



UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
FACULDADE DE ECONOMIA

## Governança hospitalar

—

Uma proposta conceptual e metodológica para o caso  
português

Vítor Manuel dos Reis Raposo

Coimbra, 2007





UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
FACULDADE DE ECONOMIA

## Governança hospitalar



Uma proposta conceptual e metodológica para o caso  
português

**Vítor Manuel dos Reis Raposo**

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Doutor em Organização e Gestão de Empresas, Especialidade de Ciências dos Sistemas nas Organizações, na Universidade de Coimbra sob a orientação do Prof. Doutor Pedro Lopes Ferreira, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, e do Prof. Doutor Constantino Sakellarides, da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Coimbra — Portugal, 2007



À memória de meu Pai...

Sempre presente graças a uma Mãe  
excepcional.

Para as mulheres da minha vida:

a Maria e a Fátima.



# Abstract

---

The pressures resulting from multiple developments that the areas of the health care sector has witnessed over the last few years has put all health policy makers, from hospital administrators and managers to academic researchers, increasing challenges to reflect on the meaning of good hospital governance and how it can be implemented in the hospital.

The main question in the centre of debate is whether hospital governance should mimic, and follow models of corporate governance, developed within the corporate world. Hospitals are organizations with unique features (specific form of ownership, lack of the principle of profit maximization, replacement of shareholders by an expanded diversity of stakeholders, less transparency and greater difficulty in evaluating the results of their transactions, and the locus of the decision-making process itself is much more diffuse) not allowing the direct adoption of the principles and codes of good corporate governance without specific adjustments.

Models of corporate governance can, nonetheless, provide a comprehensive framework of reference — particularly those wishing to encourage the efficient use of resources, requiring accountability for their protection — to which the hospital sector will have to give its own interpretation. But, the concept of hospital governance is still emerging, as well as evolving, as a distinct research domain and the empirical research from other countries on this matter is very limited.

In Portugal, after the corporatization of some public hospitals, which started in 2002, the governance of public hospitals has shifted from a bureaucratic/administrative model of governance in health to a more, in principle, corporatized model. At the same time, following either the recommendations of international organizations or the initiatives of the national private business sector in the promotion of good practices of corporate governance, the State produced several regulations and laws to reflect it in the management of public companies. Yet, there is a lack of research in the field of hospital governance.

In this thesis, we propose a conceptual and methodological approach to study, explore and characterize the determinants and practices of hospital governance in Portuguese public hospitals. In addition, we aimed at demonstrating the feasibility of our framework, by applying a tool specifically developed to collected data from a panel of experts in hospital administration and management.





# Resumo

---

A pressão resultante dos múltiplos desenvolvimentos nos cuidados de saúde e nas políticas de saúde veio colocar aos administradores hospitalares, aos gestores, aos políticos com responsabilidades na formulação das políticas de saúde e aos investigadores desafios crescentes de reflexão relativos ao significado da boa governação hospitalar e como podem implementá-la nas organizações hospitalares.

A questão que se coloca é se a governação hospitalar deve seguir ou não modelos de governação empresarial, desenvolvidos dentro do mundo das empresas. Principalmente quando as características dos hospitais (forma específica da propriedade, ausência do princípio de maximização do lucro, substituição de accionistas por uma diversidade alargada de interessados, menor transparência e maior dificuldade em avaliar os resultados das suas transacções, e lócus dos processos de tomada de decisão em si mesmo mais difusos) constituem diferenças que não permitem a adopção directa dos princípios e dos códigos de boa governação empresarial sem ajustamentos específicos.

Contudo, a governação empresarial pode fornecer enquadramentos de referência aos hospitais, nomeadamente os que pretendem encorajar o uso eficiente dos recursos, exigindo a responsabilização pela sua salvaguarda. No entanto, o conceito de governação hospitalar está ainda a emergir, e a desenvolver-se, como um domínio de investigação distinto e a investigação empírica existente de outros países sobre esta temática é bastante limitado.

Em Portugal, com a empresarialização iniciada em 2002, a governação do sector hospitalar público passou de um modelo de governação em saúde burocrática/administrativa para um modelo, em princípio, de cariz mais empresarial. Ao mesmo tempo, acompanhando quer as recomendações das organizações internacionais quer as iniciativas do sector empresarial privado nacional no fomento das boas práticas de governação empresarial, o Estado produziu vários diplomas no sentido de reflectir, nas empresas por si detidas ou participadas, os princípios de bom governo. No entanto, existe uma lacuna de investigação relacionada com a governação hospitalar.

Nesta tese, propomos uma abordagem conceptual e metodológica que permita estudar, explorar e caracterizar as determinantes e as práticas de governação dos hospitais públicos portugueses. Procurou-se também mostrar a exequibilidade dessa proposta aplicando um instrumento de recolha de dados desenvolvido, a um painel de peritos em administração e gestão hospitalar.



# Índice

---

1.	ENQUADRAMENTO DA INVESTIGAÇÃO	1
1.1.	Introdução	1
1.2.	Enquadramento do tema	2
1.2.1.	Contexto geral	2
1.2.2.	Contexto nacional	4
1.2.3.	O problema	7
1.3.	Objectivos da tese	8
1.4.	Estrutura da tese	9
	PARTE CONCEPTUAL	11
2.	GOVERNAÇÃO	13
2.1.	Introdução	13
2.2.	O conceito de governação	15
2.2.1.	Definições de governação	15
2.2.2.	Outros elementos a considerar	21
2.3.	Variedades de governação	32
2.3.1.	Nova gestão pública ( <i>New Public Management</i> )	32
2.3.2.	Governacão empresarial	33
2.3.3.	Boa governacão	34
2.3.4.	Governacão interactiva	35
2.3.5.	Governacão em rede	37
2.3.6.	Governacão global e governacão multi-nível	38
2.3.7.	Governacão económica institucionalizada	39
2.3.8.	Governacão em saúde	40
2.3.9.	Provedoria ( <i>stewardship</i> )	41
2.3.10.	Governacão global em saúde	42
2.3.11.	Governacão clínica	42
2.3.12.	Governacão integrada	43
2.3.13.	Governacão hospitalar	44
2.4.	Governacão e Estado	44

2.4.1.	A governação como um enquadramento analítico	45
2.4.2.	O papel do Estado na governação	47
2.5.	As reformas da Administração Pública	48
2.5.1.	A redução do papel do Estado	49
2.5.2.	A nova gestão pública (New Public Management)	52
2.5.3.	O Estado pós-moderno	60
2.6.	A governação e a boa governação — a perspectiva das organizações internacionais	63
2.6.1.	Evolução histórica do conceito de governação	64
2.6.2.	A boa governação	71
2.6.3.	Governação e desenvolvimento	78
2.7.	Medição, monitorização e avaliação da governação	81
2.7.1.	Para quê medir, monitorizar e avaliar?	82
2.7.2.	O que são os indicadores de governação e como devem ser utilizados?	85
2.7.3.	Quais os desafios conceptuais?	87
2.7.4.	Quais os desafios metodológicos?	89
2.7.5.	Quais os impactos da medição da governação?	90
2.7.6.	Exemplos de indicadores de boa governação	91
2.8.	Conclusão	99
3.	<b>GOVERNAÇÃO EMPRESARIAL</b>	103
3.1.	Introdução	103
3.2.	A importância da governação empresarial	105
3.3.	Definições e aspectos relacionados	108
3.3.1.	Sociedades, firmas, empresas ou organizações	111
3.3.2.	Influências que condicionam a actuação das organizações	114
3.3.3.	Diferentes pontos de vista	117
3.3.4.	Modelos de governação	120
3.4.	Actores e teorias da governação empresarial	123
3.4.1.	Os actores da governação empresarial	123
3.4.2.	As teorias mais relevantes	131
3.4.3.	Outras teorias	150
3.5.	Sistemas, códigos e princípios de boa governação	157

3.5.1.	Os principais sistemas de governação empresarial	157
3.5.2.	Códigos e princípios de boa governação empresarial	162
3.6.	Conclusão	165
4.	GOVERNAÇÃO EM SAÚDE	167
4.1.	Introdução	167
4.2.	Algumas perspectivas	168
4.2.1.	A perspectiva do Banco Mundial	169
4.2.2.	A perspectiva do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas	171
4.2.3.	A perspectiva da Organização Mundial de Saúde	173
4.2.4.	A perspectiva do Observatório Português dos Sistemas de Saúde	182
4.3.	Os sistemas de saúde e o mercado da saúde	183
4.3.1.	Os sistemas de saúde	184
4.3.2.	O mercado da saúde	191
4.4.	As reformas no sector da saúde	197
4.4.1.	O sentido geral das reformas	199
4.4.2.	O institucionalismo dos anos 90	201
4.5.	A era da governação em saúde	208
4.5.1.	A necessidade da governação em saúde	208
4.5.2.	Os traços da governação em saúde	213
4.5.3.	A provedoria e o papel do Estado	215
4.5.4.	O espaço da aplicação da governação em saúde	218
4.5.5.	Características da boa governação em saúde	220
4.5.6.	A análise da governação em saúde	225
4.6.	Conclusão	229
5.	GOVERNAÇÃO HOSPITALAR	231
5.1.	Introdução	231
5.2.	O hospital e as reformas organizacionais	232
5.2.1.	Evolução, pressões e desafios do hospital	233
5.2.2.	A organização	238
5.2.3.	As reformas organizacionais	241
5.3.	Melhorar o desempenho hospitalar	248
5.3.1.	A governação clínica	248

5.3.2.	A governação integrada	250
5.4.	A governação hospitalar	253
5.4.1.	Definição de governação hospitalar	253
5.4.2.	O problema do agente/principal	256
5.4.3.	Diferenças relativamente à governação empresarial	258
5.4.4.	Os desafios que se colocam à governação hospitalar	262
5.5.	Práticas de governação e evidência	265
5.5.1.	A governação na prática	266
5.5.2.	A integração dos médicos	268
5.5.3.	Alguma da evidência empírica existente	271
5.6.	Contexto da “governação hospitalar” em Portugal	286
5.6.1.	Contexto geral	287
5.6.2.	Bases para a governação hospitalar	291
5.6.3.	O modelo de governo dos hospitais públicos	301
5.6.4.	Falta de evidência sobre a governação hospitalar	312
5.7.	Conclusão	315
	PARTE EMPÍRICA	317
6.	METODOLOGIA	319
6.1.	Introdução	319
6.2.	Modelo conceptual de análise	319
6.2.1.	Determinantes da governação hospitalar	323
6.2.2.	Práticas de governação hospitalar	330
6.2.3.	Opiniões	333
6.3.	Instrumento de recolha de dados	335
6.3.1.	Determinantes da governação hospitalar	337
6.3.2.	Práticas de governação hospitalar	341
6.3.3.	Opiniões	350
6.3.4.	Caracterização pessoal e curricular	355
6.3.5.	Caracterização do hospital	355
6.3.6.	Ligação entre o modelo conceptual e o questionário	355
6.4.	Os hospitais e as entrevistas	357
6.4.1.	Seleccção da amostra	357
6.4.2.	Procedimento das entrevistas	359

6.5.	Painel de peritos	360
6.5.1.	Composição	360
6.5.2.	Caracterização	362
7.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	367
7.1.	Introdução	367
7.2.	Determinantes da governação hospitalar	368
7.2.1.	As orientações, recomendações e directivas da tutela	368
7.2.2.	Dificuldades encontradas	371
7.2.3.	Decisões políticas passadas	377
7.2.4.	Problemas da governação hospitalar	386
7.3.	Práticas de governação hospitalar	391
7.3.1.	Adopção de práticas de boa governação	392
7.3.2.	Estrutura, funcionamento e actividades dos CA	397
7.3.3.	Envolvimento do corpo médico	418
7.3.4.	Instrumentos de apoio aos processos de decisão	423
7.4.	Opiniões	426
7.4.1.	Avaliação geral do modelo de governação	426
7.4.2.	Acordos de desempenho e instrumentos de controlo	434
7.4.3.	Efectividade dos CA	444
8.	CONCLUSÕES	461
8.1.	Descrição da abordagem	461
8.2.	Dificuldades encontradas	462
8.3.	Limitações do trabalho empírico	463
8.4.	Investigação futura	464
8.5.	Contributos desta investigação	465
9.	BIBLIOGRAFIA	467





# Lista de figuras

---

<b>Figura 1</b>	— Diferentes utilizações do conceito de governação	18
<b>Figura 2</b>	— Matriz de certeza/concordância de Stacey	28
<b>Figura 3</b>	— Um enquadramento teórico para a investigação da governação	35
<b>Figura 4</b>	— Papel das instituições no desenvolvimento económico e nos resultados sociais	40
<b>Figura 5</b>	— Os três blocos da NPM	54
<b>Figura 6</b>	— A interacção entre as diferentes esferas da sociedade do PDNU	68
<b>Figura 7</b>	— O sistema de governação do PDNU	69
<b>Figura 8</b>	— A governação para o BM	70
<b>Figura 9</b>	— A boa governação para o BM	73
<b>Figura 10</b>	— Enquadramento para analisar a governação do WGA	96
<b>Figura 11</b>	— Enquadramento da governação empresarial do BM	116
<b>Figura 12</b>	— Os actores segundo a teoria de agência	137
<b>Figura 13</b>	— Modelo dos interessados	138
<b>Figura 14</b>	— Os actores segundo a teoria dos interessados	140
<b>Figura 15</b>	— Modelo de cedência do poder à gestão	147
<b>Figura 16</b>	— Atingir a mudança através dos programas de saúde, nutrição e população	170
<b>Figura 17</b>	— A governação em saúde: complexa, multi-dimensional, indispensável	183
<b>Figura 18</b>	— Relações entre as funções e os objectivos do sistema de saúde	187
<b>Figura 19</b>	— A importância do sector da saúde na economia	193
<b>Figura 20</b>	— Ambiente de incentivos do público para o privado	205
<b>Figura 21</b>	— Pressões para a mudança nos hospitais	234
<b>Figura 22</b>	— Modelo dos quatro mundos do hospital	239
<b>Figura 23</b>	— Os mecanismos da boa governação	243
<b>Figura 24</b>	— Componentes da governação clínica	249

<b>Figura 25</b>	— A perspectiva da governação integrada	251
<b>Figura 26</b>	— Modelo de governação adoptado para o estudo americano de 2005	274
<b>Figura 27</b>	— Modelo de governação dos hospitais belgas	281
<b>Figura 28</b>	— Enquadramento de investigação do projecto HGE	283
<b>Figura 29</b>	— Número de respostas obtidas para os países participantes no projecto HGE	284
<b>Figura 30</b>	— Eficácia e transparência de governação em cinco países europeus	287
<b>Figura 31</b>	— População com idades compreendidas entre os 25 e 64 anos que têm, pelo menos, um nível de estudos superiores	288
<b>Figura 32</b>	— Percepção do nível e qualidade do conhecimento nas mudanças organizacionais e culturais	289
<b>Figura 33</b>	— Modelo conceptual para a análise da governação hospitalar	322
<b>Figura 34</b>	— Exemplo da pergunta para as dificuldades encontradas	339
<b>Figura 35</b>	— Exemplo da pergunta para a avaliação de decisões políticas do passado	340
<b>Figura 36</b>	— Exemplo da pergunta relacionada com a adopção de boas práticas relativas ao CA	343
<b>Figura 37</b>	— Exemplo da pergunta relacionada com o acesso a fontes de informação	344
<b>Figura 38</b>	— Exemplo da pergunta relacionada com a autonomia do hospital	346
<b>Figura 39</b>	— Exemplo da pergunta relacionada com as actividades do CA	347
<b>Figura 40</b>	— Exemplo da pergunta relacionada com os aspectos gerais do envolvimento dos médicos	348
<b>Figura 41</b>	— Exemplo da pergunta relacionada com os aspectos específicos do envolvimento dos médicos na tomada de decisão	349
<b>Figura 42</b>	— Exemplo da pergunta relacionada com os instrumentos utilizados na tomada de decisão	350
<b>Figura 43</b>	— Exemplo da pergunta relacionada com a avaliação dos órgãos do modelo de governo	351
<b>Figura 44</b>	— Exemplo da pergunta relacionada com a avaliação das comissões	352

<b>Figura 45</b>	— Exemplo da pergunta relacionada com aspectos gerais do CA	353
<b>Figura 46</b>	— Modelo conceptual, tópicos e respectivos itens a analisar	356
<b>Figura 47</b>	— Distribuição dos entrevistados por idade e sexo	363
<b>Figura 48</b>	— Distribuição dos entrevistados por licenciatura	363
<b>Figura 49</b>	— Distribuição dos entrevistados por anos de experiência efectiva em administração em saúde	365
<b>Figura 50</b>	— Matriz de comparação entre a evolução e a situação actual	372
<b>Figura 51</b>	— As múltiplas instâncias e inter-relações dos problemas de governação hospitalar identificados	391
<b>Figura 52</b>	— Conselhos de Administração dos hospitais da amostra desde 2000 até 2007	399
<b>Figura 53</b>	— Distribuição dos membros dos CA por anos de experiência efectiva em administração em saúde	402
<b>Figura 54</b>	— Zonas de autonomia para interpretação de resultados	404
<b>Figura 55</b>	— Distribuição da autonomia média por cada uma das áreas	405
<b>Figura 56</b>	— Distribuição do indicador ‘tempo despendido’ e ‘importância atribuída’ em cada área	409
<b>Figura 57</b>	— Matriz de comparação entre a importância atribuída e o tempo despendido	410
<b>Figura 58</b>	— Importância vs Tempo para as diversas áreas utilizando o indicador geral	411
<b>Figura 59</b>	— Distribuição das respostas por entrevistado e por hospital de acordo com os instrumentos utilizados no apoio aos processos de decisão	424
<b>Figura 60</b>	— Distribuição dos comentários por instrumentos utilizados no apoio aos processos de decisão	425
<b>Figura 61</b>	— PMA relativamente à forma como os órgãos atingem determinados objectivos	428
<b>Figura 62</b>	— PMA relativamente ao impacto das comissões	430



# Lista de quadros

---

<b>Quadro 1</b>	— Estrutura da tese	10
<b>Quadro 2</b>	— Características dos sistemas adaptativos complexos	25
<b>Quadro 3</b>	— A governação e a sua relação com outros conceitos e actividades	26
<b>Quadro 4</b>	— Diferenças entre gestores e governantes	51
<b>Quadro 5</b>	— Factores que afectam os incentivos de gestão e a prestação de contas	52
<b>Quadro 6</b>	— Razões para a falta de desempenho no sector público	53
<b>Quadro 7</b>	— Impacto dos módulos da NPM	54
<b>Quadro 8</b>	— Sinergias da NPM	56
<b>Quadro 9</b>	— Estratégias de implementação da NPM	58
<b>Quadro 10</b>	— Comparação entre o Estado burocrático <i>weberiano</i> e o Estado Pós-moderno	62
<b>Quadro 11</b>	— Evolução do conceito de governação ao longo das décadas.	64
<b>Quadro 12</b>	— O papel do Estado segundo o BM	66
<b>Quadro 13</b>	— Princípios de boa governação segundo a perspectiva do BM	73
<b>Quadro 14</b>	— Características de boa governação na perspectiva do PDNU	76
<b>Quadro 15</b>	— Princípios de boa governação na perspectiva do PDNU	77
<b>Quadro 16</b>	— Boa governação para quê?	80
<b>Quadro 17</b>	— Objectivos da avaliação em políticas públicas	83
<b>Quadro 18</b>	— Informação detalhada sobre algumas das principais iniciativas de medição da boa governação	94
<b>Quadro 19</b>	— Os indicadores de boa governação do BM	95
<b>Quadro 20</b>	— Áreas de actividade da governação do WGA	97
<b>Quadro 21</b>	— Princípios para a avaliação da boa governação do WGA	97
<b>Quadro 22</b>	— Indicadores para avaliar a governação do WGA	98
<b>Quadro 23</b>	— Diferentes definições de governação empresarial	110

<b>Quadro 24</b>	— Factores que influenciam a actuação das empresas transaccionadas nos mercados de capitais	114
<b>Quadro 25</b>	— Diversidade de análises e preocupações que rodeiam a governação empresarial	118
<b>Quadro 26</b>	— Elementos de um modelo de governação organizacional	121
<b>Quadro 27</b>	— Elementos associados à estrutura de governação	122
<b>Quadro 28</b>	— Elementos associados às funções da administração	122
<b>Quadro 29</b>	— Exemplos de práticas de governação	122
<b>Quadro 30</b>	— Funções da administração	124
<b>Quadro 31</b>	— Responsabilidades fundamentais da administração	125
<b>Quadro 32</b>	— Princípio VI da OCDE relativo ao órgão de administração	126
<b>Quadro 33</b>	— Diferentes classificações dos interessados de uma organização	129
<b>Quadro 34</b>	— Diversidade de teorias sobre a governação empresarial	131
<b>Quadro 35</b>	— Sinopse da teoria de agência	135
<b>Quadro 36</b>	— Modelo de escolha da relação entre principal e o gestor	144
<b>Quadro 37</b>	— O papel dos CA e a definição de sistema de governação empresarial de acordo com a teoria	149
<b>Quadro 38</b>	— Principais temas cobertos pelos princípios de boa governação empresarial da OCDE	165
<b>Quadro 39</b>	— Valores e metas globais de saúde	174
<b>Quadro 40</b>	— Papel dos governos na implementação da HFA	175
<b>Quadro 41</b>	— Conjunto base de perguntas do Relatório de 2000 da OMS	177
<b>Quadro 42</b>	— Objectivos dos sistemas de saúde	186
<b>Quadro 43</b>	— Principais características do modelo de Beveridge e do modelo de Bismarck	190
<b>Quadro 44</b>	— <i>Big bang</i> versus gradualismo na aplicação de políticas de reforma	198
<b>Quadro 45</b>	— Medidas de contenção de custos nos Estados membros da União Europeia no final da década de 90 do século XX e início do século XXI	200
<b>Quadro 46</b>	— Reformas para atacar as questões da produtividade, da eficiência, da qualidade e da resposta aos seus utilizadores	203

<b>Quadro 47</b>	— Problemas potenciais associados à empresarialização	207
<b>Quadro 48</b>	— Avaliação do desempenho dos sistemas de saúde	226
<b>Quadro 49</b>	— Evolução histórica dos hospitais	233
<b>Quadro 50</b>	— Pressões para a mudança nos hospitais	235
<b>Quadro 51</b>	— O que deve uma organização de qualidade assegurar	249
<b>Quadro 52</b>	— Descrição das características associadas à governação clínica	250
<b>Quadro 53</b>	— Diferentes aspectos associados aos vários interessados	260
<b>Quadro 54</b>	— Desenho do estudo aplicado na Nova Zelândia	275
<b>Quadro 55</b>	— Recomendações para a efectividade dos CA na Austrália	278
<b>Quadro 56</b>	— Linhas de orientação e informação para os concorrentes ao CA na Austrália	279
<b>Quadro 57</b>	— Evolução do estudo belga	280
<b>Quadro 58</b>	— Tópicos analisados relativamente aos CA no estudo belga	282
<b>Quadro 59</b>	— O Projecto HGE em Portugal	285
<b>Quadro 60</b>	— Natureza jurídica dos hospitais em Portugal	286
<b>Quadro 61</b>	— Conclusões sobre os CRI	293
<b>Quadro 62</b>	— Principais problemas da situação existente nos hospitais	293
<b>Quadro 63</b>	— Principais áreas de informação sobre os hospitais EPE no sítio do SEE	300
<b>Quadro 64</b>	— Competências do CA.	306
<b>Quadro 65</b>	— Competências do Presidente do CA.	307
<b>Quadro 66</b>	— Competências do Fiscal Único no estatuto EPE	309
<b>Quadro 67</b>	— Objectivos do sistema de controlo interno no estatuto SPA	309
<b>Quadro 68</b>	— Composição do Conselho Consultivo	311
<b>Quadro 69</b>	— Relação de estudos sobre o hospital português e a empresarialização	312
<b>Quadro 70</b>	— Casos analisados, objectivos associados e principais instrumentos utilizados	320
<b>Quadro 71</b>	— Modelo dos interessados da Nova Zelândia adaptado a Portugal	321

<b>Quadro 72</b>	— Pontos analisados relativamente à estrutura, funcionamento e actividades do CA	331
<b>Quadro 73</b>	— Envolvimento do corpo médico no CA e na tomada de decisão	332
<b>Quadro 74</b>	— Pontos considerados nas determinantes da governação hospitalar	337
<b>Quadro 75</b>	— Actividades consideradas nas principais dificuldades encontradas pelo CA	338
<b>Quadro 76</b>	— Práticas de governação hospitalar	342
<b>Quadro 77</b>	— Áreas de autonomia e definição dos diferentes níveis de autonomia	345
<b>Quadro 78</b>	— Actividades desempenhadas pelo CA consideradas para cada área	347
<b>Quadro 79</b>	— Caracterização pessoal e curricular	355
<b>Quadro 80</b>	— Caracterização do hospital	355
<b>Quadro 81</b>	— Resumo das características do painel interno	362
<b>Quadro 82</b>	— Formação específica do painel de peritos	364
<b>Quadro 83</b>	— Código associado a cada entrevistado	365
<b>Quadro 84</b>	— Principais orientações, recomendações e directivas da tutela identificadas	369
<b>Quadro 85</b>	— Descrições associadas aos principais itens identificados	369
<b>Quadro 86</b>	— Categorias e descrição resultantes do agrupamento dos itens identificados	370
<b>Quadro 87</b>	— Percentagem de respostas obtidas para a evolução, para a situação actual e para as dificuldades	372
<b>Quadro 88</b>	— Resumo da evolução e da situação actual para as diversas áreas	373
<b>Quadro 89</b>	— Comparação para os dois pontos de corte considerados nas dificuldades encontradas	374
<b>Quadro 90</b>	— Resumo da evolução e da situação actual para a área dos recursos humanos	374
<b>Quadro 91</b>	— Resumo da evolução e da situação actual para a área económico-financeira	375



<b>Quadro 92</b>	— Resumo da evolução e da situação actual para a área do aprovisionamento	375
<b>Quadro 93</b>	— Resumo da evolução e da situação actual para a área da administração e organização interna	376
<b>Quadro 94</b>	— Distribuição dos comentários relacionados com as dificuldades encontradas	376
<b>Quadro 95</b>	— Resumo dos comentários obtidos para o enquadramento legal	378
<b>Quadro 96</b>	— Resumo das apreensões associados aos problemas e limitações	379
<b>Quadro 97</b>	— Resumo dos comentários obtidos com os CRI	379
<b>Quadro 98</b>	— Resumo dos comentários obtidos para as explicações que explicam o insucesso dos CRI	381
<b>Quadro 99</b>	— Resumo das lacunas de competências identificadas nos diferentes níveis de gestão	382
<b>Quadro 100</b>	— Principais problemas associados à governação hospitalar identificados	387
<b>Quadro 101</b>	— Resumo dos comentários associados aos problemas da governação hospitalar	387
<b>Quadro 102</b>	— Resumo dos comentários obtidos com a categoria 'hospital'	388
<b>Quadro 103</b>	— Resumo dos comentários obtidos com a categoria 'contexto'	388
<b>Quadro 104</b>	— Resumo dos comentários obtidos com a categoria 'tutela'	389
<b>Quadro 105</b>	— Resumo dos comentários obtidos com a categoria 'Conselhos de Administração'	390
<b>Quadro 106</b>	— Percentagem das respostas relativas à adopção de princípios de boa governação	392
<b>Quadro 107</b>	— Resumo das respostas relacionadas com as boas práticas nos órgãos de governação	393
<b>Quadro 108</b>	— Percentagem das respostas relativas ao tipo de acesso a fontes de informação	393
<b>Quadro 109</b>	— Resumo dos comentários obtidos para a adopção de boas práticas	394
<b>Quadro 110</b>	— Interpretação do conceito de público	395
<b>Quadro 111</b>	— Resumo dos comentários sobre as boas práticas nos órgãos de governo do hospital	396

<b>Quadro 112</b>	— Resumo dos comentários sobre a adopção de práticas de boa governação	396
<b>Quadro 113</b>	— Resumo dos comentários sobre o acesso às fontes de informação	397
<b>Quadro 114</b>	— Anos de integração por função desempenhada no CA	400
<b>Quadro 115</b>	— Formação de base do CA e por função desempenhada no CA	401
<b>Quadro 116</b>	— Anos de experiência efectiva em administração em saúde por função desempenhada no CA	403
<b>Quadro 117</b>	— Percentagem de respostas de cada área num determinado ranking.	406
<b>Quadro 118</b>	— Resumo dos comentários obtidos para a autonomia do hospital	406
<b>Quadro 119</b>	— Resumo dos comentários sobre as áreas de autonomia analisadas	407
<b>Quadro 120</b>	— Resumo dos comentários sobre a autonomia em geral	408
<b>Quadro 121</b>	— Critérios de classificação para o tempo despendido e para a importância atribuída	409
<b>Quadro 122</b>	— Interpretação de cada zona da matriz de comparação entre tempo despendido e importância atribuída	411
<b>Quadro 123</b>	— Classificação das actividades para o tempo despendido, importância atribuída e zona crítica	413
<b>Quadro 124</b>	— Percentagem das respostas relativas ao nível de participação	419
<b>Quadro 125</b>	— Resumo dos comentários obtidos para o corpo médico	420
<b>Quadro 126</b>	— Resumo dos comentários associados ao envolvimento dos médicos	421
<b>Quadro 127</b>	— Resumo dos comentários associados ao envolvimento dos médicos e a relação dos médicos com o CA	421
<b>Quadro 128</b>	— Resumo dos comentários relativos ao modelo de integração dos médicos no CA	422
<b>Quadro 129</b>	— Resumo dos comentários relativos à participação dos médicos	422
<b>Quadro 130</b>	— Percentagem de respostas (bom e excelente) obtidas pelos órgãos do hospital para os diferentes objectivos	427
<b>Quadro 131</b>	— Percentagem de respostas (bom e excelente) obtidas pelas comissões para os diferentes objectivos	429

<b>Quadro 132</b>	— Distribuição dos comentários relativos ao Conselho Consultivo pelas respectivas categorias	432
<b>Quadro 133</b>	— Distribuição dos comentários por categorias e subcategorias relacionadas com as consequências do incumprimento do contrato-programa	435
<b>Quadro 134</b>	— Resumo das consequências associadas ao não cumprimento do contrato-programa para o hospital	435
<b>Quadro 135</b>	— Resumo das consequências associadas ao não cumprimento do contrato-programa para o CA	436
<b>Quadro 136</b>	— Resumo dos riscos inerentes à utilização do contrato-programa	438
<b>Quadro 137</b>	— Principais desafios (e oportunidades) associados ao contrato-programa para o hospital	439
<b>Quadro 138</b>	— Distribuição dos comentários por categorias relacionadas com a negociação do contrato-programa	442
<b>Quadro 139</b>	— Percentagem das respostas relativas a vários itens dos CA	445
<b>Quadro 140</b>	— Distribuição dos comentários relativos aos itens do CA	445
<b>Quadro 141</b>	— Distribuição dos comentários por categorias relativas à intervenção política e burocrática	449
<b>Quadro 142</b>	— Distribuição dos comentários por categorias relativas ao processo de escolha e formação do CA	453
<b>Quadro 143</b>	— Distribuição dos comentários relacionadas com os critérios de nomeação	457
<b>Quadro 144</b>	— Distribuição dos comentários associados à rotatividade e estabilidade dos CA	458



# Lista de siglas

---

ACS	Alto Comissariado da Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APAH	Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares
AR	Assembleia da República
BM	Banco Mundial
BSE	<i>Bovine Spongiform Encephalopathy</i>
CA	Conselho de Administração
CAHSA	Comissão de Avaliação dos Hospitais Sociedades Anónimas
CCI	Comissão Científica Independente
CE	Comissão Europeia
CEC	<i>Commission Of The European Communities</i>
CEISUC	Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra
CEO	<i>Chief Executive Officer</i>
CGG	<i>Commission on Global Governance</i>
CMVM	Comissão do Mercado dos Valores Mobiliários
CRES	Conselho de Reflexão sobre a Saúde
CRI	Centros de Responsabilidade Integrada
DAC	<i>Development Assistance Commitee</i>
DGS	Direcção Geral da Saúde
DGTF	Direcção Geral do Tesouro e Finanças
DMRS	Departamento de Modernização e Recursos da Saúde
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
EUROSTAT	<i>Statistical Office of the Commission of the European Communities</i>
FCT	Fundação para a Ciência e Tecnologia
GIC	Gestão da Informação e do Conhecimento
GTSEJH	Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital
HFA	<i>Health for All</i>

HGE	<i>Hospital Governance in Europe</i>
HGS	<i>Hospital Governance Survey</i>
HiT	<i>Health Systems in Transition</i>
IGS	Inspeção Geral da Saúde
IPCG	Instituto Português de Corporate Governance
NHS	<i>National Health Service</i>
NPM	<i>New Public Management</i>
NU	Nações Unidas
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PAUS	Projecto de Avaliação de Unidades de Saúde
PDNU	Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
PPP	Parcerias Público-Privado
RP	Relatório de Primavera
SA	Sociedade Anónima
SEE	Sector Empresarial do Estado
SPA	Sector Público Administrativo
TC	Tribunal de Contas
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação
UE	União Europeia
UNI	<i>United Nations University</i>
WGA	<i>World Governance Assessment</i>

# Agradecimentos

---

Quero expressar os meus agradecimentos aos Professores Pedro Lopes Ferreira e Constatino Sakellarides, pela sua orientação durante o desenvolvimento deste trabalho, pela motivação para que apresentasse os resultados que se foram obtendo em várias conferências nacionais e internacionais, e pela ajuda na correcção dos vários textos que se foram produzindo, incluindo a presente tese.

Agradeço à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, nomeadamente aos seus Presidentes do Conselho Científico, que me permitiram o tempo extra necessário para finalizar o trabalho aqui apresentado, e aos restantes colegas. Este agradecimento estende-se ao Centro de Estudos e Investigação e Saúde da Universidade de Coimbra e ao Conselho Directivo da FEUC pelo apoio que me permitiu apresentar o trabalho desenvolvido nas conferências nacionais e internacionais.

Aos Conselhos de Administração e aos restantes entrevistados agradeço a abertura, o tempo e a paciência dispensada a uma entrevista, que reconhecemos ser longa, as perguntas e as sugestões. Sem a sua colaboração não teria sido possível obter os dados necessários para o desenvolvimento deste trabalho. As respostas, as perguntas e o interesse demonstrado sem dúvida que enriqueceram o trabalho final.

A todos os meus colegas do Núcleo de Métodos Científicos de Gestão da FEUC, pelo óptimo ambiente de trabalho, e especialmente à “malta” do Gabinete 500, a Joana, o Óscar, o Pedro, e o PMelo, com quem partilho, e partilhei, o espaço onde desenvolvi o meu trabalho. A estes, agradeço a paciência para aturar a má disposição em determinadas alturas, a disponibilidade para me substituírem em vigilâncias ou de me aliviarem do esforço de correcção dos trabalhos práticos, especialmente no último ano. De entre eles, uma palavra sincera de agradecimento ao Óscar, camarada de almoço e cafés, de quem sempre ouvi palavras de apoio.

Ao António Rodrigues, médico de família das coisas da qualidade, observador atento da saúde, com quem troquei muitas ideias. O seu conhecimento prático da realidade associada à prestação de cuidados de saúde foi muito valioso. Ao Professor Batel Marques, boticário das coisas do medicamento, e ao Dionísio, promotor da civilização, legislador e amante da paz, que completaram este grupo.

À Maria e à Fátima, as minhas fontes de inspiração diária, agradeço a paciência de conviverem comigo diariamente durante estes tempos, em que algum tempo que era delas (nosso) lhes foi extorquido para o desenvolvimento deste trabalho. Peço especialmente desculpa à Maria, o meu pequeno “*pixeloto*”, pelo tempo de brincadeira, leituras e acompanhamento dos trabalhos de casa que lhe roubei neste último ano. À minha Mãe pelo seu apoio incondicional e por ter mantido sempre presente a memória do meu Pai. Sem as três dificilmente aqui tinha chegado.





# 1. Enquadramento da investigação

---

## 1.1. Introdução

A empresarialização dos hospitais públicos portugueses, isto é, a transformação de hospitais do sector público administrativo (sujeitos às regras gerais da gestão pública administrativa, nomeadamente no que respeita à sua gestão financeira) para o sector público empresarial (sujeitos às regras da gestão empresarial), e a adopção de princípios de boa governação das empresas do sector empresarial do Estado são realidades recentes em Portugal. A primeira, apesar de ser uma aspiração antiga, quer de decisores políticos, com responsabilidades na definição de políticas de saúde e das respectivas estratégias, quer dos profissionais de saúde, e objecto de várias experiências foi apenas iniciada em 2002. A segunda, apesar de alguma história no sector privado, nomeadamente na Comissão do Mercado dos Valores Mobiliários (CMVM), foi iniciada mais recentemente, em 2007.

Estas duas realidades não constituem, no entanto, acontecimentos originais da realidade portuguesa inserindo-se, com algum desfasamento, em movimentos de mudança que ocorreram anteriormente noutros países. A empresarialização dos hospitais insere-se no âmbito das reformas organizacionais propostas pela *New Public Management* (NPM) enquanto que a adopção de princípios de boa governação das empresas do sector empresarial do Estado se insere no movimento de produção de códigos e princípios de boa governação empresarial.

Apesar de desfasados no tempo estas duas realidades estão relacionadas. A adopção da empresarialização introduz novos modelos de governação nas organizações públicas passando de um modelo essencialmente do tipo administrativo/burocrático para um modelo empresarializado que adopta práticas, ferramentas e processos da gestão do sector privado. A adopção de princípios de boa governação, visando a prestação de contas e a transparência, aponta para a necessidade das empresas, quer públicas quer privadas, assumirem posturas em domínios de natureza ética e comportamental que são essenciais para que as empresas sejam geridas no efectivo interesse dos seus accionistas e outros interessados e prossigam os objectivos para que

foram criadas e são mantidas. Assim, a questão que se coloca é a de saber até que ponto e como os modelos de governação empresarial podem ser aplicados à organização hospitalar naquilo que podemos apelidar de governação hospitalar.

No entanto, o conceito de governação hospitalar é recente e o número de estudos sobre esta temática é bastante limitado. A juventude do processo de empresarialização bem como da adopção de boas práticas de governação nas empresas em Portugal justifica a inexistência de investigação relacionada com a governação hospitalar em Portugal e que constituiu o mote para este trabalho de investigação. O objectivo desta secção é apresentar o enquadramento do tema deste trabalho de investigação (1.2), os seus objectivos (1.3) e a sua estrutura (1.4).

## **1.2. Enquadramento do tema**

Situemos, de forma sumária, o contexto geral (1.2.1) e o contexto específico (1.2.2) da realidade portuguesa que gerou estes movimentos (de empresarialização e de adopção de princípios de boa governação das empresas do sector empresarial do Estado) bem como o respectivo problema associado à inexistência de estudos sobre a governação hospitalar em Portugal (1.2.3).

### **1.2.1. Contexto geral**

A empresarialização dos hospitais insere-se no âmbito das reformas organizacionais propostas pela *New Public Management* (NPM). A NPM teve as suas origens em países com influência anglo-saxónica (primeiro no Reino Unido e nos Estados Unidos e depois, na Austrália e na Nova Zelândia), tendo sido adoptado e adaptado por muitos outros países industrializados.

O paradigma NPM surge a partir dos anos 80 do século passado, com a discussão sobre o papel do Estado e as pressões crescentes e intensas para deixar de desenvolver algumas actividades que vinha assumindo ou, no mínimo, para introduzir novos modelos de gestão inspirados na cultura das empresas privadas e da sua gestão. Estas pressões estenderam-se rapidamente das actividades do tipo comercial e

industrial, para serviços de natureza infra-estrutural e, ultimamente para a área social, nomeadamente na educação, na segurança social e na saúde.

A NPM aponta para a adopção da gestão empresarial e de mecanismos de mercado e assenta na clarificação da responsabilidade, melhoria do desempenho, e responsabilização/prestação de contas aos utilizadores (Osborne e Gaebler, 1993, Osborne e Plastrik, 1998, Osborne e Hutchinson, 2004, Shaw, 2004). As reformas organizacionais tinham como objectivo principal melhorar a boa governação dos hospitais através de objectivos claros e bem delineados, de uma estrutura de supervisão profissionalizada, e do ambiente concorrencial (Harding e Preker, 2000, 2003).

Apesar de constituir uma via interessante para reformar a administração pública tradicional, deve-se ter em conta os seus críticos e ter em consideração o que alguns autores apontam, baseados na evidência dos desempenhos dos sistemas onde essas mudanças já se operaram ou estão em desenvolvimento. A mistura conflituosa de desconfiança (sobretudo a ideia associada à privatização dos serviços públicos) e de entusiasmo (sobretudo com os ganhos de eficiência esperada para o sector público) que rodearam o debate sobre a NPM, durante a década de 80 e princípios da década de 90, deram origem a um cepticismo mais ponderado, no final da década de 90, acerca da sua aplicação generalizada (Manning, 2001, OECD, 2003, Fukuyama, 2004, Pollitt, 2004).

Por seu turno, a adopção de princípios de boa governação das empresas do sector empresarial do Estado insere-se no movimento da governação empresarial e da produção de códigos e princípios de boa governação empresarial. Este movimento realça a importância de as empresas serem geridas por práticas correctas e visando os objectivos adequados, de assumirem responsabilidades sociais, e de arrogarem posturas em domínios de natureza ética e comportamental que são essenciais para que as empresas sejam geridas no efectivo interesse dos seus accionistas e outros interessados e prossigam os objectivos para que foram criadas e são mantidas.

Os escândalos financeiros e as alterações estruturais, em que os primeiros são manifestações das segundas, a relação entre a governação empresarial e o desenvolvimento, essencialmente o económico, e a forma como a governação empresarial afecta o crescimento e o desenvolvimento (Claessens, 2003) contribuíram para um movimento sustentado de codificação de normas recomendatórias e de práticas de bom governo. Este movimento teve como filosofia que as normas de

natureza voluntária, dirigidas ao comportamento ético dos intervenientes na vida das empresas cotadas (órgãos de administração, auditores, accionistas, e interessados), apresentam mais vantagens para a recuperação da confiança nos mercados do que as disposições legais vinculativas (Silva et al., 2006).

Embora estes códigos de bom governo tivessem como destinatários as empresas cotadas, os seus promotores admitem e consideram desejável a adopção dos respectivos princípios pelos diferentes tipos de empresas, incluindo as estatais. Na generalidade a actividade de codificação foi significativamente influenciada por textos de referência reconhecidos internacionalmente como modelos normativos de boa governação empresarial. Além do *Relatório Cadbury* (Cadbury Committee, 1992), precursor deste movimento de codificação, contam-se os “Princípios da governação empresarial”, publicados originalmente pela OCDE em 1999 (OECD, 1999) e actualizados em 2004 (OECD, 2004). Recentemente a OCDE estendeu estes princípios à actuação do Estado enquanto accionista e das empresas por ele detidas e participadas, publicando algumas linhas de orientação no sentido de sistematizar e divulgar as boas práticas de governação (OECD, 2005).

## 1.2.2. Contexto nacional

Em 2002, o XV Governo<sup>1</sup> iniciou o processo de empresarialização<sup>2</sup> dos hospitais públicos portugueses do Sector Público Administrativo (SPA), adoptando a figura jurídica de Sociedade Anónima (SA)<sup>3</sup>, com a transformação de 34 hospitais tradicionais em 31 hospitais SA<sup>4</sup>. O objectivo era lançar um programa de reforma da gestão hospitalar apostando no aprofundamento das formas de gestão de natureza empresarial, mantendo-se intacta a responsabilidade do Estado pela prestação dos cuidados de saúde sendo esta entendida como uma imposição constitucional já que se trata de uma responsabilidade pública de que o Estado não pode alhear-se.

Este processo surge no seguimento de várias experiências inovadoras de

---

<sup>1</sup> Governo de coligação PPD/PSD e CDS/PP.

<sup>2</sup> Para o leitor que deseje aprofundar o tema da empresarialização recomendamos a leitura dos Relatórios de Primavera da Observatório Português dos Sistemas de Saúde, nomeadamente a partir do ano 2002 (OPSS, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007).

<sup>3</sup> Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro de 2002. Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei nº 48/90, de 24 de Agosto.

<sup>4</sup> Com a publicação de vários Decreto-Lei (272 a 302/2002) entre 9 e 11 de Dezembro de 2002.

gestão iniciadas em 1996 que não tiveram a necessária replicação em termos de modelo: a concessão de gestão a privados do Hospital Fernando da Fonseca (1996); as experiências de quase empresarialização do Hospital de São Sebastião (1996), da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (1999) e do Hospital do Barlavento Algarvio (2001); e as tentativas de delegação de competências nas estruturas orgânicas de gestão intermédia através da criação dos Centros de Responsabilidade Integrada (1999).

Em 2005, com a queda do XV Governo<sup>5</sup> e a entrada do XVI Governo<sup>6</sup>, o processo de empresarialização é continuado, adoptando uma figura jurídica diferente — a Entidade Pública Empresarial (EPE) —, com a transformação dos hospitais SA em hospitais EPE e a transformação de outros hospitais SPA em EPE<sup>7</sup>. Considera-se que a figura de EPE não só será progressivamente atribuída a todos os hospitais que se mantinham integrados no SPA, como é a figura que melhor se adequa à prossecução de um melhor nível de funcionamento das instituições, tanto ao nível operacional como ao nível da racionalidade económica das decisões de investimento<sup>8</sup>. O processo de empresarialização continua nestes moldes em 2007, com a atribuição de natureza EPE a sete hospitais e centros hospitalares<sup>9</sup>, sendo reafirmada a ideia que o estatuto EPE é o que melhor se adequa à gestão de unidades de cuidados de saúde hospitalares por compatibilizar a autonomia de gestão com a sujeição à tutela governamental.

Em 1999, a CMVM publicou, com actualizações sucessivas (em 2001, 2003 e 2005), recomendações sobre o governo das sociedades dirigidas às empresas cotadas (CMVM, 2005). A publicação das recomendações procurava contribuir para a optimização do desempenho das sociedades e favorecer todas as pessoas cujos interesses estão envolvidos na actividade societária — investidores, credores e trabalhadores.

Em 2006, também a sociedade civil, através do Instituto Português de

---

<sup>5</sup> Provocado pela dissolução da Assembleia da República, a 30 de Novembro de 2004, e com a respectiva convocação de eleições para 20 de Fevereiro de 2005.

<sup>6</sup> Governo de maioria absoluta PS.

<sup>7</sup> Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro de 2005. Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos

<sup>8</sup> Preâmbulo do Decreto-Lei nº 233/2005 que procede a estas transformações.

<sup>9</sup> Decreto-Lei nº 50-A/2007, de 28 de Fevereiro de 2007. Cria o Hospital do Espírito Santo de Évora, E. P. E., o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E. P. E., o Centro Hospitalar de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, E. P. E., o Centro Hospitalar do Médio Ave, E. P. E., o Centro Hospitalar do Alto Ave, E. P. E., e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos.

Corporate Governance (IPCG), se pronunciou sobre as práticas de governação das empresas portuguesas e publicou o Livro Branco sobre *Corporate Governance* em Portugal (Silva et al., 2006). Com esta iniciativa procurou contribuir para a transparência, o rigor e a modernização do mercado de capitais português e, ao mesmo tempo, promover, estimular e facilitar a discussão e a reflexão à volta dos temas e dos desafios que o bom governo das empresas coloca no dia-a-dia.

Em 2007, a CMVM apresentou uma proposta para discussão pública de um código de governo das sociedades (CMVM, 2007). Este anteprojecto de código tem por objectivo contribuir para a optimização do desempenho das sociedades e de contribuir para uma composição equilibrada dos interesses dos accionistas bem como prosseguir uma reflexão crítica, em Portugal, sobre o governo das sociedades cotadas. As recomendações pretendem, apresentar-se como um exercício tendente à definição das melhores práticas capazes de fomentar a eficiência das sociedades cotadas e do mercado de valores mobiliários.

