanhas sistematizadas de rastreio de doenças.

- 77 Promoção de ensino/aprendizagem para profissionais nas instituições de ensino a todos os níveis (pré-escolar/básico/secundário e superior).
- 78 Monitorização de doentes com determinadas patologias e sem qualidade de vida.
- 78 Acompanhamento de idosos isolados.
- 78 Sensibilização das populações sobre o custo de determinadas práticas em saúde.
- 79 Articulação entre Cuidados de Saúde Diferenciados e Cuidados de Saúde Primários e Continuados.
- 80 Sistemas de Informação harmoniosos ao hospital e centros de saúde.
- 80 Melhor articulação entre hospitais e centros de saúde.
- 80 Possibilidade de os médicos de família consultarem on-line os processos dos seus doentes quando estes estão internados no hospital.
- 80 Reuniões periódicas entre os corpos clínicos do hospital e centros de saúde e entre os gestores hospitalares e centros de saúde.
- 81 Reconfiguração e autonomia dos centros de saúde; Implementação de Unidades de Saúde Familiares; Reestruturação dos serviços de saúde pública; Intervenção directa na comunidade;
- 81 Desenvolvimento dos recursos humanos;
- 81 Desenvolvimento dos sistemas de informação;
- 81 Mudança e desenvolvimento de competências;
- 82 O encaminhamento dos doentes deveria ser sempre fruto ou consequência da avaliação do médico de família. (Exceptuando as urgências). Um Hospital (como este) embora dotado da mais diferenciada tecnologia e capital humano não podem ser a primeira linha (como tantas vezes são) para entrar na cadeia assistencial do SNS.
- 83 Implementação das Unidades de Saúde Familiares.
- 83 Reestruturação dos serviços de Saúde Pública.
- 83 Intervenções directas na comunidade.
- 83 Desenvolvimento de recursos humanos e de sistemas de informação.
- 84 Envolvimento dos médicos de família em equipas, e não da forma "individualista" actual.
- 84 Co-responsabilização das hierarquias nas suas capacidades / não capacidades.
- 84 Apoio das áreas médicas de grande impacto (Psiquiatria; Dermatologia; Pediatria) para mudar saberes e comportamentos nos Cuidados Primários.
- 85 Criação de condições técnicas e de incentivos remuneratórios para que os colegas dos Cuidados de Saúde Primários se sintam motivados para avaliar mais adequadamente os utentes, comportando-se como verdadeiros médicos de família.
- 86 Identificação das necessidades - Intervenção e avaliação cíclicas.
- 87 Prestar cuidados de saúde em tempo útil a toda a população.
- 87 Apostar na prevenção e desenvolver estratégias para atingir esses objectivos.
- 88 Estratégias direccionadas para a prevenção e controle de doenças.
- 88 Estratégias direccionadas para o apoio à dependência.
- 90 Boa articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários, tanto na referenciação dos doentes como no encaminhamento após a alta.
- 91 Apostar no médico e enfermeiro de família com ensino para a saúde, definindo etapas de controlo e estudos de prevalência de hábitos para a saúde ao nível dos utentes (monitorização dos hábitos de saúde dos utentes como forma de prevenir doenças evitáveis).
- 93 [Nota da autora: letra imperceptível.]
- 94 Reorganização de recursos médicos.
- 94 Implementação de protocolos de referenciação entre os cuidados de saúde primários e urgência hospitalar.
- 96 Valorização dos Cuidados de Saúde Primários.
- 96 Dotação técnica e humana de Cuidados de Saúde Primários.
- 97 Criação ao nível de cada unidade territorial, de estrutura coordenadora dos diversos níveis de cuidados (primários, hospitalares e continuados).
- 97 Criação de via verde entre Cuidados Primários e Hospitalares (e vice-versa), para seguimento de cuidados.
- 97 Melhoria das comunicações.
- 98 Articulação efectiva entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados Secundários (Hospitais).

- 98 Desenvolvimento para criação de aplicativo informático e processo médico, possibilitado que ambas as partes (Cuidados de Saúde Primários / Cuidados de Saúde Hospitalares) em tempo oportuno e a qualquer momento necessárias acerca de cada utente do S.N.S.
- 99 Comunicação fluente entre as várias estruturas.
- 99 Promoção de programas específicos de prevenção.
- 99 Melhoria da formação contínua.
- 101 Integração de registos para não duplicar cuidados.
- 102 Aumento da eficiência, "accountability" do Serviço de Saúde e do seu perfil como parceiro da comunidade.
- 103 A falta de coordenação do processo organizativo dos Cuidados de Saúde Primários tem sido, na minha opinião, o falhanço nesta área.
- 103 A integração de cuidados continua a ser um processo de intenções, mas não de reestruturações.
- 107 Mais disponibilidade no atendimento clínico aos utentes.
- 107 Serviço Domiciliário, não só quando solicitado, a pessoas com dependências físicas no domicílio.
- 107 Comunicação obrigatória, quando qualquer doente que esteja internado nos Serviços Hospitalares, aos Serviços de Centro de Saúde.
- 108 Maior proximidade das estruturas directivas dos hospitais e dos ACES para estabelecerem complementaridades.
- 108 Partilha de recursos informáticos comuns no acesso (autorizada) dos dados de saúde dos utentes.
- 113 Aposta em comportamentos de promoção da saúde (prevenção primária).

Papel dos Cuidados de Saúde Primários

Factores facilitadores

N.º	Comentários dos gestores
1	Reforma da organização (ACES).
1	Desburocratização em curso.
2	Sistemas de informação integrados com os cuidados diferenciados que integrem toda a informação clínica do doente e que permitam um agendamento integrado de exames, consultas, etc.
3	Algum hábito de trabalho em equipa.
3	Algumas características da nova reforma.
4	Integração em unidades de saúde familiares.
5	Alocação dos recursos necessários.
5	Criar elos de ligação/cuidados hospitalares.
5	Valorizar / incentivos.
5	Criação de equipas multidisciplinares.
7	Autonomia de gestão e formação aos profissionais.
7	Equipamento adequado e facilidade de recorrer a eventuais serviços externos.
9	Proximidade com os utentes / famílias e conseqüentemente, melhor conhecimento das suas necessidades e expectativas e mais facilidade em "construir" um projecto de saúde individual.
10	Autonomia de Gestão.
11	Missão e princípios que norteiam a existência dos cuidados de saúde primários.
12	Maior proximidade de quem deles necessita.
14	Trabalhar em rede (articulação com os Hospitais).
20	Centrar cuidados em equipas de saúde efectivas.
20	Valorização maior dos cuidados de enfermagem/prevenção.
24	Fluxos de Enfermagem.
26	Cultura de responsabilidade.
26	Recursos humanos.
27	A proximidade com a população.
27	A existência de Enfermeiros de Família.

- 27 Fazer mais trabalho a nível das escolas.
- 27 Haver equipas que trabalhem multidisciplinarmente com metas e objectivos bem definidos.
- 31 Informatização dos serviços.
- 31 Facilidade de transportes/vias de comunicação.
- 32 Criar a figura do enfermeiro de família e dignificar/oficializar as consultas de enfermagem e visitas domiciliárias (nomeadamente no Hospital, se as pessoas estiveram internadas).
- 33 A continuidade da vigilância dos utentes Médico/Enfermeiro.
- 33 Incentivar a confiança do utente / médico / enfermeiro (o doente tem de acreditar que aquilo que foi dito é o mais correcto e não ir pedir outra opinião.)
- 33 Traçar metas de saúde em Cuidados de Saúde Primários.
- 34 Acções de formação.
- 34 Reuniões congruentes.
- 41 Proximidade com as populações e conhecimento dos seus contextos pessoais para intervir de forma ajustada. Cultura de cuidados de enfermagem direccionada a esta tendência.
- 44 Melhor gestão e objectivos concretos a nível de cada unidade.
- 44 Reorganização de recursos.
- 45 De momento desconheço factores facilitadores contudo a reorganização em USF parece-me um primeiro passo nesse sentido.
- 45 Desburocratizar.
- 46 Actualizações clínicas.
- 46 Humanização.
- 46 Chefias competentes e responsáveis.
- 48 Informatização do Sector Primário.
- 48 Priorização dos cuidados.
- 48 Financiamento adequado.
- 49 A prossecução da reforma dos Cuidados de Saúde Primários.
- 49 A admissão de mais enfermeiros e médicos formados noutra paradigma.
- 49 A definição de novos programas de vigilância da saúde.
- 52 Proximidade no conhecimento demográfico.
- 52 Confiança nos organismos e pessoas (por parte dos utentes).
- 52 Acessibilidade.
- 52 Descentralização (cuidados domiciliários).
- 53 Unidades de Saúde Familiares.
- 53 Acompanhamento domiciliário.
- 55 Equipas multidisciplinares com objectivos adequados à realidade e motivadas.
- 56 O utente deve ser responsabilizado pelo uso que faz dos cuidados de saúde, saber o quanto custam e os Cuidados de saúde Primários devem ser o primeiro local no atendimento de situações não urgentes.
- 57 [Nota da autora: letra imperceptível.]
- 58 Melhoria no acesso: alargamento dos horários de atendimento.
- 58 A possibilidade de o doente obter uma consulta no próprio dia.
- 59 Sensibilização dos profissionais. Médicos disponíveis. Assegurar consulta aberta.
- 63 Evitar os contratos a prazo.
- 63 Implicar a comunidade nas decisões.
- 63 Motivar o pessoal.
- 63 Fornecer os recursos adequados.
- 64 Mais meios sobretudo humanos, maior contacto entre os profissionais em partilha de experiência e conhecimentos.
- 69 A proximidade com os doentes.
- 69 Os doentes devem entrar no Serviço Nacional de Saúde e serem acompanhados nos Cuidados Primários e não nos Hospitais (Urgências).
- 72 Organização.
- 72 Médicos com formação mais específica.
- 72 Protocolos - ex. vigilância materno-fetal.

- 72 Ampliar as actividades do Centro de Saúde - especialidades presentes no Centro de Saúde.
- 74 Fixar em 1500 o número de utentes/médico.
- 75 A existência de uma estrutura específica de articulação com representantes dos Cuidados de Saúde Primários e dos Cuidados Hospitalares.
- 77 Inserção na comunidade.
- 77 Formação específica.
- 78 Proximidade das pessoas.
- 78 Acesso aos cuidados menos constrangedor.
- 78 Menos dispendioso.
- 79 Proximidade do cidadão doente.
- 80 Programação conjunta, planeamento regional de saúde envolvendo todos os cuidados.
- 80 Centro de Saúde a investir mais na prevenção.
- 80 Mesmo sistema informático.
- 80 Planos anuais, mas também planos a médio e longo prazo como metas a cumprir.
- 81 A cada vez mais pertinente implementação e reforma dos Cuidados de Saúde Primários são olhadas pelos profissionais de saúde e utentes como uma oportunidade de melhorar e não como uma ameaça.
- 82 Atribuir aos Cuidados de Saúde Primários as competências e infra-estruturas necessárias.
- 82 Apoio aos profissionais dos Centros de Saúde (via telefone, por exemplo) por profissionais dos Hospitais Centrais para a tomada de decisões.
- 83 Reformas dos cuidados de saúde primários.
- 85 Sistemas informáticos compatíveis entre Centros de Saúde e Hospitais com possibilidade de acesso à informação clínica de ambos.
- 86 Projectos e recursos para aplicação.
- 87 Fácil acesso; baixo custo e não necessita de mão-de-obra e equipamento especializado.
- 91 Melhor formação, maior monitorização do seu desempenho, maior aposta nos profissionais.
- 91 Melhor ligação com os hospitais de ligação (Unidades Locais de Saúde).
- 91 Melhor articulação dos cuidados de saúde ao nível dos vários níveis de cuidados.
- 93 [Nota da autora: letra imperceptível.]
- 94 Ineficiência na execução atempada de MCDT para diagnóstico de doentes agudos e para referência hospitalar.
- 97 Proximidade aos cidadãos.
- 98 A maior proximidade do utente, família e meio ambiente possibilitando assim um conhecimento privilegiado para desenvolver estratégias adequadas quer na prevenção, quer no tratamento da doença.
- 99 Autonomia de financiamento das Unidades, incentivos às Unidades de Saúde Familiares.
- 102 Melhoria da formação e atitude da nova geração de Médicos.
- 102 Unidades de Saúde Familiares.
- 103 As características de proximidade.
- 103 A dimensão da organização.
- 103 O recente êxito das Unidades de Saúde Familiares.
- 107 Facilidade do acompanhamento domiciliário.
- 107 Equipas multidisciplinares.
- 107 Facilidade do conhecimento próximo dos seus utentes.
- 108 Necessidades comuns quando se colocam os doentes no centro de atenção.
- 113 Processos de educação/informação.

Papel dos Cuidados de Saúde Primários

Factores Prejudiciais

- | N.º | Comentários dos gestores |
|------------|---|
| 1 | Integração de cuidados e sistema de informação deficientes. |

- 2 Percepção que os utentes têm da qualidade e rapidez de prestação de cuidados na rede de cuidados primários (má).
- 3 Carência de recursos, em particular enfermeiros.
- 3 Visão excessivamente médico-cêntrica e de resposta a problemas de saúde em vez da prevenção.
- 4 Diferenças substanciais nos sistemas de informação - falta de integração.
- 4 Pouca credibilidade dos clínicos gerais junto dos médicos hospitalares.
- 5 Isolamento.
- 5 Ênfase no trabalho individual/clínico.
- 7 Pouca autonomia de gestão e formação aos profissionais.
- 7 Equipamento desadequado e dificuldade em recorrer a eventuais serviços externos.
- 9 Deficiente relação com os hospitais que resulta numa falta de acompanhamento adequado do utente quando este "passa" para o atendimento hospitalar.
- 10 Funcionalização dos médicos.
- 11 O sistema e os interesses políticos locais e centrais. Também a ignorância de quem toma decisões sem ouvir os intervenientes no processo.
- 12 Distância dos que deles necessitam.
- 12 Limitação de oferta.
- 14 Desagregação de recursos e estruturas.
- 20 Medidas estratégias centradas no médico em vez do doente.
- 20 Interesses económicos para os profissionais médicos.
- 24 Ausência de comunicação.
- 26 Cultura de irresponsabilidade e falta de médicos para algumas áreas de Portugal.
- 27 O analfabetismo e/ou pouca formação da nossa população numa maneira geral.
- 27 A falta de culto para a promoção da saúde.
- 27 A falta de recursos humanos (nomeadamente enfermeiros) e materiais.
- 27 A falta de actuação de equipas multidisciplinares.
- 31 Disponibilidade de verbas necessárias.
- 31 Falta de recursos humanos técnicos (enfermagem e médicos, nomeadamente).
- 32 Os factores economicistas que só visam a redução dos custos e não o benefício das pessoas.
- 33 Os utentes "saltarem" de médico/enfermeiro com facilidade tanto nos Cuidados de Saúde Primários como em consultórios/hospitais/etc. Há maior gasto e não melhora a saúde dos utentes.
- 33 Os objectivos a cumprir tem de ser credíveis e atingíveis, caso contrário é prejudicial.
- 34 A pressão da indústria farmacêutica sobre os clínicos gerais e a adesão destes às suas solicitações.
- 41 Alteração da tendência agora direccionada a actos médicos, processos curativos relacionados com a doença.
- 41 Modelo de financiamento.
- 41 Ausência de controlo e monitorização dos processos de gestão/orientação para o cliente.
- 44 Descrédito existente em relação aos cuidados primários que temos.
- 45 Burocracia.
- 45 Ausência de comunicação ou dificuldade em comunicar.
- 45 Instituições muito fechadas e estanques.
- 46 Burocracia.
- 46 Não cumprimento dos horários.
- 46 Chefes não cumpridores e sem ideias.
- 48 Falta de normas/procedimentos *guidelines* de actuação.
- 48 Desperdício de recursos humanos, materiais e económicos.
- 49 A crise económico-financeira.
- 49 A visão ortodoxa e corporativa dos gestores da saúde em Portugal.
- 52 Desinvestimento na área específica.

- 52 Ausência de sinergias reais (ministérios e autarquias).
- 52 Individualismo nos programas de acção.
- 52 Desacreditação na qualidade dos cuidados prestados (o utente quer acesso a recursos técnicos de ponta).
- 53 Dotação de recursos humanos.
- 53 Restrições orçamentais.
- 55 Carência de recursos humanos que por sua vez leva à desmotivação.
- 57 A compartimentação dos cuidados. Pouca abertura ao exterior (continuam a ter cuidados curativos quando deviam ser sobretudo de prevenção).
- 58 A escassez e distribuição assimétrica dos profissionais de saúde. Profissionais a trabalhar numa pluralidade de locais.
- 58 Inexistência de incentivos.
- 58 A sustentabilidade dos cuidados, até quando (!)
- 58 Necessidades de saúde da população diferenciadas.
- 59 Tipo de população que recorre várias vezes (sem razão) aos serviços de saúde.
- 60 Formação profissional.
- 63 Política de Saúde em mudança constante.
- 63 Contratos dos recursos humanos a prazos curtos.
- 63 Falta de material necessário.
- 64 Falta de comunicação.
- 69 Profissionais desmotivados e com conhecimentos limitados a nível clínico, e a nível da gestão (humana e não só).
- 72 A forma como o doente português olha para os cuidados de saúde - pedir aquilo que considera adequado.
- 72 Poucos médicos ou grandes ficheiros para um só médico.
- 72 A pouca ligação do doente com o médico de família.
- 72 A rigidez do horário do Centro de Saúde.
- 72 A não obtenção de consulta na hora.
- 74 Horário de urgência excessivo.
- 75 O isolamento em relação à estrutura hospitalar, criando lógicas de funcionamento em que a autonomia - mal interpretada - conduz ao prejuízo do trabalho cooperativo.
- 77 Adaptação à rotina "*in door*".
- 77 Falta de Recursos Humanos (???)
- 77 Envelhecimento dos profissionais de saúde.
- 78 Défice de recursos humanos.
- 78 Concentração da actividade em períodos do dia (manhã).
- 79 Escassez de profissionais de saúde e por vezes de equipamentos básicos.
- 80 O trabalho individual de cada organização não tendo em conta as outras. Falta de diálogo das diferentes organizações de saúde.
- 81 Criação de instrumentos legais e operacionais que facilitem a focagem do Sistema de Saúde Português nos Cuidados de Saúde Primários.
- 82 O utente não acreditar que os Cuidados de Saúde Primários lhe resolvem o seu problema.
- 82 O fácil acesso aos Hospitais pela população.
- 82 Não existir uma penalização para as falsas urgências (penalizar o utente e o Centro de Saúde se partir dele o mau encaminhamento, ou ainda em alternativa o utente ser atendido e encaminhado, mas os custos seriam imputados aos Centros de Saúde).
- 84 [Nota da autora: letra ilegível.]
- 84 Inexistência de equipas.
- 84 Ausência de co-responsabilização.
- 84 Perda de auto-estima.
- 85 A não compatibilidade existente entre os diferentes sistemas informáticos implementados ("à la carte...").
- 86 Culturais.

- 87 Insuficiência de recursos humanos e materiais.
- 91 Deficiente articulação dos cuidados.
- 91 Sistemas de informação incompatíveis (é ridículo que os sistemas de informação na saúde não sejam universais compatíveis e em rede).
- 91 Sem bons sistemas de comunicação não haverá boa articulação.
- 93 [Nota da autora: letra ilegível.]
- 94 Ineficiência na execução atempada de MCDT's para diagnóstico de doentes agudos e para referência hospitalar.
- 96 Falta de pessoal técnico de saúde.
- 97 Limitação de atendimento (capitação).
- 97 Existência de sistemas de informação incompatíveis.
- 97 Existência de culturas de actuação (e filosofias) quase antagónicas.
- 98 Actualmente ainda existe um baixo número de meios disponíveis quer no que respeita a meios de diagnóstico quer na tecnologia para o tratamento.
- 99 Resistência à mudança dos profissionais.
- 102 Deficiente formação.
- 102 Deficiente "accountability" fora das Unidades de Saúde Familiares.
- 103 A falta de organização.
- 103 A falta de autonomia.
- 107 Pouca disponibilidade profissional para responder efectivamente às necessidades dos utentes.
- 107 Pouca disponibilidade para dar resposta às solicitações dos pedidos pelos profissionais do Hospital.
- 107 Muita "burocracia" ou pelo menos "alegada burocracia" para não responder as necessidades dos utentes.
- 108 Preconceito.
- 113 Envolvimento da comunidade.

Economia/Comunidade Local de Saúde

Responderam às três áreas em simultâneo (Hospitais, CSP e Serviços Sociais):

- | N.º | Comentários dos gestores |
|------------|---|
| 57 | Só quando houver plena integração destas três áreas é que acredito que exista uma melhor eficiência e eficácia. Enquanto cada um estiver preocupado com a sua "quinta" vai continuar a existir desconfiança do cidadão nos cuidados primários, ocorrendo aos Hospitais de forma recorrente, os hospitais queixar-se-ão do facto e os Serviços Sociais terão trabalho duplicado. |
| 69 | "Isto dava muito pano para mangas..." |
| 98 | Articulação efectiva entre os Cuidados de Saúde Primários / Hospitais e Serviços Sociais. Sistemas de informação eficazes que permitam a qualquer momento dar resposta a esta situação - Processo clínico do doente (Hospital / Centro de Saúde) que permita a sua consulta em qualquer momento. |

Economia/Comunidade Local de Saúde

Hospitais

- | N.º | Comentários dos gestores |
|------------|---|
| 1 | Gestão de recursos integrada e transversal. |
| 1 | Política de qualidade: melhoria contínua, satisfação do utente, certificação. |
| 1 | Sistemas de informação: clínica e de gestão. |
| 2 | Consolidar a formação de Áreas de Gestão Integradas/Autónomas, com autonomia administrativa e financeira (orçamentos anuais para gerir). Estas AGI's estão mais próximas dos serviços e apercebem-se melhor das necessidades efectivas destes, bem como dos problemas que eles enfrentam. |

- 4 Adopção de uma medicina e prática baseada no doente.
- 4 Redução de camas.
- 4 Melhor resposta dos cuidados continuados.
- 4 Criação de E.R.P. (processos clínicos electrónicos).
- 7 Gestão eficiente sob o ponto de vista económico mas sempre centrada na qualidade dos cuidados prestados às populações.
- 7 Acções de sensibilização dos médicos face a medidas económicas que combatam o desperdício, mantendo a qualidade.
- 9 Promover a cultura organizacional.
- 9 Centrar a atenção das administrações nos colaboradores das diferentes áreas.
- 9 Implicar os profissionais na missão e visão do hospital.
- 9 Promover a satisfação e bem-estar nas equipas, e reconhecer o mérito do envolvimento de cada profissional.
- 10 Centro de Responsabilidade e Unidades de negócio.
- 10 Liberdade de escolha.
- 11 Apostar na prevenção e deixar de ver os números de forma linear.
- 12 Definição de limites na actuação junto dos doentes em fase terminal. (Limitar uso de drogas nesta fase).
- 14 Algumas das alterações a introduzir foram respondidas atrás (Desempenho Clínico).
- 14 Contratualização.
- 14 Sistema de classificação de doentes ser efectivo, com capacidade de alternativas credíveis.
- 14 Centros de Responsabilidade Integrados.
- 15 Integração global de cuidados em unidades de saúde transversais com centro de saúde, hospitais de base de atendimento geral e hospitais altamente diferenciados.
- 20 Reorganização efectiva dos serviços da oferta.
- 20 Evitar/acabar com redundâncias.
- 20 Sistemas de informação credíveis e transparentes.
- 24 Definição de fluxos de visitas aos doentes nos Hospitais.
- 25 Os responsáveis dos Serviços Hospitalares deverão como promotores de toda a problemática dos cuidados de saúde, e fazedores da "despesa" terem que estar na decisão das metas financeiras.
- 26 O problema na saúde, educação, ou outro tema qualquer, em Portugal, é a falta de sentido de responsabilidade. Começa nos chefes máximos da Nação e acaba no mais pequeno.
- 26 Em qualquer instituição basta meia dúzia de pessoas não trabalharem, ou antes, fazerem que trabalham, não são detectados.
- 27 Os recursos muito específicos deveriam ser concentrados, em Hospitais especializados só em determinadas áreas, podendo dar resposta a todas as solicitações na área da sua especialização.
- 31 Envolver mais os profissionais nas decisões organizacionais através dos seus representantes, através dos Conselhos, Comissões de Enfermagem, Médica, etc.
- 31 Motivar mais os trabalhadores para a realização dos objectivos institucionais.
- 31 Gestão por objectivos/centros de custo com alguma autonomia na orgânica institucional e não apenas contabilística.
- 32 Que as equipas funcionem como equipas multidisciplinares, privilegiando a comunicação.
- 34 Aumento do orçamento.
- 34 Contratação de profissionais.
- 34 Honorários idênticos em todos os hospitais (é inadmissível que num hospital universitário paguem menos aos seus médicos que qualquer outro).
- 35 Julgo que a aplicação das regras de acesso dos doentes aos Hospitais (que existem, mas ninguém cumpre) poderia melhorar a prestação de cuidados. As autarquias estariam mais envolvidas e o Hospital seria mais escrutinado na sua actividade e, presumivelmente, as questões ligadas ao financiamento mais objectivas e claras.
- 38 Os hospitais deviam funcionar em rede sob gestão das ARS, em que seriam partilhadas as camas, alguns recursos e permitiria mobilização de pessoal médico e de enfermagem, que periodicamente poderiam ser destacados para zonas mais carentes de cuidados.

- 41 Controle, monitorização, avaliação e responsabilização pelos processos de gestão que condicionam o direito de todos os cidadãos à protecção de saúde constitucionalmente inscrito.
- 42 Gestão equilibrada entre os bens materiais / gestão de doentes e gestão de recursos humanos.
- 44 Gestão por objectivos.
- 44 Incentivos a quem trabalha.
- 44 Investir na Qualidade.
- 45 Racionalização dos gastos em função da produtividade.
- 45 Dar a conhecer aos utentes os valores gastos com os seus tratamentos.
- 45 Comissões de escolha, obras, etc., tendo sempre presentes os utilizadores mais experientes.
- 45 Tomada de decisão decorrente de concertação dos vários intervenientes no processo.
- 45 Tratamento de dados de sugestões, de concursos de ideias, de reclamações.
- 46 Centralização de algumas áreas clínicas para rentabilização de recursos técnicos e humanos.
- 46 Monitorização das actividades / custos financeiros.
- 46 Antes da implementação de técnicas inovadoras discutir a sua necessidade.
- 46 Informatização dos processos clínicos.
- 48 Elaboração de um Plano Nacional de Saúde, onde se inclua a actuação/definição das diferentes estruturas, mas com ligação entre elas e não com planos distintos.
- 49 É urgente a reforma da rede hospitalar. É necessário redefinir a missão de cada hospital em função das necessidades na saúde da população que serve e ajustar a a respectiva estrutura de produção de cuidados. Não podem ser "todos" os hospitais a fazerem "tudo". É imperioso criar a rede hospitalar de referenciação. Justifica-se a realização de transplantes cardíacos em 3 ou 4 hospitais? Portugal tem dimensão para isso?
- 52 Gestão em rede dos cuidados de saúde.
- 52 Gestão da diferenciação dos cuidados (Oferta/Procura).
- 52 Adequação de recursos (Humanos e Técnicos).
- 52 Definição de redes de referenciação efectivas (a montante e a jusante).
- 53 Definição de um plano estratégico (não político).
- 53 Implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade de cuidados.
- 54 O orçamento e a produção devem ter em conta as necessidades de cuidados de uma determinada população; devem ter em conta o nível de cuidados.
- 54 Os processos de aquisição por concursos são complexos, demorados e não economizam.
- 54 A gestão hospitalar ainda só se preocupa com a produção e não avalia a qualidade nem a segurança.
- 55 Aproveitamento dos recursos de forma eficiente e eficaz.
- 55 Estabelecimento da "ponte" entre Hospital em Centro de Saúde Primários.
- 58 Promover sistemas de informação/ informatização em saúde/garantir a interoperabilidade.
- 58 Optimizar os recursos existentes através de políticas contra o desperdício.
- 58 Definir o circuito do utente no hospital.
- 58 Promover a inovação e a investigação.
- 58 Conceber Hospitais que possuam unidades especializadas por áreas terapêuticas.
- 59 Equidade nos hospitais em termos de recursos.
- 63 Financiamento não por números, mas pela qualidade de serviços prestados.
- 63 Dotar os serviços de pessoal necessário (evitar contratos a prazo).
- 63 Implicar as Câmaras Municipais.
- 74 Horário em urgência excessivo.
- 75 Estabelecer objectivos assistenciais (de qualidade e não só de produção), de ensino e de investigação.
- 75 Estabelecer objectivos claros quanto à articulação com os CSP.
- 75 Que o sistema de financiamento baseado nos GDH traduza de facto a retribuição à produção de qualidade, reflectindo os preços reais dos cuidados prestados e não seja um mero instrumento de pressão e condicionamento das instituições - isto é, que reproduza de facto um funcionamento de mercado, com preços adequados e produção livre, e não seja meramente um simulacro disso.
- 77 Avaliação dos Conselhos de Administração.