Também em 2007, e neste contexto de fomento das boas práticas de governação empresarial, o Estado português, reconhecendo que no que diz respeito à sua actuação enquanto accionista, e das empresas por si detidas ou participadas, são escassas as reflexões que visam sistematizar e divulgar as boas práticas de governo, publicou o novo estatuto do gestor público<sup>10</sup>, os princípios de bom governo das empresas do Sector Empresarial do Estado (SEE)<sup>11</sup>, e alterou o regime jurídico do SEE e das empresas públicas para nele reflectir questões relacionadas com a governação empresarial<sup>12</sup>.

O preambulo dos princípios de bom governo das empresas do SEE menciona que a adopção destas medidas por parte do Estado pretende reconhecer o quão importante é que as empresas que integram o SEE tenham modelos de governo que não só atinjam níveis de desempenho elevados como, em conjunto com os bons exemplos existentes na esfera privada empresarial, contribuam para a difusão das boas práticas nesta matéria, incluindo a adopção de estratégias concertadas de sustentabilidade nos domínios económico, social e ambiental. O mesmo texto menciona que neste domínio da boa governação empresarial apesar de nem tudo resultar directamente da legislação

---

<sup>10</sup> Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março de 2007.

<sup>11</sup> Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março de 2007.

<sup>12</sup> Decreto-Lei n.º 300/2007, de 23 de Agosto de 2007.

aplicável o Estado deve dar o exemplo acompanhando as melhores práticas internacionais.

### **1.2.3. O problema**

Os hospitais são considerados como organizações extraordinariamente complicadas (Glouberman e Mintzberg, 2001a, b) representando a forma mais complexa<sup>13</sup> de organização humana que alguma vez se tentou gerir (Drucker, 1989). Dos diversos tipos de organização existentes, o hospital representa aquela que mais uso intensivo faz de recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento — necessitando consequentemente de um enquadramento de administração com os seus órgãos de governo e uma equipa profissional de gestores. Ao mesmo tempo, desempenha um papel fundamental no contexto em que está inserido relacionado com o tipo específico de bem que produz — prestação de cuidados de saúde — e, consequentemente, com a responsabilidade que tem perante a tutela na prestação directa de cuidados de saúde, mas também na promoção, prevenção e protecção da saúde.

O papel duplo do hospital, instrumento da política de saúde e objecto de autonomia hospitalar, leva a que quer investigadores quer promotores de políticas de saúde, preocupados com a boa governação dos hospitais, coloquem a questão de saber até que ponto e como os modelos de governação empresarial podem ser aplicados aos hospitais. Contudo, devido configuração societária particular do hospital, envolvendo uma diversidade alargada de interessados, a exigência de autonomia de vários grupos profissionais (médicos, enfermeiros, etc.), e a falta de objectivos claros de negócio os princípios da governação empresarial não podem ser transpostos para o sector hospitalar sem ajustamentos específicos (Eeckloo et al., 2004, Eeckloo et al., 2007).

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

---

<sup>13</sup> Os termos complicado e complexo são bastante utilizados na teoria dos sistemas. O complicado é usado para se referir a uma escalada quantitativa do que é teoricamente redutível a pequenas componentes que podem ser compreendidas. A complexidade tende a ser usada para caracterizar algo com muitas componentes interligadas e interdependentes cujo comportamento pode afectar o comportamento das outras. Um sistema é complexo quando o conjunto não pode ser plenamente compreendido analisando as suas componentes. Por exemplo, lançar um foguetão até à Lua é complicado, enquanto educar uma criança é complexo.

seus objectivos e os múltiplos interessados que o rodeiam. Contudo, à semelhança da governação em saúde, o termo governação hospitalar é um termo recente e o número de estudos sobre governação hospitalar é bastante limitado. As referências existentes são dos EUA, Nova Zelândia, Austrália e Bélgica. Exceptuando a Bélgica, a maioria da investigação existente pode ser encontrada na literatura norte americana na área da gestão tratada sobretudo na perspectiva da governação empresarial em contextos muito próprios.

Em Portugal não existem estudos relacionados com as questões associadas à governação hospitalar. Os estudos efectuados sobre a realidade hospitalar em Portugal estão sobretudo relacionados com reflexões sobre o hospital, em questões de estatuto e natureza do hospital, com auditorias e com avaliações diversas, nomeadamente de desempenho. Esta lacuna de investigação constituiu o ponto de partida para a motivação deste trabalho de tese.

### **1.3. Objectivos da tese**

Face a esta lacuna de investigação o presente trabalho pretende propor uma abordagem conceptual e metodológica que permita estudar, explorar e caracterizar *as determinantes e as práticas de governação nos hospitais públicos portugueses*.

Para tal apresentamos um modelo conceptual de análise e um instrumento de recolha de dados que pretendem:

- Caracterizar os determinantes da governação hospitalar, nomeadamente no que se refere às orientações, recomendações e directivas da tutela, às dificuldades encontradas no hospital pelos do CA (CA), às decisões políticas passadas que influenciaram directamente ou indirectamente o panorama hospitalar, e aos problemas de governação hospitalar enfrentados no contexto português;
- Caracterizar as práticas de governação hospitalar, nomeadamente a adopção de boas práticas em termos de transparência e prestação de contas, a estrutura, funcionamento e actividades do CA, a integração dos médicos no CA e nos processos de decisão, e os instrumentos de apoio aos processos de decisão utilizados;



- Caracterizar as opiniões sobre a avaliação geral do modelo de governação dos hospitais, dos acordos de desempenho e dos instrumentos de controlos, e da efectividade dos CA.

Pretendemos também demonstrar a sua exequibilidade aplicando o instrumento de recolha de dados a um painel de peritos em administração hospitalar constituído por membros dos CA de uma amostra de hospitais públicos portugueses (SPA e EPE) e por personalidades externas com reconhecida competência, técnica e profissional, e conhecimento em termos de administração hospitalar e com percurso de experiência em hospitais públicos e em hospitais privados.

## **1.4. Estrutura da tese**

O facto de este trabalho académico constituir a primeira aproximação à governação em saúde em Portugal, nomeadamente a governação hospitalar, tornou necessário a clarificação de conceitos e de enquadramentos conceptuais relacionados com a governação em vários contextos. Todos os conceitos de governação em saúde e de governação hospitalar não nasceram especificamente na saúde indo beber a outras ciências e sofrendo influências das grandes organizações internacionais — nomeadamente do Banco Mundial (BM), do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PDNU) e da OCDE entre outras — relativas à governação e à governação empresarial.

Assim, em termos gerais, a tese apresentada será dividida em duas partes:

- A parte conceptual que clarifica os conceitos utilizados e os respectivos enquadramentos conceptuais nas diversas componentes: governação, governação empresarial, governação em saúde, e governação hospitalar;
- A parte empírica que apresenta a proposta conceptual de análise da governação hospitalar e que incluiu a metodologia e o resumo dos resultados obtidos com o painel de peritos relativamente às determinantes, às práticas e às opiniões. Este último item é acompanhado de um anexo detalhado de análise dos resultados.

O Quadro 1 resume a estrutura da tese apresentando as grandes áreas e os

principais objectivos associados a cada uma dessas áreas.

<b>Enquadramento da investigação</b>		Enquadramento na área da saúde e na realidade portuguesa; apresentação dos objectivos e da estrutura da tese.
<b>Parte conceptual</b>	Governança	Examinar e conceptualizar o conceito de governança e a forma como ele pode ser utilizado em termos de análise.
	Governança empresarial	Proporcionar uma visão geral sobre a governança empresarial, a sua importância, a sua definição, os actores e as teorias que a suportam, os principais sistemas de governança empresarial e os códigos e princípios de boa governança empresarial.
	Governança em saúde	Explicar o conceito de governança em saúde e de boa governança em saúde, procurando compreender as suas origens, as suas características e a forma como pode ser utilizada para melhorar a capacidade de resposta dos sistemas de saúde (ao nível macro) e o desempenho das organizações prestadoras de cuidados de saúde (ao nível macro)
	Governança hospitalar	Explorar o conceito de governança hospitalar, clarificá-lo, e apresentar as suas práticas e evidência empírica mais relevante. Traçar os contornos do contexto de governança hospitalar em Portugal.
<b>Parte empírica</b>	Metodologia	Metodologia utilizada: modelo conceptual de análise, instrumento de recolha de dados, hospitais e entrevistas, painel de peritos.
	Resultados e discussão	Resumo dos resultados relativos às determinantes, às práticas e às opiniões.
<b>Conclusões</b>		Conclusões e pistas para projectos futuros.
<b>Anexos</b>	Anexo I	Questionários utilizados.
	Anexo II	Análise pormenorizada dos resultados. Constitui, para além da análise detalhada, um exercício do que poderia ser uma análise de resultados quando aplicado a uma amostra maior.

**Quadro 1** — Estrutura da tese

Conforme já referido, tentou-se mostrar a exequibilidade da proposta apresentada recorrendo a um painel de peritos. Com os dados obtidos foi decidido fazer uma análise detalhada que funcionou simultaneamente como um exercício do que poderia ser uma análise dos resultados quando aplicado a uma amostra maior. Embora a amostra não seja representativa em relação ao número dos CA dos hospitais públicos é-o provavelmente em relação às diferentes abordagens feitas pelos dirigentes à governança hospitalar. Por este facto, apresentamos na parte empírica apenas o resumo dos resultados obtidos e incluímos em anexo (o anexo II) todos os resultados obtidos, bem como as possíveis análises que poderiam ser realizadas. Mais uma vez salientamos que muitas das análises funcionam apenas como um exercício do que poderia ser uma análise dos resultados uma vez que o tamanho da amostra é reduzido.

# Parte conceptual

Clarifica os conceitos utilizados e os respectivos enquadramentos conceptuais nas diversas componentes: governação, governação empresarial, governação em saúde, e governação hospitalar.



## 2. Governação

---

### 2.1. Introdução

O conceito de governação tornou-se um termo em destaque aparecendo associado aos mais diversos contextos da vida humana. Uma pesquisa rápida em bases de dados bibliográficas ou em motores de pesquisa devolve uma grande quantidade de referências que abarcam, entre outras, aspectos gerais e específicos da economia, da saúde, da educação, da ciência, do ambiente e da investigação<sup>14</sup>. Uma das razões principais para a recente popularidade deste conceito é, provavelmente, a sua capacidade, ao contrário do conceito mais restrito de governo, de abranger toda a gama de relações e instituições envolvidas no processo de governar (Pierre e Peters, 2000).

No entanto, apesar da sua utilização frequente, o conceito é utilizado de forma recorrente por académicos e por profissionais sem uma definição clara sobre a qual todos concordem e que se traduz em diferentes significados e implicações. O objectivo principal desta secção é examinar e conceptualizar o conceito de governação e a forma como ele pode ser utilizado em termos de análise.

Assim, começaremos por abordar o conceito de governação (2.2), fazendo uma revisão de algumas das definições propostas por diversos autores e instituições e focando outros aspectos importantes associados que se tornam necessários para o enquadramento e a interpretação do conceito.

Para realçar a diversidade de aplicação do conceito e das interpretações associadas, apresentaremos de seguida e de forma sumária algumas das variedades de governação (2.3): nova gestão pública ou *New Public Management* (NPM), governação empresarial, boa governação, governação interactiva, governação em rede, governação

---

<sup>14</sup> Termos como governação clínica (*clinical governance*), governação empresarial (*corporate governance*), governação digital (*digital governance*), governação global (*global governance*), governação global em saúde (*global health governance*), boa governação (*good governance*), governação em saúde (*health governance*), governação do ensino superior (*higher education governance*), governação hospitalar (*hospital governance*), governação da investigação (*research governance*), governação partilhada (*shared governance*), e governação social (*social governance*) são apenas alguns dos principais exemplos. Uma pesquisa rápida, efectuada em 7 de Novembro de 2007, em bases de dados bibliográficas (ISI Web of Science) e num motor de pesquisa (Google) devolveu, respectivamente, para alguns destes tópicos o número seguinte de referências: *governance* (6.813; 60.800.000), *corporate governance* (1.070; 41.200.000), *health governance* (113; 83.600), *clinical governance* (212; 1.550.000), *integrated governance* (25; 113.000) e *hospital governance* (34; 28.600).

global e governação multi-nível, governação económica institucionalizada, governação em saúde, provedoria ou *stewardship*, governação global em saúde, governação clínica, governação integrada, e governação hospitalar. As variedades de governação apresentadas estão relacionadas com as definições do conceito utilizadas anteriormente e com o trabalho que aqui desenvolvemos na área da saúde não cobrindo, desta forma, todo o espectro possível de outros tipos de governação<sup>15</sup>.

Depois focaremos a relação entre governação e o Estado (2.4), e a relação entre a governação e as reformas da Administração Pública (2.5). Relativamente à relação entre a governação e o Estado focaremos a importância da governação como um enquadramento analítico, que pode ser utilizado como quadro de referência para o estudo da natureza mutável do Estado e das suas relações com a sociedade, e o papel que o Estado desempenha na governação. Relativamente às reformas da Administração Pública focaremos a redução do papel do Estado, a NPM, e o Estado pós-moderno como um meio alternativo de conceptualizar a nova forma do Estado em consequência do aparecimento da governação.

A adopção do conceito de governação por parte das organizações internacionais, onde se destacam o Banco Mundial (BM) e o Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PDNU), e a importância que elas atribuem à reforma das instituições como forma de atingir o desenvolvimento bem como a definição de princípios de boa governação levam a analisar com mais detalhe a perspectiva destas instituições relativamente à governação e à boa governação (2.6). Primeiro, será analisada a evolução histórica do conceito de governação na perspectiva destas organizações internacionais (BM e PDNU), a convergência das suas abordagens, e a sua abordagem ao conceito de boa governação e os princípios a ela associados. Finalmente será apresentada a relação entre governação e desenvolvimento.

Por último, focaremos a medição, monitorização e avaliação da governação (2.7), sobretudo na perspectiva das organizações internacionais. Neste ponto procuramos responder a um conjunto de questões relacionados com a importância da medição, da monitorização e da avaliação, a definição dos indicadores e a sua utilização, os desafios conceptuais e metodológicos que se levantam, e os impactos da sua medição. Encerramos este ponto apresentando exemplos de indicadores de boa governação,

---

<sup>15</sup> Que como vimos na introdução cobre os mais diversos domínios da vida e das actividades humanas. *Vide* nota 14.

fazendo um levantamento das principais iniciativas de medição da boa governação e apresentando de forma sucinta, pelo seu interesse conceptual e metodológico, as abordagens do BM e do *World Governance Assessment* (WGA).

## **2.2. O conceito de governação**

O conceito de governação é um conceito complexo e amplo, aplicado em diferentes contextos, que tem vindo a sofrer diversas alterações ao longo dos últimos anos tendo em conta a sua entrada recente na agenda das ciências sociais e políticas. Apesar da popularidade recente da governação, quer ao nível prático que ao nível teórico, o conceito continua a significar coisas diferentes para pessoas diferentes (Hyden e Court, 2002).

Assim começaremos por fazer um levantamento das diferentes definições que os principais autores conferem ao conceito (2.2.1) e, de seguida, focaremos outros elementos relacionados com a governação e que devem ser considerados (2.2.2) relacionados com a tradução do termo para português, a abordagem de sistemas implícita, os processos de tomada de decisão e os agentes de decisão, e a resposta do sistema tendo em conta o princípio da subsidiariedade e os processos de aprendizagem contínua.

### **2.2.1. Definições de governação**

O conceito de governação é utilizado de diferentes formas pelos vários autores sendo importante começar por fazer um levantamento das diferentes definições que cada autor lhe confere. De uma forma genérica a governação pode ser definida como as acções e os meios adoptados por uma sociedade para promover a acção colectiva e lançar soluções colectivas na procura de objectivos comuns (Dodgson et al., 2002). Contudo, definida desta forma é um termo abrangente e neutral, e ao mesmo tempo complexo, ao qual cada autor, consoante a sua área de investigação e/ou aplicação, atribui um determinado significado.

Richards e Smith sugerem que a governação é um rótulo descritivo, que é utilizado para realçar o carácter evolutivo do processo político nas últimas décadas e

que nos sensibiliza, em particular, para a variedade sempre crescente das áreas e dos actores envolvidos na elaboração das políticas públicas e para a exigência de considerar todos os actores locais, para além do "núcleo executivo", envolvidos no processo de decisão política (Richards e Smith, 2002). A procura de formas alternativas de organização do Estado para tentar resolver os problemas associados às falhas apercebidas do modelo burocrático *weberiano* — uma máquina estatal sem resposta, ineficiente, inflexível e pouco inovadora que já não consegue satisfazer as aspirações da sociedade (Fox e Miller, 1995) — apontam para as origens da governação como uma nova forma de Estado.

Rhodes argumenta que a governação está relacionada com um novo processo de governar, nomeadamente a auto-organização, as redes inter-organizacionais caracterizadas pela interdependência, intercâmbio e troca de recursos, regras do jogo e uma autonomia significativa em relação ao Estado (Rhodes, 1997b, 2000). No fundo, segundo este autor a governação está relacionada com governar com e através de redes naquilo que designa por governação em rede<sup>16</sup> (Rhodes, 2007). Este conceito descreve, por um lado, a sucessiva fragmentação causada pelas reformas iniciadas com o objectivo de melhorar a coordenação entre os departamentos governamentais e as restantes organizações através da *New Public Management* (NPM), e, por outro lado, dizer que o modelo actual de governo já não é aceitável<sup>17</sup>.

Kooiman concentra a sua análise sobre a relação entre o governo e a sociedade sugerindo que a governação das sociedades modernas é uma mistura de todos os tipos de governar diferentes elementos, modos e níveis (Kooiman, 1993, 1999, 2003). Este autor argumenta que a governação sociopolítica diz respeito a todas as formas ou modalidades que são utilizadas, quer pelas entidades públicas quer pelas entidades privadas, para resolver problemas ou criar oportunidades sociais, e que tem como objectivo chamar a atenção da sociedade para as instituições onde estas actividades têm lugar e que, simultaneamente, as regem. Governar é assim definido como a totalidade das interacções, em que participam quer agentes públicos quer

---

<sup>16</sup> Do termo inglês *network governance*.

<sup>17</sup> O autor refere-se especificamente às reformas iniciadas no Reino Unido na década de 80 e continuadas ao longo da década de 90. Um dos primeiros países a percorrerem os caminhos da liberalização dos serviços públicos foi o Reino Unido, com a adopção do *New Public Management* nos governos de Margaret Thatcher. As mudanças radicais operadas por Margaret Thatcher, durante o governo neoliberal dos anos oitenta e noventa, estão fortemente ligadas a uma ideologia que acredita numa pequena Administração de forte liderança e na eficiência do sector privado.



agentes privados, com o objectivo de resolver problemas sociais ou criar oportunidades sociais; considerando as instituições como o contexto que suporta e rege essas interacções; e estabelecendo uma fundação normativa para todas essas actividades. A governação, desta forma, pode ser vista como a totalidade das concepções teóricas de governar (Kooiman, 2003).

Rosenau, por seu turno, debruça-se sobre o que ele refere como a governação global, e adopta uma perspectiva que permite a ocorrência da governação para além do que os governos fazem (Rosenau, 1992). Este autor argumenta que a governação é concebida como sistemas de regras, como as actividades intencionais de qualquer colectivo (sociedade) que sustentam os diversos mecanismos concebidos para garantir a segurança, a prosperidade, a coerência, a estabilidade e a continuidade (Rosenau, 2000). Esta noção extravasa o conceito de espaço (local, regional, transnacional, internacional, etc.) salientando que alguns dos problemas mais importantes, como por exemplo os problemas ambientais e as crises económicas, não podem ser controlados ou contidos por acções isoladas ao nível local dos estados.

Para as organizações internacionais<sup>18</sup>, o foco parece diferente. A maior parte das suas definições reflectem o seu interesse em reforçar as instituições nacionais para o desenvolvimento de políticas e respectiva implementação. O BM define explicitamente a governação como a forma como o poder é exercido na gestão dos recursos sociais e económicos para o desenvolvimento do país sugerindo que a boa governação está conotada com boa gestão económica (World Bank, 1992). Por seu turno, o PDNU liga o conceito ao desenvolvimento humano sustentável definindo a governação como o exercício da autoridade política, económica e administrativa na gestão dos interesses de um país a todos os níveis e que compreende todos os mecanismos, processos e instituições que os cidadãos e outros grupos utilizam para articularem os seus interesses, mediarem as suas diferenças e exercerem os seus direitos e obrigações legais (UNDP, 1997a, b).

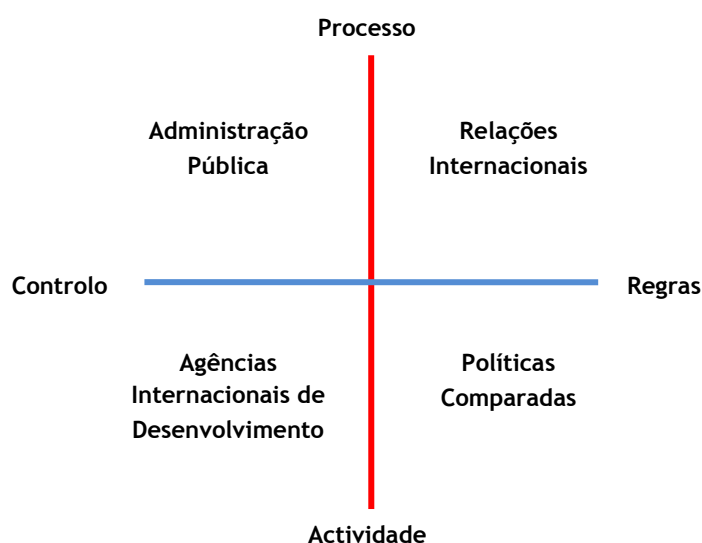
Para além do foco mencionado, estas organizações internacionais definiram um conjunto de princípios que caracterizam a boa governação. O BM baseia a boa governação nos princípios de inclusão e de prestação de contas (World Bank, 2003) —

---

<sup>18</sup> A evolução do conceito de governação para as organizações internacionais será discutida mais à frente, devido aos princípios de boa governação que estas instituições consideram fundamentais e ao seu contributo em termos da medição, monitorização e avaliação da governação.

que depois se agrupa num conjunto de dimensões relacionadas com o controlo da corrupção, a voz e a prestação de contas, a estabilidade política e a ausência de violência, a efectividade governativa, a qualidade da regulação, e o primado da lei. Por seu turno, o PDNU enuncia um conjunto de princípios que, com algumas ligeiras alterações, aparecem na maioria da literatura desta área: participação, orientação de consensos, visão estratégica, resposta, efectividade e eficiência, prestação de contas e responsabilização, transparência, equidade e primado da lei (UNDP, 1997a, b). Existe uma forte evidência de que os princípios do PDNU colhem um reconhecimento universal (Graham et al., 2003).

Num conjunto de artigos da *United Nations University* (UNI)<sup>19</sup>, o conceito de governação é debatido, analisado e medido em múltiplas dimensões (Court et al., 2002a, b, Hyden e Court, 2002, Court et al., 2003, Hyden et al., 2003b, f, e, a, d, c). Após uma revisão da literatura estes autores concluem que as diferenças existentes tendem a cristalizar em duas linhas separadas: uma relativa ao conteúdo substantivo da governação e outra relativa às suas características na prática. Esta perspectiva está representada na Figura 1.



**Figura 1** — Diferentes utilizações do conceito de governação [Adaptado de Hyden e Court (2002)]

Ao longo da primeira linha (linha horizontal) há uma diferença entre aqueles que vêem a governação preocupados com as regras que orientam a condução dos

<sup>19</sup> Relativos a um projecto de avaliação e medição da governação denominado *World Governance Survey* (WGS). Os artigos, bases de dados e outros elementos estão disponíveis no sítio do projecto em [http://www.odi.org.uk/wga\\_governance/Index.html](http://www.odi.org.uk/wga_governance/Index.html).

assuntos públicos<sup>20</sup> (ênfatizando as determinantes institucionais de escolha) de um lado e os que, por outro lado, vêm a governação como o controlo ou direcção dos assuntos públicos (ênfatizando como as escolhas são implementadas). Ao longo da segunda linha (linha vertical) a diferença que existe é entre a governação como actividades ou processo. Alguns analistas tratam a governação como reflectida na intenção e acção humana — é possível ver os resultados das intervenções da governação. Outros, porém, vêm a governação como um fenómeno permanente, difícil de concretizar, mas que orienta a forma como os resultados são atingidos.

Assim, segundo os autores citados, investigadores da administração pública partilham com os analistas e profissionais das agências internacionais de desenvolvimento a noção de que a governação está relacionada com direcção e controlo, mas diferem na forma. Os primeiros olham para ela como um processo enquanto os últimos como uma actividade. Por exemplo, os representantes dos doadores da comunidade internacional pretendem ver resultados mensuráveis da governação, por conseguinte, a sua preocupação com o desenvolvimento de indicadores baseados em resultados. Os investigadores, por outro lado, ficam satisfeitos com o reconhecimento que a gestão dos assuntos públicos, e o controlo dos resultados, não está confinado às jurisdições tradicionais mas influenciado por processos que transcendem essas fronteiras.

A escola das relações internacionais partilha com os investigadores de políticas partilhadas a noção de que a governação está relacionada com as “regras do jogo”, mas possuem divergências relacionadas com as suas características tratando-as como um processo e como uma actividade, respectivamente. Por exemplo, os investigadores das relações internacionais reconhecem que a criação de novas regras para a governação global é um processo que envolve vários intervenientes a diferentes níveis, daí a dificuldade de atingir consensos entre diversos governos internacionais para lidar com princípios realistas. Por seu turno, os interessados nas políticas comparadas, em especial os que estudam a democratização, pelo contrário, olham para a governação como um acto voluntário que pode fazer a diferença.

A partir da análise das várias definições utilizadas, podemos observar que os temas centrais da governação envolvem não só a melhoria da capacidade do sector

---

<sup>20</sup> Do inglês *public affairs*.

público mas também uma transformação no papel, na orientação, no poder e nas actividades do Estado na economia e na sociedade. Identifica o papel óptimo do governo na vida pública e na sociedade e permite o envolvimento de outros actores na esfera pública. Ao mesmo tempo promove o papel dos intervenientes não estatais na sociedade e nas actividades públicas. Amplia as funções, as responsabilidades e os encargos dos actores sociais fora da esfera do Estado. Significa que as responsabilidades e funções do Estado para a prestação desses serviços necessitam de ser redefinidos. A responsabilidade do Estado não é necessariamente prestar esses serviços, por si próprio, mas também para promover condições e os mecanismos que são conducentes à habilitação de outras instituições da sociedade para satisfazerem as necessidades específicas das suas comunidades.

Uma observação interessante feita por Stoker diz respeito à utilização do conceito de governação em questões retóricas em vez de razões substantivas (Stoker, 1998). Este autor argumenta que, por exemplo, em 1993 o termo governação parecia ser usado no lugar de governo devido ao facto de “Governo” ser uma palavra difícil de vender numa sociedade privatizada e orientada para o mercado. Assim, por exemplo, para Osborne e Gaebler, a governação estava relacionada com uma forma reinventada de governo mais bem gerido, apesar de governo e empresas serem instituições com natureza diferente e apesar de existirem diferenças específicas entre governantes e gestores (Osborne e Gaebler, 1993). Na opinião de Stoker a governação como é utilizada por ambos os autores mencionados foi sobre o que outros autores designaram como a nova gestão pública (*New Public Management*).

Uma confusão comum na literatura em matéria de governação está relacionada com as diferenças existentes nas interpretações distintas dos fenómenos sociopolíticos no mundo contemporâneo se tivermos em conta a variedade de interpretações de governação que podemos encontrar<sup>21</sup>: nova gestão pública, governação empresarial, boa governação, governação interactiva, governação em rede, governação global e governação multi-nível, governação económica institucionalizada, governação em saúde, governação global em saúde, governação clínica, governação integrada, governação hospitalar, etc.

Uma das razões para estas variedades de governação é que a escolha da

---

<sup>21</sup> No ponto seguinte iremos apresentar uma breve descrição de cada uma destas variedades de governação.

interpretação seleccionada não é uma questão de prova ou de evidência mas sim uma função da história, das questões a serem colocadas ou do enredo a desvendar (Rhodes, 1997b, 2007). Isto significa que a noção de governação utilizada é construída tendo por base as questões formuladas. Além disso presumimos com grande probabilidade que as diversas definições e aplicações da governação são mais adequadas e úteis de acordo com as diferentes circunstâncias: a governação empresarial parece ser mais relevante ao nível organizacional, a aproximação económica e de redes parece ser mais apropriada para análises sectoriais, a boa governação parece ser mais relevante ao nível nacional enquanto a governação global parece ser mais indicada para o nível internacional (Kooiman, 1999, 2003).

## **2.2.2. Outros elementos a considerar**

Neste ponto focamos outros elementos de enquadramento relacionadas com a governação. Em primeiro lugar focamos os problemas de tradução existente e a necessidade de separar a acção da forma (2.2.2.1). Depois abordamos a questão dos sistemas, i.e., o espaço onde a governação se desenrola e os níveis a que se estende (2.2.2.2). De seguida, salientamos a importância dos processos de tomada de decisão e dos agentes de decisão (2.2.2.3). Finalmente, evidenciamos a resposta do sistema com base nos pilares fundamentais do princípio da subsidiariedade e do princípio de aprendizagem contínua (2.2.2.4).

### **2.2.2.1. Separar a acção da forma**

Em algumas línguas existem palavras que permitem distinguir conceitos de que só nos apercebemos do verdadeiro significado quando as inserimos no contexto em que estão referidas. No caso português e em relação ao inglês, um exemplo da falta de distinção é seguramente a palavra política que tem os vocábulos *politics* (referindo-se ao ambiente político) e *policy* (referindo-se às políticas, isto é, às acções para atingir determinado resultado) para designar coisas próximas mas bem diferentes.

Com o termo *governance* existe por um lado o problema da tradução do termo inglês para português sem correspondente contrapartida directa na língua portuguesa,

pelo menos em termos de significado, e por outro a necessidade de delimitar a abrangência da utilização do termo em si — separar a acção da forma. Uma consulta rápida a um dicionário da língua portuguesa<sup>22</sup> promete-nos logo à partida várias alternativas: governança, governação e governo. Contudo, a adopção de um destes termos levanta problemas, porque na prática e por referência cruzada eles são apontados como tendo o mesmo significado:

- Governança — acto de governar(-se); governo, governação;
- Governação — o mesmo que governo;
- Governo — acto ou efeito de dirigir; administração, chefia, direcção; governação, governança.

Alguns autores preferem traduzir o termo *governance* por governança (Gomes, 2003, OPSS, 2003). No entanto, o termo governança pode ser utilizado em sentido depreciativo. Para ultrapassar esta característica depreciativa associada a governança e a confusão dos termos enumerados outros autores (Oliveira, 2000) sugerem o termo neologista governância. Pela nossa parte preferimos o termo governação como o mais correcto para designar a acção em si, evitando o problema depreciativo do termo governança e o neologismo governância.

É importante salientar que o que está em causa com os termos enumerados é sempre a acção, isto é, o acto ou efeito de dirigir. Desta forma, quando falamos das boas práticas usadas para a acção estamos a falar de boa governação. Esta mesma interpretação tem sido considerada por outros autores, caso da Comissão do Mercado de Valores Mobiliários (CMVM) e do Instituto Português de Corporate Governance (IPCG), mas que preferiram traduzir a *good governance* por bom governo (CMVM, 2005, Silva et al., 2006).

Acresce que governo, para além da perspectiva enunciada (uma acção, um acto ou efeito de dirigir), pode ser entendido como um órgão de soberania que conduz a política geral de um país e superintende à administração pública. Ou seja um órgão autónomo, embora sujeito a fiscalização, com competência política, legislativa e administrativa específica. É de salientar que o conceito de governação foi, em primeiro lugar, pensado num contexto de sociedades onde as estruturas estaduais formais eram bastante débeis (Gomes, 2003). Foram as dificuldades e os vários insucessos dos

---

<sup>22</sup> Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, Instituto António Houaiss de Lexicografia, 2003.

programas de ajustamento estrutural do BM que levaram esta instituição, por exemplo, a procurar intervir no plano político e institucional através de um conjunto de medidas para assegurar uma boa governação e o conseqüente desenvolvimento (World Bank, 1992, 1994). É interessante verificar que o conceito de governação se afasta à partida da existência institucional de poder, embora seja reconhecida a sua importância.

A análise feita relativamente ao conceito de governação e as variedades de governação apontam para o facto de a governação não ser sinónimo de governo: ambos estão relacionadas com comportamentos intencionais, a actividades orientadas por objectivos, a sistemas de governar, mas o governo sugere actividades que são suportadas por autoridade formal, enquanto a governação se aplica a actividades suportadas por objectivos comuns que podem ou não emanar de obrigações legais e formalmente determinadas e que não contam necessariamente com poderes de fiscalização para se tornarem visíveis e lançar consensos. Por outras palavras o governo é uma forma de governação particular e fortemente formalizada. Em outros casos, a governação pode assentar apenas em mecanismos informais (leis comuns, normas culturais e valores) que não estão formalizados em regras explícitas (Dodgson et al., 2002).

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), nesta mesma linha, faz também uma distinção entre a governação (OPSS, 2003):

- Relacionada com os princípios que regem relações de poder capazes de promover os interesses efectivos do cidadão — os procedimentos segundo os quais se identificam, negociam, estabelecem e avaliam as regras de decisão colectiva;
- No sentido de execução da acção do governo — referente aos aspectos operacionais de governo, nomeadamente legislação, estabelecimento de prioridades, financiamento, regulação, contratualização, desenvolvimento de distintos tipos de recursos, organização e gestão.

Este organismo faz também a distinção entre a agenda política e os processos de governação. A primeira representa o território político associado a opções, valores e princípios específicos (geralmente expressos no programa de governo), enquanto a segunda representa o domínio susceptível de uma análise técnica baseada em princípios amplamente aceites de "boas práticas" de governação.

A governação aparece assim sob duas formas distintas (Gomes, 2003): com base numa aproximação normativa que designa o modo com é exercido um poder legítimo em interacção com as diferentes componentes de uma sociedade, tendo por objectivo o bem comum; e uma aproximação analítica onde a governação abrange um conjunto complexo de interacções com instituições e grupos onde as instituições públicas representam a parte visível do iceberg.

Desta forma a governação integra novas formas interactivas de governo, nas quais os actores privados, as diferentes instituições do estado, os grupos de interesse e os cidadãos, ou outros actores, tomam parte na formulação das políticas (Gomes, 2003). Esta mesma ideia é expressa pelas Nações Unidas (NU) quando afirma: “a governação inclui o estado, mas transcende o próprio estado ao considerar o sector privado e a sociedade civil. Todos eles são críticos para o desenvolvimento humano sustentado. O estado deve criar e garantir o ambiente político e legal. O sector privado deve gerar empregos e rendimentos. E a sociedade civil promove a interacção social e política — através da mobilização de grupos que participem em actividades económicas, políticas e sociais” (UNDP, 1997a).

#### **2.2.2.2. Abordagem dos sistemas**

As sociedades têm vindo a evoluir de forma muito acelerada e dinâmica tornando-se cada vez mais complexas. Esta nova realidade dificulta, por um lado, a interacção entre os seus órgãos de governo e as suas diferentes organizações e, por outro lado, as próprias interacções entre as organizações. Os actores são numerosos bem como o tipo de relações que se estabelecem entre eles. Estamos, desta forma, na presença de sistemas complexos e inter-relacionados.

O conceito de sistema permite uma visão compreensiva, abrangente e gestaltista (o todo não é igual à soma das partes) de um conjunto de coisas complexas, dando-lhe configuração total. As características constitutivas do sistema não são explicáveis a partir das características das partes isoladas. Se conhecermos o total das partes contidas num sistema e as relações entre elas, o comportamento do sistema pode ser derivado do comportamento das partes (Bertalanfy, 1973). Contudo, os sistemas estão cada vez mais complexos.



Quando consideramos um sistema de agentes individuais, com graus de liberdade para agir de formas diversas que não são totalmente previsíveis, cujas acções estão interligadas entre si de tal forma que as alterações nas acções de um agente alteram o contexto dos outros agentes estamos perante o que é designado como um sistema adaptativo complexo (Plsek, 1997). Esta definição aplica-se ao mercado de acções, a uma colónia de formigas, ao sistema imunitário do corpo humano e a qualquer colecção de humanos como a indústria, uma organização, um departamento dentro de uma organização ou mesmo uma equipa. O Quadro 2 apresenta as características dos sistemas adaptativos complexos.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agentes individuais</li> <li>• A interpretação e a acção são baseadas em modelos mentais</li> <li>• Os agentes possuem modelos mentais próprios ou partilhados</li> <li>• Os modelos mentais mudam, i.e., existe aprendizagem</li> <li>• Os agentes estão interligados</li> <li>• As acções de um agente alteram o contexto dos outros</li> <li>• O comportamento do sistema emerge da interacção entre os agentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O sistema pode desenvolver novos comportamentos, i.e., adapta-se</li> <li>• O sistema não é linear, pequenas entradas (inputs) podem conduzir a grandes resultados</li> <li>• O comportamento do sistema é imprevisível não sendo possível descrevê-lo de forma detalhada</li> <li>• É possível estabelecer previsões alargadas do comportamento do sistema</li> <li>• A ordem é uma característica inerente do sistema, necessitando de ser imposta</li> </ul>
--	--

**Quadro 2** — Características dos sistemas adaptativos complexos [Adaptado de Plsek (1997)]

A saúde, como actividade humana, está obviamente relacionada com os sistemas adaptativos complexos onde se torna necessário resolver problemas clínicos e organizacionais (Plsek e Greenhalgh, 2001). São exemplos as relações entre médicos, doentes e as instituições prestadoras de cuidados (Wilson e Holt, 2001), o desenvolvimento de novas capacidades relacionadas com a adaptação à mudança e a melhoria de desempenho (Fraser e Greenhalgh, 2001), e as questões de liderança e gestão das organizações de saúde (Plsek e Wilson, 2001).

Nas organizações de saúde, os hospitais constituem organizações extraordinariamente complicadas (Glouberman e Mintzberg, 2001a, b) e representam a forma mais complexa de organização humana que alguma vez se tentou gerir (Drucker, 1993). Esta complexidade resulta, de entre outros factores, da confluência de profissões (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, administradores, etc.) e de outros interessados (doentes, governo, profissionais, etc.) muitas vezes com interesses, perspectivas e horizontes temporais, aparentemente incompatíveis (Golden, 2006).

Nível	Actividade	Conceito
Meta	Política ( <i>Politics</i> )	Governança
Macro	Políticas ( <i>Policy</i> )	Definição de políticas
Meso	Programa	Administração Pública
Micro	Projecto	Gestão

**Quadro 3** — A governação e a sua relação com outros conceitos e actividades [Adaptado de Hyden e Court, (2002)]

Ao discutir a governação e as suas relações com outros conceitos e actividades (Quadro 3) são identificados diferentes níveis de funcionamento que estão empiricamente interligados mas que, no entanto deverão, ser mantidos analiticamente à parte (Hyden e Court, 2002). Por exemplo nas organizações empresariais, assumindo que existe uma separação entre a Gestão Executiva e os Conselhos de Administração, o facto de os Conselhos de Administração não cederem a responsabilidade de governação aos gestores não é pelo facto de eles perceberem a organização melhor que os gestores, mas precisamente porque não são gestores (Brown Governance, 2004).

A governação funciona sobre sistemas mais ou menos complexos e a diferentes níveis. Podemos falar da governação de um país, de uma empresa, de uma universidade ou de qualquer outra entidade. Cada uma destas entidades constitui em si um sistema que interage com outros e que pode ser decomposto em sistemas mais simples.

### 2.2.2.3. Tomada de decisão e agentes de decisão

A tomada de decisão é o processo através do qual um grupo de pessoas toma decisões que orientam os seus esforços colectivos. A decisão é a conclusão de um processo a partir do qual se escolhe entre duas ou mais alternativas de modo a atingir um determinado objectivo (Turban e Meredith, 1994).

A fase de escolha pode ser complicada devido à complexidade do ambiente que rodeia o processo de decisão, pela existência de objectivos em conflito e pela existência de múltiplos agentes de decisão. Essa complexidade está relacionada com o progresso tecnológico, a explosão dos meios de comunicação/informação e da importância das grandes corporações multinacionais e do seu impacto nas economias (Daellenbach, 1995). A estes factores podemos acrescentar a globalização da economia

e as interdependências por ela geradas. Neste ambiente é mais difícil tomar decisões por duas grandes razões (Turban e Aronson, 1998): primeiro, o número de alternativas disponíveis é muito superior hoje ao que foi no passado; segundo, o custo de cometer erros (mesmo em pequenos pormenores) pode ser muito elevado, dadas a complexidade e magnitude das operações e a reacção em cadeia que um erro pode originar em muitos sectores (hoje em dia quase sempre interdependentes) de uma organização.

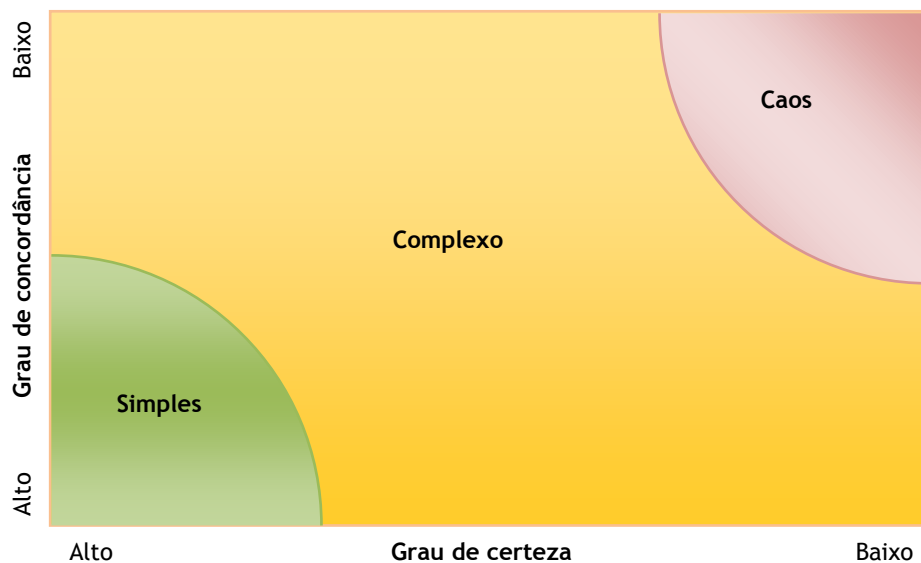
Os processos de decisão podem ser classificados como (Gorry e Scott-Morton, 1971): estruturados, referentes a problemas rotineiros e repetitivos para os quais existem soluções pré-definidas; semi-estruturados; e não estruturados (referentes a problemas complexos para os quais não existem soluções pré-definidas e de aplicação imediata). Confrontados com a taxinomia clássica dos tipos de problemas de gestão — planeamento estratégico (política de gestão de recursos e objectivos de longo prazo), controlo de gestão (aquisição e utilização eficiente de recursos) e controlo operacional (execução eficiente de tarefas específicas) — podemos obter alguns exemplos de classificação:

- Estruturados — processamento de notas de encomenda, contabilização de receitas, análise orçamental, previsão de curto prazo, gestão financeira, localização e distribuição.
- Semi-estruturados — escalonamento da produção, controlo de stocks, preparação de orçamentos, projecto de instalações, escalonamento de projectos, construção de novas instalações, planeamento de novos produtos, planeamento de garantia de qualidade.
- Não estruturados — selecção de uma capa de revista, aprovação de empréstimos, negociação, recrutamento de gestores, planeamento de investigação e desenvolvimento, desenvolvimento de novas tecnologias.

Repare-se, no entanto, que um mesmo problema pode ser estruturado para um agente de decisão e não estruturado para outro. Esta classificação dos problemas está dependente do processo de abordagem mais confortável para cada agente de decisão.

Para lidar com a escalada de complexidade, em praticamente todas as actividades humanas nomeadamente nos cuidados de saúde, onde se torna necessário

resolver problemas clínicos e organizacionais, deve-se abandonar os modelos lineares, aceitar a imprevisibilidade, respeitar e utilizar a autonomia e a criatividade, e responder de forma flexível aos padrões e oportunidades emergentes (Plsek e Greenhalgh, 2001).



**Figura 2** — Matriz de certeza/concordância de Stacey [Adaptado de Stacey (2006)]

Um método passível de ser utilizado para seleccionar as regras de gestão apropriadas em sistemas adaptativos complexos é a matriz de certeza e de concordância de Stacey, representada na Figura 2, que confronta o grau de certeza e o grau de concordância num determinado assunto que esteja a ser analisado (Stacey, 1996).

Esta técnica pode ser potencialmente utilizada em contextos onde se torna necessário (Zimmerman, 2001):

- Escolher entre aproximações de gestão ou de liderança para um determinado assunto a decidir;
- Justificar o sentido de um determinado conjunto de soluções ou de uma determinada agenda para um grupo;
- Comunicar a outros porque é que uma determinada aproximação é a mais correcta;
- Quando a inovação ou alternativas criativas se tornam necessárias, a matriz pode ser utilizada para tentar deliberadamente aumentar o nível de incerteza e de discordância mudando o sistema para a fronteira do caos.

A componente central da governação é a tomada de decisão, quer ao nível meta que ao nível micro, sendo os agentes de decisão os actores principais nomeadamente no que se refere à prestação de contas pelas suas decisões e à transparência dos processo de decisão.

#### **2.2.2.4. A resposta, o princípio da subsidiariedade e os processos de aprendizagem contínua**

O PDNU considera que a resposta, isto é, as instituições e os processos devem servir todos os interessados, é uma das características fundamentais da boa governação (UNDP, 1997a, b). Esta perspectiva geral aplica-se a qualquer organização ou instituição. Constituem exemplos desta aplicação as posições da Comissão Europeia (CE) e da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Assim, num documento relativo à governação, em termos de processos e práticas que afectam o modo como o poder é exercido ao nível Europeu, nomeadamente entre os países da comunidade, a CE considera que as políticas devem ser efectivas e oportunas, definindo o que é preciso, em termos de respostas às necessidades dos cidadãos (Commission Of The European Communities, 2001). Por seu turno, a OMS considera que ao nível dos sistemas de saúde a resposta constitui um dos seus objectivos (sociais) fundamentais (WHO, 2000b). O sistema de saúde deve ter capacidade para responder às expectativas dos cidadãos quer em relação aos cuidados de saúde, garantindo um nível médio de resposta e uma distribuição equitativa (isto é, sem qualquer discriminação ou diferença na forma como as pessoas são tratadas), quer em relação aos cuidados em áreas não de saúde, como o respeito pela dignidade, a autonomia e a confidencialidade da informação.

O esforço de responder a um número elevado de pressões e reivindicações infra-estruturais, tecnológicas, sociais e ambientais — que estão a globalizar as actividades do Estado e a mudar de forma radical a natureza das relações entre o Estado, o mercado e a sociedade — tornaram urgente a necessidade do Estado pensar e agir para além das políticas específicas e exigências de gestão dos vários processos de produção, prestação e consumo, e concentrar-se de forma clara nas ligações essenciais, nos assuntos mais abrangentes e na definição de estratégias para o futuro (Kooiman,

1993, Dror, 1997). Os desenvolvimentos e exigências identificados dizem respeito, directamente ou indirectamente, ao movimento descendente dentro do Estado de poder e responsabilidade, bem como o movimento dirigido para o exterior para o mercado e a sociedade civil. Este movimento é capturado pelo princípio da subsidiariedade.

O princípio da subsidiariedade preconiza que os problemas se devem resolver ao nível mais baixo possível da organização onde se colocam, subindo somente de nível aqueles que não encontram resposta num escalão inferior (Blincher e Sangolt, 1994). As ciências da organização recomendam a sua aplicação nas instituições com alguma dimensão. Este princípio garante a economia de processos, responsabiliza a todos os níveis e liberta os níveis superiores para as tarefas de definição de estratégias e outras de interesse geral para o sistema. Desta forma, os níveis superiores não perdem tempo em tomadas de decisão pelos quais os outros níveis se podem responsabilizar.

A governação de qualquer grande instituição, governo ou grupo de empresas, não prescinde da aplicação sistemática deste princípio de modo a concentrar no topo as decisões relacionadas com as questões estratégicas, nas camadas intermédias as táticas para desenvolverem a estratégia, e na camada operacional a implementação das medidas avançadas pelas camadas anteriores. Contudo, na prática, torna-se bastante complicado separar correctamente estas diversas camadas, porque a camada do topo tende a querer associar-se à realização e as camadas inferiores a associarem-se à definição das estratégias.

A formulação mais recente deste princípio está relacionada com o realinhamento do papel e das tarefas do Estado não apenas através da transferência da autoridade central para níveis mais baixos já existentes ou criados da administração, mas também, por um lado, pela adopção de estratégias orientadas para o mercado, como a empresarialização ou a privatização, e, por outro lado, pelo incentivo a acções de auto-ajuda e formas associadas de desenvolvimento baseado nas comunidades. Cada uma destas iniciativas tem implicações para o modo particular de governação e também para a perda, manutenção ou acumulação posterior de capital político, económico e/ou social ao longo do tempo (Kooiman, 1993, Larmour, 1997, Rhodes, 1997a).

Por último, a interacção constante entre os diferentes elementos associados à governação leva necessariamente a processos de adaptação e de aprendizagem entre os diversos actores contribuindo para a melhoria sistemática das práticas. É comum o

reconhecimento da necessidade de mecanismos de aprendizagem contínua e a importância destes mecanismos nas boas práticas da governação. Por exemplo, alguns autores defendem que a governação sociopolítica deve ser vista como um processo contínuo de interacção entre os actores públicos e não públicos, devendo as estruturas em que se apoia serem capazes de aprender a adaptar-se e a fazê-lo sempre que tal for necessário (Kooiman, 1993).

Esta ideia acentua também a tese da política baseada na evidência e a consagração do princípio de “*what matters is what works*” que confirmam o papel central da evidência na decisão política e o reconhecimento de que a investigação solicitada pelo governo ou desenvolvida autonomamente em ambiente académico seria utilizada pelos decisores políticos (Davies et al., 2000). Esta filosofia torna-se importante quando verificamos que o mundo político actual se tornou um local sem certezas ideológicas e, neste contexto, a evidência pode ter um papel mais importante do que num ambiente de maiores convicções.

Os elementos principais da evidência são a informação e a análise comparada dos resultados previsíveis de modelos alternativos. Desta forma a evidência pode constituir um meio poderoso de melhoria da qualidade da actividade política ou pode, de forma contrária, servir apenas para dissimular as acções políticas. Por exemplo, Pollitt agregou os objectivos da avaliação em duas categorias: os desejáveis (formalmente assumidos em textos oficiais) e necessariamente precursores de mudança e os indesejáveis (que tentam usar a avaliação de forma simbólica sem dela retirar consequências para a acção) que constituem entrave à mudança (Pollitt, 1998).

Neste último grupo é mencionado que a avaliação pode ser utilizada para: gerar trabalho interessante e bem remunerado para consultores, académicos e outros técnicos de avaliação; desviar ou obstruir pressões externas no sentido de acção imediata; e legitimar a administração como uma actividade moderna, ou seja, usar a avaliação como forma simbólica, sem dela retirar quaisquer consequências para a acção

Os processos de aprendizagem contínua, a gestão da informação e do conhecimento, e o suporte àquilo que funciona (reconhecimento e disseminação de inovações de sucesso) são mencionados como características associadas à boa governação em saúde (OPSS, 2003, Sakellarides, 2003). No fundo, esta dinâmica contribui não só para melhorar a governação em si, reforçando as práticas de boa

governança, mas também para melhorar as condições individuais e colectivas de cada cidadão contribuindo, desta forma, para o desenvolvimento sustentado.

## **2.3. Variedades de governação**

Os profissionais e investigadores de várias áreas de investigação e de diversos contextos político-administrativos adoptaram a ideia de governação como uma nova forma de pensar acerca das capacidades do Estado e das suas relações com a sociedade. Vários autores identificaram diferentes versões do termo governação destacando-se a NPM, a governação empresarial<sup>23</sup>, a boa governação, a governação interactiva, a governação em rede, a governação global e a governação multi-nível, e a governação económica institucionalizada (Rhodes, 1997b, Kooiman, 1999, Hirst, 2000, Pierre e Peters, 2000, Rhodes, 2000).

No campo da saúde surgem a governação em saúde (WHO, 1998a, Dodgson et al., 2002, OPSS, 2003, Sakellarides, 2003), a governação global em saúde (Dodgson et al., 2002, Kickbusch, 2002), a governação clínica (Department of Health, 1998, Scally e Donaldson, 1998, Starey, 2003), a governação integrada (Deighan et al., 2004, Deighan e Bullivant, 2006) e a governação hospitalar (Barnett et al., 2001, Eeckloo et al., 2004) que representam adaptações do paradigma da governação para a esfera específica da saúde.

Nos pontos seguintes iremos apresentar uma breve descrição de cada um destes tipos de governação (2.3.1 a 2.3.13). Alguns deles, devido ao interesse que têm para este trabalho, serão desenvolvidos em pontos seguintes (caso da NPM e da boa governação) ou mesmo em secções autónomas (caso da governação empresarial, da governação em saúde e da governação hospitalar).

### **2.3.1. Nova gestão pública (*New Public Management*)**

A NPM emergiu como uma reforma estratégica fundamental aplicada de diversas formas pelas agências do sector público em diversos países fruto do crescente

---

<sup>23</sup> Do inglês *corporate governance*. O termo *corporate* está associado à ideia de empresa, de grupo empresarial ou de sociedades comerciais. Utilizamos o termo empresarial, porque grande parte da literatura relacionado com a *corporate governance* está relacionado com a actividade das empresas. A governação empresarial será tratada de forma autónoma em secção própria.



desapontamento com o desempenho do sector público burocrático tradicional reforçado com a reivindicação de que o sector privado e os mecanismos de mercado tendem a ser mais eficientes (Shaw, 2004). No domínio da administração pública a NPM<sup>24</sup> aparece como uma forma de governação (Hoods, 1991, Lane, 2000) que assenta na adopção da gestão empresarial (introduzindo métodos de gestão do sector privado como a gestão por resultados, *value for money*<sup>25</sup>, etc.) e na adopção de mecanismos de mercado<sup>26</sup> (introduzindo incentivos estruturais, como mercados internos e competição, no fornecimento público recorrendo, por exemplo, à contratualização externa e aos quasi-mercados).

A NPM é relevante para a governação porque a direcção<sup>27</sup> é central para a análise da gestão pública (Osborne e Gaebler, 1993) e a direcção é sinónimo de governação (Peters, 1995). Esta “mercadização” do Estado introduziu também uma mudança radical da visão tradicional da relação entre cidadãos e o Estado para uma nova noção de relação entre clientes e prestadores de serviços (Pierre, 1995).

### 2.3.2. Governação empresarial

O termo governação empresarial é relativamente novo no debate público e académico tendo passado de uma frase que até há algum tempo significava pouco para muitos para uma preocupação dominante e tema de discussão corrente no meio político, científico e empresarial como consequência, em grande parte, das questões relacionadas com os escândalos financeiros e com alterações estruturais e a sua relação com o crescimento e o desenvolvimento (Claessens, 2003).

---

<sup>24</sup> O conceito de NPM será abordado com mais detalhe no ponto relativo às reformas da Administração Pública.

<sup>25</sup> Em termos gerais é o termo usado para avaliar se uma organização obteve ou não o máximo benefício dos bens e serviços que adquiriu e/ ou forneceu de acordo com os recursos de que dispõe. Não só mede o custo dos bens e serviços como também tem em conta outros factores como qualidade, custo, utilização dos recursos, adequação ao uso, a oportunidade etc. O *value for money* pode ser descrito em termos de 3 “És” — economia (fazer com menos recursos, i.e. fazer economias), eficiência (fazer o mesmo que antes, mas com menos recursos) e eficácia (fazer mais do que antes com os mesmos recursos). O *value for money* é um conceito complexo que habitualmente é limitado ao mais baixo custo alternativo para o contribuinte, mas que deve abranger a consonância com as políticas públicas, passando também, para além de previsíveis ganhos financeiros, por ganhos em efectividade e eficiência em relação aos padrões existentes.

<sup>26</sup> Adoptamos a expressão mecanismos de mercado para designar o termo inglês *marketisation*. Este termo identifica o processo que permite que as empresas públicas do Estado possam agir como as empresas orientadas pelo mercado. Isto é conseguido através da redução de subsídios estatais, a desregulamentação, a reestruturação organizacional, descentralização e privatização. O argumento é que estas etapas levarão à criação de um sistema de mercado que funcionará.

<sup>27</sup> Do termo inglês *steering* que sugere condução de um assunto, direcção, governo de um navio.

A governação empresarial está menos preocupada com as instituições formais e a sua estrutura e mais com o sistema geral pelo qual as organizações (públicas ou privadas) são dirigidas e controladas (Cadbury Committee, 1992, Tricker, 1994, Williamson, 1996, OECD, 2004, 2005). Geralmente este conceito inclui princípios de abertura e divulgação de informação, integridade, comportamento claro e rectidão, prestação de contas/responsabilização ou manter os indivíduos responsáveis pelas suas acções através da definição clara das suas responsabilidades e das suas funções (Rhodes, 2000). Estes princípios lembram que as práticas de gestão do sector privado têm influência no exercício do sector público.

### **2.3.3. Boa governação**

A boa governação<sup>28</sup> tem sido vista pelas organizações internacionais de desenvolvimento (Banco Mundial, Nações Unidas, Fundo Monetário Internacional, etc.) como uma condição necessária para o desenvolvimento económico (World Bank, 1992, 1994, 1997, 2003) e para o desenvolvimento humano sustentado (UNDP, 1997a, b, 2004b), particularmente nos países do terceiro mundo. Estas agências internacionais iniciaram uma campanha para a promoção da boa governação em larga escala como o objectivo central das reformas para o desenvolvimento nestes países (Leftwich, 1994).

Estas agências vieram a reconhecer que o papel das instituições é fundamental: o desenvolvimento não é apenas uma questão de criar mercados livres, promover o investimento e adoptar as políticas macroeconómicas mais indicadas, mas também a reforma institucional. A parte integrante da administração em termos de boa governação está relacionada com serviços públicos eficientes, abertos, transparentes, responsáveis e auditáveis para ajudarem a desenhar e a implementar políticas apropriadas e a gerir o sector público (Leftwich, 1993). A boa governação constitui um requisito para muitas formas diferentes de crescimento, ao passo que as várias características da má governação — corrupção, desperdício, abuso de poder e exploração dos meios públicos para fins privados — tendem a conduzir as nações para espirais de declínio, ruptura e destruição (Tarschys, 2002).

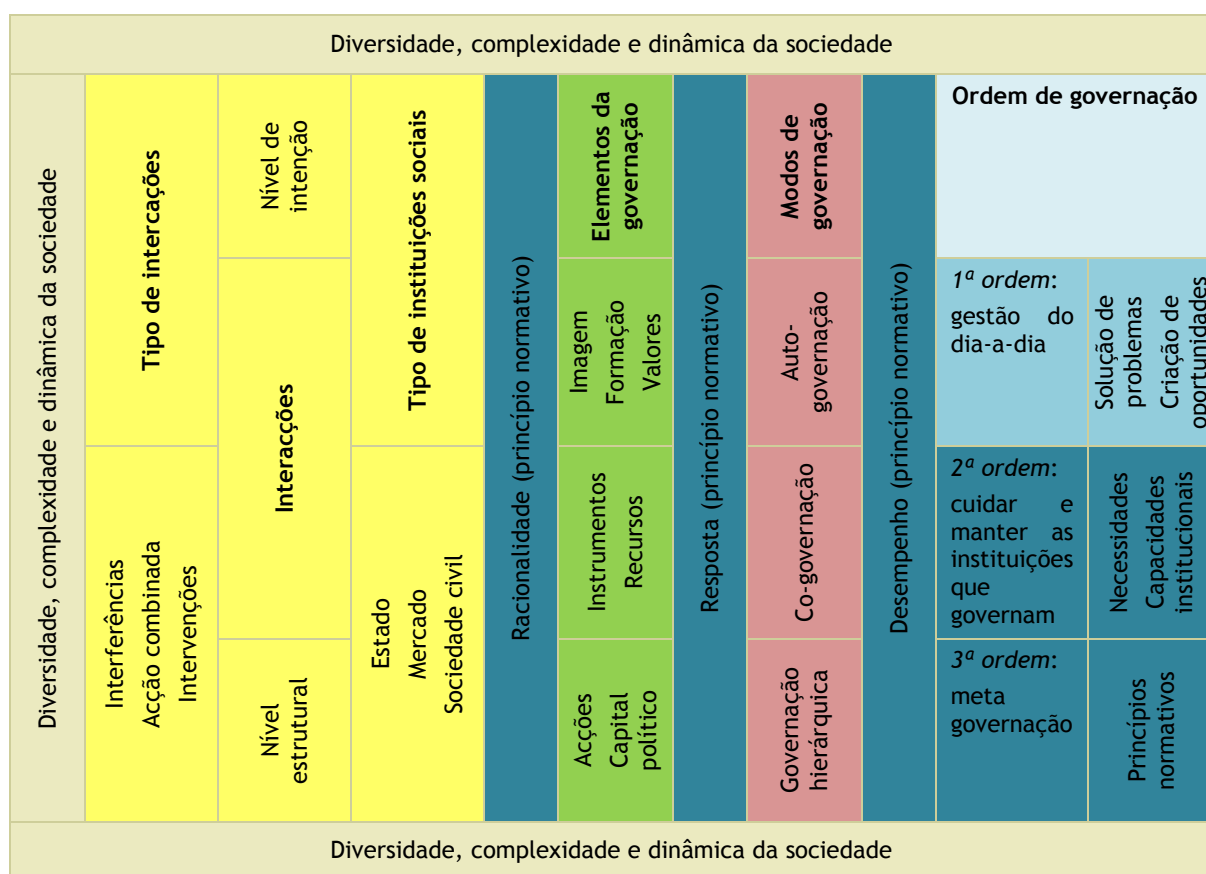
---

<sup>28</sup> O conceito de boa governação será abordado com mais detalhe num ponto seguinte.

## 2.3.4. Governação interactiva

Outro tema a considerar é a governação sociopolítica ou governação interactiva, referente a todos os padrões ou formas de processos de interacção entre diferentes actores da sociedade e actores políticos (como governo local ou central, empresas e organizações voluntárias).

A governação sociopolítica significa utilizar uma perspectiva analítica e normativa da governação de qualquer sociedade em termos colectivo, isto é, a preocupação e o desenvolvimento das actividades é olhada como uma tarefa pública (o Estado), uma responsabilidade do sector privado (o mercado), ou do terceiro sector (sociedade civil) não de uma forma isolada mas como um conjunto partilhado de responsabilidades (Kooiman, 1999, 2003). A Figura 3 sintetiza a realidade complexa da governação e fornece um enquadramento teórico para a sua investigação.



**Figura 3** — Um enquadramento teórico para a investigação da governação [Adaptado de Kooiman (2003)]

A governação interactiva significa que as interacções desempenham um papel dominante nos processos de governação (Kooiman, 1993, 1999, 2003). A governação

não é monolítica desdobrando-se através de diferentes elementos, modos e níveis, que se relacionam de maneira diferente e se interceptam com os temas que participam nos processos bem como o tipo de interações em curso.

A governação tem as suas fundações em interações sociais que influenciam de forma mútua as relações entre os vários actores e entidades dentro de um determinado nível estrutural (contexto) e de um determinado nível de intenções. As interações são de diferentes tipos: interferências (relativamente abertas, flexíveis e espontâneas), acções combinadas (horizontais, semi-formalizadas) e relações hierárquicas (verticais e formalizados). Isto permite um raciocínio articulado sobre diferentes modos e ordens de governação, a sua mistura na realidade e a participação das diversas instituições da sociedade: Estado, mercado e sociedade civil.

A sociedade é cada vez mais caracterizada pela diversidade (interesses múltiplos, identidades, línguas), pela complexidade (interligação e interacção entre os diversos actores e os diversos sectores) e pela dinâmica (tensões e conflitos que podem levar a mudanças). As interações de diferentes tipos (mais ou menos formais, mais ou menos horizontais, mais ou menos cooperativas) contribuem para regular essa sociedade. O resultado é um conjunto de práticas de governo caracterizadas pela presença de elementos (imagens ao nível dos actores e valores relacionados como um contexto, instrumentos que os actores têm à sua disposição e os recursos sobre os quais a instrumentalidade está fundada, acções que os actores implementam e capital político como uma pré-condição estrutural).

Além disso a governação reveste-se de diferentes formas consoante o tipo de interações: a auto-governação onde prevalecem as interferências espontâneas e informais, a co-governação onde se desenvolvem acções combinadas horizontais e quase formais, e governação hierárquica que abarca todas as situações em que as intervenções, ou as relações hierárquicas, dominam. Finalmente, existe uma série de níveis em que é possível olhar para a governação (níveis que, mais uma vez, estão interligados entre si, mas que podem ser analiticamente distinguidos): uma primeira ordem (identificação de problemas e oportunidades de solução); uma segunda ordem (necessidades e capacidades relacionadas com o nível estrutural e institucional); uma terceira ou meta-ordem que se refere às normas e princípios que permitem a avaliação do processo de governar.

### 2.3.5. Governação em rede

No campo dos estudos políticos muita da literatura relevante relacionada com redes de políticas<sup>29</sup> foi reformulada e reinterpretada num enquadramento da governação. A governação como redes auto organizadas diz respeito às novas estruturas mais alargadas de coordenação e interacção social entre instituições e organizações públicas e privadas na prestação dos serviços (Atkinson e Coleman, 1992, Rhodes, 1997b). Rhodes argumenta que estas redes são caracterizadas por (Rhodes, 1997b, 2000):

- Interdependência entre as organizações — a governação é um conceito mais abrangente que o governo que abrange actores não estatais. A alteração aos limites do Estado significa que as fronteiras entre público, privado e sectores de voluntariado se deslocam e se tornam mais difusas;
- As interacções contínuas entre os membros da rede são causadas pela necessidade de intercâmbio, da troca de recursos e de negociar objectivos partilhados;
- As interacções do jogo radicam na confiança e são reguladas por regras do jogo negociado e acordado pela rede de participantes;
- Graus significativos de autonomia em relação ao Estado — as redes não são responsáveis perante o Estado organizando-se a si próprias. Embora o Estado não ocupe uma posição privilegiado ou soberana pode indirectamente e de forma incompleta orientar essas redes.

Este conceito descreve a sucessiva fragmentação causada pelas reformas iniciadas com o objectivo de melhorar a coordenação entre os departamentos

---

<sup>29</sup> Do termo inglês *policy network* que diz respeito ao conjunto de relações/ligações institucionais, formais e informais, entre o Governo e outros actores, estruturadas à volta de interesses comuns ou partilhados na definição de políticas e na sua implementação (Rhodes, 2007). As instituições são interdependentes e as políticas emergem das negociações entre os membros da rede. Os sindicatos, as grandes empresas e as associações profissionais são alguns dos actores envolvidos. As redes de políticas são uma característica de longa data dos governos britânicos que desenvolveram consensos acerca do que deviam fazer para servir os interesses de todos os envolvidos, e rotinas sobre a forma de decidir. O governo de Margaret Thatcher procurou reduzir o poder destas redes utilizando os mercados para a prestação de serviços públicos, ultrapassando as redes existentes e restringindo os privilégios das profissões, normalmente através de controlos de gestão e controlos financeiros rigorosos. Mas as reformas assentes na gestão empresarial e na adopção de mecanismos de mercado tiveram consequências não desejadas provocando a fragmentação dos sistemas de prestação dos serviços públicos e criaram pressões para as organizações cooperarem umas com as outras para a prestação de serviços. Paradoxalmente, a “mercadização” multiplicou as redes que supostamente deveria substituir (Rhodes, 2007).

governamentais e as restantes organizações, nomeadamente através da NPM, e a consequente alteração das fronteiras entre público, privado e sociedade civil (Rhodes, 2007). Desta forma, a governação abrange um conjunto complexo de interacções com instituições e grupos onde as instituições públicas representam a parte visível do iceberg (Gomes, 2003).

### **2.3.6. Governação global e governação multi-nível**

No campo das relações internacionais é largamente reconhecido que alguns dos problemas mais importantes, como por exemplo os problemas ambientais e as crises económicas, não podem ser controlados ou contidos por acções isoladas ao nível local dos estados desencadeando a discussão sobre o papel das agências internacionais e dos métodos de governação comuns aos diversos governos deslocando assim o azimute da discussão para a governação global (Rosenau, 1992, Hewson e Sinclair, 1999, Rosenau, 2000).

Alguma da investigação recente focada na União Europeia tem vindo a formar a noção de governação multi-nível devido à natureza das relações entre as instituições locais, regionais, nacionais e transnacionais (Bache e Flinders, 2004). Esta ideia está patente na definição de governação da Comissão Europeia que a designa como o conjunto de regras, processos e práticas que afectam o modo como o poder é exercido ao nível Europeu, particularmente no que se refere à abertura e transparência<sup>30</sup>, participação<sup>31</sup>, prestação de contas<sup>32</sup>, efectividade<sup>33</sup> e coerência<sup>34</sup>, quer em termos de

---

<sup>30</sup> As instituições devem desenvolver o seu trabalho de uma forma mais aberta e transparente. Em conjunto com os Estados Membros as instituições devem comunicar aquilo que a UE faz e as decisões que toma utilizando uma linguagem acessível ao grande público e facilmente compreensível. Este aspecto assume particular importância na melhoria da confiança em instituições complexas.

<sup>31</sup> A qualidade, a relevância e a efectividade das políticas da UE dependem de uma ampla participação através de toda a cadeia política, desde a concepção até à implementação. Desenvolver e incentivar a participação é criar uma maior confiança no resultado final e nas instituições que emitem as políticas. A participação depende crucialmente da utilização, por parte das administrações centrais, de uma abordagem aberta e abrangente, no quadro do desenvolvimento e implementação das políticas da UE.

<sup>32</sup> As regras dos processos legislativos e executivos devem ser transparentes. Cada instituição da UE deve explicar e assumir a responsabilidade por aquilo que faz na Europa, isto é, o resultado das suas acções. Existe também uma grande necessidade de maior clareza e responsabilização por cada um dos Estados Membros e de todos aqueles que estão envolvidos nos processos de desenvolvimento e implementação da política da UE, seja a que nível for.

<sup>33</sup> As políticas devem ser efectivas e oportunas, definindo o que é preciso, em termos de respostas às necessidades, com base em objectivos claros, na avaliação do impacto futuro e, quando disponível, na experiência anterior. A efectividade depende também na implementação das políticas da UE de uma forma proporcionada aos seus objectivos e na tomada de decisão aos níveis mais adequados.

<sup>34</sup> As políticas e as medidas devem ser coerentes e facilmente compreensíveis. A necessidade de coerência está a crescer na UE: o número de tarefas cresceu; o alargamento trará maior diversidade; os desafios relacionados com

relações institucionais quer em termos da aplicação das políticas (Commission Of The European Communities, 2001).

A governação diz respeito à capacidade do Estado servir os cidadãos — designando o conjunto de regras, processos e comportamentos através dos quais os interesses são articulados, os recursos geridos, e o poder é exercido na sociedade. A forma como as funções públicas são desenvolvidas, os recursos públicos são geridos e os poderes de regulação públicos são exercidos são os pontos mais importantes a serem considerados neste contexto, podendo a governação ser descrita como uma medida básica de estabilidade e desempenho de uma sociedade (Commission Of The European Communities, 2003).

### **2.3.7. Governação económica institucionalizada**

Na área da economia política, a nova abordagem da economia política em matéria de governação reanalisa o governo da economia e a interdependência entre a sociedade civil, o Estado e a economia de mercado. A governação foca o conceito de direcção das capacidades de um sistema político, isto é, as diferentes formas que suportam a acção de governar (como acção), independentemente das instituições ou dos agentes que a orientam (Gamble, 2000).

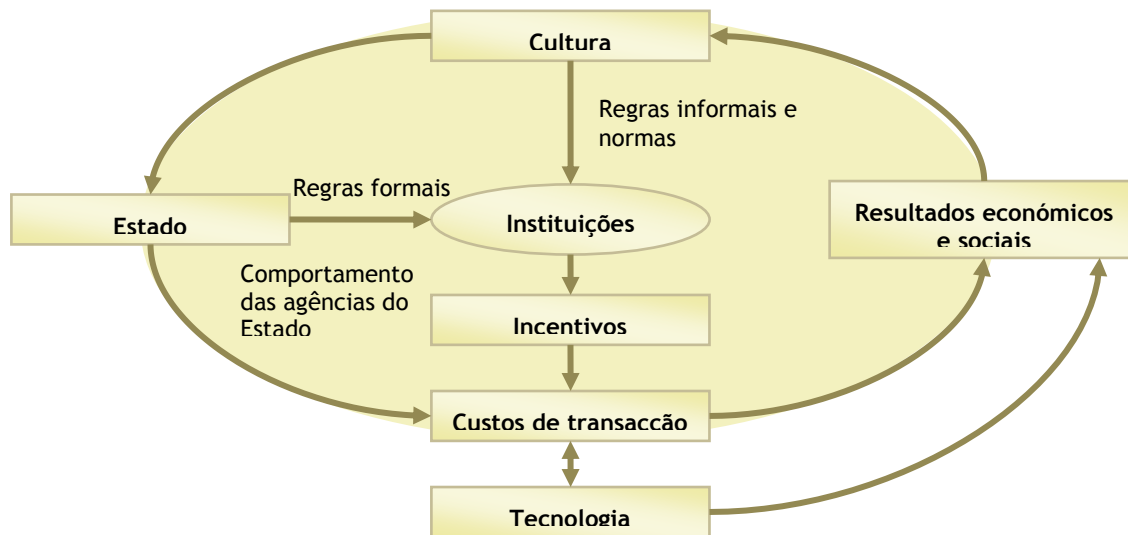
Governar não é da exclusiva competência dos governos, porque governar diz respeito a influenciar, moldar, regular, ou determinar os resultados, e, nesse sentido, há muitas outras agências e instituições que estão envolvidas na condução da ordem social. Assim, a governação económica refere-se aos processos políticos e económicos que coordenam a actividade económica entre os atores e a transformação das instituições que regem a actividade económica, incidindo sobre a emergência e o rearranjo de várias formas de governação (Hollingsworth e Lindberg, 1985, Lindberg et al., 1991).

As instituições são fundamentais para a forma como o país é governado (North, 1990). As instituições são as regras formais e informais na sociedade. As regras formais são estabelecidas pelo Estado através de leis e regulamentos. As regras

---

as mudanças climáticas e a evolução demográfica ultrapassam as fronteiras das políticas sectoriais nas quais a UE foi construída e que têm servido de base à sua acção; as autoridades regionais e locais estão cada vez mais envolvidas nas políticas da UE. A coerência requer liderança política e uma forte responsabilização por parte das instituições como forma de assegurar uma aproximação consistente e comum no âmbito de um sistema complexo.

informais provêm da cultura, da história e da experiência de cada sociedade e estão reflectidos nos códigos de conduta e sistemas de crença. É a interacção das regras formais e informais que determinam as instituições da sociedade que moldam os incentivos aos quais as pessoas respondem e determinam os comportamentos e, por isso, os resultados. Esta noção está representada na Figura 4.



**Figura 4** — Papel das instituições no desenvolvimento económico e nos resultados sociais

### 2.3.8. Governação em saúde

A governação em saúde<sup>35</sup> consiste na adopção do conceito de governação ao contexto da saúde. Este conceito é importante, porque os sistemas de saúde são complexos, são sensíveis ao domínio das comunidades e dos indivíduos, estão moldados nos ambientes sociais, económicos e culturais onde se integram, são orientados por valores e constituem sistemas extremamente específicos em termos de produto, processos e estruturas (Sakellarides, 2003).

Em termos genéricos a governação em saúde diz 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 (Dodgson et al., 2002). A OMS define a governação em saúde como o sistema através do qual uma sociedade organiza e gere os assuntos dos diversos sectores e parceiros de forma a atingir os seus objectivos (WHO, 1998b). A boa governação em saúde assenta na transparência, na prestação de contas e nos

<sup>35</sup> A governação em saúde será tratada de forma autónoma em secção própria.



incentivos que promovem a participação (WHO, 1998b), nomeadamente de todos os preocupados com a formulação e o desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde equitativos e sustentáveis (WHO, 1998a).

### 2.3.9. Provedoria (*stewardship*)

Associado ao conceito de governação em saúde surge também o conceito de provedoria<sup>36</sup> que reforça o papel e a responsabilidade do Estado, do Governo e, nomeadamente, do Ministro da Saúde (WHO, 2000b, 2002b). Esta noção inclui, não só a capacidade para influenciar a realização dos objectivos do sistema de saúde (nível de saúde, resposta adequada em cuidados de saúde e justiça na distribuição das contribuições financeiras), mas também a dimensão de natureza ética, como a dedicação ao bem comum e a relação de confiança com o cidadão. A provedoria tem como principais componentes:

- A formulação da política de saúde, i.e., definir qual a visão e a direcção a seguir no sistema de saúde;
- O exercício de influência, incluindo a reorganização da gestão, a regulação e a contratualização;
- A capacidade de entendimento ou compreensão — recolhendo e utilizando informação dirigida ao exercício da governação (por exemplo, avaliação de desempenho).

A provedoria pode ser vista como uma governação eticamente informada, ou como uma boa forma de governação. Tendo por base a teoria da agência<sup>37</sup> e o papel do Estado como agente dos seus cidadãos, a provedoria é um enquadramento social responsável para a governação que possui na sua base princípios de racionalidade

---

<sup>36</sup> Do termo inglês *stewardship* que podemos traduzir por “provedoria”, “intendência”, “salvaguarda” ou “reitoria”, mas que não tem correspondência directa com nenhuma palavra da língua portuguesa no contexto específico em que é utilizado. A teoria da “provedoria” (*stewardship theory*) é um modelo que aparece sustentado pela necessidade de eficiência e de custo efectividade e que assume que os interesses do agente estão alinhados com os interesses do particular. Os principais fundamentos desta teoria serão discutidos na secção da governação empresarial e o conceito de provedoria em saúde será aprofundado na secção da governação em saúde.

<sup>37</sup> A Teoria de Agência (*Agency Theory*), também denominada Teoria do Agente-Principal, assenta no facto do neo-institucionalismo económico adoptar o paradigma contratualizador na análise das relações entre cidadãos e entre cidadãos ou grupos e as organizações. Nesse paradigma as transacções podem ser modeladas como uma situação que envolve dois actores, um denominado agente e o outro principal. Esta situação é tipicamente a que acontece quando há uma separação entre controlo e propriedade, ou seja, quando há uma delegação de autoridade, por exemplo, quando o agente é um profissional contratado por um empregador (o principal) para realizar uma tarefa pré-especificada. Esta teoria será desenvolvida mais á frente sobretudo na perspectiva empresarial.

económica e de gestão do sector público (Saltman e Ferroussier-Davis, 2000).

### **2.3.10. Governação global em saúde**

No mundo actual a mudança dos riscos e das oportunidades associadas à saúde, a influência das determinantes da saúde, o estado de saúde e os resultados não podem ser assegurados unicamente através de acções/políticas nacionais devido à intensificação dos fluxos fronteiriços e transfronteiriços de pessoas, bens, serviços e ideias (Dodgson et al., 2002)<sup>38</sup>. Esta nova realidade alarga o conceito de governação em saúde para um nível global. A expansão do território, a ordem dos novos territórios e os novos padrões de partilha de poder emergentes, tornam necessária uma nova governação em saúde, numa perspectiva global, que se torna essencial para a expansão do espaço da saúde como uma dimensão chave da vida política (Kickbusch, 2002).

Os elementos essenciais da governação global em saúde são a desterritorialização da saúde e da sua promoção e a conseqüente necessidade de ter em conta diversos factores que cruzam e ignoram as fronteiras geográficas dos estados, a necessidade de definir e abordar os determinantes da saúde a partir de uma perspectiva multi-sectorial, e a necessidade de envolver, de forma informal e formal, um conjunto alargado de actores e interesses (Dodgson et al., 2002).

### **2.3.11. Governação clínica**

A governação clínica 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 prestem contas e se responsabilizem pelos actos da sua prática clínica (Department of Health, 1998, Scally e Donaldson, 1998, Starey, 2003).

Este conceito, originário do *National Health Service* (NHS), tem sido utilizado

---

<sup>38</sup> Para uma perspectiva mais alargada do conceito de governação global em saúde aconselhamos a leitura do artigo “*Global Health Governance: a Conceptual Review*” (Dodgson et al., 2002) e “*Perspectives on health governance in the 21st Century*” (Kickbusch, 2002) que foca alguns dos princípios essenciais para a expansão do espaço da saúde como uma dimensão chave da vida política.

como uma aproximação integrada para a melhoria contínua da qualidade na prática clínica (Scally e Donaldson, 1998). Alguns autores defendem que a governação clínica permite estender a prestação de contas dos profissionais de saúde para além dos mecanismos de prestação de contas existentes em termos legais e profissionais (Allen, 2000). Os críticos da governação clínica chamam a atenção de que não existe nada de novo nos objectivos por ela arrogados. Alguns argumentam que a governação clínica não oferece mais do que a confirmação da mensagem do senso comum que os médicos e os restantes profissionais da saúde devem todos aspirar depois da qualidade na prática da medicina (Goodman, 1998).

### **2.3.12. Governação integrada**

A governação integrada é definida como o 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, bem como para reportar aos doentes, à comunidade em geral e aos restantes parceiros organizacionais (Deighan et al., 2004). Esta aproximação coloca no centro da acção os órgãos de administração devendo as suas decisões sujeitarem-se ao dever do envolvimento dos cidadãos e dos doentes e, quando apropriado, serem tomadas à luz do seu impacto global na comunidade onde a organização de saúde está localizada (Deighan et al., 2004, Deighan e Bullivant, 2006).

Este conceito, originário do *National Health Service* (NHS), pretende ser um enquadramento de princípio para as diferentes organizações aos mais variados níveis, de modo a que cada organização seja capaz de responder aos desafios da agenda e de necessidades, assegurar estratégias, pessoas e estruturas de acordo com os seus objectivos e os objectivos do sistema de saúde (Deighan e Bullivant, 2006).

No fundo, esta aproximação pretende juntar os princípios da boa governação em saúde, com os princípios da governação empresarial e da governação clínica, para além de outros, focando os aspectos do interesse público dos sistemas de saúde, das suas funções e dos seus objectivos bem como realçar as questões associadas à responsabilidade social e às questões éticas.

### **2.3.13. Governação hospitalar**

O hospital é uma organização que mais uso intensivo faz de recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento — necessitando conseqüentemente de um enquadramento de administração com os seus órgãos de governo e uma equipa profissional de gestores. Ao mesmo tempo, desempenha um papel fundamental no contexto em que está inserido relacionado com o tipo específico de bem que produz — prestação de cuidados de saúde — e, conseqüentemente, com a responsabilidade que tem perante a tutela na prestação directa de cuidados de saúde, mas também na promoção, prevenção e protecção da saúde.

A governação hospitalar<sup>39</sup> diz respeito ao conjunto complexo de verificações e equilíbrios (sistema de pesos e contrapesos) que determinam a tomada de decisão dos órgãos de governo<sup>40</sup> do hospital. Pode ser definida como o processo de conduzir o funcionamento global e o desempenho efectivo de um hospital, através da definição da sua missão, da fixação de objectivos e do suporte e monitorização da sua realização a nível operacional (Eeckloo et al., 2004). A governação hospitalar permite uma aproximação integrada de suporte e supervisão de todas as actividades do hospital, incluindo o desempenho clínico.

Olhando para esta definição e para a definição de governação integrada concluímos que a governação hospitalar é uma forma de governação integrada aplicada aos hospitais assente sobretudo nos aspectos da governação empresarial e nos aspectos governação clínica, i.e., centrada nas relações e nos equilíbrios entre os órgãos de governo das organizações e nas práticas clínicas.

## **2.4. Governação e Estado**

O termo governação é utilizado de formas diversas e tem uma variedade de significados. Contudo, apesar desta multiplicidade existe um consenso de base que a governação está relacionada com o desenvolvimento da forma como a sociedade é governada e a criação de condições para a existência de ordem social e acção colectiva.

---

<sup>39</sup> A governação hospitalar será tratada de forma autónoma em secção própria. Neste tratamento serão recuperados também os conceitos de governação clínica e de governação integrada.

<sup>40</sup> Qualquer grupo de pessoas responsável por lei ou pelo regulamento do hospital, com poderes para tomar decisões em nome e no interesse do hospital.

A governação, e a boa governação, estão na base do desenvolvimento económico (World Bank, 1992, Kaufmann e Kraay, 2003, World Bank, 2003, Kaufmann et al., 2006), do desenvolvimento humano sustentado (UNDP, 1997a, 2002, 2004b), e pode ser descrita como uma medida básica de estabilidade e desempenho de uma sociedade (Commission Of The European Communities, 2003).

No entanto relativamente à governação levantam-se questões de duas ordens. Por um lado questionar até que ponto o conceito de governação contribui para o desenvolvimento de um quadro analítico de análise que suporte o estudo da natureza mutável do Estado e das suas relações com a sociedade. Por outro lado, qual o papel do Estado na governação, especialmente em ambientes cada vez mais fragmentados, descentralizados e complexos. Assim, apresentaremos as propostas de alguns autores que consideram a governação como um enquadramento analítico (2.4.1) e, de seguida, focaremos o papel do Estado na governação (2.4.2).

### **2.4.1. A governação como um enquadramento analítico**

Embora o termo governação seja utilizado de diversas formas e tenha uma variedade de significados, existe um consenso de base — a governação diz respeito ao desenvolvimento da forma como a sociedade é governada (regida) e a criação de condições para a existência de ordem social e acção colectiva. No fundo, a governação é um conceito que procura dar um sentido à natureza mutável do Estado nas últimas décadas, que foca a mudança do papel do governo dentro dos ambientes sociais em mutação e que procura compreender as mudanças em curso.

A operacionalização deste conceito é feita sob a condição de que os governos perderam a capacidade exclusiva de controlo e de definição das políticas e da sociedade necessitando de trabalhar em ambientes mais fragmentados, descentralizados e complexos (Richards e Smith, 2002). Contudo, coloca-se a questão de considerarmos em que medida o conceito de governação contribui para o desenvolvimento de um enquadramento analítico que sirva de referência para o estudo da natureza mutável do Estado e das suas relações com a sociedade.

Richards e Smith defendem esta perspectiva argumentando que o primeiro nível do conceito de governação deve ser entendido como um conceito que reflecte os

padrões de mudança do Estado durante os últimos trinta anos de uma era de governo (no sentido de execução da acção do governo) para uma nova era de governação (Richards e Smith, 2002). Segundo estes autores, a governação é um conceito mais alargado e fundamental do que o conceito de governo isolado, porque se preocupa com as ligações entre as diferentes partes do sistema político bem como com as próprias instituições.

Stoker, na mesma linha, defende a contribuição da governação para este enquadramento argumentando que, embora o conceito pouco ofereça ao nível da análise da causalidade e nada ofereça em termos de teoria normativa, o seu valor está relacionado com a capacidade para organizar e fornecer um “mapa” ou um quadro de análise para a compreensão dos processos de mudança relacionados com governar, isto é, permite aplicar uma lente ou objectiva simplificada a uma realidade complexa ajudando a identificar as principais tendências e desenvolvimentos na natureza das relações entre o Estado e a sociedade (Stoker, 1998). Por outro lado, a perspectiva da governação permite realçar também uma série de dilemas chave ou preocupações relativos à forma pela qual os sistemas de governo estão a mudar.

Da mesma forma, Pierre afirma que a governação possui um potencial tremendo para a abertura de vias alternativas de olhar para as instituições políticas, para as ligações/relações domésticas e globais, a cooperação transnacional, bem como as diferentes formas de intercâmbio entre público e privado (Pierre, 2000). Rhodes argumenta que a governação — como um conceito nas ciências sociais — não oferece explicações causais que evoquem fisicamente a relação entre os fenómenos e que a predição é principalmente uma aspiração e provavelmente uma impossibilidade de exercer com rigor na vida real, no entanto a governação proporciona uma linguagem que permite reescrever o mundo e os desafios da narrativa dominante da década de 1980 (as políticas NPM) na forma como descreve um mundo complexo (Rhodes, 2000, 2007).

Desta forma, a governação como um enquadramento conceptual fornece uma linguagem e um quadro de referência através do qual a realidade pode ser examinada levando os teóricos a colocarem questões, que de outra forma não seriam colocadas, e obtendo resultados, que se bem-sucedidos, constituem novas percepções que outros enquadramentos ou perspectivas talvez não permitissem obter (Judge et al., 1995). O

foco desta análise é que os enquadramentos conceptuais podem constituir uma tentativa de estabelecer uma mudança paradigmática.

Portanto, podemos argumentar que o termo governação tem um significado bidimensional (Pierre, 2000). Por um lado, refere-se às manifestações empíricas de adaptação do Estado às suas mudanças externas e internas conforme ilustrado pelas variedades do termo apresentadas anteriormente. Por outro lado, o termo representa também um enquadramento teórico ou conceptual de coordenação dos sistemas sociais, bem como da evolução do papel do Estado nesse processo. Esta perspectiva da governação reflecte em termos de contribuição teórica, a um nível geral, o fornecimento de um conjunto de pressupostos e de perguntas de pesquisa, e de uma linguagem para identificar os principais traços de uma realidade complexa, e também para colocar as grandes questões sobre essa realidade.

#### **2.4.2. O papel do Estado na governação**

Uma das questões associadas ao enquadramento da governação está relacionada com a escolha das variáveis para análise. Neste sentido, Pierre e Peters sugerem que a perspectiva na governação deve-se focar no Estado, o seu papel na governação e como a emergência e os desafios da governação o afectam em diferentes aspectos (Pierre e Peters, 2000). Estes autores argumentam que o Estado continua a ser o actor político fundamental na sociedade e a expressão predominante dos interesses colectivos. Na mesma linha, Payne argumenta que o papel do Estado não está a diminuir mas antes a assumir um papel de transformar passando de um papel suportado nos poderes constitucionais para um papel baseado na coordenação e fusão de recursos públicos e privados (Payne, 2000).

Para além destes aspectos, os estados provaram serem surpreendentemente resistentes e inovadores face a uma vasta variedade de desafios internos e externos, tais como restrições financeiras, insegurança interna, exigências internas relacionadas com novas procuras, guerras, etc. As transformações no papel do Estado, isto é, como o Estado se transforma para acomodar as formas emergentes de governação, constituem a questão chave na inquirição à governação (Pierre, 2000) especialmente se queremos estudar a relação entre governação e os processos, porque a discussão dos processos

inerentes às políticas públicas necessita de ser fundamentada numa ampla reflexão sobre a natureza do poder do Estado (Hill, 1997).

Uma aproximação ao Estado utilizando uma perspectiva da governação estado cêntrica ajuda a compreender os novos papéis atribuídos ao Estado podendo este ser olhado como uma variável independente ou como uma variável dependente (Pierre e Peters, 2000). Ao considerar o Estado como uma variável independente o papel deste na governação pode variar desde ser o coordenador chave até ser um dos actores mais poderosos. Contudo, este papel depende de um número elevado de factores relacionados com os padrões históricos de regulação e de controlo das políticas específicas de determinados sectores, com o interesse em manter o controlo institucional, com o grau de exigência da governação em termos de autoridade política e jurídica, e com o poder (força) das organizações e redes sociais existentes.

A estratégia alternativa de investigação, olhar para o Estado como variável dependente, levanta questões diversas acerca da forma como o aparecimento da governação modifica os poderes, as competências e as capacidades do Estado. Esta abordagem permite estudar as diversas formas de parcerias público privadas (cooperação entre o governo e as organizações voluntárias) ou os desafios colocados pelas formas transnacionais de governação e os seus efeitos sobre o arranjo institucional do Estado, bem como a gestão dessas instituições. Uma das formas de olhar para este novo estado é a ideia do Estado pós-moderno que inclui soberania ou supremacia territorial não exclusiva, regras e leis múltiplas e cooperativas, defesa multilateral, cidadania partilhada, multiculturalismo, políticas de impostos pluralistas, e bem-estar transnacional (Richards e Smith, 2002).

## **2.5. As reformas da Administração Pública**

O conceito de governação pode ser aplicado numa variedade de contextos. Os temas centrais da governação envolvem não só a melhoria da capacidade do sector público mas também uma transformação no papel, na orientação, no poder e nas actividades do Estado na economia e na sociedade. A procura de formas alternativas de organização do Estado, para tentar resolver os problemas associados às falhas



apercebidas do modelo burocrático *weberiano*, apontam para as origens da governação como uma nova forma de Estado.

Desta forma, convém fazer uma breve incursão pelas reformas da administração pública de forma a entender qual o contexto que levou a essas reformas e quais as alternativas de solução que foram apresentadas. Assim, começaremos por analisar a discussão centrada na redução do papel do Estado (2.5.1), conhecer com maior profundidade a solução proposta assente na nova gestão pública e as críticas a ela inerentes (2.5.2) e, finalmente, as características principais associadas ao Estado pós-moderno (2.5.3).

### **2.5.1. A redução do papel do Estado**

O papel do Estado na sociedade contemporânea, nomeadamente no campo da economia e do social, tem sido sujeito a um debate intenso nos últimos anos (Allan, 1999). Este processo foi acelerado, segundo alguns autores, pelo colapso das economias de planeamento central, as crises fiscais no Estado de Bem-estar das economias industriais mais avançadas, e as crises asiáticas que explicam as limitações do papel do Estado em diversas áreas, nomeadamente na economia (Harding e Preker, 2000, 2003).

O discurso dominante, sobretudo de organizações como o BM e a OCDE, alude para uma redução do papel do Estado na economia, reforçando o seu carácter regulador, libertando-se de actividades prestadoras com fortes incentivos à empresarialização e à privatização (OECD, 1992, World Bank, 1997). Por exemplo, o BM no Relatório de 1997 — *“The State in a Changing World”* —, aponta como funções centrais do Estado, numa economia de mercado socialmente consciente, a correcção de falhas do mercado e a melhoria da equidade, devendo estas funções ser desempenhadas em diferentes níveis de intervenção.

Principalmente a partir dos anos 80 do século passado, o sector público tem sido submetido a pressões crescentes e intensas para deixar de desenvolver algumas actividades que vinha assumindo ou, no mínimo, para introduzir novos modelos de gestão inspirados na cultura das empresas privadas e da sua gestão. Estas pressões

estenderam-se inicialmente das actividades do tipo comercial e industrial<sup>41</sup> — banca, cimenteiras, etc. —, para serviços de natureza infra-estrutural<sup>42</sup> — energia, água, comunicações, estradas e transportes —, e, ultimamente, para a área social, nomeadamente na educação, na segurança social e na saúde<sup>43</sup> (Harding e Preker, 2000, 2003).

Drucker, apontado como um dos primeiros analistas do denominado fracasso da burocracia governamental (Osborne e Gaebler, 1993), menciona a necessidade de construir formas de gestão empresarial nas instituições de serviço público como forma de reforçar a inovação social (Drucker, 1986) sendo secundado por outros autores (Savas, 1982, Roth, 1987, Glazer, 1988, Griffin, 1989, Savas, 2000) e instituições internacionais (OECD, 1992, World Bank, 1997) que sugerem um novo papel para o Estado e a necessidade de novas parcerias entre público e privado.

As referências deste movimento são o Reino Unido e os Estados Unidos com um discurso assente no mercado, na competição e na gestão empresarial. Por exemplo, no Reino Unido este movimento foi iniciado pelo Partido Conservador, no final da década de 70, que prometia reduzir o governo e torná-lo mais eficiente. A ênfase, seguida nas décadas seguintes, assentava na necessidade do Estado separar os diferentes papéis que, de modo mais ou menos indefinido, acumulava e, simultaneamente, distinguir as funções políticas e reguladoras das funções executivas e das actividades de produção de suporte a nível de infra-estruturas e de prestação com o objectivo de concentrar a sua atenção nas primeiras e na sua coordenação, “determinando as coisas certas a fazer”, e desconcentrando as restantes funções em entidades e gestores a que atribuiria a responsabilidade de “fazer a coisas certas” (Shaw, 2004).

---

<sup>41</sup> Actividades não estratégicas e situadas em mercados com competição em que o Estado, muito provavelmente, não deveria desempenhar nenhum papel por não serem centrais do ponto de vista da sua missão. Neste tipo de actividades e para as organizações que as desenvolviam, a intervenção do sector privado foi feita através de processos de privatização.