- 77 Insuficiência/inexistência de estudos sobre custos/efectividade, custos/benefícios e custos/eficiência/eficácia - obrigatoriedade destes estudos.
- 77 Presidentes dos Conselhos de Administração jamais serem Médicos, considerando "conflito de interesses".
- 77 Interação entre os CA e os Municípios.
- 78 Diversificação dos horários de atendimento.
- 78 Utilização racional dos recursos / melhorar a afectação dos recursos às unidades.
- 78 Avaliação do custo/benefício de certos meios auxiliares de diagnóstico.
- 78 Melhorar o nível de atendimento nas urgências.
- 79 Objectivos: devem ser negociados com a sociedade civil.
- 79 Financiamento: com base em resultados clínicos obtidos.
- 79 Gestão dos Serviços: descentralização e ênfase na responsabilização das chefias intermédias. Profissionalização dos gestores.
- 80 Eliminar o desperdício.
- 80 Organização mais transparente.
- 80 Metas a cumprir para a avaliação.
- 80 Trabalhar em conjunto entre as diferentes organizações de saúde da região.
- 80 Avaliação do desempenho com propostas de reuniões periódicas.
- 81 Objectivos: implementação de sistemas de informação que facultem dados objectivos e actualizadas de forma a que as direcções de serviços/chefias intermédias acompanhem o desempenho do serviço em prol dos objectivos a atingir.
- 81 Financiamento e/ou gestão: autonomia/responsabilidade de gestão intermédias (delegação e/ou subdelegação de competências por parte dos Conselhos de Administração).
- 82 Profissionalização das equipas de urgência (sub-especialidade, competências, etc.).
- 82 Penalização das falsas urgências.
- 82 Compensação para os médicos em dedicação exclusiva.
- 82 Obrigar as Direcções de Serviço a optarem pela dedicação exclusiva.
- 83 Objectivos - Implementação de sistemas de informação que permitam dados objectivos e actualizados, por forma a que as Direcções de Serviços acompanhem o desenvolvimento e o desempenho do Serviço em prol dos objectivos a atingir.
- 83 Gestão dos Serviços Hospitalares - Maior autonomia da Gestão Intermédia.
- 85 Reforçar o papel da Direcção Clínica Médica/Enfermagem na gestão hospitalar.
- 86 Culturais.
- 88 Envolver os profissionais de saúde nos processos de tomada de decisão.
- 90 Definição de objectivos estratégicos por áreas de gestão.
- 90 Responsabilização na sua concretização das equipas de trabalho envolvidas.
- 90 Avaliações sistemáticas e redefinição dos objectivos.
- 91 Conhecer em pormenor o tipo de população que o hospital serve e adaptá-lo às necessidades reais.
- 91 Ter uma estratégia bem definida e médio e longo prazo.
- 91 Uma gestão de topo mais responsabilizada pelo cumprimento dos objectivos.
- 91 Uma gestão intermédia e operacional bem interligada, com metas e objectivos bem determinados.
- 93 Contratualização. Orçamentos negociados.
- 93 Premiar a investigação e o dinamismo.
- 97 Financiados de acordo com a actividade realizada (100%), sendo os preços fixados tendo em atenção: i. o custo nacional; ii. o custo regional e iii.; o custo local (determinado pela estrutura etária, existência de alternativas, carga de doença, etc.).
- 97 Devem ser geridos com base numa forma de organização descentralizada, autónoma e com dirigentes nomeados com base no respectivo mérito e competência técnico-científica.
- 98 Articulação efectiva entre os cuidados de Saúde Primários / Hospitais e Serviços Sociais.
- 98 Sistemas de Informação eficazes que permitam a qualquer momento dar resposta a esta situação Processo Clínico (único) do doente (Hospital; Centro de Saúde) que permita a sua consulta em qualquer momento.
- 102 [Nota da autora: Refere ter indicado na questão relativa ao que mudaria].

- 103 Os hospitais portugueses devem definir objectivos claros e realizáveis e serem responsáveis e responsabilizados pela sua obtenção. O "clima virtual" reinante nesta área não pode continuar.
- 104 Não creio que haja necessidade de "alterar" os objectivos fixados nos Hospitais, desde que bem fixados. Para isso e, sobretudo, para os concretizar, é imperioso dotar os hospitais de profissionais de gestão habilitados e competentes. Relativamente ao financiamento, desde que garantam a equidade no acesso a TODOS os cidadãos (princípio da universalidade), há vários modelos possíveis. O modelo actual, assente na tributação, parece-me ser o mais justo e equitativo. Mas, mais importante que o financiamento é garantir ganhos de eficiência concomitantemente com ganhos em saúde (o combate ao desperdício e a introdução, de mecanismos de avaliação da performance clínica e gestonária).
- 106 Melhorar a ligação com os cuidados primários.
- 106 Avaliar a qualidade dos serviços (versus apenas a quantidade).
- 106 Implementar sistema de recompensa /serviço / individual.
- 113 Melhorar áreas de comunicação.
- 113 Melhorar o envolvimento/partilha dos profissionais.

Economia/Comunidade Local de Saúde

Cuidados de Saúde Primários

N.º	Comentários dos gestores
1	Cuidados de saúde primários: reforço, integração e expansão.
1	ACES: reforço de autonomia e de competências.
1	Sistemas de informação.
2	Mudar a percepção dos utentes quanto à qualidade e rapidez dos cuidados primários e conseguir uma melhor integração da informação clínica do doente (e não só) facilitando a análise por parte dos clínicos (primários e diferenciados) e permitir um agendamento integrado dos MCDT's, consultas externas, etc.
4	Melhor articulação com os hospitais.
4	Melhoria e extensão dos cuidados domiciliários.
7	Gestão eficiente sob o ponto de vista económico mas sempre centrada na qualidade dos cuidados prestados às populações.
7	Acções de sensibilização dos médicos face a medidas económicas que combatam o desperdício, mantendo a qualidade.
7	Aumento das capacidades médicas a esse nível.
7	Criação de protocolos inter-instituições.
7	Alargamento de horários que possibilitem observações mais precoce de determinadas patologias que recorrem ao S.U. dos Hospitais, indevidamente.
7	Melhorar a imagem pública do "médico de família".
9	Dotar as unidades com profissionais suficientes para responder às necessidades dos cidadãos; ainda hoje há inúmeras pessoas sem médico de família.
10	Separar pagador / prestador e liberdade de escolha.
11	Apostar na prevenção e deixar de usar os números de forma linear.
12	Maior e melhor articulação com os Hospitais e a Comunidade, o mesmo a nível informático.
14	Articulação com os Hospitais.
20	Reforçar com equipas de predominância de enfermagem.
20	Apostar na prevenção das doenças crónicas.
24	Mais informação entre os Serviços de Saúde Primários e os Serviços de Cuidados Diferenciados.
26	Não são apontados, nem ninguém se atreve a dizer nada, passam impunes, recebem o seu salário, e por vezes até podem ser promovidos. Quem trabalha e gosta, fica desmotivado, não fala nada, e tudo segue. Responsabilidade nos actos clínicos.
27	Deveria haver mais apoio às famílias tanto na prevenção, como na promoção como na reabilitação da saúde, principalmente a nível domiciliário e alargado nas 24 horas.
31	Atribuir mais recursos aos Centros de Saúde, transformando-os em Centros de Saúde familiares no

- sentido de cobrir toda a população.
- 31 Estabelecer-se uma rede de informação efectiva entre os hospitais e outras Unidades de Saúde de modo a tornar mais célere o atendimento do doente quer nos Hospitais quer nos Centros de Saúde.
 - 32 Que os fluxos de comunicação sejam criados e funcionem efectivamente.
 - 38 Deveriam funcionar em rede com as unidades hospitalares permitindo melhor atendimento dos doentes, melhor articulação dos doentes prioritários e melhor conhecimento do pessoal envolvente.
 - 41 Controle, monitorização, avaliação e responsabilização pelos processos de gestão que condicionam o direito de todos os cidadãos à protecção de saúde constitucionalmente inscrito.
 - 44 Reformular os recursos.
 - 44 Reorganização das extensões.
 - 45 Conhecer a opinião dos utentes.
 - 45 Estabelecer programas face às necessidades identificadas.
 - 45 Alargamento do horário de atendimento.
 - 45 Prémios de produtividade.
 - 45 Divulgação de resultados obtidos.
 - 46 Programas nacionais de medicina preventiva.
 - 46 Informatização de processos clínicos, se possível a nível nacional.
 - 46 Monitorização das actividades / custos.
 - 48 Elaboração de um Plano Nacional de Saúde, onde se inclua a actuação/definição das diferentes estruturas, mas com ligação entre elas e não com planos distintos.
 - 52 Gestão em rede.
 - 52 Investimento na telemedicina.
 - 52 Organização do trabalho em função das características dos utentes (estudo local/planos de cuidados/funcionamento dos serviços)
 - 52 Interdisciplinaridade das competências dos profissionais das equipas.
 - 53 Maior investimento em recursos humanos, materiais e equipamentos.
 - 54 Insuficientes.
 - 54 Não há comunicação com os cuidados hospitalares. Uma boa comunicação diminuiria substancialmente o número de doentes dos hospitais.
 - 55 Utilizar campanhas de prevenção especialmente junto das comunidades.
 - 55 Disponibilidade das equipas para acompanhamento e vigilância dos cidadãos na saúde.
 - 55 Articulação entre Cuidados de Saúde Primários e Hospitais.
 - 58 Promover sistemas de informação em saúde / garantir a interoperabilidade.
 - 58 Dar maior enfoque à telemedicina.
 - 58 Uniformizar procedimentos entre os níveis de cuidados para todas as referências do sistema nacional de saúde, os centros de saúde seriam a base dos procedimentos.
 - 59 Alterar o horário de funcionamento, pois obriga e incentiva o absentismo.
 - 63 Melhorar a rede de acesso a processos clínicos.
 - 72 Objectivos bem definidos dos Cuidados de Saúde.
 - 72 Limites de actuação para tratamentos muito dispendiosos.
 - 72 Criar relações de proximidade com o utente.
 - 77 Interacção entre as Direcções e os Municípios;
 - 77 Financiamento por objectivos;
 - 78 Dotação correcta de recursos humanos.
 - 78 Melhorar comunicação com Hospitais e vice-versa.
 - 78 Optimizar terapêuticas.
 - 79 Objectivos: concertados com a sociedade civil.
 - 79 Financiamento: por capitalização.
 - 79 Gestão dos serviços: profissionalização dos gestores.
 - 80 Investir na prevenção.
 - 80 Investir em programas de proximidade aos utentes.
 - 80 Articulação com os Hospitais mais clara e definida.

- 81 Reforma dos Cuidados de Saúde Primários com crescente autonomia dos centros de saúde - maior proximidade com as famílias através de uma intervenção directa na comunidade.
- 82 Deve ser complementar e com prémios ao atendimento e aos cuidados prestados dos utentes do Hospital.
- 82 Devem ter acesso a consultas em todas as áreas por técnicos diferenciadas e preparados para o efeito.
- 82 Melhoria na rapidez de atendimento (lista de espera de consultas).
- 83 Reforma dos Cuidados de Saúde Primários com crescente autonomia dos centros de saúde.
- 83 Maior proximidade com as famílias através de uma intervenção directa na comunidade.
- 85 Criar condições de trabalho, nomeadamente a nível de equipamento de meios auxiliares de diagnóstico, que permitam uma triagem efectiva ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.
- 86 Culturais.
- 91 Incidir no ensino para a saúde, prevenção e controlo da saúde da população.
- 91 Estarem integrados em Unidades Locais de Saúde com hospital de referência.
- 91 Cuidados domiciliários.
- 91 Terem bons sistemas de informação para a saúde que produzam informação entre os vários níveis.
- 93 Articulação de forma continuada com os Hospitais e Cuidados Continuados.
- 93 Auditorias ao desempenho.
- 97 Devem assentar em cooperativas (grupos) de profissionais, auto-organizados, que facultam os seus serviços aos cidadãos. Podem estabelecer protocolos com Hospitais para referência prioritária (em termos a determinar - estabelecendo-se os protocolos de referência).
- 102 [Refere ter indicado na questão relativa aos CSP].
- 103 Os responsáveis pela área da saúde devem assumir de forma clara esta prioridade de investimento.
- 104 Todo o sistema de saúde, em que o SNS constitui a coluna vertebral, deve assentar numa rede eficaz de cuidados primários, sem a qual todo o restante sistema funciona necessariamente mal. [Objectivos e financiamento - o mesmo que para os hospitais, com as necessárias adaptações].
- 106 Melhorar a ligação com o Hospital.
- 106 Ser criterioso no pedido de consulta de especialidade.
- 106 Melhorar rede de referência.

Economia/Comunidade Local de Saúde

Serviços Sociais:

N.º	Comentários dos gestores
1	Reforma dos Serviços Sociais: Facilitação do acesso, equidade e justiça social, educação para a saúde, intervenção na comunidade.
4	Intervenção mais assertiva junto das famílias no sentido da sua responsabilização.
4	Maior proactividade e foco na resolução dos problemas.
7	Reforço significativo em termos de recursos humanos e uma maior capacidade de realmente ter uma intervenção adequada.
9	Dotar os serviços de saúde com mais técnicos porque cada vez mais a tendência para os utentes necessitarem dos seus serviços é maior.
12	Maior rapidez na resolução dos problemas dos doentes.
20	Responsabilização.
24	Serem integrados em ambas as equipas, como elo de ligação com a comunidade.
26	Responsabilidade como cultura.
27	Privilegiar a família em detrimento das instituições.
31	Criação/Melhoria de unidades de "Cuidados de rectaguarda" aos hospitais como unidades de Cuidados Continuados de Curta, Média e Longa duração bem como lares de 3ª idade e de infância.
32	O Serviço Social tem que fazer a ligação entre as pessoas, em termos de recursos, de uma forma efectiva e sustentada de molde a integrar-se na equipa por mérito e trabalho efectivo.
38	Existir uma rede de referência coordenada pelas autarquias envolventes e organismos sociais

não governamentais.