<sup>42</sup> Serviços públicos em que o Estado teria algum papel a desempenhar, mas em que uma corrente de opinião reconhecia que esse papel poderia ou mesmo deveria ser diferente de modo a colmatar problemas relacionados com os monopólios estatais, nomeadamente a ineficiência e a falta de qualidade na sua prestação.

<sup>43</sup> O reconhecimento da menor operacionalidade do sector público desenvolveu-se paralelamente a um crescente aumento de intervir do sector privado. Desta convergência resultaram mudanças em diversas áreas de intervenção do Estado com o intuito de superar as alegadas ineficiências da prestação pública. Estas mudanças foram referidas como as três vagas da reforma do sector público (Harding e Preker, 2000). Neste processo para além da privatização e da empresarialização assumem importância as parcerias público-privadas (PPP), ou seja, processo de intervenção em que os sectores público e privado procuram pôr em conjunto num dado projecto as suas aptidões complementares (Osborne e Gaebler, 1993, Linder e Rosenau, 2000, Savas, 2000).

Assim, a gestão empresarial, a procura de formas mais competitivas de exercer o poder executivo e de novos modos de organizar a prestação de serviços entraram no discurso político e incentivaram a discussão em torno das diferenças entre o sector público e o sector privado. Um dos resultados do debate entre as diferentes virtudes do sector público e do sector privado foi o crescente consenso de que é proveitoso, senão imperativo, procurar práticas de negócio no sector privado que possam efectivamente ser imitadas e transferidas para os serviços públicos (Shaw, 2004).

Contudo, apesar de toda esta discussão é reconhecido que a acção governativa não poderia ser conduzida como a gestão de uma empresa privada, tornando-se necessário fazer algumas distinções:

- A produção e a procura de bens e serviços públicos, tende a não ser determinada pela interacção entre os elementos de mercado, nomeadamente a oferta, a procura e o preço<sup>44</sup>;
- O governo e empresas são instituições com natureza diferente, desta forma, e apesar de algumas semelhanças, existem diferenças específicas entre governantes e gestores (Osborne e Gaebler, 1993);
- A adopção de práticas empresariais nas empresas públicas está condicionada por factores que afectam de forma diferente os incentivos, a procura de resultados e a eficiência (Clarke e Pitelis, 1993).

	Gestores	Governantes
Actividade	Orientada pela preocupação do lucro	Orientados pelo desejo de serem reeleitos
Financiamento	Clientes	Pelos contribuintes, nomeadamente através dos impostos
Mercado	Competitivo fortemente baseado em mecanismos de mercado	O Estado estabelece com frequência o monopólio
Tomada de decisão	Em segredo	Baseadas em modelos democráticos e abertos
Clientes	Equacionar a capacidade de pagar dos clientes e são avaliadas pelos seus resultados	Servir todos igualmente independentemente da sua capacidade para pagar

**Quadro 4** — Diferenças entre gestores e governantes

Osborne e Gaebler analisam essas diferenças em termos da orientação da sua actividade, financiamento da actividade, tipo de mercado, processo de tomada de

<sup>44</sup> Particularmente no sector da saúde como veremos mais à frente.

decisão e escolha dos clientes (Osborne e Gaebler, 1993). Essas principais diferenças são resumidas no Quadro 4.

Por seu turno Clarke e Pitelis, realçando os aspectos positivos da adopção de práticas empresariais nas empresas públicas, identificam vários factores que afectam de forma diferente os incentivos e a procura de resultados e a eficiência (Clarke e Pitelis, 1993). Estes factores estão relacionados com o financiamento da actividade, a propriedade dos activos, a determinação do preço dos produtos, a prestação de contas aos clientes, as decisões relacionadas com a alocação de recursos e as fronteiras de racionalidade. O Quadro 5 apresenta os factores que afectam os incentivos de gestão e a prestação de contas.

	Sector Público	Sector Privado
Financiamento da actividade	Provenientes de impostos	Provenientes de capital de risco
Propriedade dos activos	Governo	Accionistas
Determinação do preço dos produtos	Os custos são utilizados como forma grosseira de estimar os preços	O mercado determina os preços
Prestação de contas aos clientes	Os clientes votam através da representação	Os clientes votam pelos seus meios
Decisões relacionadas com a alocação de recursos	A alocação de recursos é baseada em negociações não transparentes entre grupos de interesses (pressão) e os políticos	A alocação de recursos orienta-se por regras de eficiência
Fronteiras de racionalidade	Racionalidade limitada <sup>45</sup> mais severa, porque regra geral está numa situação de monopólio.	Racionalidade limitada menos severa devido à informação/comunicação associada aos mecanismos de mercado

**Quadro 5** — Factores que afectam os incentivos de gestão e a prestação de contas

Estas e outras diferenças levaram à defesa de uma terceira via denominada *New Public Management* (NPM) situada entre o comportamento burocrático, típico do sector público, e o comportamento empresarial, típico do sector privado (Osborne e Gaebler, 1993, Osborne e Plastrik, 1998, Osborne e Hutchinson, 2004) com a adopção de práticas de negócio do sector privado.

## 2.5.2. A nova gestão pública (*New Public Management*)

A NPM emergiu como uma reforma estratégica fundamental aplicada de

<sup>45</sup> Significando uma capacidade reduzida dos indivíduos terem ou agirem com base em informação acerca de todas as alternativas.

diversas formas pelas agências do sector público num número crescente de países (Shaw, 2004)<sup>46</sup>. A NPM surge como fruto do crescente desapontamento com o desempenho do sector público burocrático tradicional reforçado com a reivindicação de que o sector privado e os mecanismos de mercado tendem a ser mais eficientes. As razões para a falta de desempenho do sector público estão sumariadas no Quadro 6.

- 
- O controlo tende a ser exercido por figuras políticas que podem estar mais interessadas na nomeação para cargos (*jobs for the boys*) do que no desempenho;
  - Os gestores tendem a ser protegidos por regulamentos dos serviços públicos em detrimento de incentivos baseados no desempenho;
  - O financiamento dos serviços públicos provém dos impostos e de orçamentos de custos, e não dos preços que os consumidores estão dispostos a pagar pelos serviços condicionados pela boa qualidade;
  - Os clientes frequentemente não têm outra alternativa senão comprar ou aceitar os serviços públicos devido ao monopólio público;
  - As medidas públicas que compreensivelmente previnem os gestores de acumularem poderes políticos muitas vezes provocam o efeito indesejável de os privar do poder sobre pessoal e orçamentos;
  - Os trabalhadores podem ter mais poder sobre os gestores do que ao contrário devido às influências sindicais e compromissos políticos, diminuindo, por conseguinte, a capacidade dos gestores trazerem a mudança.
- 

**Quadro 6** — Razões para a falta de desempenho no sector público

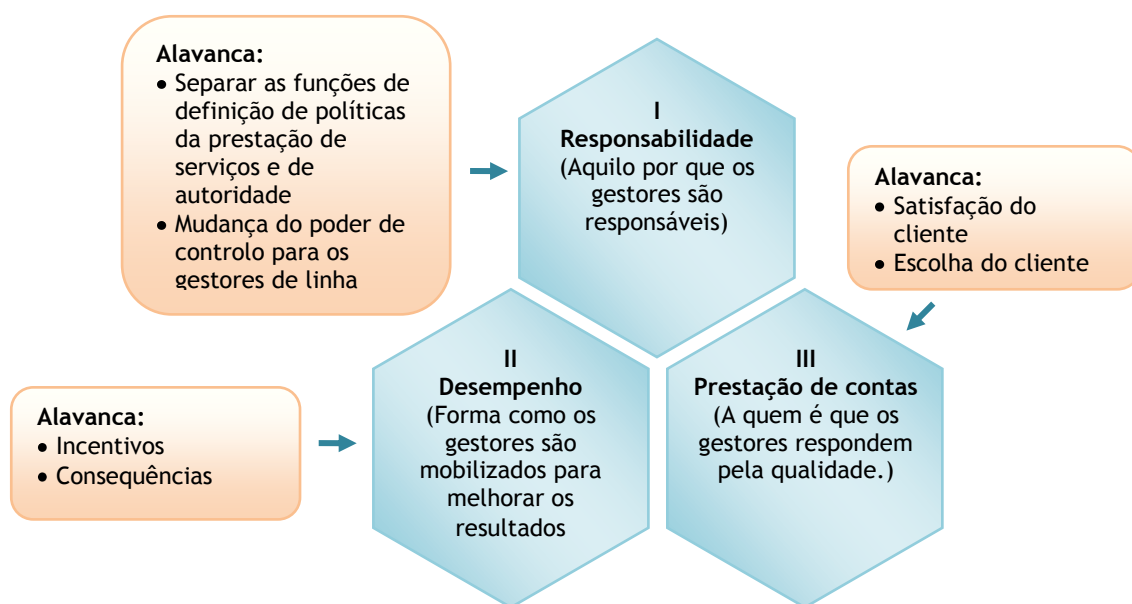
A premissa fundamental por trás da NPM é que os gestores do sector público foram isolados do mesmo tipo de estruturas de pressão/incentivos que imperam no sector privado. Argumenta-se que a ausência das pressões existentes no sector privado mantiveram a ineficiência das organizações burocráticas, permitiram a predominância da complacência sobre a inovação, e penalizaram, mais do que recompensaram, o empreendedorismo no sector público. Os defensores deste movimento argumentam que a falta de desempenho do sector público é consequência dos problemas de fixação de incentivos apropriados na busca do interesse público, na falta de informação apropriada para determinar o que é o interesse público, e na falta de mecanismos de monitorização apropriados que assegurem a prevalência da lógica dos resultados (Jackson e Price, 1994).

A NPM tem na sua base três módulos fundamentais (Osborne e Gaebler, 1993, Osborne e Plastrik, 1998, Osborne e Hutchinson, 2004) relativos à clarificação da responsabilidade (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

---

<sup>46</sup> Os primeiros países a percorrerem os caminhos da liberalização dos serviços públicos foram o Reino Unido, com a adopção do *New Public Management* nos governos de Margaret Thatcher, e os EUA, em 1983, com a denominada “*Comissão Grace*” do governo de Ronald Reagan, para repensar o papel do Estado.

acordados?), e responsabilização/prestação de contas aos utilizadores (que organizações devem ser consideradas capazes para prestar ou produzir com qualidade?). A Figura 5 resume os principais módulos associados à NPM.



**Figura 5** — Os três blocos da NPM [Adaptado de Shaw (2004)]

O Quadro 7 apresenta os tipos de impacto esperado, as dimensões organizacionais afectadas e o tempo de mudança previsto dos módulos associados às políticas NPM.

Tipo de impacto	Dimensões organizacionais	Tempo de mudança
Forte e directo nas organizações	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definição de objectivos</li> <li>Sistema de incentivos</li> <li>Sistemas de prestação de contas/responsabilização</li> <li>Legitimidade de controlo/poder/responsabilidade</li> </ul>	Curto prazo: 3 a 4 anos
Indirecto nas organizações	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistemas administrativos</li> <li>Estrutura organizacional</li> <li>Tarefas organizacionais</li> <li>Processos de trabalho</li> </ul>	Médio prazo: 4 a 8 anos
Fortemente desfasado	<ul style="list-style-type: none"> <li>Predisposição das lideranças</li> <li>Disposição dos funcionários</li> <li>Ambiente externo</li> <li>História e tradição</li> </ul>	Longo prazo: Até 2 décadas

**Quadro 7** — Impacto dos módulos da NPM [Adaptado de Osborne e Plastrik (1998) e Shaw(2004)]

Apesar das virtudes associadas aos diferentes módulos desta abordagem, mesmo quando utilizado em simultâneo ou quando suportados num forte compromisso político, não se espera que a burocracia pública e a sua cultura organizacional sejam

transformadas automaticamente. O pressuposto é que os diferentes módulos trabalham directamente sobre várias dimensões conhecidas de modo a moldar a cultura organizacional e que esta, por sua vez, irá exercer impactos indirectos, mas importantes, sobre outras dimensões (Osborne e Plastrik, 1998).

A NPM pode impulsionar impactos fortes e directos nas organizações no curto prazo, num espaço de três a quatro anos — relativamente à definição de objectivos (finalidades), sistemas de incentivos, sistemas de prestação de contas/responsabilização e mudanças na legitimidade em termos de controlo, poder e responsabilidade da gestão — decorrentes de decisões políticas tomadas, de acordos e contratos claramente definidos, e utilização de ferramentas de avaliação suportadas em inquéritos aos clientes (utilizadores). Espera-se que esta primeira vaga de mudanças impulsione uma segunda vaga, num espaço de quatro a oito anos, ao nível dos sistemas administrativos, da estrutura organizacional, das tarefas organizacionais e dos processos de trabalho. Estes impactos tendem a ser indirectos, necessitando de tempo para evoluir e de demonstrar o seu valor antes de serem aceites.

As predisposições históricas e culturais associadas às lideranças e aos funcionários constituem a maior fonte de resistência à mudança (linha três do quadro anterior). Estes factores são vitais para as reformas da NPM podendo colocar em causa as reformas pretendidas antes de poderem mostrar algum resultado, sendo de esperar que serão estes os elementos que mais tempo demoram a modificar.

A chamada de atenção para as potencialidades da NPM, o envolvimento dos funcionários através de visitas de estudo a experiências de NPM em curso, iniciar e monitorizar atentamente as reformas piloto de NPM utilizando mecanismos de aprendizagem, promover fóruns de divulgação sobre a NPM, utilizar a evidência como base de suporte à mudança são formas de abordar os problemas associados à resistência à mudança (Shaw, 2004). A NPM pressupõe uma mudança de relacionamento entre a decisão política e a Administração, convertendo a lealdade e a hierarquia num sistema de cooperação e gerando sinergias múltiplas que ajudam a ultrapassar as resistências à mudança e a criar uma nova cultura de Administração Pública mais transparente, responsável e responsabilizável.

O Quadro 8 apresenta algumas das principais sinergias identificadas pelas práticas de NPM.

- 
- Utiliza instrumentos e métodos das organizações privadas nas organizações públicas aproximando estas últimas a regimes mais organizacionais e adoptando instrumentos e métodos já experimentados e fiáveis;
  - Define padrões de desempenho dos serviços prestados explícitos e mensuráveis esclarecendo os envolvidos relativamente aos objectivos da sua agência bem como a sua responsabilidade em termos profissionais para que esses objectivos sejam atingidos;
  - Permite a aplicação de sistemas de incentivos para as pessoas de modo a estabelecer as diferenças e as consequências relacionados com o sucesso/falhaço dos objectivos traçados;
  - Aumenta o sentido da relevância e urgência de atingir os objectivos da organização colocando os funcionários em contacto directo com os utilizadores que servem;
  - Aumenta a transparência e a prestação de contas/responsabilização de todas as partes criando desta forma um maior controlo, por parte dos cidadãos, dos poderes discricionários da Administração;
  - Incentiva uma maior preocupação na utilização dos recursos afectos às entidades públicas com a consequente responsabilização e prestação de contas.
- 

#### **Quadro 8 — Sinergias da NPM**

Os defensores da NPM afirmam que a procura do conjunto de práticas adequadas não se faz sem o aparecimento de complicações (Osborne e Gaebler, 1993). Os gestores do sector público para além de enfrentarem o desafio de implementar práticas de negócio na administração pública para melhorar a eficiência económica (como no sector privado) têm de lidar também com o facto de serem publicamente prestadores de contas/responsabilizados perante os contribuintes e os que votam. Desta forma, no contexto da saúde os resultados pretendidos estendem-se para além do aumento do desempenho, em termos de eficácia e eficiência, incluindo também a justiça e a equidade (Osborne e Gaebler, 1993).

A implementação de práticas de NPM na administração pública pode ser feita recorrendo a cinco estratégias: gestão de desempenho pessoal, orçamentos de acordo com o desempenho, autonomização, gestão da concorrência e contrato de Estado, e empresarialização (Shaw, 2004). O Quadro 9 (página seguinte) resume de forma sintética cada uma das estratégias e os problemas potenciais associados.

As reformas da administração pública<sup>47</sup>, embora tenham na sua base as mesmas causas e tenham seguido de uma forma geral o mesmo paradigma relativamente às soluções adoptadas, realizaram-se em quadros de referência distintos partilhando em comuns alguns pontos relativos ao controlo das despesas públicas, a adopção de técnicas e processos da gestão empresarial, e a mudança de estatuto dos funcionários públicos.

---

<sup>47</sup> Alguns autores apelidam estas reformas do modelo pós-burocrático. Na literatura anglo-saxónica é denominada *New Public Management*.



Estratégia	Descrição	Problemas potencias
Gestão de desempenho pessoal	<p>Processo interactivo que envolve os funcionários e gestores para identificar os objectivos de desempenho, os critérios de prestação de contas, e o desenvolvimento de acções tendentes a melhorar as competências e o desempenho no futuro. Imita a prática empresarial porque recompensa o desempenho, a responsabilidade e a responsabilização dos funcionários e gestores com consequências e incentivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumenta a pressão de tempo sobre os gestores</li> <li>• Falta de clareza sobre os processos e os objectivos</li> <li>• Incoerência ou variabilidade entre gestores</li> <li>• Deixar de igualar o desempenho com os incentivos prometidos</li> </ul>
Orçamentos de acordo com o desempenho	<p>Salienta a importância de se identificarem os resultados mensuráveis a atingir pelas despesas públicas, assim como introduzir uma maior transparência no processo orçamental, bem como a responsabilização pelas metas pretendidas. Estabelece também as condições para estimar os custos unitários e avaliar das despesas dos sistemas e organizações públicas (<i>value for money</i>).</p> <p>Requer atenção contínua em 3 níveis distintos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nível 1 – disciplina fiscal para garantir que as despesas públicas não excedem as receitas públicas;</li> <li>• Nível 2 – definição de prioridades nas dotações das despesas públicas para garantir o <i>value for money</i>;</li> <li>• Nível 3 – eficiência técnica para assegurar a máxima rentabilidade de cada unidade monetária gasta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empenhamento político com este tipo de reformas</li> <li>• Os sistemas contabilísticos devem ser funcionais</li> <li>• Os sistemas de auditoria são essenciais para garantir a responsabilização</li> <li>• Capacidades técnicas dos funcionários</li> <li>• Clareza de objectivos e resultados</li> <li>• Fazer executar os orçamentos rígidos</li> <li>• Estabilidade do financiamento e das políticas relacionadas com o contexto da administração</li> <li>• Os diferentes níveis (1, 2 e 3) devem trabalhar em conjunto.</li> </ul>
Autonomização	<p>Os objectivos da autonomização são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distanciamento da agência pública do governo, a fim de evitar a politização da decisão e permitir que as decisões de gestão sejam baseadas na análise dos factos (em vez de serem baseadas nos interesses dos grupos de pressão);</li> <li>• Importar do sector privado capacidades de gestão através de conselhos de administração com um gestor executivo e outros funcionários com contratos de gestão;</li> <li>• Criar uma maior resposta através da inclusão de representantes dos consumidores nos conselhos de administração;</li> <li>• Intensificar a regulação de alguns sectores e criar organizações mais flexíveis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomizar não significa reforçar o desempenho automaticamente</li> <li>• A autonomia é frequentemente comprometida por alguns entraves à gestão (ex: dificuldade de despedir na função pública)</li> <li>• Exige novos quadros de pessoal permanente e novas competências técnicas</li> <li>• Conseguir a sustentabilidade financeira pode entrar em conflito com objectivos de equidade</li> <li>• A pressão obriga a uma capacidade efectiva de regulação</li> <li>• As alterações ao enquadramento legal devem ser disseminadas e implementadas de forma alargada</li> </ul>

Gestão da concorrência e contrato de Estado	Envolve compradores públicos e prestadores públicos e privados. Os compradores públicos procuram obter o melhor <i>value for money</i> através de contratos com os prestadores que competem por esses contratos. A centralidade e prevalência dos acordos contratuais em todas as transacções (elaborar, negociar, monitorizar e avaliar os contratos) dá origem à nomenclatura contrato de Estado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poupanças esperadas e os custos adicionais de transacção</li> <li>• Capacidade do contratante</li> <li>• Selecção e capacidade do contratado</li> <li>• Nível de detalhe e tipo de tarefas</li> <li>• Requisitos do ambiente regulador</li> <li>• Complexidade da fixação de preços</li> <li>• Monitorização e avaliação</li> <li>• Adversidades associadas à contratação</li> </ul>
Empresarialização	"Privatização" da forma de gestão, que adopta métodos idênticos aos da gestão empresarial privada. O Estado é único accionista, permanecendo os hospitais no domínio público, devendo ser desenvolvidos incentivos à eficiência e à orientação dos serviços para a procura. Os riscos de falência estão protegidos pelo próprio Estado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidade de uma fase de transição</li> <li>• Valorização dos activos</li> <li>• Calendário para a reestruturação interna</li> <li>• Quadro regulamentar e desregulamentação</li> <li>• Mercados de trabalhos rígidos e resistentes</li> <li>• Efeitos desincentivadores provocados pelas garantias de protecção do Estado</li> <li>• Procura de capacidade de gestão (quadros)</li> </ul>

**Quadro 9** — Estratégias de implementação da NPM

Ainda que a NPM constitua uma via interessante para reformar a administração pública tradicional, convém, no entanto, 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. A mistura conflituosa de desconfiança e de entusiasmo que rodearam o debate sobre a NPM, durante a década de 80 e princípios da década de 90, deram origem a um cepticismo mais ponderado, no final da década de 90, acerca da sua aplicação generalizada (Manning, 2001)<sup>48</sup>. Para alguns autores a NPM não tem conteúdo teórico e deve ser entendida como um modelo de gestão pública de matriz britânica, de difícil exportação para outras culturas e estruturas administrativas (Hood, 1996).

A NPM é um termo evasivo, com ascendência e contribuições mistas da gestão e da nova economia institucional, que pretendia providenciar um cardápio de escolhas padronizadas para a resolução dos problemas, que se tornou um paradigma dominante em vários países em vias de desenvolvimento, mas que continha problemas de adaptação a culturas diferentes das anglo-saxónicas e que, apesar de ter trazido novos conceitos, novos métodos e técnicas para a gestão pública, e de ter funcionado em algumas situações, com casos de sucesso conhecidos<sup>49</sup>, parece ter tido um impacto modesto (Manning, 2001)<sup>50</sup>. As explicações para este impacto estão relacionadas com as expectativas da administração pública nos países em desenvolvimento serem fundamentalmente diferentes das encontradas na OCDE, as inquietações de que algumas noções relacionadas com "ética de serviço público" ou "a cultura do serviço público" pudessem desaparecer ao longo do tempo sem a disciplina continua da conformidade da gestão, e a natureza marginal dos seus impactos.

A ideia da melhor maneira e da melhor prática assente em padrões normalizados não existe e a evidência demonstra, nomeadamente através de diversos estudos comparativos, que no caso da NPM este princípio se aplica e que para

---

<sup>48</sup> Este autor cita vários autores para cada um destes sentimentos contraditórios: desconfiança (Spann, 1981), entusiasmo (Osborne e Gaebler, 1993), e cepticismo mais ponderado (Schick, 1998, Allen, 1999, Sutch, 1999).

<sup>49</sup> Uma visão abrangente sobre as reformas do tipo NPM encontra-se no estudo denominado "*The Role of Government in Adjusting Economies 1994-1999*" realizado pelo *International Development Department* da Universidade de Birmingham (Batley, 1999). As conclusões mais importantes estão resumidas numa das páginas do sítio do projecto em [http://www.idd.bham.ac.uk/research/Projects/Role\\_of\\_gov/workingpapers/paper41.htm](http://www.idd.bham.ac.uk/research/Projects/Role_of_gov/workingpapers/paper41.htm). Para além deste sumário encontram-se disponíveis outros artigos do mesmo projecto relacionados com vários países em [http://www.idd.bham.ac.uk/research/Projects/Role\\_of\\_gov/role\\_of\\_gov.htm](http://www.idd.bham.ac.uk/research/Projects/Role_of_gov/role_of_gov.htm).

<sup>50</sup> Neste artigo o autor apresenta uma matriz com a motivação e a capacidade para a reforma da gestão pública e fornece um modelo com vias de mudança tendo por base o fracasso comparativo dos falhanços associados à NPM.

problemas da administração pública aparentemente partilhados por vários países as soluções adoptadas, através da aplicação directa das melhores práticas, podem ter consequências adversas pela necessidade de incorporar uma grande quantidade de informação de contexto relativa ao país em questão (Pollitt, 2004)<sup>51</sup>.

Nesta óptica, Fukuyama afirma que a não existência de regras globalmente válidas para a concepção organizacional significa que o domínio da administração pública é necessariamente mais uma arte do que uma ciência e que a maioria das boas soluções para os problemas da administração pública, embora tendo algumas características comuns de desenho institucional, não serão claramente definidas "melhores práticas", pois terão de incorporar uma grande quantidade de informação específica do contexto do país em questão (Fukuyama, 2004). A própria OCDE, uma forte defensora das práticas NPM no período inicial, reconhece que o equívoco provocado pela percepção errónea de que os países compartilham um problema comum acompanhada da ideia de que existe uma profusão de soluções disponíveis, sob o rótulo de "melhores práticas", em que todas ou algumas serão benéficas, tem tido consequências trágicas em alguns países em desenvolvimento (OECD, 2003).

### **2.5.3. O Estado pós-moderno**

O modelo burocrático *weberiano* do Estado tornou-se alvo de muitas críticas. As características associadas ao modelo *weberiano* — hierarquia, uniformidade, homogeneidade, previsibilidade e não linearidade —, inicialmente consideradas positivas, têm sido cada vez mais atacadas como elementos residuais de uma máquina estatal sem resposta, ineficiente, inflexível e pouco inovadora que já não consegue satisfazer as aspirações da sociedade (Fox e Miller, 1995).

O Estado pós-moderno proporciona um meio alternativo de conceptualizar a nova forma do Estado (Richards e Smith, 2002). Os pós-modernistas afirmam que as características deste novo Estado são as seguintes:

---

<sup>51</sup> Segundo o autor cada geração parece passar por um ciclo de excitação que começa na procura da melhor maneira seguida depois do desapontamento à medida que mais análises e mais estudos parecem demonstrar que a melhor maneira não é, de facto, tão universal na sua efectividade, e que ela também tem efeitos negativos. Para além deste aspecto é mencionado também o papel particularmente activo de organizações internacionais, como a OCDE, o Banco Mundial e a Comissão Europeia, na difusão de novas ideias, de comparação de diferentes experiências nacionais, oferta de guias das melhores práticas e, algumas vezes, exigindo que determinadas reformas sejam implementadas que contribuem para aquilo que o autor denomina como o "transito global de ideias da gestão pública".

- Mudança de hierarquia para hetero-hierarquia — representa a mudança de uma forma organizacional constituída por várias camadas com processos de decisão de cima para baixo, para uma em que há muitos intervenientes diferentes, mas interligados, cada um sem um centro dominante;
- Substituição de linhas claras de responsabilidade por linhas mais difusas de prestação de contas — devido à existência de vários actores ou organismos que operam dentro da cena política, uma das consequências imprevistas ou inesperada dessa mudança é que as linhas de responsabilidade tornaram-se mais fluidas, nomeadamente no que se refere às diferenças entre as responsabilidades pela formulação da política e as responsabilidades pela sua execução;
- Substituição da disciplina hierárquica pela regulação — ao invés de determinar o que se deve fazer, o Estado regulamenta o que se pode fazer confiando numa organização para tomar uma determinada decisão, mas mantendo o direito de exigir responsabilidades e de obrigar a organização a prestar contas pelas decisões referidas;
- Mudança do paradigma do controlo centralizado do Estado para um paradigma de direcção<sup>52</sup> por parte do Estado — noção de que o governo se afasta da visão tradicional do controlo para uma forma mais flexível em que o governo indica a direcção a seguir;
- Mudança de estruturas organizacionais rígidas para estruturas organizacionais mais flexíveis e *ad-hoc* — a rigidez do modelo burocrático é substituída por flexibilidade e as instituições possuem a capacidade de se adaptar;
- Substituição da uniformidade e previsibilidade pela diversidade e incerteza — o novo Estado pós-moderno retrata um ambiente no qual a diversidade e a incerteza são as principais características ao contrário da uniformidade e previsibilidade do modelo burocrático;
- As estruturas deixam de ser fixas para serem contingenciais — as estruturas são consideradas como fluidas e em mudança constante como consequência da resposta ao ambiente em que estão localizadas. Ao contrário do modelo *weberiano* (estabelecido, estável e possuidor de uma

---

<sup>52</sup> Do termo inglês *steering* que sugere condução de um assunto ou direcção.

burocracia funcional) o modelo pós-moderno já não é fixo, mas sim condicionado pelo ambiente onde está inserido;

- Substituição da ética de serviço público por uma cultura heterogénea de serviço — o modelo *weberiano* de Estado possuía uma única ética de serviço público (os funcionários públicos foram condicionadas por uma cultura baseada no serviço público e trabalham para o bem público baseando-se nas convenções da neutralidade, permanência, e anonimato). O modelo pós-moderno argumenta que já não existe uma única organização ou uma cultura unificadora. Em vez disso, existem vários organismos estatais diferentes, cada um possuindo a sua própria cultura particular, que por sua vez dá prioridade a diferentes características.

O Quadro 10 resume os principais traços do Estado burocrático *weberiano* e do Estado Pós-moderno.

Estado burocrático <i>weberiano</i>	Estado Pós-moderno
Governo	Governança
Hierarquia (weberiana)	Hetero-hierarquia (redes, etc.)
Poder: jogo de soma nula	Poder: jogo de soma positiva
Poder: concentrado	Poder: difuso
Elitista	Pluralista
Estado unitário, centralizado e monolítico	Estado descentralizado, fragmentado e esvaziado
Forte, executivo centralmente	Executivo segmentado
Linhas claras de responsabilização/prestação de contas	Linhas de responsabilização/prestação de contas difusas
Estado de controlo central	Estado de direcção central
Ética de serviço público única e homogénea	Culturas de serviços heterogéneas.

**Quadro 10** — Comparação entre o Estado burocrático *weberiano* e o Estado Pós-moderno [Adaptado de Richards e Smith (2002)].

As origens da governação, como uma nova forma de Estado, estão relacionadas com a procura de formas alternativas de organização do Estado para tentar resolver os problemas associados às falhas apercebidas do modelo burocrático *weberiano*. Profissionais e investigadores de várias áreas de investigação e de diversos contextos político-administrativos adoptaram a ideia de governação como uma nova forma de pensar acerca das capacidades do Estado e das suas relações com a sociedade. Nesta perspectiva a NPM aparece como uma forma de governação no domínio da

administração pública e das respectivas reformas. A implementação de práticas da NPM recorrendo à empresarialização conduziu inevitavelmente a questões relacionadas com a governação empresarial dentro do sector público.

Alguns autores notam que existem dois paradigmas explicativos de uso alargado pela investigação académica nas reformas dos serviços públicos: a NPM e a governação (Ferlie e Andresani, 2006). O paradigma NPM atingiu grande popularidade mundial durante a década de noventa, contudo grande parte da literatura académica sobre a NPM é mais descritiva e analítica do que normativa na sua natureza argumentando que as suas ideias eram significativas e exigiam análise mas não afirmando necessariamente que elas deveriam ser adoptadas. Mais recentemente, o paradigma NPM dominante tem sido desafiado pela emergência das ideias da “terceira via” e mais especificamente, em termos de organização dos serviços públicos, pelo paradigma alternativo de governação (Giddens, 1997, Newman, 2001). O paradigma da governação é uma reacção contra os excessos do período NPM à medida que as fraquezas do estilo reformador NPM se tornaram mais evidentes ao longo do tempo.

## **2.6. A governação e a boa governação — a perspectiva das organizações internacionais**

O conceito de governação foi adoptado pelo BM, a partir de 1989, e depois em diversas conferências organizadas pelas NU relacionadas sobretudo com os programas de desenvolvimento. Foi assimilado de forma rápida pela OECD, sobretudo em questões relacionadas com a cooperação económica e o desenvolvimento, e pela CE em termos de funcionamento e de relacionamento das suas instituições com os países membros. Em todas estas organizações a governação, especialmente a boa governação é associada ao desenvolvimento (económico, social e humano), embora de perspectivas diferentes.

As abordagens feitas pelo BM e pelo PDNU são importantes<sup>53</sup>, porque reflectem o seu interesse em reforçar as instituições nacionais para o desenvolvimento de políticas e respectiva implementação conducentes ao desenvolvimento económico

---

<sup>53</sup> Para além dos factores aqui mencionados é de salientar também a importância do desenvolvimento de indicadores para a medição, monitorização e avaliação da governação. Este ponto será tratado mais à frente, ficando no entanto aqui o registo da importância destas organizações internacionais para o seu desenvolvimento.

(World Bank, 1992, 1994) e/ou, de forma mais alargada, ao desenvolvimento humano sustentado (UNDP, 1997a, b, 2004b). Por outro lado estas instituições desenvolvem também um conjunto de princípios que consideram ser de boa governação e que estão relacionados com o sucesso ou o insucesso das políticas adoptadas. A ideia base é que quanto melhor for o sistema de governação maior será a garantia de sucesso das respectivas políticas, nomeadamente em termos de desenvolvimento (Swanson, 1999, Kaufmann e Kraay, 2003, Kaufmann et al., 2003, World Bank, 2003, Kaufmann et al., 2005, 2006).

Assim, começaremos por apresentar a evolução histórica do conceito do conceito de governação para estas instituições (2.6.1), de seguida apresentaremos as características de boa governação que cada uma considera serem fundamentais (2.6.2), e, finalmente, focaremos o papel da governação no desenvolvimento (2.6.3).

### 2.6.1. Evolução histórica do conceito de governação

O conceito de governação é um conceito complexo e amplo que tem vindo a sofrer diversas alterações ao longo dos últimos anos tendo em conta a sua entrada recente na agenda das ciências sociais e políticas.

Década	Governação
70	Focada na acção do Governo ao nível local. Os serviços públicos como sendo a chave/motor para o desenvolvimento social e económico.
80	Focada no desenvolvimento da gestão das empresas. Revisão do papel do Estado relativamente à iniciativa privada. O Estado não é o único actor da mudança, apesar da sua importância na liderança dos processos de desenvolvimento.
90	Expansão para aspectos exteriores ao Estado e à sociedade civil. Colocado um novo ênfase nas parcerias da economia de mercado. O papel das instituições existentes é repensado conduzindo ao desenvolvimento de novas instituições funções e processos. Reconhecimento do papel das organizações não governamentais. Maior ênfase na natureza democrática da governação (nos processos de participação, na construção de consensos e no envolvimento da sociedade civil) baseada nos princípios de desenvolvimento humano.

**Quadro 11** — Evolução do conceito de governação ao longo das décadas.

A evolução, apresentada no Quadro 11, realça que a governação é um conceito mais abrangente do que governo e que é uma nova forma de olhar para os problemas e



as necessidades existentes em qualquer sociedade. Esta nova abordagem enfatiza a necessidade de olhar para além das capacidades do Estado na gestão dos assuntos públicos e considerar também as capacidades de outros actores nomeadamente a sociedade civil e o sector privado em questões relacionadas com o desenvolvimento humano sustentado. A gestão das relações entre os diferentes actores sociais, no sentido de desenvolver parcerias, processos de participação e construção de consensos, torna-se fulcral em todo este processo.

O BM e o PDNU, apesar de concordarem que a governação é uma actividade que tem por objectivo orientar as sociedades numa determinada direcção, adoptaram o conceito de forma a encaixá-lo nas suas necessidades programáticas. Assim, nos pontos seguintes, privilegiando a abordagem feita pelas organizações internacionais, será analisada a evolução do conceito na perspectiva do BM (2.6.1.1), na perspectiva do PDNU (2.6.1.2), e apresentada a convergência e as diferenças entre as duas abordagens (2.6.1.3).

### **2.6.1.1. A perspectiva do Banco Mundial**

A abordagem do BM está sobretudo relacionada com a dificuldade de implementar os Programas Estruturais de Ajustamento, em consequência dos falhanços graves na gestão pública relacionados com a pouca transparência, a corrupção e a não prestação de contas por parte dos governos. Desta forma, o BM definia a governação como sendo a forma como o poder é exercido na gestão dos recursos sociais e económicos para o desenvolvimento do país (World Bank, 1992). Esta definição parece sugerir que a boa governação está conotada com boa gestão económica.

Contudo, as críticas generalizadas da comunidade internacional de desenvolvimento de que as reformas estruturais conduziam mais ao vácuo institucional do que à mobilização das potencialidades de uma sociedade, levaram à formação de um grupo de trabalho, o *Working Group on Participatory Development and Good Governance*, relacionado com desenvolvimento participado<sup>54</sup> e a boa governação por parte do *Development Assistance Committee* (DAC) da OCDE.

---

<sup>54</sup> Participação pública, isto é, o processo através do qual as pessoas tomam um papel activo e essencial na definição das decisões que afectam a sua vida.

Num documento final deste grupo de trabalho, é dito que a governação é um conceito complexo; a boa governação é relacionada com o desenvolvimento participado, direitos humanos e democratização (participação na vida política); e identifica o exercício da lei, a gestão do sector público, o controlo da corrupção e a redução das despesas militares excessivas como dimensões importantes da boa governação (OECD, 1995).

A *Commission on Global Governance* (CGG), em 1995, surgiu com uma definição mais geral de governação como sendo a soma das várias formas que os indivíduos e as instituições, públicas ou privadas, utilizam para gerir os seus interesses comuns (Commission on Global Governance, 1995). A governação é definida desta forma como um processo contínuo através do qual os conflitos de interesses podem ser conciliados permitindo a adopção de acções práticas; inclui instituições formais e regimes com poderes atribuídos para alcançar consensos, bem como outros mecanismos informais com os quais pessoas e instituições concordaram ser, ou entenderam ser, do seu interesse.

	Corrigir as falhas de mercado			Melhorar a equidade
<b>Funções mínimas</b>	<b>Proporcionar bens públicos “puros”:</b> Defesa Lei e ordem Direitos de propriedade Gestão macroeconómica Saúde Pública			<b>Proteger os mais desfavorecidos:</b> Programas contra a pobreza Programas de apoio a catástrofes
<b>Funções intermédias</b>	<b>Corrigir externalidades:</b> Educação básica Protecção ambiental	<b>Regular monopólios:</b> Regulação de utilidades (água, electricidade, telecomunicações) Políticas anti-monopolistas	<b>Superar a informação imperfeita:</b> Regulação dos seguros (saúde, vida, reformas) Regulação financeira Protecção do consumidor	<b>Fornecer protecção social:</b> Pensões redistributivas Abonos de família Subsídios de desemprego
<b>Funções activistas</b>	<b>Coordenar a actividade privada:</b> Promover os mercados Iniciativas para desenvolver <i>clusters</i>			<b>Redistribuição:</b> Redistribuição de recursos

**Quadro 12** — O papel do Estado segundo o BM [Adaptado de World Bank (1997)]

No início dos anos 90, com a falência do modelo de desenvolvimento socialista baseado no estado central e a prevalência notória do paradigma de um desenvolvimento baseado no mercado, o discurso das várias organizações internacionais começou-se a focar no papel do Estado e na sua relação com a sociedade

civil e o sector privado. O BM, no Relatório de 1997 — *“The State in a Changing World”* —, identifica três aspectos distintos da governação: a forma do regime político; o processo do exercício de autoridade na gestão dos recursos económicos e sociais para o desenvolvimento; e a capacidade do governo para desenhar, formular e implementar políticas bem como fornecer serviços (World Bank, 1997).

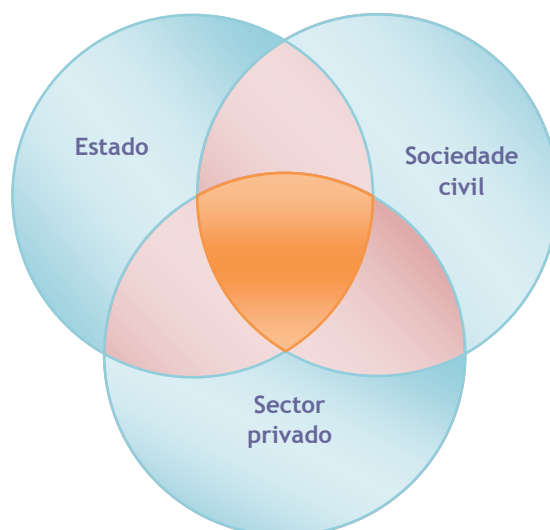
Nesta perspectiva, as funções centrais do Estado, numa economia de mercado socialmente consciente, estão relacionadas com a correcção de falhas do mercado e a melhoria da equidade, podendo ser desempenhadas em diferentes níveis de intervenção. O Quadro 12 resume essas principais funções do Estado.

### **2.6.1.2. A perspectiva do Programa de Desenvolvimento das NU**

A interpretação do PDNU de governação reflecte uma posição que se afasta do papel do Estado considerando outros actores. A governação é definida como o exercício da autoridade política, económica e administrativa na gestão dos interesses de um país a todos os níveis; compreende todos os mecanismos, processos e instituições que os cidadãos e outros grupos utilizam para articularem os seus interesses, mediarem as suas diferenças e exercerem os seus direitos e obrigações legais (UNDP, 1997a, b). A governação é definida desta forma como um sistema constituído por processos, estruturas e regras que lida com as preocupações das pessoas.

A governação engloba todos os métodos — bons e maus — que as sociedades utilizam para distribuir poder e gerir os recursos públicos e os problemas. A boa governação é, como tal, um subconjunto da governação, onde os recursos e os problemas são geridos de forma efectiva e eficiente como resposta às necessidades mais críticas da sociedade. As formas efectivas de governação democrática assentam na participação pública, na prestação de contas e na transparência (UNDP, 1997a, b).

A governação engloba o Estado, mas transcende o próprio Estado ao incluir o sector privado e a sociedade civil (Figura 6). Estes três mundos são críticos para o desenvolvimento humano: o Estado cria o ambiente e as condições legais e políticas; o sector privado gera empregos e rendimento; a sociedade civil promove a interacção política e social através da mobilização de grupos para participarem em actividades económicas, políticas e sociais (UNDP, 1997a, b).



**Figura 6** — A interacção entre as diferentes esferas da sociedade do PDNU [Adaptado de UNDP (1997a)]

Esta organização considera que o Estado, nos países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento, é compelido para redefinir (redução, reorientação ou reconfiguração) o seu papel nas actividades económicas e sociais sofrendo pressões para a mudança do sector privado (pretende um ambiente de mercado melhor e um maior equilíbrio entre estado e mercado), dos cidadãos (pretendem mais prestação de contas e resposta por parte do governo assim como mais descentralização dos seus serviços), e pressões globais (relacionadas com movimentos supranacionais e mundiais).

Nesta abordagem mais alargada podem ser identificadas quatro tipos de governação que são influenciados directamente pelo sector privado e pela sociedade civil (Figura 7):

- A governação económica — inclui os processos de tomada de decisão que afectam, directamente ou indirectamente, as actividades económicas de um país ou as suas relações com outras economias;
- A governação política — relativa à tomada de decisão e à implementação de políticas de um estado legítimo e com autoridade;
- A governação administrativa — como um sistema de implementação de políticas efectuadas através de um sector público eficiente, independente, prestador de contas e aberto; e
- A governação sistémica — que compreende os processos e as estruturas de uma sociedade que orientam as relações políticas, sociais e económicas de

forma a proteger os valores e as crenças culturais e religiosas, e para criar e manter um ambiente de saúde, liberdade, segurança e com a oportunidade de todos exercerem as suas capacidades pessoais que conduzam a melhores condições de vida para todos — no fundo relacionada com o desenvolvimento humano.



**Figura 7** — O sistema de governação do PDNU [Adaptado de UNDP (1997a)]

Os três primeiros tipos de governação — económica, política e administrativa — constituem o sistema de governação que não é mais do que a estrutura formal (institucional e organizacional) da tomada de decisão autêntica de um estado moderno (Figura 7). A governação económica tem uma grande influência em determinadas questões sociais como a equidade, a pobreza e a qualidade de vida. Em termos de governação política o Estado deve separar os poderes — legislativo, executivo e judicial —, representar os interesses de uma política pluralista, e permitir a todos os cidadãos a eleição livre dos seus representantes (UNDP, 1997a, b).

### **2.6.1.3. A convergência e a diferença de perspectivas**

As posições das maiores organizações internacionais, relativamente à governação, têm convergido nos últimos anos. O BM adoptou uma visão política mais alargada do conceito de boa governação.

Em trabalhos mais recentes (Kaufmann et al., 2000) a governação é definida

como um conjunto de tradições e instituições através das quais a autoridade num determinado país é exercida. Inclui o processo através do qual os governos são eleitos, avaliados e substituídos (voz e prestação de contas, estabilidade política e ausência de violência), a capacidade do governo formular efectivamente e implementar boas políticas (efectividade governativa e qualidade da regulação), e o respeito dos cidadãos e do estado pelas instituições que governam as interacções económicas e sociais entre eles (governo da lei e controlo da corrupção). Esta aproximação está representada na Figura 8.



**Figura 8** — A governação para o BM [Adaptado de Kaufmann et al. (2000)]

O BM acabou por reconhecer que só o investimento na governação, em que o principal destinatário era o Estado, era insuficiente sendo necessário investir na governação das empresas, como forma de definir sistemas claros de transparência e prestação de contas aos seus investidores, e mecanismos que permitissem atingir a responsabilidade social por parte das empresas (World Bank, 1994). Ainda recentemente o BM publicou (World Bank, 1996) e apoiou publicações<sup>55</sup> que definem aproximações práticas e mecanismos para incentivar a participação.

O PDNU para além de assumir a necessidade de reestruturar os governos e criar mecanismos que permitam mobilizar a sociedade e obter contributos de todos os actores (incluindo os grupos de cidadãos e o sector privado) enfatiza, simultaneamente,

<sup>55</sup> Com o apoio explícito ao livro “*Citizen Participation Handbook*” (Holdar e Zakharchenko, 2002).

a necessidade de melhorar a capacidade das instituições públicas para obter melhor liderança nos processos de desenvolvimento, para gerir as suas funções de uma forma mais efectiva, e para as relacionar da forma mais correcta com outros actores de modo a obter os consensos necessários. O desenvolvimento da capacidade de governação é, desta forma, a chave para o desenvolvimento humano sustentado nas áreas de subsistência, saúde, educação, ambiente, e igualdade de direitos — áreas onde os programas de ajustamento estrutural do BM provocaram retrocessos severos em alguns casos<sup>56</sup>.

Por seu turno, o BM operou na premissa de que o crescimento económico constituía a chave, ou mesmo o único objectivo, para o desenvolvimento. Desta forma apoiou diversos governos com programas no sentido de atingir a estabilidade macro económica, reduzir os gastos públicos (e a dimensão dos serviços públicos), e assegurar o crescimento através do desenvolvimento do sector privado. Apesar da mudança de foco verificada por parte do BM, na prática as intervenções desta instituição (e de outras agências internacionais) continuam focadas no crescimento económico e a participação é entendida como uma forma de o promover. O ênfase na participação, e onde ele é feito, é muito mais no sentido da consulta feita pelo governo ao sector privado e a grupos de cidadãos do que em mecanismos que permitam a participação efectiva dos cidadãos, o diálogo e o consenso nos processos de tomada de decisão e na adopção de políticas.

O PDNU, por outro lado, foca a sua ajuda aos países no sentido de desenvolver capacidades que lhes permitam tomar de forma consensual as suas próprias decisões relacionadas com o seu desenvolvimento, e na formulação e implementação de políticas e programas que responda às necessidades e às preocupações das pessoas.

## **2.6.2. A boa governação**

O termo “boa governação” emergiu nos trabalhos do BM, no final dos anos 80 e no início dos anos 90 do século passado, nas suas preocupações relativamente à forma como a governação afectava o desempenho económico (Landman e Häusermann, 2003). A dimensão económica da boa governação incluiu de forma variada a gestão do sector

---

<sup>56</sup> Os Programas Estruturais de Ajustamento nos anos 80 e 90, essencialmente na América Latina, foram extremamente rigorosos com a população de menores rendimentos, que experimentou o aumento do preço dos alimentos, o aumento do desemprego (tanto público como privado), e o desaparecimento de diversos serviços públicos.

público, a prestação de contas organizacional, o governo da lei, a transparência dos processos de decisão, e o acesso à informação.