- 41 Não apresentam objecto de intervenção claro, pelo que devem ser sujeitos a avaliação de custo/benefício.
- 41 O mesmo se aplica aos serviços de psicologia. Urge avaliar o custo/benefício destes serviços nos serviços de saúde.
- 44 Envolvimento com as demais estruturas.
- 42 Aumentar a oferta de cuidados continuados para libertar os hospitais dos doentes não agudos.
- 45 Maior intercâmbio entre pares.
- 45 Desburocratizar.
- 45 Racionalizar gastos, por exemplo, imputando responsabilidade económica aos familiares dos doentes que têm alta e permanecem nos Hospitais.
- 46 Identificação de "bolsas" populacionais com necessidades de apoio social e monitorização destes apoios.
- 48 Elaboração de um Plano Nacional de Saúde, onde se inclua a actuação/definição das diferentes estruturas, mas com ligação entre elas e não com planos distintos.
- 52 Gestão em rede.
- 52 Estudos de mercado das oportunidades locais com resposta efectiva às necessidades de cuidados das populações.
- 52 Controlo de qualidade dos serviços de apoio aos cuidados (lares, Rede Nacional de Cuidados Continuados, etc.).
- 52 Regras criteriosas nas respostas às necessidades de cuidados com responsabilização integrada das famílias.
- 53 Funcionarem em rede.
- 54 Têm um papel importantíssimo num país em que a maioria dos utentes hospitalares têm poucos recursos económicos, vivem em condições sociais que não lhes permitem cuidados higiénico dietéticos elementares, levam consigo prescrições que não compram ou que não tomam. O desperdício aqui é enorme e está escondido.
- 55 Maior envolvimento e acompanhamento dos utentes, por parte dos Serviços Sociais.
- 58 Dotação eficaz de recursos humanos.
- 58 Maior resposta, em tempo, das solicitações.
- 58 Melhorar a articulação com outros profissionais/instituições - criação de redes articuladas entre as diferentes instituições de saúde/acolhimento/fundações/associações.
- 59 Aumentar os apoios sociais, mas bem direccionados, efectuando auditorias e fiscalização aos subsídios atribuídos.
- 59 Aumentar redes sociais para os desprotegidos.
- 63 Melhoria de acesso à rede de Cuidados Integrados na Comunidade e de Cuidados Continuados.
- 72 Boas estruturas sociais para receberem idosos com diferentes incapacidades.
- 72 Um serviço de informações rigoroso para garantir as mesmas oportunidades de ajuda.
- 72 Agilização de processos.
- 77 Integração dos diversos Serviços Sociais de Instituições Públicas otimizando os recursos dispersos.
- 78 Melhor conhecimento na decisão.
- 79 Objectivos: alinhados com as carências da população.
- 79 Financiamento: contribuição do poder local para a sustentação dos serviços.
- 79 Gestão: justificação do poder local na gestão dos serviços.
- 80 Rastreio das situações urgentes.
- 80 Definir prioridades.
- 81 Maior rapidez de actuação no que respeita à rede de referenciação. Actuação directa e estreita com as famílias.
- 82 Tradicionalmente dedicados ao diagnóstico de situações socioeconómicas e sanitárias, deveríamos dispor de mais meios de actuação.
- 83 Maior rapidez de actuação no que se refere à rede de referenciação (cuidados continuados).
- 83 Relações estreitas com as famílias dos utentes.
- 84 Falta de qualidade.

- 84 Melhoria da selecção.
- 84 Integração na equipa de que fazem parte.
- 85 Adequar os conhecimentos dos Assistentes Sociais à realidade actual do Serviço Nacional de Saúde e, se necessário, criar cursos de actualização para estes profissionais interagirem de forma mais activa no sistema.
- 86 Culturais.
- 91 Melhor controlo da qualidade das instituições de acolhimento dos doentes crónicos ou com internamento de curto, médio e longo prazo. Quando os utentes destas instituições estiverem internados nos hospitais o subsídio de segurança social deve reverter em parte para os hospitais.
- 93 Criar capacidade para dar resposta aos casos sociais que inundam os serviços de saúde.
- 97 Deverão facultar Serviços Domiciliários e Cuidados Continuados (além de componentes de hospitalização Domiciliária em doenças neuro-degenerativas).
- 102 Não tenho conhecimentos para e expressar.
- 103 A componente social tem um papel relevantíssimo na prestação de serviços complementares de saúde no sistema.
- 104 Serviços Sociais ou Sector Social do Estado? O papel do Sector Social deve ser complementar sobretudo na área dos cuidados continuados. [Objectivos e financiamento - o mesmo que para os hospitais, com as necessárias adaptações].
- 106 Agilizar a alta para os Serviços de Cuidados Continuados.
- 106 Maior ligação ao utente logo à alta do internamento.

Comentários ao questionário:

N.º

Comentários dos gestores

- 7 Em Medicina, como em algumas outras áreas, é costume dizer-se que "não há sempre nem nunca". Por vezes existem neste questionário questões às quais é difícil responder por estarem formulados em "termos absolutos".
- 9 Não tenho nada a dizer quanto ao questionário em si. Relativamente à forma como hoje desempenhamos as nossas funções, congratulo-me por ter tido o privilégio de já ter conhecido outra realidade. Se estivesse a iniciar agora o meu percurso profissional, a probabilidade de me manter neste hospital seria "0" numa escala de "0 a 5". Obrigada!
- 12 Demasiado extenso e de respostas difíceis.
- 45 Tive dificuldade na interpretação de algumas questões que me pareceram pouco claras, sendo que habitualmente não tenho dificuldade na interpretação de português. (A que população foi aplicado o pré-teste?)
- 69 Não creio que este tipo de trabalho, no nosso país, tenha algumas influências para mudar o que for. No entanto, quem sabe... De qualquer modo nestes últimos anos muito já foi feito. Muito ainda há a fazer, em especial a nível dos Cuidados Primários de Saúde. A nível hospitalar a mudança é notória. Mas é preciso mais organização, melhor método de trabalho; aliás o método é tudo.
- 85 Não pondo em causa a "idoneidade" deste questionário permita-me sugerir que talvez cerca de 1/3 das questões permitissem chegar às melhores conclusões de forma, muito mais conclusiva. Algumas questões formuladas podem levar a conclusões diferentes por redundantes. Desde que tenham significado estatístico equivalente quanto menos questões mais fiável é o questionário.
- 86 Longo.
- 91 É muito longo e de grau elevado de dificuldade de resposta.
- 108 Ao contrário do assumido neste inquérito numa escala de valores o número mais elevado traduz habitualmente maior valorização ou identificação com determinado aspecto.

COMENTÁRIOS DOS CLÍNICOS

Percepção sobre a Governação Clínica

N.º

Comentários dos clínicos

- 1 A qualidade dos cuidados de saúde não está determinada pela quantidade de recursos humanos/materiais, mas sim pela gestão que é feita com os mesmos.
- 2 Exigir que todos os serviços clínicos fizessem a análise semanal de morbilidade e mortalidade nas reuniões de Serviço.
- 9 Nunca deverá ser orientada por elementos exclusivamente economicistas.
- 20 Não conheço o conceito/modelo.
- 25 Deve ser por médicos para "médicos" (leia-se profissionais de saúde). No fundo por quem sabe, para quem sabe como agir.
- 30 Penso que a governação clínica tem vantagens num conhecimento real do contexto de saúde, olhando para os custos mas, tendo também em conta os doentes.
- 40 Só com a tomada de consciência da importância de todos os envolvidos na prestação de cuidados de saúde, desde gestores aos profissionais de saúde, e do trabalho de equipa de todos conseguir-se-á a atingir o grande objectivo, o bem-estar do doente.
- 44 Que deve ser composta por uma equipa multidisciplinar.
- 52 Clínicos com formação em gestão ou gestores com formação clínica? Dilema.
- 57 A forma como as perguntas da questão sobre a percepção da governação clínica condiciona respostas de concordância que poderão não expressar de forma mais adequada a percepção que tenho sobre governação clínica, dado que é uma incógnita a forma como este conceito, racionalmente defensável, poderá ser implementado.
- 58 A governação clínica deve ter como objectivo o doente.
- 58 A governação clínica deve obrigatoriamente promover a eficiência e combater o desperdício.
- 58 Deve detectar áreas de diferenciação, estimulá-las e nelas investir recursos de forma a promover a sua eficácia e rentabilidade.
- 66 A governação clínica deve atender os seguintes pressupostos: Monitorização da performance (o que implica a criação de métricas de performance); Produtividade (monitorização numa perspectiva da relação produção/custos).

Alocação de Recursos

N.º

Comentários dos clínicos

- 1 A prática tem demonstrado que nem sempre a quantidade foi sinónimo de qualidade.
- 3 Parece-me fundamental divulgar (informar/formar) os médicos (e outros profissionais) que para além das obrigações éticas para com o doente individual há também obrigações éticas para com a sociedade no sentido de que as escolhas para o nosso doente podem conflitar com aqueles que são melhores para a sociedade.
- 25 A cada um o que necessita - evita desperdícios.
- 25 Não há doenças, há doentes - Procedimentos individualizados.
- 25 O condicionamento da atitude clínica - aumento de erros.
- 38 Deviam ter em conta as horas de cuidados necessárias a cada doente, mais o tempo consumido com cuidados indirectos aos mesmos e a taxa de absentismo das equipas.
- 44 Deveriam ser auscultadas com periodicidade a avaliação das necessidades.
- 45 Deveriam ser eficazes, sempre que verificar-se negativas ou positivas deveriam alocar-se os recursos.
- 48 Deverá ter em conta, em primeira instância, as necessidades dos doentes, não deixando, contudo, de ter em atenção os custos. Este último não deve, em situação alguma, ser o principal factor de decisão.
- 58 Os recursos não devem ser duplicados. Os recursos num país pequeno devem ser, nalgumas áreas da medicina, particularmente naquelas em que os custos com os tratamentos são elevados, centralizados, permitindo a criação de centros de alta diferenciação com sujeição dos mesmos a avaliação externa periódica.

- 66 O aspecto essencial a considerar neste tópicó é a visão integrada numa perspectiva regional. Os recursos não devem ser considerados isoladamente em relação a um conjunto de unidades que interagem entre si.

O que mudaria?

O seu desempenho clínico

N.º

Comentários dos clínicos

- 1 Directores de Serviço com formação e perfil adequado na área da gestão.
- 2 O desempenho clínico melhora com avaliação de resultados, na qualidade e quantidade e discussão com os profissionais, levando a que se sintam motivados.
- 2 O financiamento deve ser rigoroso com base no cumprimento de objectivos propostos e aceites.
- 2 A análise da produção não deve ser feita com base em números absolutos mas por profissional (isto é, a avaliação de consultas e cirurgias deve ser feita por número de profissionais). É diferente ter 1000 operações num ano num Serviço com 6 ou com 20 cirurgiões!
- 3 Maior facilidade de comunicação com outros profissionais.
- 3 Sistemas de informação inteligentes e facilitadores da gestão clínica.
- 3 Mobilização dos recursos da comunidade (organizações de base comunitária, grupos de auto-ajuda).
- 7 Remuneração actualizada. Prémios de produtividade.
- 7 Administração descentralizada.
- 7 Valorização profissional.
- 8 Necessitava de mais horas no local de trabalho para acompanhar doentes e familiares na preparação do regresso a casa. Prevenia múltiplas situações de internamento em unidades de cuidados continuados. Esta disponibilidade deveria ser compensada economicamente, como quando tive horário acrescido e preparei tantas famílias para levarem a pessoa dependente para o domicílio.
- 9 Estrutura adequada e real da minha carreira (Enfermagem) e valorização da profissão.
- 10 Aumento do material (em número e diversidade).
- 10 Surgirem incentivos monetários. Incentivos de mérito.
- 10 Existir um reforço positivo por parte dos superiores e administração.
- 11 Actualização de conhecimentos.
- 14 Existência de mais protocolos de actuação.
- 14 Recompensar economicamente sempre que é pedido para trabalhar em tempo extra.
- 14 Existência de avaliação colectiva de trabalho realizado pelas equipas.
- 16 Melhoria na comunicação - Horizontal - vertical.
- 16 Maior envolvimento dos funcionários na definição de metas e objectivos intermédios.
- 23 Estabilização da organização.
- 23 Incentivos pelo trabalho realizado.
- 25 O factor tempo / N.º total de actividades a desenvolver.
- 26 Todos os profissionais devem ser chamados na escolha de estratégia de melhoria para o Serviço onde trabalham independentemente do propósito a que se trata, de forma a que o poder de decisão seja descentralizado dos cargos superiores.
- 27 A estrutura arquitectónica da unidade.
- 29 Remuneração correcta das horas de qualidade.
- 29 Maior incentivo para formação.
- 29 Maior incentivo para investigação.
- 29 Maior envolvimento nas metas e objectivos do hospital.
- 29 Maior ênfase do hospital às necessidades individuais dos trabalhadores.
- 30 Proporcionar estabilidade aos profissionais, através de contratos estáveis.
- 30 Proporcionar formação aos profissionais, com constante actualização de saberes de forma a melhorarem a prestação dos cuidados.
- 30 Perceber melhor a forma como são feitos os gastos e dentro da equipa multidisciplinar planear estratégias de poupança, nunca prejudicando o utente.
- 31 Investimento na formação na área de simulação.

- 34 Incentivos e reconhecimento do trabalho desenvolvido. Considero que as avaliações efectuadas são muito deficientes "colocam tudo dentro do mesmo saco", o que conduz a um certo grau de desmotivação.
- 36 Reuniões multidisciplinares para (re)definição de protocolos/guidelines, nomeadamente em "áreas críticas" com a urgência, onde há grande variabilidade na prática clínica, e onde se poderiam rentabilizar recursos.
- 37 Melhorias organizativas.
- 37 Benchmarking.
- 37 Maior disponibilidade financeira.
- 37 Acesso mais fácil a novas ferramentas de diagnóstico e terapêutica.
- 37 Melhor integração com outras unidades de saúde.
- 37 Manutenção da actualização de conhecimentos.
- 37 Manutenção da investigação clínica e básica.
- 38 Organizar os serviços como Centros de Responsabilidade Integrada e gestão mais específica para cada unidade.
- 39 Reestruturação dos cuidados com objectivo de potencializar os recursos físicos e humanos na prestação de cuidados.
- 40 Melhor articulação entre a actividade clínica e laboratorial, de forma a conjugar conhecimentos e actuações com o objectivo de otimizar as potencialidades e capacidades de diagnóstico. Isto passaria, entre outras medidas, pela realização de reuniões de serviço conjuntas ou discussão conjunta de casos clínicos.
- 42 Os gestores e administração deveriam informar melhor os profissionais de saúde em relação aos objectivos e metas das instituições. Assim, como incluí-los nas tomadas de decisão, evitando assim a sensação dos profissionais de serem apenas cumpridores de ordens.
- 44 Em termos de organização: menos sobrecarga de trabalho.
- 44 Financiamento em oportunidades de enriquecimento profissional, para melhoria do desempenho profissional.
- 47 Possibilidade de fazer medicina privada no hospital.
- 47 Avaliação por objectivos.
- 48 Dotação dos serviços com mais recursos humanos.
- 49 Melhorar a estabilidade dos serviços.
- 50 Mais meios materiais e humanos.
- 50 Maior liberdade por parte da administração para colocar em prática metodologias inovadoras e sustentadas em evidências científicas.
- 50 Liberdade na decisão clínica em virtude do melhor para o doente e não do mais rentável.
- 52 Organização da actividade, combatendo a necessidade e realizar diferentes tarefas ao mesmo tempo, não só as clínicas, como administrativas ou de "assistente social".
- 52 Remuneração melhor de modo a permitir exclusividade na actividade clínica ou maior dedicação sem ter que passar a actividade extra-hospitalar, excepto a científica.
- 55 Acesso a meios tecnológicos eficazes mesmo não sendo de ponta.
- 55 Acesso a equipamentos necessários e presentes em qualquer Hospital e em falta neste.
- 56 Gestores de topo mais próximos dos contextos de trabalho, de forma a: a) que se considerem as expectativas dos utentes e verifiquem se as respostas dos profissionais aos vários níveis, se adequem e vão ao encontro dessas expectativas. Há que operacionalizar, regular e controlar sempre; b) Desenvolver nas pessoas (Gestores de Serviço) aspectos de liderança (há muitos chefes e poucos líderes); c) Aprendermos a trabalhar melhor com os recursos existentes, evitando os desperdícios; d) Mais empenhamento na adequação dos recursos, considerando sempre as necessidades/problemas dos utentes/famílias.
- 57 Maior autonomia.
- 57 Maior abertura da instituição à inovação, alteração das condições / metodologia de trabalho.
- 58 Melhores condições de trabalho.
- 58 Melhorar a autonomia em relação às decisões de competência clínica em detrimento das decisões de gestão política.

- 59 Aumento do número de formação na área.
- 60 Maior recompensa salarial.
- 60 Incentivar a qualidade dos cuidados.
- 60 Melhorar a imagem pública da instituição através do empenhamento de todos os profissionais.
- 62 Baixar os ordenados / Horas extraordinárias.
- 62 Exigir presença física no Hospital.
- 62 Exigir actualizações de conhecimentos.
- 62 Exigir trabalho em equipa / reunião de decisão terapêutica.
- 66 O hospital deve apoiar financeiramente a realização de estágios para diferenciação clínica de acordo com as necessidades dos serviços/unidades.
- 66 Criação de métricas de performance e monitorização periódica da actuação.
- 66 Incentivos à motivação dos profissionais.
- 67 Autonomia em termos financeiros para gerir unidades mais diferenciadas.
- 67 Organismos de tarefas e distribuição bem definida para cada profissional de saúde.
- 70 Melhor organização.
- 70 Menos trabalho/actividades para o tempo preconizado/horário.
- 70 Menos burocracia.
- 70 Menos trabalho "não médico" para conseguir que o "trabalho médico" avance.

O que mudaria?

A sua experiência de trabalho

N.º	Comentários dos clínicos
1	Planeamento a curto/médio prazo de todas as actividades a desenvolver, estabelecendo objectivos concretizáveis.
2	Neste momento há uma desmotivação muito grande entre todos os profissionais da Instituição.
2	A governação clínica está longe dos profissionais e é assumida pelos gestores não clínicos (administradores e políticos).
2	Não há avaliação de qualidade dos Serviços.
2	Não se analisam listas de espera.
2	Inexistência de Processo Clínico Informático, o que não permite tratamento informático clínico.
7	Nos últimos 10 anos transformou-se num "inferno"; sem projectos sociais/profissionais; remunerações notoriamente insuficientes. Fossos entre os profissionais têm-se agravado.
8	Desempenho a minha actividade profissional com a máxima dedicação. Mas, falta-me tempo para fazer muitas coisas de que sou capaz e que se traduziriam em benefícios económicos para a nossa sociedade, como seja aumentar a participação da família na reabilitação do doente.
9	Formação profissional.
10	Pagamento de horas em atraso. Pagamento de horas extraordinárias.
11	Frequência em acções de formação.
14	Possibilidade de fazer estágios em Serviços mais especializados, dentro da área de actuação.
23	Fácil acesso às mais recentes tecnologias.
23	Fácil acesso à actualização de conhecimentos.
26	Daria oportunidade aos profissionais a mobilizarem para outros serviços para aumentar a polivalência dos profissionais.
26	O sistema de recompensas e "prémios" deviam ser distribuídos por todos, não pelos cargos que se ocupam!!!
27	Reformulação de alguns espaços para valorizar e validar os procedimentos e o mau desempenho profissional.
29	Obter recursos necessários para a prática dos cuidados.
29	Maior incentivo para formação.
29	Maior incentivo para investigação.
29	Maior envolvimento das equipas gestoras na prática diária de cuidados.
29	Maior conhecimento dos resultados clínicos das intervenções efectuadas.

- 30 Motivar os profissionais de saúde a fazer mais e melhor através de incentivos monetários ou não.
- 30 Proporcionar estabilidade profissional no mesmo Serviço, de forma a podermos investir neste, nomeadamente em formação e conhecimento multidisciplinar.
- 31 Facilitar estágios / formação em serviços de referência na minha área profissional (médica pediatria).
- 36 As áreas de "Meios Auxiliares de Diagnóstico" na qual me integro beneficiam muito da justificação para a realização de determinados exames e com o volume de trabalho que todos temos, nem sempre é fácil discutir com os colegas caso a caso, daí a necessidade de maior colaboração interdisciplinar regular, dentro do horário de trabalho, o que deveria ser motivado pelo Administrador pois "nº" não é igual a "qualidade", e os recursos poderiam ser melhor canalizados.
- 37 Melhor articulação com outras unidades de saúde.
- 37 Acesso fácil a novas tecnologias.
- 37 Interação com centros estrangeiros "de ponta".
- 38 A responsabilização de todos os profissionais na prática diária e a correcção dos desvios do desempenho.
- 38 Maior rigor no desempenho pessoal.
- 40 Maior envolvimento nas tomadas de decisão e gestão do serviço, por parte dos seus profissionais de forma a garantir o seu comprometimento com os objectivos definidos o que, por outro lado, os tornaria agentes activos e pró-activos na melhoria contínua dos cuidados/serviços prestados.
- 40 Maior interacção entre clínica e laboratório, nomeadamente através de discussão conjunta de casos clínicos.
- 41 Eu mudaria o tempo de internamento com duas atitudes: 1º o aumento do número de profissionais com vista a uma melhoria de cuidados de saúde prestados.
- 41 2º com a criação de uma equipa hospitalar que se deslocasse ao domicílio do doente para promover a continuidade dos cuidados prestados o que reduziria significativamente o fluxo de pessoas ao Hospital.
- 42 Manter boa formação em serviço e do departamento de formação.
- 42 Rotatividade pelos serviços da instituição de 3 em 3 ou 4 em 4 anos.
- 44 Na experiência de trabalho, que ela fosse reconhecida financeiramente e que em termos de organização e financiamento, os incentivos atribuídos a alguns elementos fossem transparentes e que os funcionários tivessem acesso aos critérios antecipadamente e ao valor atribuído e da forma como é distribuído (critérios).
- 44 As equipas deveriam ser incentivadas a trabalhar de forma multidisciplinar.
- 47 Aumento da alocação de recursos ao meu Serviço.
- 47 Recompensa por aumentos de produtividade.
- 47 Recompensa por qualidade dos cuidados prestados.
- 49 Proporcionar mais investigação.
- 50 Metas institucionais com vista à melhoria dos cuidados ao doente.
- 50 Poder de decisão aos profissionais da prestação de cuidados, tanto na gestão / aquisição de recursos materiais e humanos.
- 50 Incentivos à produtividade, fundamentalmente à prestação de cuidados de qualidade.
- 52 Não separável da anterior. [Nota da autora: refere-se à questão das mudanças no desempenho clínico]
- 55 Formação profissional promovida ou incentivada pela organização hospitalar bem como estágios no exterior. Não me recordo que alguma vez tenha acontecido na minha área profissional promovida pela Direcção Clínica.
- 57 Para além das anteriores, remuneração mais justa tendo em conta a dedicação horária e o nível de diferenciação, que me permitisse dedicar mais tempo ao Hospital, em que continuo por uma questão de serviço público e de continuação de integração em equipa de trabalho / desenvolvimento profissional, apenas.
- 58 Valorização do trabalho desenvolvido.
- 62 Exigir a actualização de conhecimentos / formação contínua.
- 62 Exigir trabalho em equipa / decisão terapêutica.
- 67 Maior diálogo com as chefias.
- 67 Conhecimento prévio por objectivos do Serviço .
- 67 Protocolos bem definidos para situações clínicas específicas.
- 67 Actualização permanente e mais diferenciada.

70 Menos dispêndio do tempo pessoal com o trabalho.

Papel dos Cuidados de Saúde Primários

N.º

Comentários dos clínicos

- 1 a) Médicos com perfil adequado a esta área e com dedicada exclusiva. b) Equipa multidisciplinar (médico/enfermeiro/psicólogo/assistente social/...) com recursos materiais adequados que permitisse a prestação de cuidados / acompanhamento dos utentes no seu domicílio. c) Equipa de cuidados de reabilitação para acompanhamento /orientação nos deficientes e idosos.
- 2 Articulação eficaz entre os Cuidados Primários e Hospitalares com mecanismos informáticos que permitam uma troca de informações em tempo real relativamente aos doentes.
- 3 Deveriam ser a porta de entrada prioritária (e quase obrigatória) no sistema de saúde.
- 3 Papel fundamental na promoção da saúde (prevenção primária).
- 7 Investimento financeiro. Investimento Humanos (profissional). Divulgação pública.
- 8 Manutenção do enfermeiro especialista de reabilitação nas equipas de Cuidados de Saúde Primários.
- 9 Motivação profissional. Dotação adequada. Formação de equipas. Equidade.
- 10 Ensinos para a saúde em maior quantidade e qualidade.
- 10 Alargamento dos horários de atendimento.
- 10 Investimento em cuidados primários de prevenção da saúde.
- 11 Se os doentes tiverem um apoio eficaz ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, não recorrem com tanta frequência aos hospitais.
- 11 Deviam admitir mais clínicos e reabrir SAP's.
- 14 Existência de médico e enfermeiro de família.
- 14 Contacto pessoal/telefónico com os doentes.
- 15 Maior articulação com os hospitais na tentativa de promover uma continuidade de cuidados.
- 16 Melhor dotação de enfermeiros nos centros de saúde.
- 23 Boa articulação entre todas as unidades de saúde, nomeadamente entre Cuidados de Saúde Primários e unidades hospitalares.
- 25 Os médicos de Saúde primária deviam ser verdadeiros médicos de família.
- 26 Especialização crescente dos profissionais.
- 26 Consulta aberta.
- 29 Maior interacção entre Cuidados de Saúde Primários e Cuidados de Saúde Diferenciados.
- 29 Intervenção mais efectiva dos Cuidados de Saúde Primários.
- 29 Melhor coordenação com a comunidade.
- 30 Através de prevenção da saúde junto da comunidade. Através de rastreios, ensinos, consultas. A prevenção implica muito menos gastos do que a fase de tratamento da doença. Ex: rastreio de cancro da mama.
- 33 Na comunicação.
- 34 Melhor triagem dos casos que devem chegar a nível hospitalar.
- 36 Melhor comunicação (sistemas informativos que funcionem) entre os Cuidados Primários e os Cuidados Hospitalares para mais adequada referência mútua.
- 37 Formação dos colegas e apetrecho das unidades de saúde de forma a possibilitar a resolução dos problemas menos diferenciados.
- 38 Apostar mais na prevenção da doença desde a infância e enfatizando grandemente a saúde escolar.
- 38 A obrigatoriedade de todos os utentes serem consultados em centros de saúde e só por estes referenciados para os respectivos hospitais.
- 40 Melhor articulação entre os CSP e os Hospitais com interacção a nível das diversas áreas profissionais, nomeadamente trocando experiências e através de acções de formação com vista a melhorar a qualidade dos serviços a todos os níveis de intervenção.
- 41 Deveria ser iniciada uma relação mais próxima entre o centro de saúde e o Hospital devendo existir registos de cuidados tanto a nível do centro de saúde como a nível do Hospital para que ambos os pudessem consultar sempre que existisse necessidade.
- 42 Aumentar o número de Médicos de Família.
- 42 Manter o trabalho das unidades familiares por objectivos a atingir.