Este conceito foi adoptado pela OCDE e pela UE e integrada nos seus requisitos para assistência no desenvolvimento económico. Mais tarde foi expandido aos Programas de Desenvolvimento das NU para incorporar uma dimensão política que inclui a legitimidade do governo, a prestação de contas do governo, a competência do governo e a protecção dos direitos humanos através do governo da lei.

Começaremos por apresentar a perspectiva sobre a boa governação do BM (2.6.2.1) e de seguida apresentaremos a perspectiva do PDNU (2.6.2.2).

### **2.6.2.1. A perspectiva do Banco Mundial**

Segundo o BM, a governação é um conceito complexo e multi-facetado difícil de definir em algumas medidas empíricas que possam ser comparadas entre países tendo sido desenvolvidos vários esforços para identificar dimensões críticas da boa governação, desde o governo da lei, controlo da corrupção, voz do cidadão, eficiência do sector público, etc. A identificação dos elementos críticos da boa governação permite definir programas que melhorem a governação praticada (World Bank, 2003).

A governação vista como “o exercício da autoridade” é um conceito neutro e livre de julgamentos de valor. Mas será este exercício da autoridade boa ou má? Até que ponto são os governos responsáveis pelas necessidades do povo que servem, à medida que fornecem serviços — como saúde pública, estradas pavimentadas, escolas, água potável — ou à medida que protegem os interesses dos consumidores, dos empresários, ou dos trabalhadores através da manutenção da lei e da ordem e de boa regulação?

O BM considera que colocar a palavra “boa” atrás de “governação” convida a um julgamento relativo à qualidade da governação num ambiente particular. O problema que se coloca relativamente à boa governação é o facto de estes julgamentos serem subjectivos por natureza:

- A governação — se consideramos apenas a sua manifestação normativa, isto é, o processo de exercer autoridade — toma diferentes formas em vários países e ao longo do tempo;



- Aquilo que uma sociedade considera como sendo “boa governação” pode ser olhada de forma negativa por outra, ou pode ser julgada de forma crítica pela mesma sociedade num período posterior da sua evolução.

Com base nestas questões o BM conclui que uma forma de obter uma visão objectiva da boa governação é a de a avaliar através de critérios universais: a inclusão e a prestação de contas (representados na Figura 9).



**Figura 9** — A boa governação para o BM [Adaptado de World Bank (2003)]

O requerimento fundamental para o progresso da governação é o compromisso público na melhoria destes dois valores essenciais na condução dos assuntos públicos (World Bank, 2003). O Quadro 13 apresenta uma breve descrição destes valores fundamentais.

Princípios	Descrição
Inclusão	Todos os cidadãos possuem os mesmos direitos perante a lei e as mesmas oportunidades para exercer esses direitos, isto é, participação igual e tratamento igual.
Prestação de contas	Os cidadãos possuem o direito de que os seus governantes sejam responsáveis e responsabilizados pela forma como usam a autoridade do Estado e os recursos. Como tal, os cidadãos têm o direito de saber como está a funcionar o governo (transparência) e de poder escolher entre diferentes opções políticas e económicas com base no desempenho das diferentes entidades em presença (contestabilidade).

**Quadro 13** — Princípios de boa governação segundo a perspectiva do BM

Para uma boa governação, um direito chave é a participação. Como tal, a inclusão significa que todos aqueles que possuem interesses nos processos em causa e que pretendem participar nele o podem fazer em pé de igualdade — e que nenhuma classe de cidadãos é sistematicamente excluída ou tratada de forma diferente (participação igual).

A participação consiste num conjunto de actividades através das quais os cidadãos procuram influenciar as acções do governo, quer directamente (afectando a formulação e a implementação das políticas públicas), quer indirectamente (afectando a selecção dos membros de cargos oficiais). Os cidadãos podem exercer a sua participação através do voto, através da adesão a organizações da sociedade civil que pressionam o governo, desempenhando um papel importante na gestão dos serviços públicos, ou tomando parte no debate em questões da governação — quer como protagonista ou como um simples observador.

A inclusão significa também que não existe discriminação no acesso a serviços que um governo está mandatado a prestar através do consenso social, tais como a saúde, a educação ou a justiça (tratamento igual).

A governação inclusiva mantém mecanismos que definem e protegem os direitos básicos de todos e que providenciam formas de reparação e de recurso através do primado da lei. Os direitos incluem equidade e tolerância entre as pessoas, e boa governação significa que esses direitos são protegidos. Os direitos também incluem a forma como o governo trata os seus cidadãos, e a boa governação significa que o governo trata todos os cidadãos com direitos iguais perante a lei, sem discriminação e assegurando oportunidades iguais no acesso aos serviços que presta.

A prestação de contas, por sua vez, assenta na noção de representação, que quando transposta para a governação, significa que os eleitos para agir em nome do povo (governo, deputados, etc.) respondem pelos seus erros e são reconhecidos pelos seus sucessos perante o povo. A prestação de contas assenta em conhecimento e informação — e, como tal, nos mecanismos de transparência na governação. Também assenta em incentivos que encorajem os eleitos a fazê-lo de forma fiel, eficiente e honesta. Tais incentivos advêm da contestabilidade na eleição dos membros de cargos oficiais e das políticas e em estimular a ética nos serviços públicos de tal forma que os servidores apenas ajam no interesse público.

A transparência encerra o direito dos cidadãos saberem, isto é, de estarem informados. Requer a divulgação regular de informação sobre as instituições: planos de actividades, fontes de financiamento, órgãos de governo etc. Também implica informação clara e publicamente acessível sobre os direitos dos cidadãos, serviços para os quais os cidadãos podem ser eleitos, formas de aceder a esses serviços (tal como taxas que devem ser pagas, como pagar essas taxas, e que formas de recurso estão disponíveis em caso de litígio), quais os regulamentos que os cidadãos devem respeitar (incluindo os agentes responsáveis, as sanções e os mecanismos de recurso).

A contestabilidade significa que os cidadãos devem ter escolhas entre os líderes dos governos, políticas e agências — e que devem existir processos que permitam aos cidadãos por um lado escolher entre diferentes alternativas (por exemplo, entre candidatos ou entre agências de serviços alternativas), ou exercer pressões por diferentes alternativas (por exemplo, através do debate político), ou poder recorrer e corrigir algo se os cidadãos considerarem uma determinada política como sendo uma violação dos seus direitos.

A contestabilidade pode ser algumas vezes económica (a possibilidade de utilização de fornecedores de serviços alternativos, por exemplo, desempenha um papel de disciplina para os fornecedores públicos melhorarem os serviços ou para reagirem a uma quebra na procura), política (quando eleições periódicas incentivam os membros de cargos oficiais a serem mais responsáveis perante os seus eleitores) ou administrativa (quando o recrutamento por mérito e a promoção incentivam os funcionários públicos a prestar mais atenção aos serviços que fornecem).

A prestação de contas é o requisito de que qualquer pessoa com autoridade de Estado (por eleição ou de outra forma) deve revelar e explicar totalmente as suas acções ao povo (rotulada como transparência ou possibilidade de dar resposta), e deve abdicar por meios eleitorais, legais ou sanções administrativas se as suas acções não forem consideradas como sendo do interesse público (rotulada como contestabilidade, concorrência ou coerção) — prestação de contas pública.

A prestação de contas pode ser externa — quando os cidadãos possuem a supervisão da prestação de contas através de votação<sup>57</sup>, do apoio de advocacia pública ou através da supervisão directa de uma agência pública — e interna — quando o

---

<sup>57</sup> Por exemplo, quando os habitantes de uma aldeia seleccionam o seu representante na Assembleia de Freguesia.

governo, para proteger o interesse público, institui vários sistemas e incentivos para governar o comportamento das diferentes instituições e organismos existentes dentro de um governo, tais como a separação dos poderes e a definição de sistemas de verificações e controlos (sistema de pesos e contrapesos) de forma independente<sup>58</sup>.

Mais uma vez se torna evidente que as perspectivas do BM e do PDNU, apesar de partilharem princípios comuns assentam em perspectivas diferentes. Uma aproximação centrada sobretudo no Estado e nas instituições públicas — que conota a governação com a boa gestão económica — até uma aproximação mais ampla e menos centrada no Estado — abrangendo um conjunto complexo de interacções com instituições e grupos onde as instituições públicas representam a parte visível de um todo mais amplo.

### 2.6.2.2. A perspectiva do Programa de Desenvolvimento das NU

Para o PDNU a governação engloba o Estado, mas transcende o próprio Estado ao incluir o sector privado e a sociedade civil. Como cada uma destas componentes possui pontos fortes e pontos fracos, o PDNU considera que o seu apoio para uma boa governação consiste em promover interacções construtivas entre eles (UNDP, 1997a, b). Com base neste corolário define um conjunto de características que permitem classificar a governação como boa governação (Quadro 14).

- 
- |   |  |
|---|--|
| • Participada   | • Opera segundo o primado da lei                       |
| • Sustentável   | • Utiliza os recursos de forma efectiva e eficiente    |
| • Legítima e aceitável para as pessoas                        | • Gera e coordena o respeito e a confiança             |
| • Transparente  | • Presta contas  |
| • Promove a equidade e a igualdade                            | • Capaz de definir e assumir soluções a nível nacional |
| • Capaz de desenvolver os recursos e os métodos de governação | • Facilita e torna possível                            |
| • Promove a igualdade entre os sexos                          | • Regula mais do que controla                          |
| • Tolera e aceita diversas perspectivas                       | • Capaz de lidar com assuntos temporários              |
| • Capaz de mobilizar recursos para fins sociais               | • Orientada para os serviços                           |
| • Reforça os mecanismos locais                                |  |
- 

**Quadro 14** — Características de boa governação na perspectiva do PDNU [Fonte: UNDP (1997a)]

<sup>58</sup> Por exemplo, quando o Tribunal Constitucional exerce o seu poder na verificação da constitucionalidade das leis, quando a Assembleia vota contra o Executivo, ou quando o Tribunal de Contas investiga as aquisições feitas por um ministro.

A boa governação é, entre outras coisas, participada, transparente, prestadora de contas, efectiva, equitativa e promove o primado da lei. A boa governação assegura que as prioridades políticas, sociais e económicas são baseadas em consensos alargados na sociedade e que os mais desfavorecidos e vulneráveis são ouvidos nos processos de tomada de decisão relacionados com a alocação de recursos. O Quadro 15 apresenta o resumo destes princípios.

Princípios	Descrição
Participação	Todos devem ter voz nos processos de tomada de decisão, quer directamente, quer através de instituições que representam os seus interesses. Esta participação alargada é baseada na liberdade de associação e de expressão, bem como na capacidade de participar de forma construtiva.
Orientação de consensos	Mediação dos diferentes interesses de modo a atingir um consenso alargado naquilo que é o melhor interesse do grupo e, quando possível, nas políticas e nos procedimentos.
Visão estratégica	Perspectiva de longo prazo, tendo em conta os aspectos históricos, culturais e as complexidades em que é baseada, na boa governação e no desenvolvimento humano, tomando por referência o que é necessário para tal desenvolvimento.
Resposta	As instituições e os processos tentam servir todos os interessados.
Efectividade e eficiência	Os processos e as instituições produzem resultados que satisfazem as necessidades, tendo em conta a melhor utilização possível dos recursos.
Prestação de contas e responsabilização	Os agentes de decisão (governo, sector privado, sociedade civil organizada) são responsáveis perante a população, bem como perante os interessados institucionais.
Transparência	Os processos, as instituições e a informação estão disponíveis para aqueles que estejam preocupados. É fornecida informação suficiente para os entender e monitorizar (fluxos livres de informação).
Equidade	Todos têm oportunidades de se envolver nos processos de decisão para melhorar e manter o seu bem-estar.
Primado da lei	O enquadramento legal deve ser justo e imparcial, particularmente as leis dos direitos humanos.

**Quadro 15** — Princípios de boa governação na perspectiva do PDNU [Fonte: UNDP (1997a)]

Estes princípios fundamentais representam um ideal que nenhuma sociedade possui à partida ou na sua globalidade mas que é preciso desenvolver e incentivar. Estes princípios essenciais reforçam-se mutuamente e não podem existir sozinhas. Por exemplo, a acessibilidade à informação significa mais transparência, participação mais alargada e processos de tomada de decisão mais efectivos; participação mais alargada contribui simultaneamente para a troca de informação necessária para os processos de decisão efectivos e para a legitimidade dessas decisões; a legitimidade, por sua vez, significa a implementação efectiva e encoraja a participação futura; por sua vez as instituições que respondem às necessidades devem ser transparentes e funcionarem de acordo com o primado da lei se pretendem ser equitativas.

### 2.6.3. Governação e desenvolvimento

O Secretário-geral das NU, Kofi Annan, declarava em 1998 que a boa governação era talvez o factor mais importante na erradicação da pobreza e na promoção do desenvolvimento (Annan, 1998). O desenvolvimento é uma aspiração partilhada por muitos governos e pessoas. Contudo, as interpretações de desenvolvimento podem ser várias (World Bank, 2003):

- Pode ser definido em termos dos aspectos económicos (nomeadamente o crescimento económico através do emprego e do rendimento);
- Pode ser definido em termos sociais (boas escolas, boas condições de higiene, ausência de violência e outros que são traduzidos no fundo por educação, saúde, justiça e segurança); e
- Pode ser definido, em última análise, em termos de desenvolvimento humano — qualidade material de vida, possibilidade alargada de escolhas e oportunidade para as pessoas realizarem o seu potencial, igualdade de tratamento, liberdade de escolha, liberdade de expressão, e a possibilidade de participar nos processos pelos quais são governados.

O BM considera que a governação pública, isto é o exercício da autoridade em nome do povo, é o mecanismo que garante estes valores e que a boa governação é o exercício dessa autoridade respeitando a integridade, os direitos e as necessidades de todos dentro do Estado (World Bank, 2003).

Na mesma linha de pensamento a *Commission Of The European Communities* (CEC) considera que as estruturas e a qualidade da governação são determinantes críticas da coesão social (ou do conflito social), do sucesso (ou do falhanço) do desenvolvimento económico, da preservação (ou da deterioração) do meio ambiente bem como do respeito (ou da violação) dos direitos humanos e das liberdades fundamentais (Commission Of The European Communities, 2003).

O PDNU defende que ajudar a criar melhores estruturas de governação e promover a boa governação — promovendo a interacção entre o Estado, a sociedade civil e o sector privado — são a chave para o desenvolvimento humano sustentado,

nomeadamente na procura de soluções no combate à pobreza, à iniquidade e à insegurança (UNDP, 1997a).

Estas inter-relações, largamente reconhecidas pela comunidade internacional, demonstram como a governação é importante para o desenvolvimento não sendo de estranhar o facto de a governação se ter tornado um conceito chave no debate internacional sobre o desenvolvimento nos últimos 10 anos (Hyden e Court, 2002).

Existe alguma evidência relatada por vários autores que suportam a relação entre a governação e o desenvolvimento e de que esta é bastante importante para se atingir o desenvolvimento em sentido lato. Estudos do BM parecem demonstrar uma relação positiva entre a qualidade da governação e o crescimento económico entre diversos países (Kaufmann e Kraay, 2003, Kaufmann et al., 2003, 2005, 2006), principalmente nos rendimentos *per capita*.

Num seminário sobre indicadores de governação foi apresentado, na documentação disponibilizada, um anexo que continha uma lista com referências a 50 estudos que relacionam a governação com o desenvolvimento, apresentando a metodologia utilizada bem como os principais resultados encontrados (Swanson, 1999). Destacam-se, entre muitos, os efeitos da corrupção, da violência, das alterações governativas, da credibilidade dos governos, dos níveis fiscais, do desenvolvimento institucional, da efectividade institucional, dos direitos de propriedade, do primado da lei, da estabilidade financeira, das liberdades civis, da capacidade de regulação, da liberdade de imprensa, da transparência e da prestação de contas no desenvolvimento dos países e do nível de vida dos seus habitantes.

A relação entre a governação e o exercício do direito, nomeadamente a protecção dos direitos de propriedade, identifica dois estados — um estado com protecção mínima de direitos e com rendimentos baixos e um estado com maior protecção de direitos e rendimentos mais elevados — que sugerem uma ligação directa entre o nível de desenvolvimento económico e a protecção dos direitos de propriedade (Gradstein, 2004).

Um outro estudo do BM, para os países do Médio Oriente e do Norte de África, defende a tese que o desenvolvimento nestes países (económico, social e humano) tem sido limitado pela fraca qualidade da governação pública (onde a região mostra um

atraso relativamente ao resto do mundo) e estabelece ligações entre a fraca governação e o fraco crescimento relacionado com os entraves colocados no ambiente de negócios; refere também a relação entre a fraca governação e a limitada qualidade dos bens e serviços públicos (World Bank, 2003).

Esta mesma ideia é partilhada pela OCDE. Num documento desta organização sobre governação, Tarschys afirma: “a governância é importante. Estão em jogo tanto os valores como a riqueza. O modo como as sociedades são dirigidas afecta o seu clima mental, assim como as condições para a expansão económica e para o bem-estar social. A boa governância continua a ser um requisito para muitas formas diferentes de crescimento, ao passo que as várias características da má governância — corrupção, desperdício, abuso de poder e exploração dos meios públicos para fins privados — tendem a conduzir as nações infelizes para espirais de declínio, ruptura e destruição” (Tarschys, 2002).

- 
- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Os direitos humanos e as liberdades fundamentais são reconhecidos permitindo às pessoas viver com dignidade.</li><li>• As pessoas podem-se pronunciar e participar nas decisões que afectam as suas vidas.</li><li>• Os agentes de decisão prestam contas pelos seus actos.</li><li>• As regras, as instituições e as práticas que governam as interacções sociais, são justas e inclusivas.</li><li>• As mulheres são tratadas com a mesma igualdade de direitos que os homens na esfera pública e privada da vida e da tomada de decisão.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Não existe discriminação tendo por base a raça, a etnia, a classe social, sexo ou qualquer outro atributo.</li><li>• As necessidades das gerações futuras são reflectidas nas políticas.</li><li>• As políticas sociais e económicas respondem às aspirações e necessidades das pessoas.</li><li>• As políticas sociais e económicas visam a erradicação da pobreza e a melhoria de oportunidades para todos.</li></ul> |
|---|---|
- 

**Quadro 16** — Boa governação para quê? [Fonte: UNDP (2002)]

Por sua vez as NU, preocupadas com o desenvolvimento humano, fazem a seguinte afirmação: “o objectivo das iniciativas de governação devem ser tomadas para desenvolver capacidades que são necessárias para atingir o desenvolvimento que conceda prioridade aos pobres, promova as mulheres, sustente o ambiente e crie as oportunidades necessárias para o emprego e para outros meios de subsistência” (UNDP, 1997a).

No Relatório de 2002 — *Deepening Democracy In a Fragmented World* — é defendida a ideia da relação directa entre a governação e o desenvolvimento humano (Quadro 16), e a necessidade de assegurar que as instituições e o poder estão



estruturados e distribuídos de tal forma que garantem voz e espaço para os mais desfavorecidos, ao mesmo tempo que criam os mecanismos necessários para que os mais poderosos — líderes políticos, empresa ou outros actores influentes — prestem contas pelas suas acções (UNDP, 2002).

Em suma, é reconhecida uma ligação directa entre a governação, nomeadamente a boa governação, e o desenvolvimento. Por outro lado é também reconhecido que em espaços onde está existe má governação — corrupção, desperdício, abuso de poder e exploração dos meios públicos para fins privados — existe uma tendência para a ruptura, para o declínio e para um desenvolvimento mais fraco.

## **2.7. Medição, monitorização e avaliação da governação**

Para além de intimamente relacionado com desenvolvimento — económico, social e humano (tendo em conta os trabalhos do BM, da OCDE, da UE e das NU) — o conceito de governação pode ser descrito como uma medida básica de estabilidade e desempenho de uma sociedade (Commission Of The European Communities, 2003).

A avaliação constitui uma das componentes essenciais da governação desde que seja integrada nos processos de decisão (Gomes, 2003). A medição permite a avaliação e a monitorização dos processos de governação. A medição da boa governação, à semelhança da adopção do conceito de governação, tem uma história bastante curta. A partir de 1980 várias organizações académicas, organizações não governamentais, organizações intergovernamentais bem como algumas empresas do sector privado têm vindo a desenvolver vários indicadores de boa governação que utilizam conceitos e aproximações variadas (Landman e Häusermann, 2003).

Contudo, continua a existir um grande debate sobre a melhor forma de medir a governação (Court et al., 2002a). Se não se ultrapassarem estas preocupações não será possível avaliar a forma como a governação varia no mundo, qual o papel que a governação desempenha efectivamente e que aspectos com ela relacionados são particularmente críticos.

Desta forma, colocam-se quatro questões fundamentais relacionadas com a medição da governação:

- Para quê medir a governação?
- O que são os indicadores de governação e como devem ser utilizados?
- Quais os desafios conceptuais e metodológicos que se colocam?
- Quais os impactos associados à medição da governação?

Os primeiros cinco pontos desta secção (2.7.1 a 2.7.5) procuram responder as estas questões. O último ponto (2.7.6) pretende fazer um resumo das principais iniciativas de medição da boa governação e apresentar, de forma sucinta, pelo seu interesse conceptual e metodológico, as abordagens do BM e da WGS.

### **2.7.1. Para quê medir, monitorizar e avaliar?**

A melhoria da governação é crucial para reduzir o potencial falhanço dos estados na resolução dos problemas das sociedades, donde a existência de indicadores que permitam medir, monitorizar e avaliar a governação são uma forma de reforçar a governação em si (Rotberg, 2005). Por outro lado, a medição da governação pode definir padrões para melhorar e objectivos a atingir ao mesmo tempo que indica as regiões onde os recursos podem ser aplicados melhor e onde as políticas podem ser mais efectivas — tornando-se, por exemplo, essenciais para organizações internacionais, como a UE, o BM, o PDNU, e a OCDE, que alocam fundos para o desenvolvimento das nações e baseiam a sua distribuição na boa governação (Besançon, 2003).

Por seu turno, o BM considera que, apesar das limitações inerentes ao elevado grau de agregação dos dados que caracterizam os indicadores actuais (nomeadamente os seus), os indicadores de governação podem servir para providenciar a cada um dos países um conjunto de indicadores de governação passíveis de monitorização e que podem ser utilizados para *benchmark* — apesar de considerar que este diagnóstico deve ser utilizado como uma ferramenta complementar de apoio à governação, tendo a avaliação interna de ser sujeita a questões específicas do país (World Bank, 2003). A mesma organização defende que as actividades de monitorização e avaliação proporcionam aos governos, aos gestores de programas de desenvolvimento e à

sociedade civil melhores meios para aprenderem com as experiências passadas, melhorarem a prestação de serviços, planear e alocar recursos, e demonstrar resultados como prestação de contas aos principais interessados (Operations Evaluation Department, 2004b).

Para além desta visão global, das organizações internacionais e da procura do desenvolvimento, as ideias de fundo — reforço da governação em si, definir padrões e objectivos, identificar onde devem ser aplicados os recursos e onde a políticas podem ser mais efectivas, e o *benchmark* — este conceito pode e deve ser transposto para uma abrangência mais local, um país por exemplo, e ser aplicado na resposta aos problemas e necessidades dos cidadãos.

De facto, a avaliação permite elaborar um referencial — um conjunto de critérios operacionais e politicamente legítimos respeitantes à eficácia e ao sucesso de uma política —, formular as questões de investigação mais adequadas e pertinentes em termos de acção e decisão e responder a tais questões, utilizando a variedade instrumental das ciências sociais e de gestão (Gomes, 2003).

Desejáveis — formalmente assumidos em textos oficiais
<ul style="list-style-type: none"><li>• Modificar e aperfeiçoar as políticas, programas ou projectos públicos, proporcionando aos gestores mais e melhor informação</li><li>• Melhorar a resposta dos serviços públicos aos seus utilizadores</li><li>• Fundamentar determinadas decisões</li><li>• Aperfeiçoar as decisões e a distribuição de recursos</li><li>• Evidenciar responsabilidade perante a comunidade</li><li>• Gerar conhecimento</li></ul>
Indesejáveis — Baseados na observação prática de muitas decisões de avaliação
<ul style="list-style-type: none"><li>• Reforçar a autoridade e os poderes de supervisão dos funcionários públicos superiores e/ou dos políticos sobre os quadros intermédios e subalternos</li><li>• Gerar trabalho interessante e bem remunerado para consultores, académicos e outros técnicos de avaliação</li><li>• Desviar ou obstruir pressões externas no sentido de acção imediata</li><li>• Legitimar a administração como uma actividade moderna, ou seja, usar a avaliação como forma simbólica, sem dela retirar quaisquer consequências para a acção</li></ul>

**Quadro 17** — Objectivos da avaliação em políticas públicas [Fonte: Pollitt (1998)]

Pollitt (Polliti, 1998) agregou os objectivos da avaliação em duas categorias (Quadro 17): os desejáveis (formalmente assumidos em textos oficiais) e necessariamente precursores de mudança e os indesejáveis (que tentam usar a avaliação de forma simbólica sem dela retirar consequências para a acção) que constituem entrave à mudança. Se o agente de decisão privilegiar os objectivos

desejáveis da avaliação e evitar a tentação dos objectivos indesejáveis estará a contribuir significativamente para a resolução dos problemas existentes e para a melhoria da própria governação.

Por outro lado, a avaliação permitirá julgar a acção pública e, através dela, a conduta dos responsáveis. No entanto, tal ponderação resulta também do próprio contexto de governação existente e do escrutínio a que o decisor está sujeito. Desta forma, a avaliação de políticas públicas será um meio de reduzir a assimetria de informação entre o eleito e o eleitor, derrubando, de alguma forma, a justificação política que num sistema democrático apenas a eleição pode servir de avaliação uma vez que os políticos são responsáveis perante o político e não perante o técnico ou o perito (Gomes, 2003).

Em resumo, a medição da governação é importante para:

- Entender os determinantes e o impacto da boa governação e as suas relações com o desenvolvimento;
- Acompanhar as mudanças ao longo do tempo dentro e entre países;
- Proporcionar as condições para o debate público à medida que os cidadãos exigem mais e melhor governação em termos de transparência e prestação de contas;
- Permitir aos doadores internacionais avaliarem racionalmente as capacidades e o desempenho em diferentes países;
- Providenciar a alocação de ajuda internacional com base no desempenho da governação;
- Desenhar, monitorizar e avaliar o progresso dos programas e das estratégias de desenvolvimento.

Se a governação interessa tal como foi demonstrado, então maior é a necessidade de dados fiáveis e válidos a seu respeito. No entanto, continua a existir um grande debate sobre a melhor forma de medir a governação — muitos autores acreditam que os indicadores actuais fornecem apenas uma medida pobre dos processos chave da governação — e, por outro, lado continua a não existir consenso sobre a melhor forma para compreender a qualidade da governação num determinado país e como será possível comparar os resultados obtidos com outros países (Court et al., 2002a).

## 2.7.2. O que são os indicadores de governação e como devem ser utilizados?

De acordo com as abordagens de governação apresentadas anteriormente, conclui-se que um indicador de governação é uma medida que pretende capturar algo acerca do estado de governação de um país. Os indicadores de governação são normalmente utilizados para medir aspectos específicos da governação como, por exemplo, o sistema eleitoral, corrupção, direitos humanos, qualidade dos serviços públicos, sociedade civil e igualdade de direitos entre sexos.

Desta forma, os indicadores obtidos serão necessariamente diferentes e medem coisas diferentes:

- Podemos fazer, por exemplo, a distinção entre indicadores de desempenho da governação e indicadores de processo da governação — os indicadores de desempenho estão relacionados com a qualidade da governação tendo em conta os resultados normativos, por exemplo o nível de corrupção; por seu turno, os indicadores de processo estão relacionados com a qualidade da governação em termos da forma como os resultados são atingidos (Court et al., 2002a);
- Ou então, podemos fazer a distinção entre indicadores objectivos (por exemplo, desempenho socioeconómico, ratificação de tratados relacionados com direitos humanos, data da última eleição) e indicadores subjectivos baseados na opinião de peritos ou resultantes de inquéritos relacionados com assuntos como o nível de liberdade de expressão num determinado país ou as percepções de corrupção entre os funcionários públicos (UNDP, 2002);
- Os indicadores podem também ser classificados em (Landman e Häusermann, 2003, Suders e Nahem, 2004): indicadores de *input*, se pretendem medir o desempenho de uma determinada obrigação ou compromisso (por exemplo adopção de determinados princípios na constituição ou a assinatura de tratados); indicadores de processo, se pretendem medir o processo de implementação (por exemplo a existência

de instituições que funcionem e assegurem que as obrigações são respeitadas e cumpridas); e indicadores de *output*, se pretendem medir o nível atingido (por exemplo os gastos do governo com auditorias independentes e a existência de vários partidos políticos).

Subjacente a esta diversidade de indicadores deve estar a ideia que existe sempre um compromisso entre os diferentes tipos de indicadores, isto é, os que têm como objectivo uma cobertura mais global tendem a possuir um maior nível de abstracção e podem não providenciar o nível de diferenciação exigida para a análise das políticas ou para a tomada de decisão; os que permitem uma análise mais detalhada são difíceis de produzir para um conjunto alargado de países (Landman e Häusermann, 2003).

Existe uma multiplicidade de indicadores (e uma quantidade de organizações que procede à recolha de dados para a sua construção) a diferentes níveis consoante o que se pretende medir:

- O projecto *Map-Making and Analysis of the Main International Initiatives on Developing Indicators on Democracy and Good Governance* para determinar as principais iniciativas para medir a boa governação, financiado pelo EUROSTAT, identificou nove iniciativas, classificadas em cinco tipos de medições de boa governação, com metodologia, tipo de indicadores, cobertura geográfica e cobertura temporal diferentes (Landman e Häusermann, 2003);
- O estudo, da *World Peace Foundation*, identifica 47 conjuntos de dados relacionados com a medição da boa governação e procede a uma breve descrição de cada um, indicando a organização responsável pela sua elaboração bem como o local onde encontrar mais informação (Besançon, 2003);
- O PDNU produziu, em 2004, um índice onde identifica 59 fontes de informação (52 que disponibilizam indicadores e 7 onde estes não são disponibilizados) sobre indicadores de governação e fornece, entre outros, informação sobre a organização que os recolhe, a metodologia utilizada, a cobertura geográfica e o tipo de indicador (UNDP, 2004a);

- No mesmo ano esta entidade, conjuntamente com o EUROSTAT, publicou um guia prático detalhado sobre indicadores de governação, onde identificam cerca de 33 fontes de informação relacionadas com governação e fornecem informação pormenorizada, e com igual formato, para cada uma dessas fontes — incluindo, entre outros, o tipo de dados utilizados, a metodologia utilizada, o fim a que se destinam e para que devem ser utilizados, a cobertura geográfica e a cobertura temporal (Suders e Nahem, 2004).

Com tal diversidade não é de estranhar que para além da lista atributos associados a um bom indicador — validade, fiabilidade, determinação do erro de medição, transparência na sua produção, representatividade, diferenciação, determinação do erro das fontes utilizadas, e problemas de agregação — sejam sugeridas “regras de ouro” para a sua utilização (Suders e Nahem, 2004):

- Utilizar uma gama de indicadores sobre um determinado assunto para evitar enviesamentos de avaliação e capturar a situação real daquilo que se pretende;
- Usar o indicador para colocar a primeira questão e não como questão final, i.e. como uma sucessão de passos para novas perguntas e melhorar os resultados finais da investigação;
- Entender o indicador antes de o utilizar, nomeadamente a metodologia utilizada e as hipóteses assumidas.

### **2.7.3. Quais os desafios conceptuais?**

O desenvolvimento de um conjunto de indicadores, que pretende capturar os aspectos complexos que constituem a governação, cria problemas conceptuais bem como metodológicos. Por um lado torna-se necessário definir o que é a governação e como deve ser medida e, por outro lado, apresentar as dimensões escolhidas para os indicadores.

Anteriormente, discutimos o conceito de governação e constatámos que este conceito continua a significar coisas diferentes para pessoas diferentes. Estes diferentes entendimentos da governação conduzem necessariamente a diferentes aproximações

de medição e à escolha de diferentes tipos de indicadores não sendo, por isso, de estranhar a quantidade de fontes de informação e de indicadores identificados por vários estudos (Besançon, 2003, Landman e Häusermann, 2003, Suders e Nahem, 2004, UNDP, 2004a).

Relacionado com a abrangência do conceito de governação, discutimos a boa governação e as componentes que a constituem. Constatámos, para além de diferentes características consoante a instituição em causa, o facto de estes julgamentos serem subjectivos por natureza quer em termos temporais quer em termos espaciais tornando-se necessário a selecção de princípios universais para ultrapassar este problema:

- O PDNU identifica, entre outros, a participação, a orientação de consensos, a visão estratégica, a resposta, a efectividade e eficiência, a prestação de contas e responsabilização, a transparência, a equidade e o primado da lei (UNDP, 1997a, b, 2002, 2004b) — preocupando-se sobretudo com o desenvolvimento humano e com uma visão analítica da governação;
- O BM, por seu turno, identifica a inclusão, participação igual e tratamento igual, e a prestação de contas, transparência e contestabilidade, operacionalizado em aspectos relacionados com o controlo da corrupção, a voz e a prestação de contas, a estabilidade política e a ausência de violência, a efectividade governativa, a qualidade da regulação, e o primado da lei (Kaufmann et al., 2000, Kaufmann et al., 2003, World Bank, 2003, Kaufmann et al., 2005, 2006) — preocupando-se sobretudo com o desenvolvimento económico e com uma visão normativa da governação.

Mesmo que partilhando alguns princípios, e até por força do seu mandato e objectivos, a aproximação a estes princípios será necessariamente diferente para estas instituições. Por exemplo, o BM tem a sua própria interpretação de governação, porque o seu mandato oficial o impede de lidar com assuntos políticos. Para ultrapassar esta limitação o BM faz uma distinção entre a governação como um enquadramento analítico — conjunto de tradições e instituições através das quais a autoridade num determinado país é exercida — e a governação como um enquadramento operacional identificando três aspectos fundamentais da governação — a forma do regime político; o processo do exercício de autoridade na gestão dos recursos económicos e sociais para o



desenvolvimento; e a capacidade do governo para desenhar, formular e implementar políticas bem como fornecer serviços — focando-se sobretudo nos últimos dois aspectos.

#### **2.7.4. Quais os desafios metodológicos?**

Os desafios metodológicos estão intimamente relacionados com os desafios conceptuais, porque dependem da interpretação conceptual de governação que é utilizada, mas também das dimensões que escolhidas para avaliar. Posteriormente a esta escolha torna-se necessário, não só definir a metodologia para a construção do indicador, mas também a metodologia utilizada para a recolha dos dados a utilizar na sua construção.

Apesar da multiplicidade de indicadores existentes os trabalhos do BM identificam três problemas metodológicos específicos (Kaufmann et al., 1999):

- Conceitos mal definidos ou demasiado alargados e questões relacionadas mal trabalhadas;
- Os indicadores existentes são, em muitos casos, uma medida pobre para algumas alguns dos elementos chave da governação; e
- A tendência para agregar medições combinando indicadores de diferentes fontes não melhora a precisão.

A análise das principais iniciativas de medição da boa governação identificou um conjunto de métodos diferentes para a recolha de dados primários: censos nacionais, inquéritos domésticos, diferentes aproximações para obter percepções do público em geral (painéis internacionais, inquéritos de opinião pública, grupos de foco, e opiniões de peritos), opinião de peritos internos à organização que toma a iniciativa da medição, estatísticas oficiais recolhidas pelos governos e agências intergovernamentais, monitorização de compromissos assumidos pelos governos e de outros acontecimentos para a promoção da boa governação (Landman e Häusermann, 2003).

Torna-se evidente que o tipo de dados utilizado para a construção dos indicadores e a forma de recolha desses dados, nomeadamente quem faz a recolha dos

dados, como é feita a recolha de dados, quais as fontes primárias utilizadas e qual a amostra utilizada influenciam directamente os dados finais obtidos (Suders e Nahem, 2004).

As diferentes metodologias adoptadas definem diferentes categorias de dados. Os dados baseados em inquéritos permitem identificar o nível de percepção da boa governação em várias dimensões; os dados baseados em normas padrão podem ser utilizados para definir enquadramentos ideais da boa governação e avaliar até que ponto esses ideais são realizados ou protegidos; os dados baseados em acontecimentos resultam da contagem de acontecimentos específicos que promovem ou impedem a boa governação (Landman e Häusermann, 2003).

Tendo em mente todos os problemas mencionados existem duas publicações que se constituem como referências para quem pretende utilizar indicadores de governação:

- O trabalho conjunto do PDNU e do EUROSTAT (Suders e Nahem, 2004) — é um importante instrumento de trabalho para aqueles que pretendem obter orientação sobre a forma de usar e encontrar fontes de informação sobre governação. Para além de constituir um guião genérico para o uso de indicadores com exemplos específicos, fornece critérios para a selecção dos indicadores mais apropriados e uma lista com informação detalhada sobre vários indicadores; e
- O trabalho do BM (Operations Evaluation Department, 2004b) — é um guia operacional onde são apresentadas algumas ferramentas, métodos e aproximações passíveis de serem utilizadas nos processos de monitorização e avaliação. Pretendendo ser um instrumento de consulta rápida, este guião explica o que é cada um dos instrumentos, quando deve ser utilizado, quais as suas principais vantagens e desvantagens, os custos associados, a experiência exigida e o tempo necessário para a sua aplicação.

### **2.7.5. Quais os impactos da medição da governação?**

A monitorização e avaliação têm impacto no desempenho dos programas de desenvolvimento bem como no entendimento acerca da forma como a boa governação

afecta o desenvolvimento.

Segundo o BM, as avaliações, quando conduzidas no momento certo, quando focadas nos elementos chave que preocupam os que definem as políticas de desenvolvimento e os que estão envolvidos na sua gestão, e quando os resultados são apresentados num formato amigável, providenciam uma forma eficaz, com uma relação custo/efectividade alta, para melhorar o desempenho e o impacto das políticas, programas e projectos de desenvolvimento (Operations Evaluation Department, 2004a). Esta relação é mostrada pelo BM através da apresentação de oito exemplos onde as avaliações tiveram um impacto significativo, e onde foi possível comparar os custos relacionados com a avaliação com os benefícios produzidos, mostrando que a avaliação é uma ferramenta de gestão com uma relação custo/efectividade alta.

Por outro lado, alguns estudos mostram que aspectos centrais da governação que constituíam tabus para as instituições financeiras internacionais passaram a ser entendidas como fundamentais na resolução dos problemas relacionados com o desenvolvimento (Hyden et al., 2003c, Kaufmann, 2004). Esta mudança relaciona-se com a discussão à volta das questões associadas com a governação e ao seu entendimento na forma como afectam o desenvolvimento. Graças a estes avanços questões até então menosprezados pelo BM ou pelo Fórum Económico Internacional (FEI) passaram a ser discutidos de forma aberta e contemplados nas suas acções.

## **2.7.6. Exemplos de indicadores de boa governação**

De seguida, apresentamos exemplos de indicadores de boa governação, focando as principais iniciativas de medição de boa governação (2.7.6.1), os indicadores do BM (2.7.6.2), e os indicadores do WGA (2.7.6.3).

### **2.7.6.1. Principais iniciativas de medição de boa governação**

O projecto *Map-Making and Analysis of the Main International Initiatives on Developing Indicators on Democracy and Good Governance* identificou nove iniciativas classificadas em cinco tipos de medições de boa governação com metodologia, tipo de

indicadores, cobertura geográfica e cobertura temporal diferentes (Landman e Häusermann, 2003):

- Liberdades políticas e civis como medidas *proxy* para o primado da lei;
- A frequência da violência política como uma medida inversa da boa governação;
- Avaliação de peritos ou opiniões sobre a boa governação para a realização de investimentos;
- Indicadores objectivos<sup>59</sup>;
- Indicadores mistos que combinam dados agregados, escalas e opiniões de peritos.

Os resultados obtidos por estes investigadores estão resumidos no Quadro 18 (página seguinte). A este quadro, adaptado do texto referenciado, foi acrescentada informação adicional, resultante da investigação para este trabalho de tese, relacionada com a temática em causa. Neste documento é reconhecida a importância dos trabalhos desenvolvidos pelo BM e UNU, nomeadamente pelo esforço realizado em termos conceptuais e metodológicos para o desenvolvimento de indicadores. Por esse facto serão apresentados de seguida de forma resumida.

### **2.7.6.2. Os indicadores do Banco Mundial**

Com base numa definição alargada de governação — conjunto de tradições e instituições através das quais a autoridade num determinado país é exercida — o BM construiu um modelo com seis indicadores de governação agregados (Kaufmann et al., 1999, 2000, 2002, Kaufmann et al., 2003, 2004, 2005, 2006).

A governação inclui o processo através do qual os governos são eleitos, avaliados e substituídos (voz e prestação de contas, estabilidade política e ausência de violência), a capacidade do governo formular efectivamente e implementar boas políticas (efectividade governativa e qualidade da regulação), e o respeito dos cidadãos e do estado pelas instituições que governam as interacções económicas e sociais entre eles (governo da lei e controlo da corrupção).

---

<sup>59</sup> Como por exemplo o Contract Intensive Money (CIM) — como medida da confiança individual nas instituições financeiras locais — ou o Economic Rate of Return (ERR) de projectos governamentais.

Iniciativa	Tipo de medida	Cobertura geográfica	Espaço temporal	Pontos fortes	Pontos fracos
Freedom House  Produtos: <i>Freedom in the World</i> <i>Freedom of the Press</i> <i>Countries at the Crossroads</i>	URL: <a href="http://www.freedomhouse.org">http://www.freedomhouse.org</a>			Cobertura global Série temporal longa Largamente utilizado Actualizado anualmente	Falta de transparência na codificação Fontes desconhecidas misturam avaliações económicas com avaliações políticas Enviesamentos ideológicos Problemas de agregação
	Indicadores baseados em escalas relacionados com liberdades civis e políticas	Global	1972 - Presente Actualizado anualmente		
Heritage Foundation/Wall Street Journal  Produtos: <i>Index of Economic Freedom</i>	URL: <a href="http://www.heritage.org">http://www.heritage.org</a>			Cobertura global Série temporal razoável; Actualizado anualmente	
	Escala abstracta de liberdade económica	161 Países	1995 - 2003 Actualizado anualmente		
Fraser Institute  Produtos: <i>Economic Freedom of the World</i>	URL: <a href="http://www.fraserinstitute.ca">http://www.fraserinstitute.ca</a>			Cobertura global Série temporal boa Largamente utilizado	Mistura medições subjectivas e objectivas
	Escalas padrão	123 Países	1975 - 2002		
Political Risk Services  Produtos. <i>Political Risk Services</i> <i>ICRG System</i>	URL: <a href="http://www.prsgroup.com">http://www.prsgroup.com</a>			Cobertura global Série temporal razoável Actualizado anualmente	Amostra de opiniões não representativa A pontuação obtida pode representar esconder as verdadeiras condições económicas Medida limitada de boa governação
	Opiniões de peritos relacionadas com corrupção, primado da lei, risco de expropriação, quebra de contratos governamentais, e qualidade da burocracia	140 Países	1982 - 2003 Actualizado anualmente		
Business Environmental Risk Intelligence	URL: <a href="http://www.beri.com">http://www.beri.com</a>			Actualizado 3 vezes ao ano 50 Países	Falta de transparência na codificação
	Opiniões de peritos sobre o risco político	50 Países	1971 - Presente Actualizado 3 vezes ao ano		
Transparency International	URL: <a href="http://www.transparency.org">http://www.transparency.org</a>			Cobertura global	Amostra de opiniões não

Iniciativa	Tipo de medida	Cobertura geográfica	Espaço temporal	Pontos fortes	Pontos fracos
Produtos: <i>Corruption Perceptions Index (CPI)</i> <i>Global Corruption Report</i>	Índice de Percepção da Corrupção (IPC)	Global	1995 - 2002 Actualizado anualmente	Série temporal razoável Actualizado anualmente	representativa Medida limitada de boa governação
World Economic Fórum  Produtos: <i>Growth Competitiveness Index</i> <i>Business Competitiveness Index</i> <i>Global Competitiveness Report</i>	URL: <a href="http://www.weforum.org">http://www.weforum.org</a>  Escala de competitividade	Global	1979 - 2002 Actualizado anualmente	Cobertura global Série temporal boa Largamente utilizado	Mistura indicadores objectivos e subjectivos
Contract Intensive Money (CIM)	(Clague et al., 1999)  Indicador do FMI objectivo	Global (104 Países)	1969 - 1990 Actualizado anualmente	Cobertura global Indicadores objectivos Actualizado anualmente	Medida limitada de boa governação Enviesamentos culturais
World Bank (KKZ)	URL: <a href="http://www.worldbank.org/wbi/governance">http://www.worldbank.org/wbi/governance</a>  Agregação de 300 indicadores diferentes em seis indicadores de boa governação (componentes não observadas)	Global	1996 - 2005	Cobertura global Número robusto de indicadores que são combinados	Série temporal limitada Combina diferentes conjuntos de indicadores Os pontos estimados são tão inseguros que não é possível definir rankings médios
World Governance Assessment (WGA)	URL: <a href="http://www.odi.org.uk/WGA_Governance">http://www.odi.org.uk/WGA_Governance</a>  Opiniões de peritos em seis dimensões	16 Países		Aplicado apenas em países em vias de desenvolvimento ou em transição	Série temporal limitada Cobertura geográfica limitada Combina diferentes conjuntos de indicadores

**Quadro 18** — Informação detalhada sobre algumas das principais iniciativas de medição da boa governação [Adaptado de Landman e Häusermann (2003) com informação adicional recolhida durante a investigação deste trabalho]

O Quadro 19 apresenta a descrição resumida de cada um dos indicadores mencionados.

Indicadores	O que medem
Voz e prestação de contas	Até que ponto os cidadãos de uns países possuem a capacidade para participar na selecção dos seus governantes, bem como a liberdade de expressão, a liberdade de associação e a liberdade dos meios de comunicação.
Estabilidade política e ausência de violência	A percepção das probabilidades de um governo no poder ser destabilizado ou derrubado por meios inconstitucionais ou por meios violentos, incluindo a violência política e o terrorismo.
Efectividade governativa	A qualidade dos serviços públicos, a qualidade da administração pública e o seu grau de independência da pressão política, a qualidade da formulação e implementação de políticas públicas, e a credibilidade do compromisso do governo com essas políticas.
Qualidade da regulação	Capacidade do governo formular e implementar boas políticas e boa regulação que permitam e promovam o desenvolvimento do sector privado.
Governo da lei	Até que ponto os agentes confiam e se sujeitam às regras da sociedade, especialmente a qualidade do respeito aos contratos, às autoridades e aos tribunais, bem como a probabilidade de crimes e violência.
Controlo da corrupção	Até que ponto o poder público é utilizado para ganhos pessoais, incluindo a pequena e grande corrupção, bem como a captura do Estado pelas elites e por interesses privados.

**Quadro 19** — Os indicadores de boa governação do BM [Fonte: Kaufmann, Kraay et al (2006)]

O BM reclama grande robustez para as suas medições uma vez que utilizam mais de 300 indicadores de diferentes fontes para produzirem os seus seis índices. Até à data produziram medições desde 1996 até 2005 para uma amostra global de países disponibilizando-os no sítio do BM dedicado à governação. Para além dos resultados o BM tem assumido a postura de divulgar os aspectos metodológicos e proceder activamente à sua discussão<sup>60</sup>.

A metodologia utilizada para produzir os seis índices de governação é uma técnica de redução de dados denominada “*unobserved components model*” que é uma variante da análise factorial e que extrai componentes comuns das diferentes 300 medidas existentes nos dados originais. Em cada nova edição dos seus indicadores os métodos utilizados são afinados e são introduzidas correcções de forma a reduzir eventuais enviesamentos (Kaufmann et al., 1999, 2000, 2002, Kaufmann et al., 2003, 2004, 2005, 2006). O BM argumenta que a utilização de indicadores originais aumenta a validade e a confiança dos índices reduzindo, de forma efectiva, as hipóteses de erros sistemáticos de medição.

<sup>60</sup> Todos estes elementos podem ser encontrados em <http://www.worldbank.org/wbi/governance>.

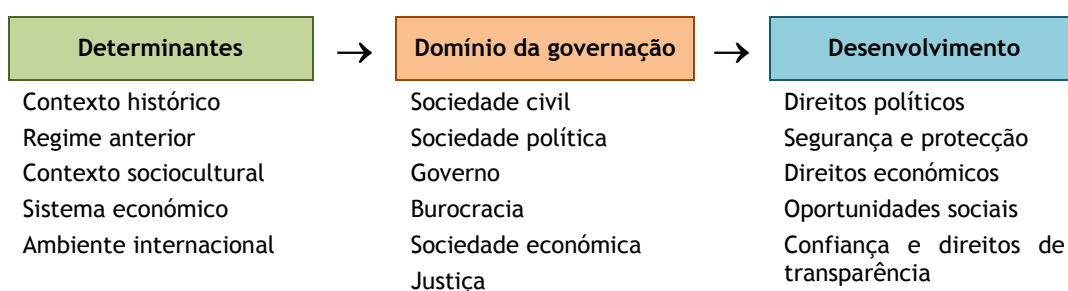
Apesar destas reivindicações para a superioridade dos seus índices de boa governação, continuam a existir alguns problemas metodológicos (Landman e Häusermann, 2003):

- Os 300 indicadores utilizados não cobrem todos os países na amostra global da mesma forma que cobrem cada um dos diferentes países da amostra (dois países podem partilhar alguns indicadores iniciais, mas não os partilham todos);
- Os índices produzidos são pontos estimados com erros de desvio padrão ou intervalos de confiança associados. O próprio BM argumenta que a margem de erro relativa ao ponto estimado é tão grande que é impossível realizar *rankings* de países com base nos valores obtidos da amostra.

Apesar da grande importância que estes indicadores têm assumido na literatura relacionada com a boa governação, as críticas sugerem que depois de combinar os 300 indicadores iniciais os índices finais de boa governação apenas permitem comparações entre países com muita proximidade em termos de pontuação (entre países com baixa, média ou alta pontuação de boa governação).

### 2.7.6.3. Os indicadores do *World Governance Assessment*

O projecto *World Governance Assessment* (WGA) adoptou uma definição de governação focada mais na importância das regras do que nos resultados. A governação é tratada como actividade e como processo na ideia que a governação reflecte uma intenção humana e um agenciamento, mas é em si mesmo um processo que define parâmetros que condicionam a forma como as políticas são produzidas e implementadas e que, no fundo, influencia os resultados (Figura 10).



**Figura 10** — Enquadramento para analisar a governação do WGA [Adaptado de Hyden e Court (2002)]



Desta forma a governação diz respeito à formação e à salvaguarda das regras formais e informais que regulam o domínio público, o espaço no qual o Estado bem como os outros actores sociais e económicos interagem para tomar decisões (Hyden e Court, 2002). Esta definição abarca um conjunto de áreas de actividade (presentes no Quadro 20) e um conjunto de princípios (presentes no Quadro 21).

Áreas	Descrição
Sociedade civil	Regras que afectam a forma como os cidadãos se inteiram e promovem os assuntos no domínio público.
Sociedade política	Regras que definem ou moldam a forma como os assuntos são integrados nas políticas públicas pelas instituições políticas.
Governo	Regras que afectam a forma como as políticas públicas são produzidas pelas agências governamentais.
Burocracia	Regras que determinam a administração e a implementação das políticas públicas.
Sociedade económica	Regras relacionadas com as interacções entre o Estado e o mercado.
Justiça	Regras que definem a resolução de disputas e conflitos.

**Quadro 20** — Áreas de actividade da governação do WGA [Fonte: Hyden e Court (2002)]

Os princípios apresentados são considerados universais no sentido de serem respeitados em todas as sociedades pelo mundo fora. Os primeiros três princípios são particularmente relevantes na forma como Estado se relaciona com os cidadãos, enquanto os últimos três são mais específicos das operações do próprio Estado.

Princípios	Descrição
Participação	Grau para o qual os potenciais interessados afectados por qualquer decisão são capazes de salvaguardar os seus interesses e envolverem-se no processo político.
Equidade	Grau para o qual as regras são aplicadas de igual forma para todos na sociedade.
Decência	Extensão para a qual as regras são tratadas e aplicadas sem humilhar ou ofender as pessoas.
Prestação de contas	Extensão para a qual os actores políticos, eleitos e nomeados, são responsáveis e responsabilizados perante os interessados por aquilo que fazem ou dizem.
Transparência	Grau para o qual as decisões tomadas por funcionários públicos e membros do governo estão abertas aos escrutínio dos cidadãos e dos seus representantes.
Eficiência	Extensão para a qual as regras melhoram o uso efectivo dos recursos escassos, facilitando a rapidez e em tempo certo da tomada de decisão, sem incorrer em desperdícios ou atrasos.

**Quadro 21** — Princípios para a avaliação da boa governação do WGA [Fonte: Hyden e Court (2002)]

O Quadro 22 apresenta os 36 indicadores desenvolvidos tendo por base a definição apresentada, as áreas de governação definidas e os princípios enunciados.

	<b>Participação</b>	<b>Equidade</b>	<b>Decência</b>	<b>Prestação de contas</b>	<b>Transparência</b>	<b>Eficiência</b>
<b>Sociedade civil</b>	Liberdade de associação	Sociedade livre de discriminação	Liberdade de expressão	Respeito pelas regras de governo	Liberdade dos meios de comunicação	<i>Input</i> na definição de políticas
<b>Sociedade política</b>	Legislatura representativa da sociedade	Políticas como reflexo das preferências públicas	Competição pacífica pelo poder político	Legisladores prestam contas ao público	Transparência dos partidos políticos	Função legislativa afecta às políticas
<b>Governo</b>	Consulta intra-governamental	Padrões de vida adequados para os cidadãos	Segurança pessoal dos cidadãos	Forças de segurança subordinadas ao governo civil	O governo fornece informação correcta	Use mais indicado dos recursos disponíveis
<b>Burocracia</b>	Os altos funcionários públicos tomam parte na definição das políticas	Acesso igual aos serviços públicos	Os funcionários públicos respeitam os cidadãos	Os funcionários públicos prestam contas pelas suas acções	Processos de tomada de decisão claros	Sistema de recrutamento baseado no mérito
<b>Sociedade económica</b>	Consulta com o sector privado	Regulação aplicada de igual forma a todas as firmas	O governo respeita os direitos de propriedade	Regulação do sector privado no interesse público	Transparência na formulação da política económica	Obtenção de licenças sem o recurso à corrupção
<b>Justiça</b>	Processos de resolução de conflitos não formais	Acesso igual à justiça para todos os cidadãos	Os direitos humanos internacionais estão incorporados na prática legal nacional	Os oficiais de justiça mantêm-se prestadores de contas	Clareza na administração da justiça	Eficiência do sistema judicial

**Quadro 22** — Indicadores para avaliar a governação da WGA [Fonte: Hyden, Court et al. (2003a)]

Como instrumento de recolha de dados foi aplicado um questionário recorrendo a pessoas muito informadas (Court et al., 2002a) — respondentes com um elevado nível de experiência e conhecimento relacionado com a governação ao nível nacional. Dos 22 países em vias de desenvolvimento ou em transição iniciais do estudo foram apenas utilizados dados de 16 devido à desigualdade dos dados obtidos.

O questionário é composto por 41 questões dividido em sete partes: seis com perguntas específicas sobre cada uma das actividades de governação identificadas no Quadro 22 e uma com perguntas gerais relacionadas com a separação de poderes, igualdade entre sexos, papel das etnias, pobreza e o papel do Estado no suporte às reformas.

Baseado nos testes intensivos realizados, nos procedimentos adoptados (coordenadores escolhidos em cada país, a amostra escolhida e o processo de recolha dos dados), e nos resultados obtidos, quer separadamente para cada dimensão (Court et al., 2003, Hyden et al., 2003b, f, e, a, d) quer em conjunto (Hyden et al., 2003c), os autores acreditam terem desenvolvido uma aproximação fiável para gerar dados sobre governação.

## **2.8. Conclusão**

Esta secção analisou a utilização do conceito de governação. A necessidade de governação existe sempre que um determinado grupo se junta para atingir um determinado fim. Contudo, a complexidade da governação é difícil de capturar numa única definição. As agências de desenvolvimento, organizações internacionais e instituições académicas definem a governação de diferentes formas. O conceito tem sido usado de formas diferentes em diversas disciplinas e com diferentes propósitos dando origem a diversas variedades de governação fruto da adaptação a vários contextos.

Embora o conceito seja utilizado de formas muito diversificadas torna-se útil para capturar as mudanças contemporâneas do papel, do âmbito, do poder e das actividades do Estado na economia e na sociedade. A governação pode ser utilizada como um quadro analítico para o estudo das relações Estado/sociedade, bem como a análise do papel do Estado nos processos de governar. Assim, a governação refere-se, por um lado, às manifestações empíricas de adaptação do Estado às suas mudanças

externas e internas e, por outro lado, representa também um enquadramento teórico ou conceptual de coordenação dos sistemas sociais, bem como da evolução do papel do Estado nesse processo. Neste enquadramento podemos analisar como o Estado transformou o seu papel ou se acomodou às formas emergentes de governação.

Ao considerar o Estado como uma variável independente o seu papel na governação, que pode variar desde ser o coordenador chave até ser um dos actores mais poderosos, depende de um número elevado de factores relacionados com os padrões históricos de regulação e de controlo das políticas específicas de determinados sectores, com o interesse em manter o controlo institucional, com o grau de exigência da governação em termos de autoridade política e jurídica, e com o poder (força) das organizações e redes sociais existentes. Ao considerar o Estado como variável dependente, questiona-se a forma como o aparecimento da governação modifica os poderes, as competências e as capacidades do Estado, permitindo estudar as diversas formas de parcerias público privadas (cooperação entre o governo e as organizações voluntárias) ou os desafios colocados pelas formas transnacionais de governação e os seus efeitos sobre o arranjo institucional do Estado, bem como a gestão dessas instituições.

Uma das formas de olhar para este novo estado é a ideia do Estado pós-moderno que inclui soberania ou supremacia territorial não exclusiva, regras e leis múltiplas e cooperativas, defesa multilateral, cidadania partilhada, multiculturalismo, políticas de impostos pluralistas, e bem-estar transnacional. Esta forma alternativa de conceptualizar a nova forma do Estado pretende substituir o modelo burocrático *weberiano* do Estado que se tornou alvo de muitas críticas nomeadamente de ser uma máquina estatal sem resposta, ineficiente, inflexível e pouco inovadora que já não conseguia satisfazer as aspirações da sociedade.

Estas críticas estiveram na origem das reformas da Administração Pública, que embora tenham na sua base as mesmas causas e tenham seguido de uma forma geral o mesmo paradigma em termos de soluções adoptadas, realizaram-se em quadros de referência distintos partilhando em comuns alguns pontos relativos ao controlo das despesas públicas, a adopção de técnicas e processos da gestão empresarial (introduzindo métodos de gestão do sector privado) e na adopção de mecanismos de mercado (introduzindo incentivos estruturais, como mercados internos e competição,

no fornecimento público recorrendo, por exemplo, à contratualização externa e aos quasi-mercados) e a mudança de estatuto dos funcionários.

O paradigma NPM, adopção da gestão empresarial e de mecanismos de mercado, atingiu grande popularidade mundial durante a década de noventa. Apesar de constituir uma via interessante para reformar a administração pública tradicional, deve-se ter em conta os seus críticos e ter em consideração o que alguns autores apontam, baseados na evidência dos desempenhos dos sistemas onde essas mudanças já se operaram ou estão em desenvolvimento. A mistura conflituosa de desconfiança e de entusiasmo que rodearam o debate sobre a NPM, durante a década de 80 e princípios da década de 90, deram origem a um cepticismo mais ponderado, no final da década de 90, acerca da sua aplicação generalizada.

Recentemente, o paradigma NPM dominante tem sido desafiado pela emergência das ideias da “terceira via” e mais especificamente, em termos de organização dos serviços públicos, pelo paradigma alternativo de governação. Nesta perspectiva a governação consiste numa reacção contra os excessos do período NPM à medida que as suas fraquezas reformadoras se tornaram mais evidentes mas também porque os governos perderam a capacidade exclusiva de controlo e de definição das políticas e da sociedade necessitando de trabalhar em ambientes mais fragmentados, descentralizados e complexos.

Desta forma, o papel da governação é uma parte fundamental da vida de qualquer grupo, seja ele uma sociedade em sentido lato ou uma organização. É reconhecida uma ligação directa entre a governação, nomeadamente a boa governação, e o desenvolvimento. Por outro lado é também reconhecido que em espaços onde existe má governação — corrupção, desperdício, abuso de poder e exploração dos meios públicos para fins privados — existe uma tendência para a limitada qualidade dos bens e serviços públicos, para a ruptura, para o declínio e para um desenvolvimento mais fraco. No caso das organizações, as ramificações associadas à prática de uma governação inadequada podem levar à perda da sua credibilidade, quer para os seus próprios membros quer para o público em geral, provocar danos na sua capacidade para implementar políticas ou providenciar serviços, e, em última análise, falhar naquilo que é a sua missão e os seus principais objectivos. Assim, a boa governação e a sua

medição são fundamentais para o sucesso das sociedades e para a realização dos seus objectivos.

A boa governação é uma instância da governação, onde os recursos e os problemas são geridos de forma efectiva e eficiente, como resposta às necessidades mais críticas da sociedade. Nesta óptica, os princípios de inclusão e de prestação de contas, do BM (que depois agrupa num conjunto de dimensões relacionadas com o controlo da corrupção, a voz e a prestação de contas, a estabilidade política e a ausência de violência, a efectividade governativa, a qualidade da regulação, e o primado da lei), e os princípios de participação, orientação de consensos, visão estratégica, resposta, efectividade e eficiência, prestação de contas e responsabilização, transparência, equidade e primado da lei, do PDNU, podem ser utilizados para balizar a boa governação nas sociedades e nas organizações e para o desenvolvimento de indicadores que permitam medir, monitorizar e avaliar a governação.

A avaliação permite elaborar um referencial, suportado num conjunto de critérios operacionais e politicamente legítimos respeitantes à eficácia e ao sucesso das políticas, formular as questões de investigação mais adequadas e pertinentes em termos de acção e decisão e responder a tais questões, utilizando a variedade instrumental das ciências sociais e de gestão. Contudo, continua a existir um grande debate sobre a melhor forma de medir a governação e continua a não existir consenso sobre quem está melhor colocado para fornecer conhecimentos sobre a qualidade da governação num determinado país e como é que ela se compara com a situação de outros países.

Ultrapassar estas preocupações tornaria possível avaliar a forma como a governação varia no mundo, qual o papel que desempenha efectivamente e quais os seus aspectos particularmente críticos. Apesar das limitações indicadas, apresentámos na parte final desta secção um conjunto de exemplos de indicadores de boa governação, traçando um quadro das principais iniciativas de medição de boa governação e apresentado os indicadores do BM e do WGA.

# 3. Governação empresarial

---

## 3.1. Introdução

O termo governação empresarial<sup>61</sup> é relativamente novo no debate público e académico<sup>62</sup> tendo passado de uma frase que até há algum tempo significava pouco para muitos para uma preocupação dominante e tema de discussão corrente no meio político, científico e empresarial (Claessens, 2003).

A intensificação deste tema prende-se sobretudo com questões relacionadas com os escândalos financeiros e com alterações estruturais, em que os escândalos são manifestações das alterações estruturais, com a relação entre a governação empresarial e o desenvolvimento, essencialmente o económico, e a forma como a governação empresarial afecta o crescimento e o desenvolvimento.

Apesar da importância do tema ser largamente reconhecida, a terminologia e as ferramentas analíticas com ela relacionadas ainda estão a emergir (World Bank, 1999), as teorias que estão na sua fundação são diversas (Turnbull, 1997, Clarke, 2004), e não existe um único modelo de governação empresarial.

A governação empresarial congrega diversas disciplinas — microeconomia, economia organizacional, teoria organizacional, teoria da informação, direito, contabilidade, finanças, gestão, psicologia, sociologia e ciência política — que vêm a governação organizacional de formas diferentes à semelhança de um grupo apócrifo de cegos que tenta identificar um elefante através do toque e da respectiva descrição de cada parte distinta do animal (Turnbull, 1997).

Assim as diferentes perspectivas estão relacionadas com o próprio conceito de organização, com a terminologia utilizada, com as influências que afectam a actividade regular das organizações, com os diferentes pontos de vista académicos, com as

---

<sup>61</sup> Do inglês *corporate governance*. O termo *corporate* está associado à ideia de empresa, de grupo empresarial ou de sociedades comerciais. Utilizamos o termo empresarial, porque grande parte da literatura relacionado com a *corporate governance* está relacionado com a actividade das empresas. Analisaremos com mais detalhe esta terminologia na definição do conceito.

<sup>62</sup> Apesar de os assuntos que trata virem muito detrás, nomeadamente o direito dos conselhos de administração decidirem sem o consentimento unânime dos accionistas (Berle e Means, 1932) e, ainda mais anterior, a teoria de agência (Smith, 1776).

especificidades culturais nas teorias e nas práticas, e com as diversas teorias que suportam a governação empresarial.

O trabalho desenvolvido por várias instituições internacionais, nomeadamente a OCDE (OECD, 1999, 2004, 2005) e o BM (World Bank, 1999), permitem identificar alguns princípios de boa governação organizacional. Mais do que desenvolver prescrições para a legislação nacional de cada país, estas instituições procuram utilizar estes princípios como pontos de referência<sup>63</sup> (OECD, 2004) para cada um dos diversos intervenientes, quer sejam as empresas quer sejam os estados.

Analisando as questões relacionadas com os princípios da governação empresarial e os códigos de boa governação associados constata-se que, apesar de os destinatários serem as empresas cotadas no mercado de capitais, os seus promotores admitem e consideram desejável a adopção dos respectivos princípios pelos diferentes tipos de organizações, com fins lucrativos e não lucrativos, privadas ou estatais.

Este movimento é evidente, por exemplo, com os princípios da OCDE que os estendeu das empresas privadas (OECD, 2004) para as empresas públicas (OECD, 2005), ou por exemplo as preocupações da *Brown Governance* ou do *Institute on Governance* (Brown Governance, 2004, Institute on Governance, 2005d) que partindo dos conceitos de governação empresarial estendem a temática às organizações sem fins lucrativos.

Esta secção tem por objectivo proporcionar uma visão geral sobre a governação empresarial. Assim começaremos por focar a importância da governação empresarial (3.2). De seguida, abordaremos os aspectos relacionados com a definição de governação empresarial (3.3), nomeadamente as questões associadas à definição de organização, as influências que condicionam a actuação das organizações, as diferentes abordagens, e os elementos que constituem um modelo de governação. Depois, analisaremos os actores e teorias da governação empresarial (3.4), nomeadamente o papel da administração, da gestão e dos interessados, as teorias mais relevantes, onde se destacam a teoria de agência, a teoria dos interessados e a teoria da provedoria, não esquecendo uma abordagem sumária a outras teorias. Por fim, no último ponto (3.5) apresentaremos os principais sistemas de governação empresarial das empresas

---

<sup>63</sup> Por exemplo, na legislação publicada recentemente em Portugal, nomeadamente o novo estatuto do gestor público (Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março de 2007) e os princípios de bom governo das empresas do sector empresarial do Estado (Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março de 2007), os esforços destas instituições são explicitamente reconhecidos e utilizados como referência.



cotadas em bolsa e os códigos e princípios de boa governação empresarial.

## **3.2. A importância da governação empresarial**

Os sistemas de governação das organizações, nomeadamente as do tipo empresarial, evoluíram ao longo dos séculos, na maioria dos casos como resposta a falhanços empresariais ou crises sistémicas. Cada crise verificada ou falhanço das empresas, muitas vezes resultantes de incompetência, fraude e abuso, deram origem a novos elementos para um sistema de governação empresarial melhorado (World Bank, 1999).

Desta forma, quer as sociedades quer os governos sempre procuraram adaptar-se, na sua estrutura e nas administrações que os servem, à complexidade e diversidade dos problemas que os afectam e que necessitam de resolução. As grandes organizações — comerciais, industriais, de serviços, etc. — não fogem a esta regra e sentiram rapidamente a necessidade de controlar as inter-relações resultantes de partes diferenciadas de um mesmo conjunto ou sistema.

Para tal contribuíram as fusões de unidades com origem diversa, a partição de grandes organizações em outras mais pequenas e flexíveis de modo a responder a novos desafios, bem como outras situações, nomeadamente relacionadas com escândalos de fraude e corrupção. Estes acontecimentos, individualmente ou em conjunto, acabaram por conduzir à reflexão sobre novas formas de coordenação e de direcção das organizações ou, se quisermos, sobre a sua governação.

Os recentes escândalos financeiros associados a problemas contabilísticos, com manipulação de contas, que chegou mesmo a envolver grandes empresas de auditoria, e outras fraudes, alegadamente cometidas pelos gestores de topo das organizações<sup>64</sup>, trouxeram a público a questão de até que ponto as empresas são geridas

---

<sup>64</sup> Os escândalos financeiros ocorridos, tanto nos EUA como na Europa, trouxeram para o domínio da opinião pública um debate que há muito se vinha fazendo, pelo menos, nos meios académicos e nos órgãos de regulação e supervisão financeira relacionado com a falta de eficácia de alguns dos mecanismos de governação das sociedades. O caso mais conhecido e mediático, que envolvia relações com a Administração Bush, foi a falência do gigante norte-americano da área da energia Enron, em Dezembro de 2001, a que se podem equiparar casos similares, tanto nos EUA (como por exemplo a WorldCom, Nortel, e eToys), como na Europa (como por exemplo a Ahold, Parmalat e Vivendi).

no melhor interesse dos accionistas e de outros interessados<sup>65</sup>, nomeadamente os trabalhadores, os credores e a comunidade em geral.

Tornou-se mais do que evidente que os mecanismos de controlo e fiscalização — mercado de controlo das empresas, o sistema remuneratório dos gestores, a auditoria, divulgação de informação e controlo externo pelo mercado de capitais, a independência dos administradores externos, a influência dos grandes accionistas, a regulação e a supervisão — demonstravam claramente falta de eficácia tornando-se necessário um aprofundamento e melhoramento dos mecanismos de governação empresarial (Silva et al., 2006).

Não é pois de estranhar o aparecimento de preocupações com a governação das organizações, nomeadamente nas sociedades comerciais, salientando a importância de as empresas serem geridas por práticas correctas, de natureza ética e comportamental, e visando os objectivos adequados no efectivo interesse dos seus accionistas ou interessados directos, mas também por questões relacionadas com o assumir de responsabilidades sociais.

Os países desenvolvidos foram estabelecendo um mosaico complexo de leis, regulações, instituições e capacidade de implementação no sector governamental e no sector privado com o objectivo de promover uma maior prestação de contas. O reforço sistemático da lei e da regulação ajudou a criar uma cultura de conformidade que moldou a cultura dos negócios e a gestão ética das firmas, incentivando-as a melhorar como meio de atrair os melhores recursos humanos e financeiros. Este processo de mudança e adaptação foi acelerado com a crescente complexidade e diversidade dos accionistas e interessados, bem como com a globalização.

Para alguns autores, a proliferação de escândalos e crises foram apenas manifestações de um número de alterações estruturais que contribuíram para a importância da governação empresarial (Claessens, 2003) salientando:

- Os processos de investimento baseados no mercado (por exemplo: a privatização ou abertura de sectores ao privado anteriormente nas mãos do Estado; a entrada das empresas no mercado público de capitais à procura

---

<sup>65</sup> Do inglês *stakeholder*. O interessado representa qualquer elemento ou parte de uma transacção que possui um interesse particular no seu resultado (WHO, 2000a). Existem várias definições e diversas classificações de interessados organizacionais sendo umas mais abrangentes do que outras. Este assunto será discutido com mais rigor nas questões relacionadas com os principais actores da governação empresarial.

de capital) tornaram-se mais importantes para as economias;

- Devido ao progresso tecnológico, à liberalização e a abertura a novos mercados financeiros, a liberalização das trocas comerciais e a outras reformas estruturais, a localização de capitais entre países tornou-se mais complexa bem como a sua monitorização;
- A mobilização de capitais está cada vez mais afastada do seu proprietário devido ao crescimento das empresas e do papel dos intermediários financeiros;
- Os programas de desregulação e de reformas alteraram o formato das estruturas financeiras localmente e globalmente;
- A integração financeira internacional aumentou e os fluxos comerciais e de investimento estão em crescimento.

Todos estes factos levaram a um movimento sustentado de codificação de normas recomendatórias e de práticas de bom governo que tinha como filosofia que as normas de natureza voluntária, dirigidas ao comportamento ético dos intervenientes na vida das empresas cotadas (órgãos de administração, auditores, accionistas, e interessados), apresentam mais vantagens para a recuperação da confiança nos mercados do que as disposições legais vinculativas. Embora estes códigos de bom governo tivessem como destinatários as empresas cotadas, os seus promotores admitem e consideram desejável a adopção dos respectivos princípios pelos diferentes tipos de empresas, incluindo as estatais (Silva et al., 2006).

Um sector empresarial forte e competitivo é fundamental para o crescimento sustentado das economias em vias de desenvolvimento ou em transição. Os países perceberam que a governação empresarial no sector privado é tão importante como a governação no sector público, que a boa governação nas empresas é uma fonte de vantagem competitiva e que é crítica para o progresso económico e social (World Bank, 1999).

Existem várias ligações que podem ser estabelecidas entre a governação empresarial e o desenvolvimento económico (Claessens, 2003), nomeadamente: a importância do sistema financeiro para o crescimento e a redução da pobreza durante a última década; o crescimento económico proporcionado pelo desenvolvimento do sistema bancário e do mercado financeiro; o papel crucial das alterações legais,

relativamente a direitos de propriedade e de outro tipo de regulação (divulgação, responsabilização, regulação e supervisão do sector financeiro) que conduzem a um maior crescimento, incluindo o desenvolvimento dos mercados, o financiamento externo e a qualidade do investimento; o papel da competição e dos mercados relacionados com as empresas, principalmente o mercado de trabalho, produtos intermediários, matérias em bruto, energia, e distribuição; as estruturas de propriedade existentes e a respectiva natureza dos problemas de agente/principal<sup>66</sup> bem como o tipo de consórcios existentes.

Um último aspecto, não menos importante, está relacionado com o enriquecimento da democracia resultante da introdução de elementos de auto-governança em instituições envolvidas em actividades produtivas (Turnbull, 1997). Esta ideia assenta na premissa que os sistemas de governo das instituições envolvem, de alguma forma, processos políticos para nomear quem faz o controlo e a regulação o que significa em termos gerais um enquadramento simples em termos de democracia relativa ao “governo do povo, pelo povo para o povo”.

### **3.3. Definições e aspectos relacionados**

As definições de governação empresarial variam bastante. Regra geral estas definições tendem a cair em duas categorias: uma primeira preocupada sobretudo com o conjunto de comportamentos, i.e., o comportamento das empresas em termos de desempenho, eficiência, crescimento, estrutura financeira e tratamento dos accionistas e dos interessados; uma segunda preocupada com o enquadramento legal, i.e., as normas provenientes de várias fontes — do sistema legal, do sistema judicial, dos mercados financeiros, do mercado de trabalho, etc. — nas quais as empresas operam (Claessens, 2003).

A primeira categoria, mais limitada em termos de objecto, é normalmente escolhida para estudos de países individualmente ou empresas dentro de um país,

---

<sup>66</sup> A governação empresarial torna-se necessária não só pelos aspectos macros já indicados mas também pela necessidade de equilibrar os interesses das diferentes partes envolvidas na empresa, i.e., os interesses daqueles que possuem um controlo efectivo da firma podem diferir dos interesses daqueles que proporcionam o financiamento externo. Este problema, referido normalmente como o problema do agente principal, cresceu não só em consequência da separação da propriedade e do controlo mas também na separação que existe entre membros internos e externos à organização. O problema do Agente/Principal, será discutido mais à frente.

investigando questões relacionadas com a forma como os conselhos de administração procedem, o papel das compensações aos executivos na determinação do desempenho da empresa, a relação existente entre as políticas de trabalho e o desempenho da empresa, e o papel dos diferentes accionistas. A segunda categoria, mais abrangente, é mais indicada para estudos comparativos, investigando a forma como diferentes enquadramentos normativos afectam os padrões comportamentais das empresas, dos investidores e de outros actores.

Para além destas perspectivas, tem vindo a ser adoptada uma perspectiva ainda mais abrangente de governação empresarial, e mais próxima da definição de boa governação defendida pela comunidade internacional de desenvolvimento. Esta aproximação foca sobretudo a sua atenção na natureza da responsabilidade social dos negócios no lugar da melhoria dos lucros. Este movimento tem vindo a encorajar o sector empresarial a ser mais responsável não apenas com os seus accionistas, mas também, com as comunidades onde operam. A noção de responsabilidade social das empresas e de cidadania tem surgido ligada a práticas como o comércio justo, investimento ético e accionistas activistas, avaliação de impactos sociais e ambientais, melhoria das condições de trabalho em países de baixos rendimentos, e auditoria social da empresa (Cantarella, 1996).

Referência	Descrição
(Cadbury Committee, 1992) <sup>67</sup>	Sistema a partir do qual as organizações são dirigidas e controladas. A administração é responsável pela governação das suas empresas; o papel dos accionistas é nomear a administração e os auditores de modo a garantirem a si mesmos que uma estrutura apropriada de governação está definida.
(Demb e Neubauer, 1992)	É o processo pelo qual as empresas se tornam responsáveis pelos direitos e pelos desejos dos interessados.
(Garvey e Swan, 1994)	A empresa é olhada como um nexo de contratos explícitos e implícitos. Assume-se que a governação determina como os decisores de topo (executivos) administram esses contratos. A governação apenas interessará nos casos em que tais contratos são incompletos
(World Bank, 1994)	O enquadramento de leis, instituições de regulação, e dos requisitos utilizados para prestar informação (reportar) que condicionam a forma como o sector empresarial é governado.
(Tricker, 1994)	A governação empresarial trata os assuntos enfrentados pelos conselhos de administração, como a interacção com a gestão de topo e as relações entre os

<sup>67</sup> O Relatório Cadbury, formalmente designado por “*Report of the Committee on the Financial Aspects of Corporate Governance*”, é conhecido pelo nome do presidente da comissão responsável pela sua elaboração, Sir Adrian Cadbury. Esta comissão foi nomeada em Maio de 1991 pelo *London Stock Exchange*, pelo *Financial Reporting Council* e pelos profissionais de contabilidade, com o objectivo de dar resposta às preocupações relacionadas com “o baixo nível de confiança detectado quer na informação financeira, quer na capacidade dos auditores proporcionarem a confiança que os utilizadores dos relatórios das empresas procuram e esperam”. Estas preocupações foram ainda acentuadas pelo colapso inesperado de algumas empresas de significativa dimensão, entre as quais o grupo Maxwell e o BCCI.

Referência	Descrição
	proprietários e outros interessados nos assuntos da empresa, incluindo credores, financiadores, analistas, auditores e reguladores.
(Caramanolis-Cotelli, 1995)	Foca a tenção nos mecanismos de controlo externos e internos. A governação empresarial é determinada pela equidade entre as partes internas da empresa (incluindo executivos, gestores, directores ou outros indivíduos, investidores institucionais ou da empresa que possuem ligações com a gestão) e os investidores externos.
(Hart, 1995)	As questões relacionadas com a governação empresarial surgem numa organização sempre que se verificam duas condições: existe um problema de agência, ou um conflito de interesses, entre membros da organização (podem ser os donos, gestores, trabalhadores ou consumidores); os custos de transacção são tais que o problema de agência não pode ser resolvido através de um contrato.
(Williamson, 1996)	A governação empresarial está relacionada com as estruturas institucionais e as práticas que as acompanham (caso das regras) e a forma como estas facilitam a produção económica e as relações de troca. Segundo esta aproximação a estruturas associadas à boa governação são aquelas que efectivamente mitigam os problemas de risco moral e facilitam a adaptação, podendo ser mais ou menos complexas dependendo do grau de risco moral enfrentado.
(Charreaux, 1997)	A governação empresarial engloba todos os mecanismos que orientam o comportamento dos gestores e delineiam a discricionariedade da sua liberdade de acção.
(Shleifer e Vishny, 1997)	A governação lida com as formas como os financiadores das empresas asseguram a si próprios os retornos dos seus investimentos. Consequentemente, a governação empresarial apenas será necessária quando os financiadores (os accionistas ou donos da empresas) não dirigem eles próprios a empresa e contratam alguém responsável por o fazer o que denota uma separação entre propriedade e gestão.
(McRitchie, 1998)	Focando os mecanismos que melhoram as transacções económicas, assumem que a boa governação empresarial, na forma de sistemas melhorados de transparência e prestação de contas para os investidores, melhorará o processo de criação de riqueza e previne a necessidade de maior regulação por parte dos governos.
(Turnbull, 1997, Clarke, 2004)	Descreve todas as influências que afectam os processos institucionais, incluindo os relacionados com a designação de quem controla e/ou regula, relacionados com a organização da produção e venda de bens e serviços.
(OECD, 1999)	É o sistema através do qual as sociedades de negócios são dirigidas e controladas. A estrutura de governação específica a distribuição dos direitos e das responsabilidades entre os diferentes intervenientes da empresa (como por exemplo o CA, os gestores, os accionistas e outros interessados) e define as regras e procedimentos para a tomada de decisões em assuntos relacionados com a empresa. Ao fazê-lo, também proporciona a estrutura a partir da qual os objectivos da empresa e os meios para os atingir são definidos, e o desempenho é monitorizado.
(John e Senbet, 1998)	A governação empresarial diz respeito aos mecanismos que os interessados da empresa utilizam para exercer controlo, quer sobre os gestores quer sobre outros administradores internos da mesma, e proteger os seus interesses. O conceito de interessados inclui, para além dos accionistas, os credores e outros interessados não financeiros como os trabalhadores, os fornecedores, os clientes e outras entidades.
(Cadbury, 2004)	A governação empresarial está preocupada em assegurar o equilíbrio entre os objectivos sociais e os objectivos económicos e entre os objectivos individuais e os objectivos colectivos (da comunidade). O enquadramento da governação existe para encorajar o uso eficiente dos recursos e para igualmente exigir responsabilização pela salvaguarda desses recursos. O objectivo é alinhar o mais possível os objectivos dos indivíduos, das empresas e da sociedade.

**Quadro 23** — Diferentes definições de governação empresarial

Estas diferentes perspectivas são visíveis se olharmos para as diferentes definições de governação empresarial apresentadas no Quadro 23, o que nos leva a questionar o porquê de tantas diferenças ou, em última análise, se são de facto diferenças. Esta preocupação tem levado diversos autores a sistematizar de forma coerente as questões relacionadas com o âmbito, as preocupações e as teorias associadas à governação empresarial (Turnbull, 1997, Clarke, 2004) e a sua repercussão em termos dos sistemas de governação nacionais (Charreaux, 2004).

As várias definições apresentadas focam a necessidade do uso eficiente dos recursos disponíveis, a existência de múltiplos actores, a existência de interesses divergentes e a necessidade de mecanismos que, de alguma forma, ajudem a alinhar ou equilibrar os interesses conflitantes. Subjacente às várias definições está a separação entre os detentores da propriedade (principais) e os que são contratados (agentes) para a utilizarem efectivamente e os problemas que daí advêm em consequência da assimetria de informação (designado na teoria económica como o problema do agente/principal)<sup>68</sup>.

Se atendermos às mesmas definições por ordem cronológica vemos que as questões de eficiência e do equilíbrio de interesses se afastam progressivamente do nível micro, das empresas, e se estendem progressivamente ao nível macro, de toda a economia, procurando alinhar os diferentes interesses dos indivíduos, das empresas e da sociedade. Desta forma, o objectivo de um enquadramento para uma boa governação empresarial será maximizar a contribuição das empresas para toda a economia. Foquemos de seguida alguns dos pontos que ajudam a explicar estas diferenças.

### **3.3.1. Sociedades, firmas, empresas ou organizações**

As sociedades<sup>69</sup> (as firmas, as empresas ou, em última análise, as organizações), independentemente da sua forma e do respectivo tratamento jurídico, podem assumir várias formas, como por exemplo, escritórios de advogados, parcerias,

---

<sup>68</sup> A Teoria do Agente/Principal, também denominada Teoria de Agência (*Agency Theory*), será discutida mais à frente.

<sup>69</sup> Para o termo *firm* em inglês optou-se pela utilização do termo sociedade em português, apesar de existir também o termo firma. O termo sociedade é aqui utilizado de forma abrangente no sentido de um agrupamento de pessoas organizado à volta de um determinado objectivo. No direito comercial o termo sociedade é utilizado para designar um grupo de pessoas que, por contrato, se obrigam mutuamente a combinar seus recursos para alcançar fins comuns. Foi por estas razões que se preferiu o termo sociedade.

empresas de construção, empresas comerciais, empresas de serviços, universidades, tribunais, associações mutualistas e associações de amigos<sup>70</sup>. As sociedades podem ser transaccionadas publicamente, ser privadas, ter fins lucrativos ou fins não lucrativos.

A maior parte da literatura existente na governação empresarial assume implicitamente que apenas as sociedades transaccionadas<sup>71</sup> publicamente são objecto de análise (Turnbull, 1997). Uma das razões está relacionada com a maior facilidade que existe em obter dados das empresas cotadas na bolsa, e consequentemente realizar estudos, devido aos condicionalismos e às regras que obrigam à prestação de informação ao mercado.

Esta abordagem, por um lado, limita rapidamente o número de sociedades sujeitas a análise e, por outro lado, envolve apenas uma fracção de toda a actividade económica na maioria das sociedades de mercado mais avançadas. Os trabalhos de alguns autores (Jensen, 1993, Turnbull, 1995) mostram que esta aproximação se, por um lado, limita a investigação às formas institucionais mais eficientes utilizadas para levar a cabo as actividades produtivas pode, por outro lado, afastar da análise formas institucionais que podem proporcionar formas empresariais mais eficazes.

Se as sociedades incluem todas as instituições sociais ocupadas com a produção e a venda de bens e serviços, então quer as organizações do sector público e do sector privado, tais como escolas, universidades, hospitais, clubes e associações, necessitam de ser incluídas. Ao assumir esta definição mais abrangente de sociedade, o âmbito da governação empresarial inclui praticamente toda a actividade económica de um país, justificando-se desta forma uma definição mais abrangente de governação empresarial que inclua todos os tipos de sociedade independentemente da sua regulamentação jurídica. Esta diferença justifica em muitos dos casos as diferentes abordagens que existem à governação empresarial.

Assim, uma definição mais lata consiste em considerar que a governação empresarial descreve todas as influências que afectam os processos institucionais, incluindo os relacionados com a designação de quem controla e/ou regula, envolvidos na organização da produção e venda de bens e serviços (Turnbull, 1997). Esta

---

<sup>70</sup> A lista é bastante extensa. Alguns autores chegam até a incluir as igrejas, apesar deste tipo organizações não estar envolvida na produção e venda de bens e serviços (Fama e Jensen, 1983).

<sup>71</sup> Nesta vertente estamos apenas a falar a sociedades comerciais com fins lucrativos e transaccionadas nos mercados de capitais.



aproximação é coerente com a definição geral de governações que apresentámos anteriormente — o conjunto de acções e de meios adoptados por uma sociedade para promover a acção colectiva e para lançar soluções também colectivas na procura de objectivos comuns (Dodgson et al., 2002). Esta definição genérica aplica-se a qualquer grupo organizado, incluindo uma organização e independentemente do seu tipo (com fins lucrativos, sem fins lucrativos, privado, pública, etc.). Para atingir os objectivos devem-se tomar decisões.

A componente central da governação organizacional é a tomada de decisão, isto é, o processo através do qual um grupo de pessoas toma decisões que orientam os seus esforços colectivos. Se o grupo é demasiado grande para tomar todas as decisões de forma eficiente, é necessário criar uma entidade que facilite o processo de tomada de decisão. Os membros desse grupo delegam então nessa entidade uma grande parte da responsabilidade inerente à tomada de decisão. Nas organizações, esta entidade pode ser, por exemplo, o CA.

A governação é complexa, porque envolve múltiplos actores que articulam os seus interesses, que influenciam a forma como as decisões são tomadas, que estabelecem quem são os agentes de decisão e, por fim, que decisões são tomadas. Os agentes de decisão devem ter em conta estes factores nos processos de tomada de decisão, tornando-se então prestadores de contas pró-activos e responsáveis perante os interessados não só pelos resultados obtidos mas também pelos processos utilizados para os obter. Assim, a governação em termos organizacionais surge como uma interface com os interessados, representando a origem das decisões estratégicas que moldam a organização e o seu trabalho, e ultima a responsabilização e a prestação de contas das acções da organização.

De uma forma geral, existem três elementos essenciais necessários para uma organização atingir os seus objectivos comuns: o trabalho (executar as tarefas necessárias para atingir a missão), a gestão (ligação entre o trabalho e a governação representando a organização das tarefas, pessoas, relações e tecnologia para que as acções sejam executadas), e a governação (interface com os interessados). Em teoria a divisão existente entre cada um destes papéis é claro, contudo na prática estas divisões desvanecem-se, desaparecem totalmente ou, mais perigoso, confundem-se. A indefinição de linhas precisas de responsabilidade e de prestação de contas para cada

um destes elementos representam o verdadeiro perigo associado à governação (Institute on Governance, 2005d).

### 3.3.2. Influências que condicionam a actuação das organizações

As organizações não vivem sozinhas estando sujeitas a várias pressões que afectam a sua actividade. O Quadro 24 apresenta algumas das influências que condicionam de alguma forma a actuação das empresas transaccionadas no mercado de capitais (Turnbull, 1997). Os exemplos ilustram bem o âmbito da governação empresarial, tendo em conta as múltiplas influências que afectam a actuação das sociedades cotadas em bolsa, mostrando que as influências tanto podem ser internas ou externas como podem resultar do sector privado ou do sector público.

Sector privado		Leis e regulação do sector público	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clientes</li> <li>• Concorrentes</li> <li>• Accionistas</li> <li>• Trabalhadores</li> <li>• Sindicatos</li> <li>• Fornecedores</li> <li>• Banca e financiadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditores</li> <li>• Transacção na bolsa</li> <li>• Mercado de acções</li> <li>• Meios de comunicação</li> <li>• Associações profissionais</li> <li>• Associações comerciais</li> <li>• Directores e conselheiros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Práticas de negócio</li> <li>• Antimonopólio</li> <li>• Protecção</li> <li>• Leis do trabalho e igualdade de oportunidades</li> <li>• Tribunais arbitrais, etc.</li> <li>• Comércio justo</li> <li>• Crédito e insolvência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corporações profissionais</li> <li>• Impostos</li> <li>• Saúde e segurança financeira</li> <li>• Ambiente</li> <li>• Qualidade</li> <li>• Construção</li> <li>• Comunidade</li> </ul>

**Quadro 24** — Factores que influenciam a actuação das empresas transaccionadas nos mercados de capitais [Adaptado de Turnbull (1997)]

Face à multiplicidade de interessados identificados — como trabalhadores, credores, fornecedores, clientes, Estado ou mesmo a comunidade local onde a empresa está inserida — não é de estranhar que surjam autores que defendem a necessidade de a empresa ser gerida não apenas numa perspectiva meramente empresarial de maximização do seu valor, preocupando-se apenas com os accionistas, mas também gerida respeitando os interesses, ou pelo menos alguns deles, de outros potenciais interessados (Freeman, 1984, Demb e Neubauer, 1992, Tricker, 1994, Donaldson e Preston, 1995). Contudo, outros autores contestam que as empresas sejam responsáveis perante outros interessados, que não os accionistas, defendendo que essa posição é mal

orientada, errada, injustificada, que enfraquece a propriedade privada, a função de agência e a riqueza criada sendo incompatível com os negócios e com a governação empresarial (Sternberg, 1996)<sup>72</sup>.

O BM, argumentando que as empresas modernas são disciplinadas por factores internos e externos e que existe a necessidade de equilibrar os interesses das diferentes partes envolvidas na empresa e as questões associadas ao problema do agente/principal apresenta duas perspectivas: a empresarial e a de política pública (World Bank, 1999).

Na perspectiva empresarial, o consenso emergente é que a governação empresarial está relacionada com a maximização do valor da empresa tendo em conta as obrigações financeiras, legais e contratuais. Esta definição foca a necessidade dos conselhos de administração equilibrarem os interesses dos accionistas com os de outros interessados (empregados, clientes, fornecedores, investidores, comunidade) de modo a atingir um valor sustentado no longo prazo. Por seu turno, na perspectiva de política pública, a governação empresarial está relacionada com a manutenção da empresa ao mesmo tempo que é assegurada a prestação de contas no exercício do poder e de patrocínio das firmas. O papel da política pública é o de providenciar às empresas incentivos e a disciplina que permitam minimizar a divergência entre os retornos privados e os retornos sociais, e proteger os interesses de todos os interessados.

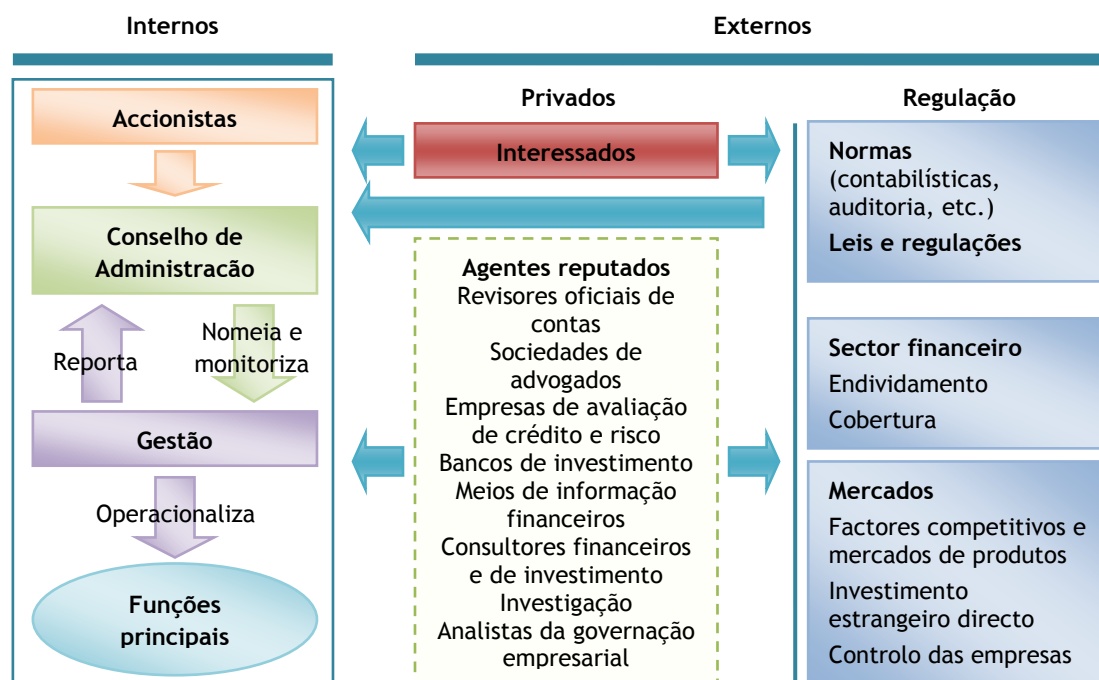
Com base nestas duas perspectivas o BM define um enquadramento abrangente para a governação empresarial<sup>73</sup>, representado na Figura 11, que reflecte a ligação e a forma como a arquitectura interna da empresa (que define a relação entre os jogadores chave dentro da organização) e as forças externas (nomeadamente políticas, legais, regulação, e mercado) em conjunto governam o comportamento e o desempenho

---

<sup>72</sup> Esta posição contrasta fortemente com a posição de outros autores. Neubauer (1992) refere que a governação empresarial é o processo pelo qual as empresas se tornam responsáveis pelos direitos e pelos desejos dos interessados. Por seu turno Tricker (1994) refere que a governação empresarial trata os assuntos enfrentados pelos conselhos de administração, como a interacção com a gestão de topo e as relações entre os proprietários e outros interessados nos assuntos da empresa, incluindo credores, financiadores, analistas, auditores e reguladores. Freeman (1984) desenvolve inicialmente a teoria dos interessados sustenta que qualquer empresa ou organização foi criada para servir (criar valor), para além dos accionistas, uma gama variada de interessados que possuem um interesse legítimo nos resultados da organização e no seu desempenho servindo desta forma um objectivo societário mais abrangente. O trabalho de Freeman foi continuado por outros autores, onde se destacam Donaldson e Preston (1995) que definem quatro teses centrais relacionadas com a teoria dos interessados. A teoria dos interessados será desenvolvida mais à frente.