- 42 Aumentar deslocação dos profissionais aos domicílios para vigilância de gravidez, puérperas, diabéticos e pós-operatórios.
- 42 Fazer unidades móveis para chegar a populações isoladas.
- 44 Devem ser incentivados os trabalhadores dos cuidados de saúde primários a desenvolverem áreas importantes na comunidade; intervenções precoces junto da população.
- 47 Melhor articulação com o Hospital.
- 47 Melhoria do acesso aos Cuidados Primários, ao contacto directo com especialistas do Hospital (e vice-versa).
- 47 Recurso à telemedicina mais facilitado.
- 48 Reforço das equipas de Cuidados de Saúde Primários.
- 48 Actuar junto dos indivíduos, formando-os / ensinando, de forma a que se sintam responsáveis pelo seu auto-cuidado.
- 52 Maior ligação entre Cuidados de Saúde Primários e Hospitais, com partilha de actividade e não como agora de "empurrão" para o outro, por motivos economicistas (sempre se gasta menos, não apenas intervindo quem não gasta. Ligação, não implica aplicações informáticas (que na maioria não prestam), mas sim relações pessoais.
- 55 Melhoria da formação.
- 55 Aumento da auto-responsabilidade pelos órgãos dos Cuidados de Saúde Primários.
- 55 Diminuição do facilitismo.
- 56 Adequação diagnóstica da situação de saúde individual /familiar / comunitária.
- 56 Adequar os recursos existentes de forma eficaz, eficiente, às verdadeiras necessidades e problemas identificados, estabelecendo prioridades de actuação.
- 56 Trabalho de parceria efectiva entre Hospitais e Centro de Saúde. Valorização das queixas e problemas reais dos utentes apresentando-lhes soluções viáveis e atempadas, a nível dos Cuidados de Saúde Primários.
- 57 Autonomia. Responsabilização. Qualidade da informação. Qualidade no atendimento. Disponibilidade. Melhoria da articulação com unidade hospitalar. Bidireccionalidade na da articulação com unidade hospitalar.
- 57 Responsabilização.
- 57 Qualidade da informação.
- 57 Qualidade no atendimento. Disponibilidade.
- 57 Melhoria da articulação com unidade hospitalar. Bidireccionalidade na da articulação com unidade hospitalar.
- 58 Maior acompanhamento dos doentes em proximidade e em contacto pessoal.
- 58 Organização concertada de prioridades em relação com a referência dos doentes para ambiente hospitalar.
- 59 Aumento do número de profissionais a nível Cuidados de Saúde Primários para diminuir a espera dos utentes nestas unidades de saúde.
- 59 Promover a Saúde Materna e Obstetrícia bem como Saúde Infantil e Comunitária com enfermeiros especialistas a exercerem somente nessa área.
- 59 Aumentar os rastreios nestas unidades para diminuir desnecessariamente o fluxo aos Hospitais Centrais e despistar precocemente algumas patologias.
- 60 Promoção da Saúde reduz significativamente os internamentos por doença, reduzindo assim a custos dos recursos.
- 61 Dedicarem-se mais à prevenção.
- 62 Aumentar a articulação com os Cuidados de Saúde Diferenciados.
- 62 Promover a continuidade de cuidados.
- 62 Funcionarem efectivamente como a porta de entrada do SNS.
- 66 Resposta adequada às solicitações dos utentes.
- 66 Facilitam a comunicação com profissionais hospitalares (Telemedicina, ...)
- 67 Maior número de consultas e autonomia em relações aos serviços hospitalares.
- 67 Disponibilidade de consultas de prevenção da saúde.
- 67 Distribuição e aumento do número de clínicos disponíveis nos Centros de Saúde.

- 69 O apoio domiciliário; ensinos, follow-up de situações crónicas/agudos ficariam menos dispendiosos do que ter de internar determinados doentes porque o Centro de Saúde não tem capacidade de resposta.
- 70 Melhor articulação Cuidados Primários/Hospital.
- 70 Deslocação dos profissionais de saúde do Hospital aos Cuidados de Saúde Primários e vice-versa, para melhor percepção da realidade local, regras de funcionamento, recursos.
- 70 Educação dos utentes.

Papel dos Cuidados de Saúde Primários

Factores facilitadores

N.º	Comentários dos clínicos
1	Proximidade com os utentes.
1	Contexto familiar é facilitador das aprendizagens e mudanças de comportamento.
1	Facilita a intervenção na área da prevenção da doença.
2	Doentes em comum.
2	Gerações, ainda presentes, de médicos que sabem trabalhar em equipa e articulados.
3	Proximidade com a população.
3	Conhecimento da realidade local e suas necessidades quanto a recursos de saúde.
7	Melhores remunerações. Melhor controlo da produtividade/desempenho. Divulgação na comunidade.
8	A transmissão de informação entre hospital e centro de saúde aumentou muito. Os recursos materiais e humanos dos cuidados de saúde primários aumentaram muito.
9	Equipas multidisciplinares com valorização do papel de cada elemento.
10	Avaliação frequente das actividades desenvolvidas e do cumprimento de metas.
11	Disponibilidade do pessoal de saúde.
14	Conhecimento da realidade de cada comunidade.
23	Falta de recursos humanos.
25	Conhecimento do doente e sua envolvente.
26	Consulta aberta na maioria dos centros de saúde.
26	Especialização dos profissionais em saúde comunitária.
29	Implementação rigorosa dos diferentes Planos Nacionais de Saúde.
29	Trabalho em / para a comunidade.
30	Estarem mais próximos da comunidade.
34	Proximidade com a comunidade.
36	Médicos e outros profissionais de saúde motivados e com gosto pelo seu trabalho (nomeadamente nas Unidades de Saúde Familiares).
37	Telemedicina.
38	Mais próximos das comunidades.
39	Gestão dos recursos aos diversos níveis.
40	Proximidade física.
41	Prevenção/Profilaxia de infecções;
41	Vacinação.
41	Acompanhamento do parto.
44	Criação de equipas multidisciplinares.
47	Marcação de consultas pela internet.
47	Maior alocação de recursos pessoais e financeiros.
48	Proximidade às populações.
52	Proximidade com os doentes.
52	Carburante global da comunidade
55	Proximidade dos utentes.
56	Motivação e empenhamento profissional.
56	Planeamento e gestão adequada de recursos.
56	Controlo e avaliação eficaz e eficiente dos resultados obtidos.

- 57 Estratégias inovadoras, como as Unidades de Saúde Familiares, desde que a prazo se confirme o seu bom funcionamento.
- 58 Incluir os Clínicos Gerais nos sistemas de referência hospitalar como triadores pelo menos nos grandes agrupamentos populacionais.
- 59 Aumentar Enfermeiros Especialistas.
- 59 Aumentar formação.
- 59 Desmistificar os Cuidados de Saúde Primários.
- 59 Cativar os utentes.
- 60 Disponibilidade de tempo.
- 62 Proximidade (espacial) com os doentes.
- 62 Maior familiaridade.
- 66 Unidades de Saúde Familiar.
- 67 Organização das tarefas.
- 67 Maior número de clínicos.
- 67 Consultas de prevenção disponíveis (tabaco, diabetes, saúde oral, nutrição, etc.).
- 69 Contacto directo e possibilidade de *follow-up* melhor.
- 70 Melhorar linhas de comunicação.
- 70 Educar utentes.

Papel dos Cuidados de Saúde Primários

Factores prejudiciais

N.º	Comentários dos clínicos
2	Sistemas informáticos exclusivamente virados para a gestão.
2	Conceito de alguns médicos hospitalares considerarem os colegas dos Cuidados Primários como médicos menos diferenciados e substituem-nos no seu papel de Médico Assistente generalista
3	a) Falta de recursos humanos. b) Desmotivação. c) Excesso de "rotina".
7	População profissional envelhecida. Instabilidade política. Falta sentido civico-profissional. Organização SNS inexistente/obsoleta.
8	A "fuga" dos familiares para cuidar dos doentes. É necessário muito apoio e incentivo para os familiares cuidarem em detrimento ao pedido de cuidados continuados.
9	Eliminação de serviços de saúde junto da população.
9	Sub-dotação das equipas.
10	Poucos recursos humanos.
10	Poucos recursos financeiros.
10	Desmotivação dos profissionais.
11	Questões monetárias.
11	Falta de incentivos para admissão de pessoal.
14	Deficit de recursos humanos.
16	Falta de pessoal.
16	Falta de recursos materiais.
23	Falta de recursos humanos.
25	"Circulares" sucessivas a solicitar que se tornem menos polícias sinaleiros.
26	SAP terem fechado, deixando comunidades desfavorecidas sem apoios.
29	Falta de recursos.
29	Desmotivação.
29	Horários de funcionamento.
29	Organização dos Cuidados de Saúde Primários.
30	Por vezes a má receptividade da comunidade.
34	Falta de formação de alguns profissionais.
36	Difícil comunicação com os colegas dos Hospitais; nº de doentes poucos protocolos de colaboração/orientação claramente definidos.
37	Falta de condições logísticas e organizativas.

- 37 Falta de formação e apoio.
- 38 Falta de médicos e de consultas de urgência.
- 38 Há muitos utentes não vigiados por médico de família por falta dos mesmos.
- 39 Implementação de medidas sem conhecimento dos profissionais o que inviabiliza à partida o sucesso das intervenções.
- 40 Factores culturais das diferentes classes profissionais.
- 41 A pouca disponibilidade para os cuidados de saúde primários não actuarem de forma curativa mas sim a maior parte das vezes de forma preventiva.
- 42 Profissionais de saúde não querem ir a locais mais interiores.
- 42 Algumas unidades de saúde ainda têm más condições arquitectónicas e funcionais.
- 44 Carência de profissionais de Saúde.
- 44 Incentivo aos profissionais para trabalharem nos cuidados de saúde primários.
- 47 Excessivo número de doentes por médico nos Cuidados de Saúde Primários.
- 47 Dificuldade na articulação com os hospitais.
- 47 Dificuldade de comunicação com especialistas nos hospitais.
- 48 Poucos recursos humanos e financeiros.
- 49 Orçamentos baixos.
- 50 Falta de apoio financeiro, humano e político.
- 50 Pouca visibilidade pública dos Cuidados de Saúde Primários.
- 50 Poucos incentivos aos profissionais afectos.
- 52 Factor de ligação com Hospitais.
- 52 Falta de partilha de responsabilidades/A noção de que um doente seguido no hospital - a cargo primeiro desta, "deixa de ser seguido" nos Cuidados de Saúde Primários.
- 55 Vastidão da área clínica de actuação.
- 56 Falta de recursos aos vários níveis.
- 56 Deficiente estabelecimento de prioridades.
- 56 Deficiente comunicação inter e intra profissional e a nível das diferentes instituições de saúde.
- 56 Alocação de recursos humanos desequilibrada.
- 57 Complexidade na hierarquia / articulação de recursos humanos.
- 57 Peso da máquina administrativa.
- 57 Falta de incentivo à qualidade.
- 57 Desigualdade nos esquemas de incentivos.
- 57 Falta de estabilidade / coerência nas políticas de saúde.
- 58 Desarticulação com o sistema hospitalar.
- 58 Prover Clínicos Gerais para as necessidades da população.
- 59 Na sociedade os utentes preferem os "Privados"
- 59 Enf. Especialistas que não exercem na área.
- 59 Falta de recursos Materiais/Humanos.
- 60 Falta de organização do tempo.
- 60 Ideias pré-concebidas de que não é necessário trabalhar muito e fazer apenas o necessário.
- 62 Falta de recursos materiais e humanos.
- 62 Défice de conhecimentos por parte dos profissionais.
- 66 Desmotivação dos profissionais.
- 66 Burocracia.
- 66 Ausência de comunicação com outros profissionais de unidades hospitalares.
- 67 Falta de organização.
- 67 Má distribuição de clínicos.
- 67 Má gestão de recursos financeiros.
- 69 Inexistência de equipas organizadas e com objectivos específicos.
- 70 Desconhecimento da realidade.

- 70 Pressão dos utentes para referenciação.
- 70 Pressão económica.
- 70 Sobrecarga de trabalho clínico e burocrático.

Economia / Comunidade local de saúde

Hospitais

N.º	Comentários dos clínicos
1	Trabalho em equipa desde que o utente entra. O utente deve ser o centro das atenções de modo a racionalizar todas as intervenções necessárias de modo a que a alta aconteça no menor espaço de tempo.
2	Cumprimento das Redes de Referenciação Hospitalares com criação de áreas de excelência para que outros hospitais possam canalizar doentes por maior desenvolvimento e consequente competência em determinada área.
2	Acabar com as listas de espera, permitindo acessibilidade à primeira consulta e tratamentos em tempo útil.
2	Articulação directa com unidades de cuidados continuados.
3	Introdução de critérios de qualidade nos indicadores.
3	O ideal seria o pagamento por capitação tendo em conta os resultados globais na melhoria dos indicadores de saúde da população, levando a um maior equilíbrio na alocação de recursos (prevenção, promoção de estilos de vida saudáveis, vigilância de saúde, cuidados de agudos, reabilitação e cuidados crónicos.
7	Acabar com as privadas. Dar incentivos e investir nos hospitais públicos. Exclusividade de todos os profissionais no SNS.
8	Os enfermeiros necessitam de mais tempo e condições para estruturais para atenderem as famílias, por ex. um gabinete e disponibilidade para atender e planear intervenções com doente e família. Sem estar com stress para atender telefones, urgências, outros doentes, família e terapêutica.
9	Diminuição dos gastos de representação e outros subsídios aplicáveis aos conselhos de administração e de gestão.
9	Eliminação de regalias como "motoristas" sem ser em representações oficiais.
11	Disponibilização financeira.
11	Vínculos com pessoal de saúde.
11	Disponibilização de material.
23	Organização e articulação entre as várias entidades.
25	Agilidade na articulação com os cuidados de saúde primários.
29	Gestão de recursos.
29	Sensibilização dos profissionais para os custos dos tratamentos/intervenções diárias.
30	Gerir de forma adequada a relação utente/profissionais/custos de forma a criar harmonia e eficácia entre eles.
30	O hospital trata por norma situações agudas, é importante criar outras unidades para tratamento crónico.
31	Melhorar a gestão de recursos dos hospitais da mesma área de influência para evitar duplicação de recursos.
34	Melhor clareza na distribuição de incentivos à produtividade.
36	Valorizar, pela Administração, dos seus profissionais, integrando-os nas decisões.
36	Percepção (pela Administração) de que "ver doentes" não pode ser o único objectivo do trabalho hospitalar, e motivar a existência de tempos para ensino/investigação e reuniões multidisciplinares, que a médio prazo melhorem a gestão dos recursos.
37	Melhorar a organização.
37	Benchmarking.
37	Estimular os profissionais de saúde.
37	Apostar em centros de excelência.
38	Regras iguais para todos os funcionários independente do grupo sócio-profissional a que pertençam.

- 38 Referenciar para os hospitais centrais e universitários utentes que realmente necessitam dessa diferenciação de recursos/cuidados.
- 39 Responsabilização individual pela qualidade dos cuidados e implementação de medidas que fomentem uma melhor gestão dos recursos aos diferentes níveis, envolvendo sempre todos os profissionais de saúde nas alterações/reestruturação.
- 40 Optimização dos recursos materiais e humanos disponíveis, nomeadamente através de prestação de serviços a outras unidades de saúde, de acordo com o seu nível de desenvolvimento ou meios existentes.
- 42 Rentabilizar ao máximo as instalações e pessoal de saúde mantendo um nível de qualidade bom (atendimento, humanismo).
- 44 A gestão hospitalar, deveria ser menos hierarquizada, aposta na comunicação dos seus objectivos claros a todos os intervenientes na área clínica.
- 44 Equipas dos centros de responsabilidade com menos administradores hospitalares e com mais profissionais de Saúde.
- 47 Melhor articulação entre os hospitais de diversos níveis.
- 48 Responsabilização dos profissionais de saúde quanto aos resultados clínicos.
- 48 Monitorização mais intensa sobre os actos clínicos.
- 48 Maior coordenação inter-especialidades de modo a otimizar os cuidados.
- 48 Dotar os serviços de mais profissionais, uma vez que actualmente o seu número não acompanha o crescimento das exigências e necessidades.
- 48 Incentivos a quem prestou efectivamente cuidados.
- 49 Permitir mais estabilidade emocional ao nível do pessoal de saúde.
- 50 Maior rigor na gestão financeira, evitando desperdício, principalmente com a maioria dos cargos de gestão que nada produzem.
- 50 Incentivos aos funcionários que realmente contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.
- 52 Avaliação da qualidade e recompensa pela qualidade não pela quantidade.
- 52 Ligação com Cuidados de Saúde Primários.
- 56 Desempenho dos profissionais em regime de exclusividade.
- 56 mais e melhor controlo dos gastos em saúde (evitar desvios).
- 56 Maior rigor na avaliação do desempenho.
- 56 Premiar as boas práticas.
- 56 Penalizar desvios à função e atitudes desadequadas.
- 58 Gestão participada e repartida com os profissionais.
- 58 Definição de áreas de diferenciação hospitalares e dos níveis de intervenção dos diversos hospitais em todas as áreas da saúde.
- 59 Mobilização dos profissionais de saúde.
- 59 Gestão dos materiais.
- 59 Aumento do número de profissionais.
- 60 Melhorar os concursos dos materiais fornecidos ao Hospital.
- 60 Rentabilizar os recursos humanos.
- 60 Evitar os desperdícios.
- 60 Envolver todos os funcionários na elaboração dos objectivos.
- 60 Envolver todos os funcionários na distribuição dos "lucros", recompensar.
- 62 Melhorar a triagem dos doentes.
- 62 Supervisionar a realização dos Meios Auxiliares de Diagnóstico e os tempos de internamento.
- 62 Melhorar a articulação entre a equipa de saúde multidisciplinar.
- 62 Promover a alta e a continuidade de cuidados.
- 62 Exigir presença física dos profissionais.
- 62 Melhorar a articulação com cuidados de saúde.
- 66 Protocolização (exames complementares, tratamento).
- 67 Criação de Hospitais de retaguarda com cuidados médico-cirúrgicos mais acessíveis .
- 70 Desburocratizar.
- 70 Comunicação mais eficaz entre clínicos e gestores.
- 70 Estabelecimento de objectivos claros, relativos, consensuais e publicação periódica dos resultados.

Economia / Comunidade local de saúde

Cuidados de Saúde Primários

N.º

Comentários dos clínicos

- 1 Maior e melhor acessibilidade a cuidados médicos.
- 1 Criar estratégias de proximidade com a comunidade que permitam alterar estilos de vida: saúde escolar; jovens; idosos, etc.
- 2 Acesso facilitado dos doentes.
- 2 Acabar com o conceito arcaico de prescritor/pagador que leva muitas vezes a que doentes se desloquem mais de 200 Kms para realizar exames de diagnóstico que poderiam ser realizados na área de residência.
- 7 Divulgar. Incentivar profissionais. Tornar competitivo, modernizar.
- 8 Os médicos e os enfermeiros devem reforçar o acompanhamento das famílias e actuarem mais precocemente.
- 11 Reabertura de SAP.
- 11 Disponibilização financeira.
- 11 Criação de meios de diagnóstico complementar.
- 23 Organização e articulação entre as várias entidades.
- 25 Os médicos de saúde familiar serem verdadeiros médicos de família.
- 29 Gestão de recursos.
- 29 Maior flexibilidade dos horários de atendimento.
- 30 Criação ou melhoramento da prevenção da doença através de rastreios, consultas.
- 31 Melhor capacidade organizativa e gestão / organização de agendamento.
- 31 Organização de recursos humanos dos diferentes centros de saúde do mesmo ACES.
- 36 Quem trabalha "in loco" poderá melhor definir o que pode/deve ser melhorado; penso que a organização em USF melhorar a flexibilização e também a motivação dos profissionais de saúde; a integração de alguns profissionais dos cuidados de saúde primários nas Urgências Hospitalares também ajuda na percepção "dos dois lados da questão", melhorando a articulação.
- 37 Formação de clínicos
- 37 Dotar centros de saúde com recursos tecnológicos.
- 38 Adequar o número de médicos/enfermeiros ao número de utentes.
- 38 Maior cooperação/comunicação entre cuidados.
- 40 Maior articulação com os Hospitais, através de protocolos de colaboração, de modo a otimizar recursos bilateralmente.
- 42 Aumentar o dinamismo dos cuidados de saúde primários. Aumentar as valências dos serviços de saúde que poderiam ser dispensados nas unidades de saúde primários como estomatologia, oftalmologia, psicologia/psiquiatria.
- 44 A nível de cuidados deveria ser efectuado investimento no reforço das equipas, com o objectivo de intervenção a nível comunitário.
- 44 Aposta na gestão multidisciplinar, em que todos os intervenientes deverão ser ouvidos.
- 47 Melhor articulação / comunicação com hospitais.
- 48 Maior responsabilização dos profissionais.
- 49 Aumentar o horário laboral.
- 50 Aumento do financiamento.
- 50 Igualdade de tratamento por parte do Ministério da Saúde, relativamente aos Cuidados de Saúde Diferenciados.
- 52 Semelhante aos anteriores.
- 56 Alocação de recursos mais justos e adequação às necessidades.
- 56 Reestruturação do planeamento de Cuidados de Saúde Primários.
- 56 Maior investimento na educação para a saúde: promover a saúde e bem-estar, prevenir a doença.
- 58 Articulação com os sistemas hospitalares. Maior participação nas actividades hospitalares. Maior aproximação às populações.
- 58 Maior aproximação às populações.
- 59 Enfermeiros Especialistas a exercerem na área .
- 59 Aumentar a prestação de cuidados.

- 62 Funcionarem efectivamente como a porta de entrada do SNS.
- 62 Promover a continuidade de cuidados.
- 62 Melhorar a formação dos profissionais.
- 62 Melhorar a articulação com cuidados de saúde diferenciados.
- 66 Maior resposta às necessidades (o que obriga a uma mudança na cultura organizacional).
- 67 Maior número de profissionais.
- 70 Desburocratizar.
- 70 Comunicação mais eficaz entre clínicos e gestores.
- 70 Estabelecimento de objectivos claros, relativos, consensuais e publicação periódica dos resultados.

Economia / Comunidade local de saúde

Serviços Sociais

N.º

Comentários dos clínicos

- 1 Profissionais desta área deveriam fazer levantamento das necessidades por área geográfica e intervirem em tempo útil de modo a prevenirem situações de risco especialmente com idosos e crianças.
- 2 Maior capacidade de intervenção na área social, evitando tempos demasiado longos de estadia dos doentes após a alta clínica.
- 7 Torná-los eficazes, neste momento não são produtivos, não há estratégias de tipo algum.
- 8 São os que têm mais disponibilidade de tempo, de instalações. Os que sofrem menos stress físico e psicológico e que são melhor compensados economicamente.
- 9 Maior fiscalização das atitudes tomadas.
- 9 Desenvolvimento de estratégias coordenadas com hospitais de retaguarda.
- 10 Aumentar a produtividade, contribuindo cada vez mais para o apoio a indivíduos vulneráveis.
- 11 Responsabilização dos assistentes sociais.
- 23 Organização e articulação entre as várias entidades.
- 25 Aumento da capacidade de resposta aos problemas colocados.
- 25 Ajuda aos familiares que se destituem do apoio aos familiares.
- 29 Gestão de recursos.
- 29 Utilização adequada dos serviços sociais.
- 29 Determinação exacta das necessidades sociais da população.
- 30 Criação de unidades paliativas e cuidados continuados para situações crónicas.
- 30 Vigilância e sinalização de casos sociais.
- 31 Maior proximidade à comunidade.
- 31 Melhor interligação entre os serviços e recursos disponíveis.
- 36 Com o significativo aumento das necessidades e a progressiva diminuição de recursos, não sei mesmo o que poderão fazer melhor.
- 37 Melhoria do acesso dos cuidados continuados.
- 38 Maior transparência nos recursos de cada família; situação que deveria ser de maior responsabilidade do poder local em conjunto com os Centros de Saúde e extensões.
- 40 Sem opinião.
- 41 Não podemos encaminhar à partida todos os doentes para as Unidades de Cuidados Continuados. Temos de apoiar a familiar e inseri-la nos cuidados prestados.
- 42 Os Serviços Sociais deveriam ser mais visíveis.
- 42 A avaliação de qualquer utente deveria ter o parecer do serviço social - para activar os mecanismos de apoio necessários até antes do possível internamento/cirurgia por ex.
- 44 Aposta em instituição de cuidados da comunidade conforme as necessidades detectadas de cada região.
- 45 Mais eficazes e rápidos.
- 47 Participação mais activa e expedita na resolução de problemas sociais dos doentes do hospital, designadamente no encaminhamento de doentes para Cuidados Continuados e Paliativos.
- 48 Maior rigor na atribuição de soluções sociais (lares, cuidados integrados,...) no que respeita às necessidades dos utentes / família.
- 49 Melhoria no atendimento dos doentes.
- 50 Maior abertura à sociedade civil.

- 50 Possibilitar vias de acesso à população em geral.
- 52 Diminuição da burocracia, tipo questionários de 20 folhas a ser preenchido por médicos, enfermeiros, secretárias e assistente social, como por exemplo acontece com Cuidados Continuados.
- 56 Optimizar a articulação entre os serviços de saúde e serviço social.
- 56 Melhorar a comunicação entre os vários sectores / serviços.
- 56 Garantir respostas efectivas, eficazes e eficientes, face aos problemas identificados.
- 56 Considerar as expectativas dos utentes / famílias, informando-os dos reais recursos existentes.
- 58 Maior articulação com a rede hospitalar.
- 62 Melhor distribuição dos recursos monetários.
- 62 Melhorar a triagem e distribuição dos recursos realmente para quem necessita deles.
- 62 Monitorização mais atenta.
- 66 Agilização dos processos conducentes a uma rápida saída dos doentes das unidades hospitalares aquando da alta clínica.
- 66 Avaliação social no momento da admissão no internamento e não na alta clínica.
- 67 Unidades de apoio a idosos e apoio baseado nas verdadeiras dificuldades financeiras dos doentes.
- 70 Maior responsabilização dos profissionais deste ramo.
- 70 Maior quantidade de recursos de apoio.
- 70 Maior responsabilização dos familiares que "abandonam" familiares no Hospital (não há qualquer mecanismo).

Comentários ao questionário:

N.º

Comentários dos clínicos

- 2 Questionário muito bem elaborado. Longo, mas objectivo. Apenas um reparo: parte do princípio que são tudo "rosas" nos nossos Hospitais. Ao obrigar a seriar as respostas sendo exemplos, as metas e o sentimento geral, não permite uma baixa qualificação dos diferentes itens. b) Trabalho num Hospital, do qual vesti a camisola durante muitos anos, que ajudei a ter uma boa imagem perante os utentes mas que, neste momento, é um desencanto para a larga maioria dos seus profissionais. Há gestores que reúnem com Directores de Serviço. Há profissionais apenas para fabricarem números. Todos os dias se tiram lugares para parar os nossos automóveis, se tiram gabinetes de trabalho ou de lazer, desrespeito do conselho pelas hierarquias funcionais, falta de respeito pelos profissionais permitindo a invasão dos locais de trabalho por toda a espécie de gente sem controlos de entrada. Estimula-se o individualismo. Aplicam-se medidas de controlo profissional como seja o registo biométrico, desconhecendo-se as vantagens e sabendo-se que há profissionais de primeira classe que não cumprem as regras e não são afectados. Alguns até são promovidos a cargos intrahospitalares. De tudo isto apenas se salvou o ambiente! Nem que isso tivesse aumentado o desespero dos profissionais com as regras dos elevadores. Tudo mudaria se o CA tivesse que estacionar os seus automóveis depois das 8h30' ou fossem no 10.º andar as suas instalações.
- 3 Algumas das questões colocadas são dúbias relativamente á perspectiva que nos é pedida (se como clínicos, se como co-responsáveis na gestão). Também não é claro em algumas questões se dizem respeito à gestão de topo ou à gestão intermédia ou dos próprios Serviços. Outras questões são percebidas como alternativamente pouco importantes para quem vem de uma época em que a mobilidade de posto de trabalho era quase nula.
- 8 Deve valorizar o papel do Enfermeiro nas Organizações. Quase tudo o que temos numa unidade de internamento é devido ao esforço e solicitações dos enfermeiros. Resultado de muitas horas de trabalho sem compensação económica, enquanto que outros grupos profissionais continuam a ganhar extraordinário por todos os minutos.
- 42 Questionário demasiado extenso. Com demasiadas perguntas.
- 48 Extenso, complexo... algumas questões pouco perceptíveis.
- 54 Questionário demasiado extenso. Pouco claro nalguns itens.
- 56 Os maiores sucessos para a realização do trabalho!
- 59 Um pouco extenso.