<sup>73</sup> Alguns dos elementos deste enquadramento, nomeadamente os conselhos de administração, a gestão e os interessados, serão discutidos com maior profundidade mais à frente. A descrição aqui feita pretende apenas descrever de uma forma geral o enquadramento proposto pelo BM. A importância deste enquadramento está no facto de congregar dentro dela diversas perspectivas da governação empresarial.

da empresa (World Bank, 1999).



**Figura 11** — Enquadramento da governação empresarial do BM [Adaptado de World Bank (1999)]

A arquitectura interna define as relações entre os intervenientes internos à organização e os accionistas, compreendendo todos os mecanismos relacionados com a determinação da vontade da empresa e a sua respectiva concretização aos mais diversos níveis: definição do tipo de actividades económicas a desenvolver, organização operacional dessas actividades, tomada de decisões relativas a financiamento para os investimentos necessários, devolução dos recursos investidos aos seus proprietários ou à sua remuneração sob a forma de dividendos, etc.

Paralelamente às estruturas que tomam as decisões em nome da empresa, existem outros mecanismos que controlam e fiscalizam esse exercício e que visam garantir que a empresa é gerida de modo eficaz, eficiente e adequado aos seus interesses. Para além do sistema legal vigente e das leis relacionadas com a actividade exercida pela empresa, que moldam a sua estrutura e a sua actividade, os regulamentos e as políticas são as regras e as linhas de orientação que definem formalmente a configuração da governação empresarial.

Os regulamentos podem, por exemplo, limitar o mandato do presidente do CA, enquanto as políticas de governação podem, por exemplo, tratar assuntos relacionados com o papel e a estrutura das comissões, os conflitos de interesses, a gestão do risco, a

salvaguarda financeira, o papel e autoridade do gestor executivo, o recrutamento e acompanhamento dos novos membros do CA, o funcionamento das reuniões do CA ou mesmo avaliação do CA (Institute on Governance, 2005a).

Neste sistema os principais actores são os accionistas, a administração e os gestores. Os problemas que a governação empresarial deve ter em conta estão relacionados com a estrutura de propriedade existente no sector em causa, como por exemplo, empresas com capital fortemente disperso, empresas com accionistas maioritários, empresas com vários accionistas minoritários com rosto, etc.

As forças externas proporcionam o campo onde se desenrola a actividade da empresa (o campo de jogo) e onde os diversos intervenientes se comportam dentro das regras definidas (de acordo com as regras do jogo). Isto significa que os mecanismos internos da organização são reforçados pelas leis, regras, políticas e instituições que delineiam um ambiente de acção e disciplinam o comportamento dos accionistas, gestores e do CA.

As políticas e instituições minimizam a divergência entre os retornos privados e sociais e reduzem os custos associados ao problema de agência através de mais transparência, monitorização das entidades reguladoras e outros mecanismos — leis de concorrência, leis que protegem os accionistas, sistemas de auditoria e prestação de contas, sistemas financeiros bem regulados, lei das falências, etc.

Neste ambiente os principais actores são os interessados, agentes reputados, e várias instituições (regulação, financeiras, etc.). Os agentes reputados são agentes do sector privado, agentes de auto-regulação, os meios de comunicação, analistas, elementos da sociedade civil que reduzem a assimetria de informação e melhoram a monitorização das empresas, e que alertam para comportamentos oportunistas — as suas acções influenciam as empresas e os governos.

### **3.3.3. Diferentes pontos de vista**

Uma das razões para a existência de diferenças de pontos de vista sobre a governação empresarial diz respeito à forma como os académicos investigam as organizações, os diferentes contextos culturais, o campo de formação e os interesses dos diversos académicos, e a pouca, ou quase nenhuma, integração ou articulação entre as

várias disciplinas que operam nesta área (Turnbull, 1997, Clarke, 2004)

Por exemplo, os marxistas e os economistas financeiros vêem a empresa como uma organização que obtém recursos dos seus trabalhadores e fornecedores, com *cashflows* proporcionados pelos clientes para servir os seus proprietários, isto é, a empresa serve os seus proprietários em vez dos seus clientes, trabalhadores e fornecedores (Turnbull, 1997). Esta perspectiva da empresa aponta sobretudo para os direitos dos accionistas. Por outro lado, a perspectiva dos interessados considera que os investidores, trabalhadores, fornecedores, clientes e outros interessados contribuem e recebem benefícios da empresa e que para além destes interessados directos, por assim dizer, podem também ser envolvidas outros agentes como sindicatos, associações comerciais, governo e mesmo grupos políticos (Freeman, 1984, Donaldson e Preston, 1995)<sup>74</sup>.

Referência	Objecto de análise	Variável
(Simon, 1962)	Informação	Gerir a complexidade
(Jensen e Meckling, 1976)	Custos de agência	Estrutura financeira
(Williamson, 1985)	Custos de transacção	Organização industrial
(Hollingsworth e Lindberg, 1985)	Quatro formas de governação	Organização social
(Monks e Minow, 1991, 1995, 1996)	Responsabilidade dos conselhos de administração	Investimento nos relacionamentos
(Demb e Neubauer, 1992)	Interessados	Resposta da empresa
(Cadbury Committee, 1992)	Aspectos financeiros	Adaptação do CA
(Porter, 1992)	Natureza da propriedade	Competitividade da empresa
(Hilmer, 1993)	Conselho de administração	Desempenho da empresa
(Pound, 1993)	Políticas de propriedade	Eficiência da economia
(Jensen, 1993)	Empresas transaccionadas no mercado de capitais	Falha nos sistemas de controlo
(Bosch, 1995)	Deveres dos directores	Código de conduta
(Sternberg, 1996)	Apropriação dos interessados	Valor accionista
(Hawley e Williams, 1996)	Capitalismo fiduciário	Desempenho empresarial
(Shleifer e Vishny, 1997)	Risco moral	Retorno do investimento
(Persson et al., 1996)	Separação de poderes	Bem-estar dos interessados

**Quadro 25** — Diversidade de análises e preocupações que rodeiam a governação empresarial [Adaptado de Turnbull (1997)]

<sup>74</sup> Este assunto, nomeadamente saber a quem se destina a riqueza produzida pela empresa e quais devem ser as principais preocupações da gestão, será discutido com mais rigor nas questões relacionadas com os principais actores da governação empresarial e com a teoria dos interessados.

Por outro, a maioria da investigação empírica que existe na língua inglesa é proveniente dos EUA (Shleifer e Vishny, 1997)<sup>75</sup>. Os autores presentes no Quadro 25, que representa cronologicamente algumas das análises e preocupações com a governação empresarial, são de países com influência anglo-americana.

Turnbull (1997), citando vários autores e recorrendo a várias fontes, justifica esta predominância assente em vários factores:

- Pelo facto da economia americana ser uma das mais poderosas do mundo e, ao mesmo tempo, constituir um modelo para outros países que se procuram desenvolver;
- Os EUA dominaram o desenvolvimento das teorias da empresa baseadas na assumpção que as empresas existem devido aos falhanços dos mercados;
- As teorias da empresa desenvolvidas surgem durante a escalada da contestação ideológica entre o capitalismo e o comunismo sendo de alguma forma antipatriótico alimentar a possibilidade que os mercados não eram a ordem natural de uma sociedade livre;
- O falhanço do comunismo reforçou a hegemonia da ideologia de mercado com a difusão generalizada de interesses políticos da privatização baseada no modelo americano de empresa.

Os grandes inquéritos sobre governação empresarial realizados (Hawley e Williams, 1996, Shleifer e Vishny, 1997)<sup>76</sup> foram escritos por académicos americanos que assumiram que o contexto americano proporciona uma referência universal e incidiram sobretudo nas empresas cotadas na bolsa. Apesar dos problemas que esta abordagem apresenta, é um facto que as empresas mais eficientes estão cotadas na bolsa e daí podem ser retirados ensinamentos para os outros tipos de organização<sup>77</sup>.

Algumas das teorias dominantes (nomeadamente a teoria da agência, a teoria dos interessados e a teoria da provedoria) são essencialmente etnocêntricas, porque

---

<sup>75</sup> Os autores fazem esta afirmação para justificar a selecção dos países para o inquérito realizado. Infelizmente, segundo os autores, existia pouca investigação feita pelo mundo fora relacionada com a governação empresarial com excepção para algum trabalho surgido no Japão e, em menor dimensão, na Alemanha, Itália e Suécia.

<sup>76</sup> O trabalho de Hawley and Williams (1996) consistiu numa revisão da literatura sobre os modelos de governação empresarial nos EUA para um documento de fundo da OCDE. Por seu turno, a pesquisa de Shleifer and Vishny (1997), realizada para o *National Bureau of Economic Research*, não foi restrita aos EUA, mas o seu âmbito foi limitado ao modelo financeiro.

<sup>77</sup> Tem sido aliás esta a postura de várias instituições, como o BM e a OCDE, relativamente aos códigos e aos princípios de boa governação empresarial que, apesar de os destinatários serem as empresas cotadas no mercado de capitais, admitem e consideram desejável a adopção dos respectivos princípios pelos diferentes tipos de organizações, com fins lucrativos e não lucrativos, privadas ou estatais.

apesar dos paradigmas subjacentes raramente aparecerem articulados, as ideias essenciais são derivadas do pensamento ocidental reflectindo as percepções e as expectativas referentes às regras dos indivíduos, das empresas e do Estado e das relações que se estabelecem entre estes (Tricker, 1996).

Apesar desta hegemonia teórica de países anglo-americanos e do modelo americano, isso não impediu que surgissem outras teorias que abordassem a governação empresarial suportadas em investigação académica, evidência empírica ou outros factores de competição (Turnbull, 1997)<sup>78</sup>.

### 3.3.4. Modelos de governação

Tendo em conta a diversidade dos mecanismos de controlo e de fiscalização, o contexto de negócios de cada país e a diversidade do tipo de propriedade podemos afirmar que não existe um enquadramento consensual de governação empresarial.

Este facto é reconhecido por diversos autores que mencionam o facto de não existir uma teoria de governação empresarial comumente aceite por todos (Mueller, 1996) ou de não existir consenso sobre uma descrição, uma teoria ou um modelo geral de um sistema de governação, sobretudo no que se relaciona com a administração (Leighton e Thain, 1997). Por exemplo, no estudo efectuado por Hawley e Williams (1996) são identificados quatro modelos de governação: o modelo financeiro simples (suportado sobretudo na teoria de agência), o modelo de provedoria (suportado na teoria da provedoria), o modelo dos interessados (suportado na teoria dos interessados) e o modelo político. O *Institute on Governance* identifica oito modelos distintos (Institute on Governance, 2005e)— operacional, colectivo, gestão, tradicional, política de governação (modelo de Carver), orientado por resultados, aconselhamento, e representativo.

Carver afirma ter desenvolvido um modelo de governação que, ao invés de assentar na prescrição de uma determinada estrutura, assenta em princípios universalmente aplicáveis e suficientemente integrados que pode ser utilizado nos

---

<sup>78</sup> O autor faz uma breve deambulação por diversos autores para explicar quer a hegemonia do modelo americano quer o aparecimento de outras teorias que desafiam a dominância da teoria e da replicação do modelo americano. Não é objectivo deste trabalho fazer uma análise aprofundada deste tema, por isso recomendamos a leitura do artigo mencionado para quem pretende aprofundar esta matéria.



diversos sectores incluindo as organizações sem fins lucrativos (Carver e Carver, 2001)— conhecido como *Policy Governance* ou modelo de Carver (Carver, 2000). Muitas organizações tentaram adoptar este modelo e tiveram grandes dificuldades para o pôr a funcionar; mesmo para as organizações que afirmam estarem a usar este modelo, as suas práticas estão bastante longe do defendido pelo modelo em si (Institute on Governance, 2005f).

De uma forma simples a governação preocupa-se com a forma como uma organização é dirigida, quem tem voz, e como funciona a responsabilização, a prestação de contas e a transparência. Um modelo, visto como um conjunto coerente de políticas e práticas, é uma aproximação particular à governação caracterizada por um conjunto de estruturas, funções e práticas que definem quem faz o quê e como é feito. Tipicamente estes atributos estão relacionados com o papel e as relações da administração, nomeadamente do CA, com a gestão da organização (Institute on Governance, 2005e). O Quadro 26 apresenta os elementos de um modelo de governação.

Elementos	Descrição	Pergunta
Estrutura	Parâmetros para a selecção e operacionalização da administração e da gestão.	Onde funciona?
Funções	Papel dos diferentes actores envolvidos.	O que faz cada um?
Práticas	Como as actividades ou tarefas são exercidas.	Como são exercidas as funções?

**Quadro 26** — Elementos de um modelo de governação organizacional [Adaptado de Institute on Governance (2005e)]

A estrutura consiste no enquadramento legislativo no qual a organização foi criada, a sua carta de fundação, os regulamentos e as políticas relacionadas com a governação criadas pela administração que definem como levará a termo as suas responsabilidades e as regras gerais que regem o seu funcionamento. O Quadro 27 resume alguns dos elementos que podem ser incluídos na estrutura.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mandato legislativo;</li> <li>• Carta de fundação;</li> <li>• Regulamentos;</li> <li>• Declaração com a missão da organização ou os seus objectivos;</li> <li>• Descrição do trabalho da administração, dos seus membros e da gestão;</li> <li>• Identificação das comissões e dos seus termos de referência;</li> <li>• Mecanismos de prestação de contas aos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas de governação que podem incluir:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Políticas de governo das inter-relações entre a administração e outro pessoal e o grau de envolvimento da administração em assuntos operacionais ou de gestão;</li> <li>○ Declaração dos valores organizacionais;</li> <li>○ Códigos de conduta;</li> <li>○ Políticas de conflitos de interesse;</li> <li>○ Políticas relacionadas com a comunicação, por exemplo quem fala pela organização;</li> <li>○ Regras formais para a condução das</li> </ul> </li> </ul>
--	---

interessados principais da organização (incluindo os membros com voto, fundadores, grupos da comunidade ou outras entidades com um interesse particular na actividade da organização, etc.);	reuniões; • Procedimentos para lidar com queixas ou reclamações e o papel da administração ou do presidente da administração relativamente a elas.
--	---

**Quadro 27** — Elementos associados à estrutura de governação

As funções definem o que cada um dos intervenientes faz. As responsabilidades da administração podem ser descritas de diversas formas. O Quadro 28 apresenta alguns exemplos.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer a missão e o planeamento para o futuro;</li> <li>• Salvaguarda e tutela financeira;</li> <li>• Salvaguarda e tutela dos recursos humanos;</li> <li>• Gestão do risco;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorização do desempenho e da prestação de contas perante os principais interessados;</li> <li>• Representação, educação e apoio à comunidade;</li> <li>• Gestão de situações de crise e fases de transição.</li> </ul>
---	---

**Quadro 28** — Elementos associados às funções da administração

As práticas definem como as funções ou as tarefas são exercidas no contexto organizacional onde ocorrem. O Quadro 29 apresenta algumas das práticas possíveis.

Prática	Descrição
Formação ou constituição da administração	Processo de recrutamento, selecção e nomeação; contrato ou acordo para o exercício do cargo de administrador (incluindo questões de sigilo e confidencialidade); orientação, relacionado com a sucessão, a substituição ou a exoneração de membros da administração;
Condução dos trabalhos e das reuniões da administração	Gestão da agenda e das reuniões; gestão de conflitos; gestão dos conflitos de interesses; gestão dos membros voluntários da administração (presidência dos debates, faltas de presença, não cumprimento de tarefas, falta de preparação, minar a solidariedade da administração, violação de regras ou políticas de conduta); planos de trabalho da administração; auto-avaliação dos directores e da administração;
Tomada de decisão	Encorajar o lançamento de ideias e de sugestões; estilo (consenso, quase consenso, maioria); envolvimento nos processos de decisão; papel das comissões, etc;
Cultura organizacional da administração	História e tradições; confiança; trabalho em equipa; forma como a administração se orienta relativamente à declaração de valores da organização, código de conduta, comportamento ético e regras de confidencialidade.

**Quadro 29** — Exemplos de práticas de governação

Independentemente do tipo de modelo identificado estes três elementos — estrutura, funções e práticas — permitem orientar a análise e perceber com mais rigor o modelo em questão e estabelecer as possíveis diferenças entre eles.

## **3.4. Actores e teorias da governação empresarial**

A governação empresarial, independentemente da definição considerada, é caracterizada pela existência de diferentes actores que actuam em diferentes níveis. O papel desses actores varia consoante as teorias subjacentes à análise pretendida. Assim, começaremos por fazer uma breve descrição dos principais actores da governação empresarial (3.4.1). De seguida apresentaremos algumas das teorias mais relevantes associadas à governação empresarial (3.4.2) e focaremos, de forma resumida, outras teorias (3.4.3) que contribuem para o enriquecimento da temática relacionada com a governação empresarial e que enquadram aspectos não abordados pelas três teorias anteriores.

### **3.4.1. Os actores da governação empresarial**

Para descrever genericamente o papel de cada um dos actores internos envolvidos na governação empresarial vamos utilizar o enquadramento de governação empresarial proposto pelo BM representado na Figura 11. Neste enquadramento encontramos o CA (3.4.1.1), a gestão (3.4.1.2) e os accionistas (3.4.1.3).

Tendo em conta a discussão afluída no ponto anterior, nomeadamente sobre a diversidade de interessados e as posições relativas a elas, em vez de accionistas iremos falar de interessados visto que, em última análise, o accionista é um dos principais interessados com a governação da empresa.

#### **3.4.1.1. A administração**

No centro deste sistema temos a administração que é a primeira responsável por cumprir o papel da governação (Cadbury Committee, 1992). Este papel é reforçado pela lei que define a sua constituição, a suas funções e responsabilidade bem como o seu funcionamento. A mesma lei atribui-lhe o estatuto de personalidade jurídica, pode responsabilizá-la perante o desempenho e as acções da organização, transporta a confiança pública e a prestação de contas, e pode proteger os directores de responsabilidades individuais devido a certas acções da organização. Desta forma, as

acções da administração estão sujeitas à lei, a regulamentos e, não menos importante, aos próprios accionistas (responsáveis pela sua eleição).

Para o BM (World Bank, 1999) as suas principais responsabilidades são assegurar a viabilidade de longo prazo da organização e providenciar a vigilância da gestão. Em muitos países a administração é responsável por aprovar a estratégia da empresa bem como as maiores decisões, e por contratar, despedir, monitorizar e substituir a gestão. Em alguns países a administração possui responsabilidade fiduciária por assegurar a conformidade com as leis e os regulamentos, incluindo as exigências de apresentação de relatórios financeiros e contabilísticos. A administração responde perante os accionistas e, em alguns sistemas, perante os trabalhadores e os credores. A sua função principal é proteger os interesses da empresa.

Função	Descrição
Representação	<p>Representar os interessados.</p> <p>Garantir a confiança pública.</p> <p>Providenciar a actualização do CA, organizando a selecção de novos directores.</p>
Tomada de decisão e liderança	<p>Definir a missão (objectivo organizacional, mandato e identidade).</p> <p>Direcção estratégica (providenciar a visão para o futuro; desenvolver e implementar os planos de longo prazo; definir ou aprovar o caminho a seguir e o financiamento da organização; assegurar que a missão da organização responde a alterações no ambiente onde está inserida e às novas realidades organizacionais).</p> <p>Responsabilização da gestão (munir a organização com uma estrutura que garanta a responsabilização da gestão; direccionar e aconselhar a gestão; seleccionar, apoiar, avaliar e, se necessário, despedir a gestão).</p> <p>Salvaguarda financeira (depositário dos recursos financeiros garantindo que estes são gastos de acordo com os objectivos pretendidos).</p> <p>Salvaguarda dos recursos humanos (enquadramento e políticas para os recursos humanos).</p> <p>Gestão do risco.</p> <p>Gestão de situações de transição e acontecimentos críticos (agir como uma rede de segurança organizacional).</p> <p>Representar a organização para a comunidade.</p>
Prestação de contas	<p>Assegurar a transparência dos processos</p> <p>Monitorizar e avaliar o desempenho</p> <p>Responsabilização e reportar perante os interessados</p> <p>Agir como o último recurso de prestação de contas perante a lei pelo desempenho e acções da organização</p>

**Quadro 30** — Funções da administração [Adaptado de Institute on Governance (2005a)]

A administração está comprometida com o objectivo de atingir os resultados da forma correcta. Desta forma, partilham um papel de salvaguarda e tutela que inclui o compromisso de responsabilidade básico de promover a saúde e o bem-estar das suas

organizações (Institute on Governance, 2005c). Segundo esta aproximação as funções básicas da administração são: a representação, a tomada de decisão e a liderança e a prestação de contas conforme apresentado. O Quadro 30 faz uma breve descrição de cada uma destas funções.

Na mesma linha, e preocupado com o problema do agente/principal, a *Brown Governance* (Brown Governance, 2004) considera que existem quatro responsabilidades fundamentais inerentes à administração que abrangem a governação: a liderança, a salvaguarda e tutela, a monitorização e reportar. O Quadro 31 apresenta uma breve descrição para cada uma destas responsabilidades.

Responsabilidade	Descrição
Liderança	Definir a direcção estratégica da organização (objectivos e missão) e liderar (selecção da gestão e renovação do CA) para acompanhar a direcção definida.
Provedoria	Velar pelos recursos pertencentes a outros (depositário e fiduciário), gestão do risco, designação e atribuição de deveres/papéis/responsabilidades, delineação de autoridade.
Monitorização	Receber, analisar e rever as medidas de desempenho, manter a gestão responsabilizada e prestadora de contas pelo sucesso (atingir os objectivos, criar valor).
Reportar	Prestar contas ao principal (proprietários, investidores, interessados) pelos resultados produzidos tendo utilizado o seu capital (recursos, trabalho, etc.).

**Quadro 31** — Responsabilidades fundamentais da administração [Adaptado de Brown Governance (2004)]

O princípio VI da boa governação empresarial da OCDE — responsabilidades do órgão de administração — afirma que este deve assegurar a gestão estratégica da empresa, o acompanhamento, monitorização e fiscalização eficaz da gestão pelo órgão de administração e a prestação de contas deste perante a empresa e os accionistas (OECD, 2004). Os pontos associados a este princípio estão descritos no Quadro 32.

- 
- Os administradores devem agir com base em informações completas, com diligência e boa-fé e no melhor interesse da empresa e dos accionistas;
  - O órgão de administração deve: tratar equitativamente todos os accionistas;
  - O órgão de administração deve ter em conta os interesses dos *stakeholders*;
  - O órgão de administração deve desempenhar certas funções fundamentais, incluindo:
    - Gerir a estratégia da sociedade, os principais planos de acção, a política de risco, os orçamentos e negócios;
    - Definir os objectivos de desempenho e fiscalizar a sua execução;
    - Supervisionar os principais gastos de capital, aquisições e alienações;
    - Fiscalizar a eficácia das práticas de governo das sociedades e proceder às necessárias mudanças;
    - Seleccionar, compensar, fiscalizar e, quando necessário, substituir os principais executivos e supervisionar o planeamento das substituições;
-

- 
- Harmonizar a remuneração dos administradores e principais executivos com os interesses a longo prazo da empresa e accionistas;
  - Garantir um processo formal e transparente de nomeação e eleição do órgão de administração;
  - Fiscalizar e gerir potenciais conflitos de interesses entre os administradores executivos, os não executivos e os accionistas;
  - Assegurar a integridade dos sistemas de contabilidade e de informação financeira da empresa e o funcionamento dos sistemas de controlo do risco, de controlo financeiro e operacional;
  - Supervisionar o processo de divulgação de informações e comunicação;
  - O órgão de administração deve exercer um juízo objectivo e independente sobre os negócios da sociedade. Nesse sentido:
    - O órgão de administração deve ponderar a designação de administradores não executivos para tarefas que possam ser afectadas por conflitos de interesses;
    - Devem ser bem definidos e objecto de divulgação o mandato, composição e métodos de trabalho das comissões do órgão de administração;
    - Os administradores devem dedicar-se efectivamente ao desempenho das suas funções.
  - Os administradores devem ter acesso a informações rigorosas, relevantes e oportunas.
- 

**Quadro 32** — Princípio VI da OCDE relativo ao órgão de administração [Adaptado de Silva et al (2006)]

Desta forma, a governação na prática é moldada pela estrutura organizacional, pelas tradições e pelas pessoas incluindo o tipo de relações entre elas. Uma amostra de boa governação pode ser definida por:

- Um grau elevado de concordância de interessados chave com a missão e valores da organização;
- Representação apropriada dos diferentes interessados;
- Papéis claros e linhas bem definidas de responsabilização e prestação de contas;
- Relações de trabalho positivas entre os conselhos de administração, a gestão e o restante pessoal;
- Processos para monitorizar a realização dos objectivos;
- Equilíbrio entre a estabilidade e a flexibilidade na resposta às mudanças;
- Respeitar as normas e regras organizacionais.

As administrações e a sua configuração variam de país para país e de organização para organização. Apesar de à partida trazerem consigo responsabilidades similares, existe uma grande diversidade na forma como funcionam na teoria e na prática, porque as organizações que eles governam são extremamente diferentes. Desta forma, a administração é moldada por um conjunto de elementos como as necessidades organizacionais, as áreas de interesse e de negócio, o tamanho e a complexidade da organização, as relações com os principais interessados, as normas culturais, valores e

tradições, o contexto onde a organização está inserida, as pessoas, as suas personalidades e as suas capacidades (Institute on Governance, 2005b).

### **3.4.1.2. A gestão**

O objectivo final da governação empresarial é assegurar que as empresas são geridas, de forma eficaz e eficiente, tendo em vista o cumprimento dos objectivos para que foram constituídas. Desta forma levanta-se o problema de saber quais os objectivos com que as empresas são ou devem ser geridas, i.e., a empresa deve ser gerida numa perspectiva meramente empresarial de maximização do seu valor, preocupando-se apenas com os accionistas, ou deve ser gerida respeitando os interesses, ou pelo menos alguns deles, de outros potenciais interessados, como trabalhadores, credores, fornecedores e clientes, Estado ou mesmo a comunidade local onde a empresa está inserida?

A aproximação tradicional defende que as empresas devem ser geridas tendo como objectivo final maximizar a riqueza dos seus accionistas e consequentemente o seu bem-estar, devendo os gestores concentrar as suas acções no sentido de maximizar o capital por eles investido. Neste enquadramento os accionistas são os beneficiários últimos dos actos da empresa devendo a gestão orientar todas as suas acções no sentido de aumentar o valor da empresa e a riqueza dos respectivos accionistas.

Existem várias razões que justificam esta assumpção: por um lado a consciência de que a existência de objectivos múltiplos e o potencial conflito entre esses objectivos dificultam o processo de tomada de decisão e, consequentemente a avaliação do desempenho dos gestores (Heath e Norman, 2004); por outro lado o facto de os accionistas apenas serem beneficiários de direitos residuais (apenas são remunerados em função dos lucros obtidos<sup>79</sup> e em caso de dissolução da empresa apenas são reembolsados após todas as restantes partes terem sido ressarcidas) enquanto os outros interessados beneficiam da protecção de contratos específicos (são pagos em função daquilo que os seus contratos estipulam).

Conforme apresentado anteriormente, tem vindo a ser adoptada uma

---

<sup>79</sup> Isto é, a diferença apurada após serem deduzidos aos proveitos todos os custos resultantes dos contratos e obrigações estabelecidos pela empresa.

perspectiva mais abrangente de governação empresarial, e mais próxima da definição de boa governação defendida pela comunidade internacional de desenvolvimento que foca sobretudo a sua atenção na natureza da responsabilidade social dos negócios, em vez da melhoria dos lucros (Cantarella, 1996). O próprio enquadramento de governação empresarial do BM lida com esta perspectiva ao considerar duas perspectivas da governação empresarial (empresarial e pública) que devem ser conciliadas (World Bank, 1999).

Esta perspectiva tem vindo a ser reforçada por trabalhos recentes que defendem a ideia de cada indústria ter uma determinada responsabilidade social associada e que recomendam algumas medidas no sentido de tornar as empresas socialmente mais responsáveis em termos de gestão, nomeadamente o diálogo, a transparência, emprego de qualidade, as condições de trabalho e a boa gestão de recursos humanos, as alterações climáticas e a biodiversidade, o consumo responsável, a inovação responsável, os cuidados de saúde e o bem estar, a acção social, a reputação e a confiança (Lombardía et al., 2007).

Uma forma de conciliar os interesses dos accionistas com os outros interessados passa por conceber os interesses dos últimos como restrições ao objectivo de maximização de lucro das empresas. No entanto, a assimetria de informação existente em vários domínios entre a gestão e os interessados pode ser utilizada para impor custos inaceitáveis para a comunidade no seu todo em benefício dos accionistas e da própria gestão. São exemplos a utilização de mão-de-obra infantil, a poluição ambiental ou a destruição de recursos naturais que só constituem verdadeiras restrições se de facto os consumidores, ou os estados, penalizarem fortemente essas empresas. Esta assimetria pode ser atenuada utilizando, por exemplo, os agentes reputados identificados no enquadramento definido pelo BM para a governação empresarial (World Bank, 1999) contribuindo, por exemplo, para a produção de legislação adequada aos problemas identificados e para uma opinião pública atenta e interventiva.

Mesmo assim, subsistem interesses que não são suficientemente acautelados ou defendidos e cuja responsabilidade deve ser remetida às equipas de gestão nos domínios da ética e da deontologia. Desta forma os objectivos da gestão passam por, em primeiro lugar, criar riqueza e promover a sua distribuição de forma equitativa e



transparente entre os diversos accionistas e, em segundo lugar, actuar de forma socialmente responsável, quer em termos humanos, ambientais ou sociais contribuindo para um desenvolvimento sustentável e equilibrado.

### 3.4.1.3. Os interessados

Os interessados são definidos em termos gerais como qualquer elemento ou parte de uma transacção que possui um interesse particular no seu resultado (WHO, 2000a). Existem várias definições e diversas classificações de interessados organizacionais sendo umas mais abrangentes do que outras. Das classificações existentes podemos salientar as constantes no Quadro 33.

Referência	Grupos de interessados
(Freeman, 1984)	Governo, Grupos políticos, Accionistas, Comunidade financeira, Grupos activistas, Consumidores Grupos de defesa dos consumidores, Sindicatos, Trabalhadores, Associações comerciais e industriais, Concorrentes, Fornecedores.
(Lerner e Fryxell, 1994)	Clientes, Comunidade, Accionistas, Governo, Trabalhadores.
(Droge et al., 1990)	Internos (departamentos funcionais, trabalhadores e unidades de negócio); Compradores (distribuidores, retalhistas e clientes); Fornecedores (de bens e serviços), Laterais (concorrentes, governo e organizações sem fins lucrativos).  13 Tipos de interessados identificados como audiência nos relatórios anuais das empresas: Accionistas, Clientes, Votantes, Público em geral, Comunidade financeira (correctores, analistas, bancos e outras instituições financeiras), Legisladores (Congresso, Senado, comissões, governo), Comunidade (lideres da comunidade e grupos de acção), Imprensa, Ensino Superior (professores, estudantes e bibliotecários), Trabalhadores e as respectivas famílias, Sindicatos, Distribuidores da empresa (vendedores, agentes, negociantes e revendedores), Outras empresas incluindo a concorrência.
(Clarkson, 1995)	Primários (todos aqueles cuja participação é essencial para a sobrevivência da empresa): accionistas, trabalhadores, clientes, fornecedores, governo e comunidades)  Secundários (todos aqueles que influenciam e afectam, ou são influenciados e afectados pela empresa, mas que não estão comprometidos em transacções com a empresa e não são essenciais para a sua sobrevivência: meios de comunicação, e concorrência, etc.)
(Sirgy, 2002)	Internos (todos os que resultam da organização efectiva relacionada com a divisão do trabalho dentro da organização: departamentos, divisões, unidades funcionais, administração, unidades estratégicas de negócio, investigação e desenvolvimento, engenharia, produção, logística, vendas, finanças, marketing, recursos humanos, relações públicas, contabilidade e gestão do risco)  Externos (todos os que condicionam a sobrevivência e o crescimento da empresa: clientes, accionistas, distribuidores, fornecedores, credores, trabalhadores, comunidade local, meios de comunicação, ambiente)  Distal (todos os que influenciam indirectamente a sobrevivência e o crescimento da empresa através da influência exercida em grupos externos: grupos de defesa dos consumidores e do ambiente, agências governamentais, líderes da indústria, associações profissionais e comerciais, ensino superior)

**Quadro 33** — Diferentes classificações dos interessados de uma organização

De uma forma geral, para além dos accionistas (agentes económicos com interesses legítimos na vida das empresas), identificamos os trabalhadores (a manutenção dos seus postos de trabalho depende da visibilidade e da solidez das empresas), os credores (o pagamento de juros e o reembolso dos seus créditos dependem da saúde financeira da empresa), os fornecedores e os clientes (com interesses na manutenção da solvabilidade e na continuidade da empresa em termos do mercado que fornecem e dos produtos que compram), o Estado e a comunidade local onde a empresa está inserida.

Saliente-se que o Estado é parte interessada por várias razões relacionadas com a existência e continuidade da empresa, porque dela resulta actividade económica, emprego, receita fiscal, impacto ambiental e social. Por estas mesmas razões, a comunidade local onde a empresa se insere não é indiferente ao futuro da empresa, nem aos objectivos com que esta é gerida.

Desta forma temos por um lado interesses individuais — accionistas, trabalhadores, credores, fornecedores e clientes — e interesses colectivos — Estado e comunidade local — que de forma directa ou indirecta moldam a actividade da organização, o comportamento da gestão e a acção dos conselhos de administração. Grande parte, se não a maioria, dos interesses colectivos assentam em questões de responsabilidade social que lidam de perto com questões éticas e deontológicas.

A responsabilidade social pode ser vista como parte do contrato social na medida em que constitui responsabilidade de cada entidade, independentemente de ser o Estado, o Governo, uma empresa, uma organização ou um indivíduo, contribuir para a sociedade como um todo. Esta perspectiva pode ser traduzida por “tratar todos tão bem como gostaríamos de ser tratados por todos os outros”. Existe contudo uma grande iniquidade nos meios e nos papéis que cada entidade desempenha para preencher as suas responsabilidades, o que implica diferentes responsabilidades para as entidades envolvidas. Por exemplo: o Estado deve assegurar os direitos democráticos dos cidadãos, as empresas devem respeitar e encorajar os direitos humanos dos seus trabalhadores e colaboradores, e os cidadãos devem conviver com as leis e respeitá-las.

Esta aproximação aplicada às empresas implica que estas possuem uma obrigação implícita de devolver algo à sociedade. Desta forma, para além de se exigir que os mecanismos de fiscalização e de controlo das empresas devem promover a

dimensão da sustentabilidade nos seus critérios de actuação, deve-se também exigir que as empresas não esqueçam a sua responsabilidade nos mais diversos planos — nas relações com o Estado, com a comunidade em geral e com todos os seus trabalhadores e colaboradores.

### 3.4.2. As teorias mais relevantes

São várias as teorias que servem de suporte à governação empresarial e aos modelos de governação empresarial (Zahra e Pearce, 1989, Hawley e Williams, 1996, Turnbull, 1997, Lynall et al., 2003, Charreaux, 2004). Algumas delas focam sobretudo os aspectos relacionados com os conselhos de administração, o seu papel e o seu impacto no desempenho das empresas (Zahra e Pearce, 1989, Lynall et al., 2003). O Quadro 34 apresenta alguns exemplos de referências relativas a teorias consideradas na investigação relacionada com a governação empresarial.

Referência	Descrição	Perspectivas
(Zahra e Pearce, 1989)	Impacto do CA no desempenho da empresa e propõe um modelo integrativo.	Perspectiva legalista, Teoria da dependência de meios, Hegemonia de classes, Teoria de agência
(Hawley e Williams, 1996)	Identifica quatro modelos de governação distintos: modelo financeiro simples, modelo de provedoria, modelo dos interessados, modelo político.	Teoria de agência, Teoria da provedoria, Teoria dos interessados, Teoria política
(Turnbull, 1997)	Para além das teorias focadas por Hawley e Williams foca outras formas de abordar a governação empresarial.	Perspectiva da cultura, Perspectiva do poder, Análise cibernética
(Lynall et al., 2003)	Foca a composição e as funções dos conselhos de administração e o desempenho da empresa propondo uma visão multi-teórica.	Teoria de agência, Teoria da dependência de meios, Teoria institucional, Teoria da rede social
(Charreaux, 2004)	Foca os problemas da eficiência do ponto de vista das teorias disciplinares da empresa (sobretudo o modelo do accionista e o modelo dos interessados) e do ponto de vista das teorias do conhecimento da empresa para explicar ao nível micro o modelo de governação.	Teoria de agência, Teoria dos interessados, Teorias do conhecimento da empresa
	Repete o mesmo processo explicando os sistemas nacionais de governação empresarial.	Perspectiva legalista, Teoria política, Teoria da dotação/legado, Teoria sociocultural

**Quadro 34** — Diversidade de teorias sobre a governação empresarial

Como o nosso interesse está sobretudo relacionado com questões associados

aos conselhos de administração, nomeadamente a sua composição, o papel que desempenham e os mecanismos de controlo vamos focar essencialmente a teoria de agência, a teoria dos interessados e a teoria da provedoria. Subjacentes a estas escolhas estão motivos relacionados com o tema do trabalho:

- As teorias focam aspectos distintos da relação entre os vários actores. A teoria de agência, porque procura resolver os interesses divergentes entre o agente e o principal. A teoria da provedoria, porque procura explicar as situações em que os interesses estão alinhados. A teoria dos interessados, porque estende os principais da teoria de agência, essencialmente os accionistas, para outros potenciais interessados;
- A teoria de provedoria e a teoria dos interessados introduzem questões éticas e morais em termos de comportamento dos actores envolvidos;
- A teoria de agência, porque o neo-institucionalismo económico adopta o paradigma contratualizador na análise das relações entre cidadãos e entre cidadãos ou grupos e as organizações<sup>80</sup>;
- A teoria dos interessados, porque o conceito associado ao interessado entrou no discurso político e nas preocupações das organizações internacionais — como por exemplo as NU e a OMS (UNDP, 1997a, b, WHO, 1998a, b, 2000b) — mas também porque, no caso dos hospitais públicos, não existindo verdadeiros proprietários a ênfase desloca-se dos accionistas para os interessados<sup>81</sup>;
- A teoria da provedoria, porque a adopção do seu modelo é considerada como sendo indicado para a tomada de decisões do Estado no sector da saúde, nomeadamente em decisões relacionados com políticas de saúde (Saltman e Ferroussier-Davis, 2000), e o reconhecimento da provedoria como sendo uma das funções desempenhadas pelos sistemas de saúde (WHO, 2000b).

Assim, apresentaremos as principais linhas e algumas críticas a estas três

---

<sup>80</sup> Nesse paradigma as transacções podem ser modeladas como uma situação que envolve dois actores, um denominado agente e o outro principal. Esta situação é tipicamente a que acontece quando há uma separação entre controlo e propriedade, ou seja, quando há uma delegação de autoridade, por exemplo, quando o agente é um profissional contratado por um empregador (o principal) para realizar uma tarefa pré-especificada.

<sup>81</sup> Como os cuidados de saúde são um bem social cada grupo de interessados merece o reconhecimento dos seus interesses e não apenas por causa da sua contribuição para o valor acrescentado de outros grupos (Eeckloo et al., 2004).

teorias nos pontos 3.4.2.1, 3.4.2.2 e 3.4.2.3, respectivamente. No ponto 3.4.2.4 será apresentada uma visão conjunta destas três teorias mostrando pontos de convergência entre elas.

Estas teorias, nomeadamente a teoria de agência e a teoria dos interessados, ajudam a explicar os problemas da eficiência organizacional mas deixam de fora aspectos cognitivos relacionados com a aprendizagem, o conhecimento e os aspectos da inovação (Charreaux, 2004). Existem, outras teorias, quer ao nível micro quer ao nível macro, que ajudam a explicar os sistemas de governação empresarial, onde se incluem a composição e as funções dos conselhos de administração, relacionadas com aspectos legais, aspectos culturais, aspectos históricos, aspectos políticos, aspectos relacionados com o meio onde a empresa está inserida, aspectos institucionais e aspectos sociais (Zahra e Pearce, 1989, Turnbull, 1997, Lynall et al., 2003, Charreaux, 2004, Clarke, 2004).

Assim, no ponto 3.4.3 serão apresentadas, de forma resumida, outras teorias relacionadas com a governação empresarial. O objectivo deste ponto é apenas enquadrar de uma forma geral o leitor e alertar para outras perspectivas possíveis e que enquadram aspectos não abordados pelas três teorias anteriores.

### **3.4.2.1. Teoria de agência**

Adam Smith foi o primeiro a levantar preocupações sobre saber se os gestores contratados tomam conta do capital de terceiros com a mesma preocupação se ele fosse seu (Smith, 1776). Os membros de qualquer organização social (do caçador às tribos, das empresas às nações) rapidamente se especializaram em diferentes grupos de acordo com a sua competências e perícia distinguindo-se dois tipos de actores:

- Os principais são pessoas com capacidade para acumular capital (riqueza e recursos) — no caso das organizações são os proprietários ou os accionistas;
- Os agentes são pessoas com um conjunto de ideias para utilizarem efectivamente o capital, realizando coisas e criando mais valor — no caso das organizações são os gestores.

A economia é o estudo de como as pessoas e a sociedade decidem empregar

recursos escassos, que poderiam ter utilizações alternativas, para produzir bens variados e para os distribuir para consumo, agora ou no futuro, entre as várias pessoas e grupos da sociedade (Samuelson e Nordhaus, 1988). Tendo por base este articulado e aplicando-o aos actores identificados concluímos que a economia diz respeito à alocação de recursos escassos (dos principais) para o seu uso mais efectivo (pelos agentes).

O problema do agente/principal está relacionado com o facto de os agentes terem ideias para usar o capital que ultrapassam ou divergem das intenções originais dos principais. Este princípio pode ser aplicado nas mais diversas organizações e situações: os principais tem um objectivo em mente para os seus recursos e os agentes desejam acompanhar esse desejo.

Mais tarde, Berle e Means<sup>82</sup>, juntando a perspectiva legal e a perspectiva económica, descreveram as fontes potenciais de conflitos que podem resultar da separação existente entre propriedade e controlo nas “empresas modernas” onde os proprietários cederam o seu poder a empregados, os gestores, que exercem o controlo por sua vez (Berle e Means, 1932).

Durante os anos 60, e princípios dos anos 70, do século passado, os economistas exploraram os problemas da partilha do risco entre indivíduos ou grupos (Wilson, 1968, Arrow, 1971) resultante das diferentes atitudes de cada parte cooperante perante o risco. A teoria de agência alargou este campo de investigação ao incluir o problema de agência, que ocorre quando as partes cooperantes possuem diferentes objectivos e diferentes divisões de trabalho (Ross, 1973, Jensen e Meckling, 1976, Eisenhardt, 1989), focando a relação ambígua de agência em que uma parte (o principal) delega trabalho a outra (o agente) que leva a cabo esse trabalho. Para tal esta teoria tenta descrever esta relação utilizando a metáfora de um contrato (Jensen e Meckling, 1976).

Se consideramos a empresa como uma ficção legal que serve como um nexo para um conjunto de relações contratuais entre indivíduos, a relação de agência é definida como sendo um contrato sob o qual uma ou mais pessoas (o principal)

---

<sup>82</sup> Berle era um advogado e Means um economista. Os dois procuraram ligar as duas disciplinas considerando que o enquadramento legal existente permitia a separação da propriedade do controlo nas empresas maiores e que a predominância das grandes empresas, em conjunto com a grande dispersão de propriedade das suas acções, tornava este fenómeno interessante e importante.

contratam outra pessoa (o agente) para desempenhar algum serviço no seu interesse pessoal (o principal) envolvendo a delegação de alguma autoridade para a tomada de decisão para o agente. Se ambas a partes da relação procuram maximizar a sua utilidade, então existe uma boa razão para acreditar que o agente não actuará sempre nos melhores interesses do principal (Jensen e Meckling, 1976).

Ideia chave	A relação principal/agente deve reflectir uma organização eficiente da informação e dos custos das atitudes de risco
Unidade de análise	Contrato entre o principal e o agente
Assumpções do comportamento humano	Egoísmo (interesses pessoais) Racionalidade limitada Aversão ao risco
Assumpções organizacionais	Conflito de objectivos parcial entre os participantes Eficiência como critério de efectividade Assimetria de informação entre o principal e o agente
Assumpções de informação	Informação como uma mercadoria que pode ser adquirida
Problemas contratuais	Agência (risco moral e selecção adversa) Partilha do risco
Domínio do problema	Relações em que o principal e o agente possuem parcialmente diferentes objectivos e preferências ao risco (ex: compensações, regulação, liderança, boa imagem da gestão, integração vertical, transferência de preços)

**Quadro 35** — Sinopse da teoria de agência [Adaptado de Eisenhardt (1989)]

A assimetria de informação pode permitir que os gestores tomem decisões que não contribuam para maximizar o valor da empresa (quer por questões de risco moral<sup>83</sup> quer por questões de selecção adversa<sup>84</sup>). Desta forma, o principal (interessado em maximizar o valor da empresa) procurará mecanismos para a limitação dessas divergências de interesse com a gestão (as decisões são tomadas pelos gestores). As fontes de conflito, entre os interesses dos accionistas e gestores, de vária ordem (regalias dos gestores, preferências despesistas, preferência pelo lazer, atitudes face ao risco, preferências temporais, etc.) necessitam de mecanismos de controlo e fiscalização sobre a gestão que podem ser internos (pagamento por resultados, monitorização,

<sup>83</sup> O risco moral está relacionado com a falta de esforços por parte do agente. O agente pode simplesmente não levar por diante o acordado com o principal, isto é, o agente está a esquivar-se. Por exemplo, o risco moral ocorre quando um investigador trabalha num projecto de investigação pessoal numa empresa temporariamente, mas a investigação é tão complexa que a gestão da empresa não consegue detectar o que o investigador está realmente a fazer (Eisenhardt, 1989).

<sup>84</sup> A selecção adversa está relacionada com a deturpação da capacidade do agente. O agente reivindica que possui determinada experiência, capacidades ou habilidade quando é contratado e o principal não consegue verificar completamente, ou apurar, essas capacidades quando o contrata. Por exemplo, a selecção adversa ocorre quando um investigador reivindica experiência numa especialidade científica e a entidade patronal não consegue determinar se este é caso (Eisenhardt, 1989).

reorganização da gestão, etc.) e externos (intervenção eficiente do mercado através de ameaças de aquisição, restrições colocadas pelos credores e ameaça de falência, competição, mercado de trabalho dos gestores).

A divergência de preferências, entre o principal e o agente, inerente à teoria de agência necessita de medidas e recompensas que assegurem que os indivíduos que perseguem os seus objectivos pessoais também persigam os objectivos de interesse colectivo (Eisenhardt, 1989). As recompensas dadas à gestão e os conselhos de administração são os mecanismos de governação mais comuns na teoria de agência de modo a garantir que os gestores estão em sintonia com os proprietários (Davis et al., 1997). Os conselhos de administração são introduzidos para monitorizar os gestores no interesse dos accionistas (Jensen e Meckling, 1976, Eisenhardt, 1989) e/ou para servir de agentes fiduciários dos accionistas monitorizando a gestão de forma a assegurar que os interesses dos accionistas são considerados (Zahra e Pearce, 1989, Johnson et al., 1996).

A teoria de agência assume como principais apenas os accionistas, isto é, os beneficiários últimos dos actos da empresa devendo a gestão orientar todas as suas acções no sentido de aumentar o valor da empresa e a riqueza dos respectivos accionistas. Existem várias razões que justificam a assumpção da teoria de agência:

- Por um lado a consciência de que a existência de objectivos múltiplos e o potencial conflito entre esses objectivos dificultam o processo de tomada de decisão e, conseqüentemente a avaliação do desempenho dos gestores (Heath e Norman, 2004);
- Por outro lado o facto de os accionistas apenas serem beneficiários de direitos residuais<sup>85</sup> enquanto os outros interessados beneficiam da protecção de contratos específicos<sup>86</sup> (Heath e Norman, 2004).