ANEXO 6

Resultados do teste de Mann-Whitney e do test t à comparação das opiniões e percepções dos administradores/gestores e dos médicos com funções de direcção dentro da amostra dos gestores

Anexo 6: Resultados do teste de Mann-Whitney à comparação das opiniões e percepções dos administradores/gestores e dos médicos com funções de direcção dentro da amostra dos gestores

Questão relacionada com os cuidados de saúde – Parte 1:

Test Statistics ^a						
	Q R Cuid Sd - P1 1	Q R Cuid Sd - P1 2	Q R Cuid Sd - P1 3	Q R Cuid Sd - P1 4	Q R Cuid Sd - P1 5	Q R Cuid Sd - P1 6
Mann-Whitney U	306,000	229,500	282,500	175,500	334,000	249,000
Wilcoxon W	1902,000	365,500	418,500	1771,500	1930,000	385,000
Z	-1,966	-3,027	-2,294	-3,753	-1,595	-2,768
Asymp. Sig. (2-tailed)	,049	,002	,022	,000	,111	,006

a. Grouping Variable: administrador.vs.medico

Questão relacionada com os cuidados de saúde – Parte 2:

	Q R Cuid Sd - P2 1	Q R Cuid Sd - P2 2	Q R Cuid Sd - P2 3	Q R Cuid Sd - P2 4	Q R Cuid Sd - P2 5	Q R Cuid Sd - P2 6	Q R Cuid Sd - P2 7	Q R Cuid Sd - P2 8	Q R Cuid Sd - P2 9	Q R Cuid Sd - P2 10	Q R Cuid Sd - P2 11	Q R Cuid Sd - P2 12	Q R Cuid Sd - P2 13
Mann-Whitney U	147,000	232,000	241,500	150,000	253,000	177,500	92,500	242,500	248,000	163,000	118,000	269,500	264,000
Wilcoxon W	213,000	368,000	836,500	646,000	389,000	673,500	498,500	362,500	384,000	299,000	646,000	899,500	400,000
Z	-,236	-1,005	-,320	-2,090	-,443	-1,406	-2,373	-,454	-,568	-,868	-2,780	-,274	-,189
Asymp. Sig. (2-tailed)	,813	,315	,749	,037	,658	,160	,018	,650	,570	,385	,005	,784	,850
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,842						,024			,436			

Valores no trabalho – Parte 1:

Test Statistics ^a									
	VT P1 1	VT P1 2	VT P1 3	VT P1 4	VT P1 5	VT P1 6	VT P1 7	VT P1 8	VT P1 9
Mann-Whitney U	342,000	377,500	384,500	313,000	305,000	419,500	267,000	388,500	303,500
Wilcoxon W	1827,000	1862,500	1869,500	449,000	441,000	555,500	403,000	1873,500	1788,500
Z	-1,271	-,770	-,669	-1,683	-2,077	-,176	-2,340	-,690	-1,836
Asymp. Sig. (2-tailed)	,204	,441	,503	,092	,038	,860	,019	,491	,066

a. Grouping Variable: administrador.vs.medico

Valores no trabalho – Parte 2:

	VT P2 1	VT P2 2	VT P2 3	VT P2 4	VT P2 5	VT P2 6	VT P2 7
Mann-Whitney U	255,000	267,000	254,000	155,500	158,500	231,500	231,000
Wilcoxon W	391,000	403,000	390,000	716,500	753,500	826,500	826,000
Z	-,752	-,113	-,447	-2,574	-2,538	-1,167	-1,179
Asymp. Sig. (2-tailed)	,452	,910	,655	,010	,011	,243	,238
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]							

Percepção da governação clínica – Parte 1:

	Perc Gov Clin P1 1	Perc Gov Clin P1 2	Perc Gov Clin P1 3	Perc Gov Clin P1 4	Perc Gov Clin P1 5	Perc Gov Clin P1 6	Perc Gov Clin P1 7	Perc Gov Clin P1 8
Mann-Whitney U	245,500	275,500	279,000	265,500	261,000	244,000	224,000	224,000
Wilcoxon W	875,500	411,500	909,000	401,500	891,000	874,000	360,000	360,000
Z	-,979	-,153	-,050	-,571	-,828	-,935	-1,903	-1,904
Asymp. Sig. (2-tailed)	,328	,879	,960	,568	,408	,350	,057	,057
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]								

Percepção da governação clínica – Parte 2:

	Perc Gov Clin P2 1	Perc Gov Clin P2 2	Perc Gov Clin P2 3	Perc Gov Clin P2 4	Perc Gov Clin P2 5	Perc Gov Clin P2 6
Mann-Whitney U	266,500	166,000	194,000	276,000	145,000	268,500
Wilcoxon W	896,500	796,000	824,000	906,000	775,000	898,500
Z	-,382	-2,546	-2,134	-,145	-3,072	-,453
Asymp. Sig. (2-tailed)	,703	,011	,033	,885	,002	,651
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]						

Autonomia

	Auton 1	Auton 2	Auton 3	Auton 4	Auton 5	Auton 6	Auton 7
Mann-Whitney U	247,000	232,500	248,500	235,500	262,500	217,000	269,000
Wilcoxon W	877,000	368,500	878,500	830,500	892,500	812,000	405,000
Z	-,760	-1,273	-,799	-,841	-,408	-1,249	-,280
Asymp. Sig. (2-tailed)	,447	,203	,424	,400	,683	,212	,780
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]							

Prática Clínica – Parte 1:

	Prat Clin P1 1	Prat Clin P1 2	Prat Clin P1 3	Prat Clin P1 4	Prat Clin P1 5	Prat Clin P1 6	Prat Clin P1 7	Prat Clin P1 8
Mann-Whitney U	238,000	235,000	228,000	237,000	244,000	265,000	272,000	265,000
Wilcoxon W	374,000	371,000	364,000	867,000	380,000	895,000	408,000	401,000
Z	-1,152	-1,002	-1,179	-1,117	-,779	-,360	-,191	-,411
Asymp. Sig. (2-tailed)	,249	,316	,238	,264	,436	,719	,848	,681
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]								

Prática Clínica – Parte 3:

	Prat Clin P3 1	Prat Clin P3 2	Prat Clin P3 3	Prat Clin P3 4	Prat Clin P3 5	Prat Clin P3 6	Prat Clin P3 7	Prat Clin P3 8	Prat Clin P3 9
Mann-Whitney U	31,500	85,000	146,000	216,500	149,500	99,000	51,500	78,000	84,500
Wilcoxon W	661,500	715,000	776,000	811,500	779,500	729,000	681,500	708,000	714,500
Z	-4,727	-3,439	-1,993	-,114	-1,938	-3,152	-4,367	-3,625	-3,499
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,001	,046	,910	,053	,002	,000	,000	,000
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]									

Alocação de recursos

	Al Rec 1	Al Rec 2	Al Rec 3	Al Rec 4	Al Rec 5	Al Rec 6	Al Rec 7
Mann-Whitney U	229,500	172,000	237,500	252,000	248,000	215,000	215,500
Wilcoxon W	859,500	802,000	373,500	882,000	384,000	845,000	845,500
Z	-1,155	-2,751	-,857	-,822	-1,394	-1,838	-1,433
Asymp. Sig. (2-tailed)	,248	,006	,391	,411	,163	,066	,152
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]							

Responsabilização / Prestação de contas

	Resp/P Contas 1	Resp/P Contas 2	Resp/P Contas 3	Resp/P Contas 4	Resp/P Contas 5	Resp/P Contas 6	Resp/P Contas 7	Resp/P Contas 8
Mann-Whitney U	185,500	253,000	236,500	236,000	228,500	255,000	239,000	276,500
Wilcoxon W	815,500	389,000	372,500	372,000	364,500	885,000	375,000	412,500
Z	-2,193	-,651	-,997	-,985	-1,166	-,552	-,731	-,077
Asymp. Sig. (2-tailed)	,028	,515	,319	,325	,244	,581	,465	,938
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]								

Estabelecimento de normas para os cuidados médicos

	Normas 1	Normas 2	Normas 3	Normas 4	Normas 5	Normas 6	Normas 7
Mann-Whitney U	187,500	265,000	273,500	192,000	241,500	112,500	230,500
Wilcoxon W	817,500	895,000	409,500	328,000	377,500	742,500	860,500
Z	-2,084	-,483	-,283	-2,493	-1,241	-3,617	-1,139
Asymp. Sig. (2-tailed)	,037	,629	,777	,013	,215	,000	,255
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]							

Pontos de vista da gestão de unidades clínicas

	P V Gest Un Sd 1	P V Gest Un Sd 2	P V Gest Un Sd 3	P V Gest Un Sd 4	P V Gest Un Sd 5	P V Gest Un Sd 6
Mann-Whitney U	110,500	269,500	272,000	98,500	272,000	275,000
Wilcoxon W	740,500	405,500	408,000	728,500	408,000	411,000
Z	-4,131	-,242	-,676	-3,980	-,676	-,218
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,809	,499	,000	,499	,828
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]						

Avaliação organizacional – Parte 1

		Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper	
Estilo Gestão 1	Equal variances assumed	1,107	,297	-,762	63	,449	-4,195	5,506	-15,198	6,809	
	Equal variances not assumed			-,954	30,884	,348	-4,195	4,399	-13,168	4,779	
Estilo Gestão 2	Equal variances assumed	2,620	,111	1,555	63	,125	6,814	4,382	-1,943	15,571	
	Equal variances not assumed			1,322	17,238	,204	6,814	5,155	-4,052	17,679	
Estilo Gestão 3	Equal variances assumed	1,159	,286	-,683	63	,497	-3,711	5,431	-14,564	7,141	
	Equal variances not assumed			-,647	19,307	,525	-3,711	5,739	-15,710	8,287	
Estilo Gestão 4	Equal variances assumed	,005	,947	,188	63	,851	1,092	5,806	-10,510	12,695	
	Equal variances not assumed			,185	20,260	,855	1,092	5,903	-11,210	13,395	

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Direcção e Coordenação 1	Equal variances assumed	3,868	,053	-3,388	66	,001	-18,164	5,361	-28,867	-7,460
	Equal variances not assumed			-4,519	39,844	,000	-18,164	4,019	-26,288	-10,039
Direcção e Coordenação 2	Equal variances assumed	,381	,539	-,223	66	,824	-1,119	5,021	-11,145	8,906
	Equal variances not assumed			-,219	22,041	,828	-1,119	5,107	-11,709	9,470
Direcção e Coordenação 3	Equal variances assumed	,338	,563	,314	66	,755	1,308	4,168	-7,014	9,631
	Equal variances not assumed			,318	22,979	,753	1,308	4,115	-7,205	9,821
Direcção e Coordenação 4	Equal variances assumed	19,027	,000	2,769	66	,007	17,975	6,491	5,016	30,934
	Equal variances not assumed			2,071	16,755	,054	17,975	8,679	-,358	36,307

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Relação com o Hospital 1	Equal variances assumed	,580	,449	-,048	64	,962	-,176	3,660	-7,489	7,136
	Equal variances not assumed			-,046	21,728	,963	-,176	3,799	-8,060	7,707
Relação com o Hospital 2	Equal variances assumed	1,699	,197	1,608	64	,113	5,706	3,548	-1,383	12,795
	Equal variances not assumed			1,423	19,581	,170	5,706	4,009	-2,668	14,080
Relação com o Hospital 3	Equal variances assumed	2,417	,125	-1,573	64	,121	-7,706	4,900	-17,495	2,083
	Equal variances not assumed			-1,889	31,982	,068	-7,706	4,079	-16,016	,604
Relação com o Hospital 4	Equal variances assumed	4,385	,040	,441	64	,660	2,176	4,931	-7,675	12,028
	Equal variances not assumed			,361	18,066	,722	2,176	6,033	-10,495	14,848

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Conflito 1	Equal variances assumed	,069	,794	-,483	63	,631	-2,248	4,654	-11,548	7,052
	Equal variances not assumed			-,488	20,997	,631	-2,248	4,608	-11,830	7,334
Conflito 2	Equal variances assumed	1,686	,199	1,269	63	,209	5,134	4,045	-2,948	13,217
	Equal variances not assumed			1,104	17,615	,285	5,134	4,652	-4,655	14,924
Conflito 3	Equal variances assumed	,003	,960	-1,920	63	,059	-8,328	4,338	-16,996	,340
	Equal variances not assumed			-2,099	23,687	,047	-8,328	3,968	-16,524	-,132
Conflito 4	Equal variances assumed	8,064	,006	1,374	63	,174	5,441	3,959	-2,470	13,352
	Equal variances not assumed			1,059	15,886	,305	5,441	5,137	-5,454	16,337

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Sistema de Incentivo 1	Equal variances assumed	1,632	,206	,029	65	,977	,141	4,851	-9,547	9,828
	Equal variances not assumed			,037	40,769	,971	,141	3,835	-7,605	7,887
Sistema de Incentivo 2	Equal variances assumed	,014	,908	2,290	65	,025	7,702	3,363	,986	14,418
	Equal variances not assumed			1,997	20,873	,059	7,702	3,857	-,322	15,726
Sistema de Incentivo 3	Equal variances assumed	1,036	,313	-,761	65	,449	-3,266	4,289	-11,832	5,300
	Equal variances not assumed			-,716	22,963	,481	-3,266	4,561	-12,702	6,170
Sistema de Incentivo 4	Equal variances assumed	,104	,748	-,631	65	,530	-4,577	7,248	-19,053	9,898
	Equal variances not assumed			-,631	25,144	,533	-4,577	7,248	-19,501	10,347

Avaliação organizacional – Parte 2:

Test Statistics^a

	Aval Org P2 1	Aval Org P2 2	Aval Org P2 3	Aval Org P2 4	Aval Org P2 5	Aval Org P2 6	Aval Org P2 7	Aval Org P2 8
Mann-Whitney U	349,500	317,000	399,000	386,000	386,500	382,000	314,000	387,500
Wilcoxon W	485,500	1592,000	535,000	1661,000	1661,500	1657,000	450,000	1662,500
Z	-,779	-,1258	-,015	-,213	-,204	-,273	-,1,305	-,190
Asymp. Sig. (2-tailed)	,436	,208	,988	,832	,838	,785	,192	,849

a. Grouping Variable: administrador.vs.medico

Avaliação organizacional – Parte 3:

	Aval Org P3 1	Aval Org P3 2	Aval Org P3 3	Aval Org P3 4	Aval Org P3 5	Aval Org P3 6	Aval Org P3 7	Aval Org P3 8	Aval Org P3 9	Aval Org P3 10	Aval Org P3 11	Aval Org P3 12	Aval Org P3 13
Mann-Whitney U	245,000	210,000	177,000	191,000	217,000	191,000	221,500	94,500	253,500	242,500	244,000	237,000	234,500
Wilcoxon W	875,000	840,000	772,000	821,000	847,000	821,000	851,500	655,500	883,500	872,500	874,000	832,000	864,500
Z	-,2,113	-,1,815	-,2,228	-,2,141	-,1,032	-,1,624	-,1,298	-,3,799	-,242	-,665	-,453	-,431	-,685
Asymp. Sig. (2-tailed)	,035	,070	,026	,032	,302	,104	,194	,000	,809	,506	,651	,667	,493
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]													