Esta posição predominante dos accionistas é contradita por alguns autores. Por exemplo, o encerramento de uma fábrica numa pequena comunidade afecta toda a comunidade em termos de risco de desemprego, quebras no consumo, etc. A sobrevivência da empresa é muito mais importante para os seus empregados do que

---

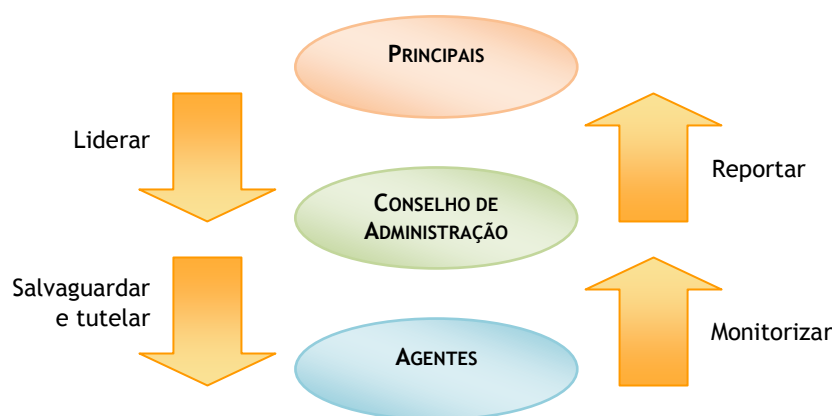
<sup>85</sup> Apenas são remunerados em função dos lucros obtidos e em caso de dissolução da empresa apenas são reembolsados após todas as restantes partes terem sido ressarcidas O lucro obtido resulta da diferença apurada após serem deduzidos aos proveitos todos os custos resultantes dos contratos e obrigações estabelecidos pela empresa.

<sup>86</sup> São pagos em função daquilo que os seus contratos estipulam.



para os accionistas, que podem sempre diversificar o risco investindo em várias empresas. Desta forma faz sentido que os interessados tenham alguns direitos de decisão (Jansson, 2005).

A teoria de agência é especialmente aguda nas culturas anglo-saxónicas (Turnbull, 1997), nomeadamente EUA e Reino Unido, onde predomina a propriedade dispersa, i.e., os investidores institucionais são os grandes accionistas, mas as suas posições em cada empresa são pouco expressivas (La-Porta et al., 1999).



**Figura 12** — Os actores segundo a teoria de agência [Adaptado de Brown Governance (2004)]

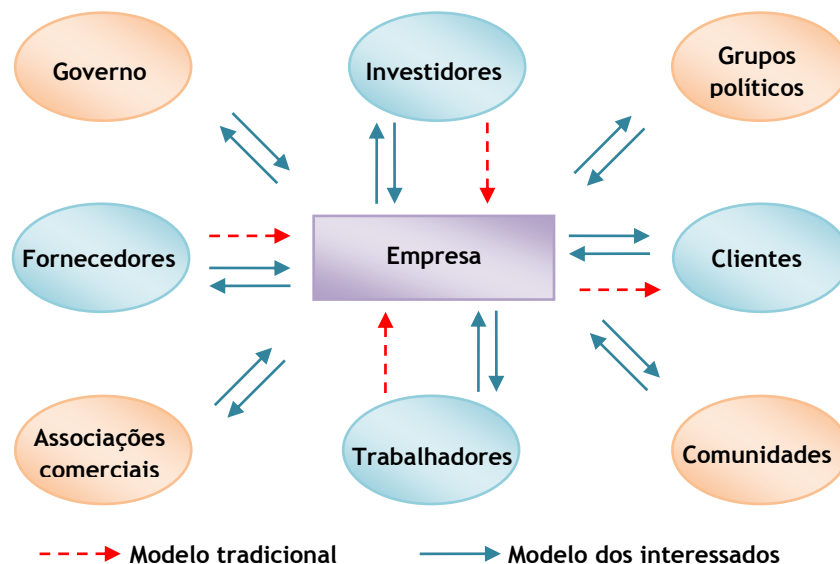
A governação é uma forma de abordar o problema de agência (Brown Governance, 2004, Heath e Norman, 2004). Conforme apresentado na Figura 12, o CA actua como intermediário e como representante dos principais com os agentes assegurando que o capital é aplicado de acordo com a intenção e os objectivos dos principais. Simultaneamente, o CA age como voz dos agentes para os principais, articulando as suas ideias da utilização a dar ao capital e prestando contas dos retornos da utilização do capital aos principais. Desta forma, os governadores (entidade intermediária ou administração) possuem quatro responsabilidades fundamentais que constituem a governação: liderança, provedoria, monitorização e reportar.

Os restantes actores, os principais e os agentes, também possuem responsabilidades essenciais, porque a boa governação não está relacionada com um comportamento de confrontação entre os três actores, mas sim com a identificação e a execução, por parte de cada um, das suas responsabilidades. Assim, as responsabilidades centrais dos principais são seleccionar e nomear os conselhos de administração, seleccionar e nomear os auditores (quer internos quer externos, que devem controlar e pronunciar-se sobre os relatórios de contas mantendo os seus

deveres profissionais, independência e responsabilização perante os accionistas), e assegurarem-se existe um sistema efectivo de governação.

### 3.4.2.2. Teoria dos interessados

A teoria dos interessados sustenta que qualquer empresa ou organização foi criada para servir (criar valor) uma gama variada de interessados, para além dos accionistas, que possuem um interesse legítimo nos resultados da organização e no seu desempenho servindo desta forma um objectivo societário mais abrangente devendo a gestão prestar-lhe atenção (Freeman, 1984). A Figura 13 apresenta o modelo dos interessados proposto por Donaldson e Preston (1995).



**Figura 13** — Modelo dos interessados [Adaptado de Donaldson and Preston (1995)]

No modelo tradicional de entrada/saída (*input/output*) a empresa utiliza as entradas (*inputs*) dos investidores, trabalhadores e fornecedores para as converter em saídas (*outputs*) que os compradores compram proporcionando à empresa benefícios de capital. De acordo com este modelo as empresas apenas têm em conta as necessidades e os desejos destes quatro entes: investidores, trabalhadores, fornecedores e clientes. A teoria dos interessados reconhece que existem outras partes envolvidas, incluindo agências do governo, grupos políticos, associações comerciais, sindicatos, comunidades, associações profissionais, etc. (Donaldson e Preston, 1995).

Estes últimos autores propõem quatro teses para esta teoria:

- A teoria dos interessados é descritiva, porque oferece um modelo que descreve a empresa como uma constelação de interesses cooperativos e competitivos que possuem valor intrínseco;
- A teoria dos interessados é instrumental, porque define um enquadramento para examinar as ligações entre a prática da gestão dos interessados e o atingir dos diversos objectivos de desempenho da empresa;
- A teoria dos interessados, para além de descritiva e instrumental, é fundamentalmente normativa. Os interessados são identificados pelos seus interesses na empresa e esses interesses possuem um valor intrínseco;
- A teoria dos interessados é administrativa em sentido alargado, porque recomenda atitudes, estruturas e práticas que exigem que seja dada atenção simultânea a todos os interesses dos legítimos interessados.

O modelo dos interessados identificado por Hawley and Williams (1996) assenta nesta teoria. A defesa deste modelo e a importância dos interessados para a empresa tem sido defendida por vários autores:

- Porter fez um conjunto de recomendações aos promotores de políticas dos EUA e às empresas: aos primeiros que deveriam incentivar a responsabilidade dos trabalhadores e encorajar a representatividade nos conselhos de administração dos interessados mais significativos (clientes, fornecedores, conselheiros financeiros, trabalhadores e representantes das comunidades); aos segundos para procurarem responsáveis de longa data dando-lhe voz directa na governação e nomear interessados mais significativos para os conselhos de administração (Porter, 1992);
- Blair propõe que o objectivo da administração e da gestão é maximizar a criação de riqueza por parte da empresa através da melhoria da voz e de incentivos aos participantes da empresa, que contribuem ou controlam recursos críticos ou específicas, e alinhar os interesses destes interessados críticos com os interesses externos, nomeadamente dos accionistas (Blair, 1995);
- Shankman defende que, contrariamente ao silêncio moral assumido na economia, a teoria de agência deve incluir o reconhecimento de pelo menos

quatro princípios morais: honrar os seus compromissos, evitar mentir, evitar provocar danos a terceiros, e respeitar a autonomia individual. Estes princípios antecedem qualquer relação de agência e como tal merecem primazia sobre qualquer acordo económico existente entre o agente e o principal (Shankman, 1999).

As críticas a esta teoria têm sido várias assentando sobretudo na existência de diferentes teorias dos interessados e as consequências em termos de representatividade na tomada de decisão e da circularidade da prestação de contas.

Existem várias teorias dos interessados relacionadas com diferentes aspectos, como por exemplo:

- Donaldson e Preston, distinguem as normativas, as descritivas e as instrumentais (Donaldson e Preston, 1995). As normativas são utilizadas para indicar quais as funções da empresa em termos morais e filosóficos; as descritivas são usadas para descrever e algumas vezes para explicar a natureza das operações das empresas; e as instrumentais são utilizadas para justificar a adopção de uma aproximação baseada nos interessados na empresa;
- Kaler divide-as em teorias que dão ou não dão prioridade aos interesses dos accionistas sobre os não accionistas, em teorias que colocam ou não colocam responsabilidades aos não accionistas bem como aos accionistas, e em teorias que aceitam ou não aceitam a prestação de contas a não accionistas bem como a accionistas (Kaler, 2003).



**Figura 14** — Os actores segundo a teoria dos interessados [Adaptado de Brown Governance (2004)]

Se levada à letra a constituição da administração, em termos da representatividade, os processos de decisão podem-se tornar morosos e correm-se sérios riscos com a circularidade da prestação de contas (Brown Governance, 2004). A configuração apresentada na Figura 14 afigura desde logo um conjunto de benefícios e de desvantagens:

- Benefícios — inclusão; a diversidade de pontos vista e expectativas legítimos possuem uma voz directa na mesa de discussão da administração e influenciam a direcção estratégia e as prioridades da empresa. As empresas e a gestão são mais sensibilizadas e responsáveis para um conjunto mais alargado de interesses sociais e ligados ao meio;
- Desvantagens — os processos de tomada de decisão são muito lentos. A inclusão de diversas vozes implica obrigatoriamente reuniões mais longas e a necessidade de rever várias vezes as decisões. Para além disso, os membros da administração tendem a agir de acordo com os melhores interesses dos seus constituintes com custos para os melhores interesses da organização. Por outro lado, o tempo extra consumido na direcção deixa pouco tempo para a outra parte da governação, i.e., o controlo. A gestão e uma segunda linha de administração são responsáveis por este mecanismo conduzindo, mais uma vez à circularidade da prestação de contas e, conseqüentemente, à continuidade de uma gestão ineficiente.

Por estas razões alguns autores argumentam que o papel dos interessados deve ser restringido à participação em termos de informação (Williamson, 1985) através de conselhos consultivos ou conselhos de supervisão (Guthrie e Turnbull, 1995).

Alguns autores criticam a procura de teorias morais e éticas aplicadas aos negócios. Por exemplo, Humber (Humber, 2002) critica as teorias normativas dos interessados argumentando que se deve abandonar a procura para desenvolver uma teoria moral específica nos negócios, e que não se deve tentar impor o uso de qualquer teoria moral nos negócios, mas sim permitir às empresas que determinem a sua moral e as suas responsabilidades da forma mais adequada.

Apesar das críticas feitas a esta teoria é um facto que a importância da teoria dos interessados cresceu ao longo das últimas décadas devido ao impacto das decisões tomadas pelas empresas em diferentes grupos de interessados (Jansson, 2005). Por

outro lado esta teoria assume importância na relação com a responsabilidade social das organizações e o bem comum das mesmas (Argandoña, 1998) e como um enquadramento importante e vulgarmente utilizado quando se lida com questões de ética nos negócios (Gibson, 2000). Outros autores consideram que esta pode ser utilizada para medir o desempenho das organizações (Sirgy, 2002) ou de aferir o seu valor (Charreaux e Desbrières, 2001), e como modelo de suporte para analisar reformas no sector público, por exemplo a empresariação dos hospitais (Barnett et al., 2000, 2001), com questões éticas e sociais envolvidas.

Numa perspectiva mais ampla, aponta para questões relacionadas com o exercício da cidadania (as empresas como cidadãos, as empresas como administradoras de cidadania, e os interessados como cidadãos), por um lado, e a construção de arranjos éticos institucionais que orientem os negócios das empresas, por outro (Crane et al., 2004). As empresas, como entidades legais com direitos e obrigações, podem ser cidadãos de pleno direito dentro do espaço onde operam através do suporte que prestam à comunidade. Por outro lado, ao assumirem, partilharem ou mesmo tomarem parte de forma crescente na função de protegerem, facilitarem e permitirem o exercício dos direitos de cidadania tornam-se administradoras dessa mesma cidadania. Por último, os interessados são cidadãos ou representam interesses de cidadãos com participação activa na vida da empresa e da comunidade onde esta se integra.

Por seu turno, Jansson (Jansson, 2005) considera que existem fundamentos morais para o modelo dos interessados e que a questão fundamental é como fazer com que os gestores tenham em conta e equilibrem os interesses dos diversos interessados. O mesmo autor apresenta alguns pontos que devem ser considerados e que podem dificultar a acção dos gestores: alguns interesses dos interessados já estão protegidos por lei, embora seja impossível uma protecção completa; os grupos de interessados podem ter objectivos contraditórios; e dentro do mesmo grupo de interessados podem existir objectivos diferentes.

### **3.4.2.3. Teoria da provedoria**

A teoria da provedoria (Davis et al., 1997) é uma aproximação alternativa à governação empresarial, com influências da psicologia e da sociologia, destinada a

ajudar os investigadores a examinarem situações em que os gestores como provedores<sup>87</sup> são motivados para agir no melhor interesse dos principais.

Conforme já mencionado anteriormente, utilizamos o conceito de provedoria como sinónimo da palavra inglesa *stewardship*. Este termo que podemos traduzir por “provedoria”, “intendência”, “salvaguarda” ou “reitoria”, não têm correspondência directa com nenhuma palavra da língua portuguesa<sup>88</sup>. O dicionário de inglês da Longman considera que o termo designa uma função de controlo ou de protecção sobre alguma coisa. Desta forma será a responsabilidade pessoal de alguém tomar conta dos assuntos relacionados com aspectos financeiros ou de propriedade de terceiros, isto é, de algo que não é seu. Em termos organizacionais esta função refere-se à responsabilidade da gestão utilizar e desenvolver os recursos da forma mais apropriada, incluindo as pessoas, a sua propriedade e os assuntos financeiros.

Assim, a teoria da provedoria tem na sua génese subjacente um modelo de homem que não deixa espaço para a assumpção de preferências divergentes que existe na teoria de agência. A principal assumpção é que o comportamento dos agentes (gestores) está alinhado com os interesses dos principais (Davis et al., 1997)<sup>89</sup>. Desta forma, enquanto a teoria de agência procura resolver os interesses divergentes entre o agente e o principal a teoria da provedoria procura explicar as situações em que os interesses estão alinhados. A escolha entre a relação de agência e a relação de provedoria está representada no Quadro 36, tornando-se evidente que não é aconselhável uma relação mista, porque ou o gestor fica frustrado e sente-se traído (3º quadrante) ou o principal fica furioso e sente-se traído (2º quadrante). Este modelo acentua a importância dos compromissos, das relações de longa duração e do clima de confiança existente entre as partes.

---

<sup>87</sup> Do inglês *stewards*. O termo pode ter vários significados: criado de bordo, camareiro, criado de mesa, mordomo, intendente, administrador, etc. Uma definição mais geral aponta para alguém que protege/defende alguma coisa ou que é responsável por ela, especialmente coisas como o ambiente, propriedade pública ou dinheiro.

<sup>88</sup> Historicamente a *stewardship* era a responsabilidade dada aos criados domésticos para trazer comida e bebida para a sala de jantar dos castelos. O termo foi depois expandido para indicar a responsabilidade dos empregados domésticos para gerirem os problemas da gestão doméstica. Mais tarde tornou-se a responsabilidade de tomar conta das necessidades dos passageiros domésticos de navios, comboios ou aviões, ou de gerir o serviço providenciado aos clientes dos restaurantes. O termo continua a ser usado desta forma, mas é também usado de uma forma mais geral para referir a responsabilidade de tomar conta de alguma coisa que não nos pertence. Saltman menciona também que o conceito possui na sua origem raízes religiosas (Saltman e Ferroussier-Davis, 2000).

<sup>89</sup> No artigo referenciado, Davies et al fazem comparação a teoria de agência com a teoria de provedoria relativamente ao modelo de Homem, ao comportamento, aos mecanismos psicológicos (motivação, comparação social, identificação e poder) e aos mecanismos situacionais (referentes à filosofia de gestão, nomeadamente no que se refere à orientação ao risco, à referência temporal e ao objectivo, e às diferenças culturais).

		Escolha do principal	
		Agente	Provedor
Escolha do gestor	Agente	Minimizar os custos potenciais Relação mútua de agência 1	O agente age de forma oportunista O principal fica furioso O principal sente-se traído 2
	Provedor	O principal age de forma oportunista O gestor fica frustrado O gestor sente-se traído 3	4 Maximiza o desempenho potencial Relação mútua de provedoria

**Quadro 36** — Modelo de escolha da relação entre principal e o gestor [Adaptado de Davis et al. (1997)].

No campo da organização, a teoria de agência assume que os gestores procuram maximizar os seus benefícios pessoais (Fox e Hamilton, 1994). Por seu turno, a teoria de provedoria argumenta que os directores desempenham um papel importante, nomeadamente reforçar as estruturas e mecanismos da governação para maximizar os benefícios do provedor (Donaldson e Davis, 1991, Donaldson e Davis, 1994, Fox e Hamilton, 1994).

Os gestores executivos, que são os provedores, têm as suas acções em prol da organização facilitadas quando as estruturas da governação empresarial lhe dão maior autoridade e margem de manobra ou campo de acção para as levarem a cabo (Donaldson e Davis, 1991). O gestor executivo, que é inequivocamente responsável pelo destino da empresa, possui o poder de determinar a estratégia sem temor de ver as suas decisões revogadas ou anuladas por presidentes do CA externos. Deste modo, a teoria da provedoria argumenta que CA deve desempenhar um papel mais activo facilitando e reforçando os poderes dos gestores no lugar de os monitorizar ou controlar.

A ligação entre o papel dos membros do CA/gestão e o desempenho da empresa na teoria da provedoria é bastante subtil. A razão é que de acordo com esta teoria o gestor possui um comportamento colectivo procurando garantir a realização dos objectivos da organização (como por exemplo o crescimento da vendas ou a rentabilidade) que beneficia os proprietários externos (através de efeitos positivos dos lucros no dividendos e no preço das acções) e os principais, que são hierarquicamente superiores aos gestores, porque os seus objectivos são partilhados e apoiados pelo gestor.

A teoria da provedoria assume uma relação forte entre o sucesso da



organização e a satisfação do principal. O gestor protege e maximiza a riqueza dos accionistas através do desempenho da empresa, porque ao fazê-lo as funções de utilidade do gestor são maximizadas. Como tal, o CA desempenha uma função sobretudo indirecta: reforça o poder dos gestores que, por sua vez, são directamente responsáveis pelo desempenho da empresa.

A teoria da provedoria, como tal, favorece os mecanismos de governação que suportam e reforçam a gestão da empresa e desfavorece aqueles que a monitorizam e controlam. De acordo com a teoria da provedoria o factor crucial que influencia o desempenho organizacional e os retornos dos accionistas é o desenho da estrutura da organização para que os gestores possam tomar acções efectivas (Chitayat, 1984). Desta forma, a chave não é aumentar ou intensificar o controlo e a monitorização da gestão, ou criar donos de substituição, mas sim reforçar os poderes da gestão (Donaldson e Davis, 1991).

Tendo em conta que esta teoria é a última a ser acrescentada ao campo de investigação da governação empresarial, a aproximação da provedoria investiga as situações em que os gestores são motivados para agir no melhor interesse dos principais (Donaldson e Davis, 1991, Davis et al., 1997). Os preponentes desta teoria argumentam que o modelo é baseado na perspectiva que o gestor, cujo comportamento é pró-organizacional e colectivista, obtém uma utilidade maior que o gestor com comportamentos individualistas e egoístas. Desta maneira, mesmo quando os interesses do gestor e do principal não estão alinhados, o gestor valoriza mais a cooperação do que o confronto. Uma vez que o gestor percepção uma maior utilidade na cooperação, e comporta-se de acordo com essa percepção, este comportamento pode ser considerado racional.

Os argumentos desta teoria e os seus principais defensores, Donaldson e Davis<sup>90</sup>, suportam e apoiam o investimento das escolas de gestão e dos seus estudantes no desenvolvimento de conhecimentos, técnicas e competências na área da gestão ao mesmo tempo que reforçam o prestígio social e profissional de ser um gestor (Turnbull, 1997).

---

<sup>90</sup> Lex Donaldson e Jeremy Davis ensinam/ensinaram em escolas de gestão. Donaldson é membro da *School of Organisation and Management in the Australian School of Business*. Davis, entretanto reformado,-é um membro distinto da mesma *School of Organisation and Management in the Australian School of Business*.

O modelo de provedoria identificado por Hawley and Williams (1996) assenta nesta teoria. Apesar da defesa deste modelo, e da teoria na qual ele assenta, alguns autores têm apresentado críticas afirmando que a lógica inerente aponta para um CA dominado pela gestão executiva ou para a não existência sequer do CA (Hawley e Williams, 1996). A lógica inerente ao pensamento de Donaldson e Davis é que os membros não executivos do CA são mecanismos de controlo deficientes e que os mesmos conselhos de administração se tornam redundantes quando existe um accionista dominante activo, especialmente quando este é uma grande família ou um governo. Nestas situações os conselhos de administração são criados devido a hábitos culturais, na fé cega da sua eficácia ou para dar um aspecto mais empresarial a empresas do Estado ou a empresas familiares.

Pfeffer<sup>91</sup> concluiu que quanto mais regulada for uma determinada indústria mais membros independentes estão presentes no CA para dar garantias aos vários interessados (reguladores, banca, e outros grupos de interesses), demonstrando que a importância dos directores externos reflecte-se mais na influência que estes podem exercer sobre os membros constituintes da empresa do que na influência que podem exercer sobre os gestores (Pfeffer, 1972).

A teoria da gestão salienta que as empresas são entidades cada vez mais complexas, de grande dimensão, com múltiplas variáveis de decisão inter-relacionadas, que enfrentam desafios cada vez mais exigentes e que, como tal, dirigir e controlar esta nova realidade apresenta desafios muito maiores que aqueles que apresentavam as organizações identificadas por Adam Smith.

Desta forma, apenas uma gestão sofisticada, com experiência e profissional pode dirigir e controlar de forma efectiva estas empresas modernas e complexas (Brown Governance, 2004). Assume-se que a direcção e o controlo da organização são cedidos pelos donos e accionistas (principais) e pela administração aos gestores (agentes). A teoria da provedoria, suportado na motivação dos gestores (para agir no melhor interesse dos principais maximizando a sua utilidade) e no seu comportamento (desempenhando uma função de provedoria), defende que CA deve desempenhar um papel mais activo facilitando e reforçando os poderes dos gestores no lugar de os

---

<sup>91</sup> A amostra incluía *utilities*, empresas de transportes, manufacturas, e empresas de retalho e distribuição. Foram excluídas especificamente holdings, instituições financeiras e empresas cuja propriedade estava concentrada nas mãos dos administradores e funcionários.

monitorizar ou controlar. Na prática ambas as abordagens conduzem ao modelo de governo representado na Figura 15.



**Figura 15** — Modelo de cedência do poder à gestão [Adaptado de Brown Governance (2004)]

Aquilo que a governação empresarial questiona é exactamente esta cedência. O *Relatório Cadbury*, o *Relatório Devy*, a *Sarbanes-Oxley Act*, o enquadramento do BM (World Bank, 1999) e os próprios princípios da boa governação da OCDE (OECD, 2004), entre outros, não negam que as empresas modernas são complexas, mas salientam que não podem ser cedidas simultaneamente aos gestores os mecanismos da governação ( direcção e controlo) e da gestão correndo-se o risco de criar uma circularidade ou uma tautologia na prestação de contas. Os escândalos financeiros de grandes empresas, já mencionados anteriormente, mostraram exactamente este facto, nomeadamente as relações entre os gestores e os auditores externos que acumulavam funções de auditoria com funções de consultadoria de compatibilização questionável.

John Kenneth Galbraith, um dos economistas mais respeitados e influentes do Século XX, afirma “a gestão empresarial é uma das formas mais sofisticadas de fraude e, nos últimos tempos, uma das mais evidentes [...] os donos e os accionistas das empresas são reconhecidos, venerados até, mas é por demais evidente que não têm qualquer papel na gestão dos negócios” (Galbraith, 2006).

O princípio razoável defendido por Adam Smith com a sua teoria de agência é que à medida que as organizações sociais se tornam mais complexas mais se torna necessária a especialização de modo a dividir as tarefas. Desta forma, a atribuição das responsabilidades de governação não são dadas à administração pelo facto de eles entenderem melhor a organização do que os gestores, mas precisamente porque eles não são gestores (Brown Governance, 2004).

#### **3.4.2.4. Convergência de teorias**

A teoria de agência é o enquadramento teórico mais dominante e a mais reconhecida em termos de investigação da governação empresarial (Turnbull, 1997, Lynall et al., 2003, Clarke, 2004), nomeadamente nos aspectos relacionados com a composição e as funções dos conselhos de administração (Zahra e Pearce, 1989). Contudo, esta teoria assume de raiz a existência de conflitos de interesses, não se aplicando em situações em que os interesses estão alinhados, e considera como principais essencialmente os accionistas.

A teoria de agência reconhece apenas como principais os accionistas, devendo os gestores concentrar as suas acções no sentido de maximizar o capital por eles investido. As razões desta abordagem prendem-se com a consciência de que a existência de objectivos múltiplos e o potencial conflito entre esses objectivos dificultam o processo de tomada de decisão e, conseqüentemente a avaliação do desempenho dos gestores (Heath e Norman, 2004) e que, por outro lado, os accionistas apenas são beneficiários de direitos residuais enquanto os outros interessados beneficiam da protecção de contratos específicos. A teoria dos interessados contraria esta assumpção, reconhecendo que existem outras partes envolvidas, incluindo agências do governo, grupos políticos, associações comerciais, sindicatos, comunidades, associações profissionais, etc. (Donaldson e Preston, 1995). Desta forma, as decisões que afectam a empresa afectarão, de alguma forma, outros interessados, que contribuem ou controlam recursos críticos ou específicos, sendo necessário alinhar os interesses destes interessados críticos com os interesses externos, nomeadamente dos accionistas (Blair, 1995).

A teoria de agência proporciona um meio eficaz de explicar as relações quando existem interesses em conflito entre as partes intervenientes (agente/principal) e a forma como podem os interesses ser alinhados através de sistemas de monitorização e de sistemas de compensação que incidem sobre os gestores (agente). A teoria de provedoria pode ser utilizada para explicar outros tipos de comportamento por parte dos gestores (agente), nomeadamente quando os interesses deste estão alinhados com os interesses dos principais (Davis et al., 1997). Assim, enquanto a teoria de agência

procura resolver os interesses divergentes entre o agente e o principal a teoria da provedoria procura explicar as situações em que os interesses estão alinhados.

O Quadro 37 apresenta para cada uma das três teorias analisadas o papel do CA e a definição geral de governação empresarial.

Dimensão	Teoria de agência	Teoria dos interessados	Teoria da provedoria
Papel do CA	Monitorizar as acções dos agentes (gestores executivos) para assegurar a sua eficiência e proteger os interesses dos principais (proprietários).	Representar e proteger os interesses de todos os interessados. Alinhar os interesses da gestão executiva com os interesses dos interessados.	Papel neutro e pouco interventivo. Reforçar as estruturas e mecanismos da governação para maximizar os benefícios do provedor (gestão executiva)
Definição operacional do papel do CA	Maximizar a riqueza dos accionistas. Reduzir os custos de agência. Seleccionar e recompensar os gestores executivos. Avaliar o desempenho da gestão executiva e da empresa. Tomada de decisão estratégica e controlo.	Maximizar a criação de riqueza por parte da empresa. Melhorar a voz e os incentivos aos participantes da empresa, que contribuem ou controlam recursos críticos ou específicos. Alinhar os interesses dos interessados críticos com os interesses externos, nomeadamente dos accionistas.	Facilitar e reforçar os poderes dos gestores em vez de os monitorizar ou controlar. Não interferir nas operações diárias dos gestores.
Definição de sistema de governação empresarial	Todos os mecanismos que protegem os investimentos financeiros	Todos os mecanismos que mantêm o nexo de contratos e optimizam o comportamento dos gestores	Todos os mecanismos que reforçam o poder da gestão executiva.

**Quadro 37** — O papel dos CA e a definição de sistema de governação empresarial de acordo com a teoria

Shankman, desconstruindo os princípios inerentes à teoria de agência, argumenta que a teoria dos interessados é a consequência lógica da teoria de agência definindo três postulados (Shankman, 1999):

- Contrariamente ao entendimento tradicional da relação de agência o conceito de propriedade privada como usado na teoria de agência deve incluir uma orientação para os interessados. Os modelos de empresa que só reconhecem os proprietários, os interessados económicos, são inconsistentes com os princípios de mercado. Deve existir um nível de moral mínimo que inclua as responsabilidades com os vários interessados;

- Contrariamente ao silêncio moral assumido na economia, a teoria de agência deve incluir o reconhecimento de pelo menos quatro princípios morais: honrar os seus compromissos, evitar mentir, evitar provocar danos a terceiros, e respeitar a autonomia individual. Estes princípios antecedem qualquer relação de agência e como tal merecem primazia sobre qualquer acordo económico existente entre o agente e o principal;
- Contrariamente à assumpção de egoísmo na teoria de agência, tais assumpções em termos de comportamento humano são contraditórias. A lógica da teoria de agência sugere ao contrário uma aproximação contingencial às relações económicas e que as relações adoptadas pelos indivíduos se assumem como capazes de agir de formas não egoístas. Isto permite a introdução da confiança, entre outras coisas, na visão da empresa.

Apesar destes postulados, o mesmo autor alerta para o facto de existirem pontos importantes na teoria de agência que não devem ser perdidos nesta redefinição, nomeadamente, a importância dos incentivos e dos interesses individuais no pensamento organizacional, os meios proporcionados para explicar os fenómenos organizacionais de diferentes campos, a notação da informação como mercadoria, e as implicações das preferências pelo risco nas relações. Desta forma, a teoria dos interessados para ser aceite de forma alargada, deve incorporar as ideias do contrato óptimo e da redução dos custos de agência na sua formulação (Shankman, 1999).

A teoria de provedoria dependerá da inclinação dos indivíduos, nomeadamente os gestores, agirem como provedores dos principais, sendo motivados para agir no seu melhor interesse, poderá ser uma contingência cultural (Turnbull, 1997) mas que pode levantar um conjunto de dilemas, nomeadamente a sua aplicação no sector estatal (Saltman e Ferroussier-Davis, 2000).

### **3.4.3. Outras teorias**

Para além das três principais teorias, apresentadas anteriormente, expomos

aqui um breve resumo de outras teorias<sup>92</sup> com a intenção de fazer um enquadramento geral. O objectivo é apenas mostrar a diversidade de abordagens que podem ser consideradas na governação empresarial.

### **3.4.3.1. Teoria política**

O modelo político considera que a alocação de poder por parte da empresa, os privilégios e a comparticipação nos lucros entre proprietários, gestores e outros interessados é determinado pela forma como o Governo favorece os seus constituintes. A capacidade dos interessados influenciarem a alocação entre eles ao nível micro está sujeita a restrições do enquadramento de nível macro, que está interactivamente sujeito à influência do sector empresarial em questão (Roe, 1990, 1994, 1997).

A teoria política assenta sobretudo nos trabalhos de Roe (1990, 1994, 1997), suportada na organização do sistema financeiro americano, tendo sido objecto de muitas críticas e proposições para desenvolvimento ou expansão. Charreaux (2004) salienta os modelos propostos por outros autores como Rajan e Zingales e por Pagano e Volpin (Pagano e Volpin, 2001a, b, Rajan e Zingales, 2003).

### **3.4.3.2. Teoria da dependência de meios**

Esta teoria caracteriza as ligações entre as organizações como um conjunto de relações de poder baseadas na troca de meios e define o sucesso organizacional como a maximização desse poder (Selznick, 1948). A teoria afirma que os actores, quando têm falta de meios, procuram estabelecer relações com outros actores de modo a obter os meios necessários e que as organizações procuram alterar as suas relações de dependência minimizando a sua dependência ou aumentando a dependência de outras organizações relativamente a si.

A teoria considera três assumpções fundamentais: as organizações compreendem coligações internas ou externas que emergem das trocas sociais que são

---

<sup>92</sup> Para o leitor mais interessado em aprofundar cada uma destas teorias recomendamos para uma primeira abordagem a leitura dos artigos de Charreaux, Lynall et al., e Zahra e Pearce (Zahra e Pearce, 1989, Lynall et al., 2003, Charreaux, 2004). Para cada algumas das teoria recomendamos: teoria política (Roe, 1990, 1994, 1997) e abordagens alternativas (Pagano e Volpin, 2001a, b, Rajan e Zingales, 2003); teoria da dependência dos meios (Pfeffer e Salancik, 1978, Ulrich e Barney, 1984); teoria institucional (Selznick, 1948, Scott, 1987, Powell e Dimaggio, 1991, Scott, 1995); teoria das redes sociais; teoria da dotação/legado (Beck et al., 2001a, 2003).

formadas para influenciar e controlar comportamentos; o meio onde a organização opera possui recursos escassos e valiosos essenciais para a sobrevivência da organização; as organizações procuram, por um lado, adquirir controlo sobre meios que minimizam a sua dependência relativamente a outras organizações e controlar os meios que maximizam a dependência de outras organizações relativamente a si.

A empresa é vista como um sistema aberto, dependente de organizações externas e de contingências relacionadas com o meio onde opera. Citando vários autores Lynall et al.( 2003) argumentam que os proponentes desta perspectiva vêem os conselhos de administração como uma forma de gerir a dependência externa (Pfeffer e Salancik, 1978), de reduzir a incerteza associada ao meio (Pfeffer, 1972), e reduzir os custos de transacção associados à interdependência com o meio (Williamson, 1984) servindo de ligação com o meio externo.

Assim, o papel principal dos conselhos de administração é trabalhar para que sejam providenciados os meios à empresa e aos gestores para que esta atinja os seus objectivos. Os meios providenciados pelos conselhos de administração são aconselhamento e consulta, legitimidade, canais para comunicar informação entre a empresa e as organizações externas, e assistência na obtenção de recursos ou compromissos de elementos importantes externos à empresa (Zahra e Pearce, 1989).

### **3.4.3.3. Teoria institucional**

A teoria institucional defende a importância dos quadros normativos e dos regulamentos na orientação, constrangimento, e reforço dos comportamentos prestando atenção aos aspectos mais profundos e resilientes da estrutura social (Scott, 1995). Considera os processos pelos quais as estruturas, incluindo esquemas, regras, normas e rotinas, se estabelecem como linhas autoritárias orientadoras para o comportamento social. Questiona a forma como esses elementos são criados, difundidos, adoptados e adaptados ao longo do tempo e do espaço e a forma como eles entram em declínio e em desuso.

A empresa é considerada como consistindo em estruturas e actividades cognitivas, normativas e reguladoras que dão sentido ao comportamento social. As culturas, estruturas e rotinas, que operam em níveis múltiplos, são os meios de



transmissão através dos quais as instituições provocam impactos nas empresas. Assim, ao longo do tempo, as organizações reflectem as regras duradouras institucionalizadas e legitimadas pelos seus ambientes sociais.

#### **3.4.3.4. Teoria das redes sociais**

A teoria das redes sociais olha as relações sociais como um conjunto de nodos, que representam os actores individuais dentro das redes, e ligações, que representam as relações entre os actores, podendo existir uma variedade diversa de ligações entre os nodos. Na sua forma mais simples, uma rede social é um mapa de todas as ligações mais relevantes entre os nodos a serem estudados. A rede pode também ser utilizada para determinar o capital social dos actores individuais.

Esta teoria é construída com base na teoria da dependência de meios. O ponto fundamental desta perspectiva é a noção de que as acções da empresa estão integradas em redes sociais. O grau dessa integração depende da extensão da informação das acções, das influências e das possibilidades abertas pelas relações preferenciais e estáveis da rede de relações sociais(Granovetter, 1985). A teoria permite examinar a forma como as empresas interagem umas com as outras, caracterizando as ligações informais que ligam os executivos, bem como as associações e ligações entre trabalhadores de diferentes empresas. Estas redes proporcionam formas para as empresas obterem informação, dissuadir a concorrência, e mesmo ser conivente na fixação de preços ou políticas.

A ideia fundamental é que os gestores possuem uma preferência generalizada de realizar transacções com indivíduos de reputação conhecida recorrendo a informadores de confiança, que já lidaram com a outra parte para realizar transacções e os consideraram de confiança, ou, preferencialmente, por confiarem em informação própria obtida em transacções comerciais ou negócios já realizados com essas pessoas (Gulati e Gargiulo, 1999). Desta perspectiva, a composição do CA reflecte as redes sociais dos principais interessados.

### **3.4.3.5. Perspectiva legalista**

Esta perspectiva tem os seus fundamentos no direito das sociedades comerciais e no direito consuetudinário<sup>93</sup>, sendo conhecida como uma das primeiras teorias em governação empresarial. A perspectiva legalista sugere que os conselhos de administração contribuem para o desempenho das suas empresas executando as responsabilidades do seu mandato legal. Os defensores desta aproximação acentuam que as leis empresariais conferem aos membros do CA poderes consideráveis de modo a permitir que eles cumpram as suas funções.

Assim, os conselhos de administração são responsáveis pela liderança da empresa sem qualquer interferência nas operações diárias uma vez que estas são obrigações dos gestores executivos. O CA inclui também a responsabilidade de seleccionar e substituir os gestores executivos, representar os interesses dos accionistas, providenciar aconselhamento e consulta à gestão de topo, e servir como mecanismo de controlo monitorizando o desempenho da gestão e da empresa. Desta forma, ao desempenhar estas funções, os conselhos de administração podem melhorar o desempenho das empresas (Zahra e Pearce, 1989).

### **3.4.3.6. Teoria da hegemonia de classes**

Esta perspectiva tem as suas raízes na sociologia marxista. Os conselhos de administração são vistos como meios de perpetuarem o poder das elites capitalistas reinantes. A qualidade de membro do CA reflecte o compromisso partilhado entre os capitalistas dominantes para controlar as instituições económicas e sociais e daí a riqueza.

Assim, apenas os indivíduos mais influentes e mais prestigiados são convidados para integrarem os conselhos de administração. A exclusão de outros grupos sociais permite que os valores e os interesses do capitalismo reinante sejam protegidos. Desta forma, a tarefa visionária do CA é coordenar as acções das empresas onde estão e, mais importante, garantir o controlo capitalista sobre as instituições societárias (Zahra e Pearce, 1989).

---

<sup>93</sup> Termo jurídico que se refere ao direito fundado nos costumes, na prática, e não nas leis escritas.

### **3.4.3.7. Teoria da dotação/legado**

Esta teoria está relacionada com a emergência de instituições financeiras em antigos países colonizados em ligação com a sua dotação/legado em recursos naturais e o seu estado de saúde (Beck et al., 2001a, 2003). Uma linha importante de investigação desta teoria defende que as diferenças geográficas (clima, dotação em recursos naturais, etc.) e diferentes aspectos de saúde (particularmente os factores de mortalidade) desempenharam um papel importante no desenvolvimento dos países, isto é, países menos dotados destes elementos experimentaram dificuldades maiores na criação de instituições eficientes, particularmente as financeiras.

Os argumentos desta teoria assentam em vários factores: historicamente os tipos de instituições criadas dependem das políticas de colonização adoptadas sendo que as estratégias de implantação contrariam as estratégias de extracção de recursos conduzindo à criação de instituições para protegerem os direitos de propriedade e facilitarem o desenvolvimento; se o estado de saúde não for favorável é muito provável que as estratégias de extracção sejam reforçadas; o estado inicial das instituições foi estendido até à actualidade, isto é, as instituições que se transformaram em extracção de recursos, geralmente centralizadas e autoritárias, foram mantidas pelos governos subsequentes uma vez que elas eram vantajosas (Beck et al., 2001a, Beck et al., 2001b).

### **3.4.3.8. Teoria sociocultural**

Esta abordagem defende que as influências da religião, a etnolinguística, a confiança e o capital social e civil desempenham um papel importante na governação das instituições e no modelo a ela inerente.

Beck encontrou uma correlação negativa entre a dispersão etnolinguística e o grau de mediação financeira e que o desenvolvimento financeiro em antigas colónias dependia das práticas religiosas parecendo mais fraco em populações predominantemente católicas (Beck et al., 2003). Os trabalhos de La Porta sobre o papel da confiança e do capital social sugerem que a confiança está correlacionada positivamente com a eficiência do sistema legal, a ausência de corrupção, a qualidade da burocracia, a aceitação de impostos e a participação civil (La Porta et al., 1997).

### 3.4.3.9. Teorias do conhecimento da empresa

Charreaux (2004) identifica três perspectivas distintas nas teorias do conhecimento da empresa: a perspectiva do comportamento, a teoria económica evolucionária neo-Schumpeteriana, e as teorias estratégicas baseadas nos recursos e nas capacidades. Esta perspectiva, na opinião do autor, possuem a vantagem de considerar na governação empresarial os processos cognitivos relacionados com a aprendizagem e a inovação.

Na perspectiva comportamental, introduzida pelos trabalhos de Simon<sup>94</sup>, March e Simon, e Cyert e March (Simon, 1947, March e Simon, 1958, Cyert e March, 1963), a empresa é considerada como uma coligação política e uma instituição cognitiva que se adapta por si através da aprendizagem organizacional. A aprendizagem organizacional presume que existe interdependência entre os indivíduos de modo a construir conhecimento dentro da empresa e que o conhecimento resulta de um processo social institucionalizado natural e colectivo de aprendizagem resultante da interpretação, ensaios, retroacções e avaliações.

Na teoria económica evolucionária, desenvolvida principalmente por Nelson e Winter (Nelson e Winter, 1982), a empresa é definida como uma entidade que junta actividades coerentemente, um repositório de conhecimento produtivo (Eliasson, 1990, Winter, 1991), e um sistema interpretativo (Loasby, 2001), que favorece o conceito de que a competição é baseada na inovação, sobretudo a partir do conhecimento adquirido pela aprendizagem e armazenado nas rotinas da organização.

Por último, nas teorias estratégicas baseadas nos recursos e nas capacidades, a empresa aparece como sendo um conjunto de recursos e uma entidade para a acumulação de conhecimento orientada pela visão dos gestores e dependente da experiência que estes acumularam.

---

<sup>94</sup> Herbert Alexander Simon (1916-2001), é um dos fundadores da teoria da gestão moderna. Economista e especialista em psicologia e ciências da informação, teve uma influência decisiva na teoria da gestão e da micro-economia que lhe valeu o Prémio Nobel em 1978. Foi escolhido por Mintzberg para integrar, com Peter Drucker, a galeria dos mais influentes da segunda metade do século XX. Os seus trabalhos sobre a racionalidade limitada são bastante conhecidos e suportam grande parte da teoria da decisão hoje formulada. Segundo ele a gestão não é a arte de otimizar, pois “Toda a racionalidade no processo de decisão é limitada. O gestor não maximiza, toma decisões que o satisfazem, descobre soluções aceitáveis para problemas bem reais. Contenta-se com alternativas satisfatórias”.

Com base nestas teorias a definição de governação empresarial está relacionado com todos os mecanismos que possuem o melhor potencial para a criação de valor através da aprendizagem e da inovação (Charreaux, 2004).

### **3.5. Sistemas, códigos e princípios de boa governação**

Apesar da abordagem da governação empresarial, feita às empresas cotadas na bolsa, envolver apenas uma fracção de toda a actividade económica, na maioria das sociedades de mercado mais avançadas, e limitar a investigação às formas institucionais mais eficientes utilizadas para levar a cabo as actividades produtivas, afastando da análise formas institucionais que podem proporcionar formas empresariais mais eficazes, os ensinamentos e os códigos de boa governação aí desenvolvidos tornam-se extremamente importantes.

Assim, apresentaremos de seguida uma perspectiva breve sobre os modelos de governação empresarial mais comuns nas empresas cotadas em bolsa (3.5.1) e os códigos e princípios de boa governação inerentes (3.5.2).

#### **3.5.1. Os principais sistemas de governação empresarial**

Os mecanismos de tomada de decisão e de fiscalização variam de país para país, e dentro de um mesmo enquadramento legal podem variar de empresa para empresa. Para alguns autores, as diferenças dos modelos de governação empresarial entre países não ocorrem por causa da forma como os sistemas financeiros são utilizados para financiar as empresas, mas sim por causa da forma como a propriedade e o controlo estão organizados (Franks e Mayer, 1994).

Porém, é frequente identificaram-se dois sistemas principais de governação empresarial:

- O sistema anglo-saxónico, referenciado também como sistema de controlo externo ou sistema de controlo pelo mercado, conotado com as empresas

dos EUA, Reino Unido e outros países de expressão e influência anglo-saxónica;

- O sistema continental, designado também por sistema baseado nas relações ou sistema de controlo interno, conotado com as empresas da Europa continental e do Japão.

Estes sistemas estão fortemente relacionados com a estrutura de capital e do mercado de capitais. No modelo anglo-saxónico predomina a propriedade dispersa, i.e., os investidores institucionais são os grandes accionistas, mas as suas posições em cada empresa são pouco expressivas (La-Porta et al., 1999). No modelo continental a propriedade é muito concentrada, i.e., os bancos, as empresas e as famílias dominam partes expressivas do capital (Faccio e Lang, 2002).

Desta forma, no modelo anglo-saxónico o principal problema que se levanta no desenho dos instrumentos de controlo e fiscalização das empresas está relacionado com a protecção dos accionistas face ao poder dos gestores profissionais, que gozam de uma ampla margem de manobra. Por seu turno, no modelo continental o principal desafio reside na protecção dos interesses dos pequenos accionistas face aos grandes accionistas, que têm dimensão suficiente para exercer influência sobre a gestão da empresa.

No modelo anglo-saxónico, a diversidade de estruturas accionistas e a importância do mercado de capitais, justifica o controlo externo sobre os gestores nomeadamente dos diversos agentes económicos que operam no mercado. No modelo continental, face à pouca diversidade das estruturas accionistas, assume-se que a gestão é controlada internamente pelos maiores accionistas e que estes se controlam entre si e, ao mesmo tempo, são controlados por outros grupos como os bancos e os trabalhadores que possuem interesses e relações privilegiadas com a empresa.

### **3.5.1.1. O sistema anglo-saxónico**

As principais características do sistema anglo-saxónico são (Silva et al., 2006):

- Existência de um mercado eficiente de controlo das empresas — se as equipas de gestão forem incompetentes ou prosseguirem objectivos próprios com prejuízo para os seus accionistas, as empresas não terão o seu

valor maximizado e serão objecto de uma oferta pública de aquisição<sup>95</sup>; no seguimento desta acção as equipas serão substituídas por outras mais competentes e empenhadas na criação de riqueza para os seus accionistas;

- Sistema de remuneração dos gestores — a remuneração variável está directamente ligada aos resultados obtidos ou à cotação da empresa na bolsa alinhando, desta forma, os interesses da gestão com os dos accionistas;
- Ampla divulgação de informação para o mercado de capitais e auditoria externa dessa informação;
- Estrutura e funcionamento do CA — este órgão é integrado por administradores internos (*insiders*), que são executivos e que frequentemente fizeram carreira na empresa, e por administradores externos (*outsiders*) que se supõe serem independentes dos primeiros e que têm como funções principais tomar decisões estratégicas, aconselhar, fiscalizar e avaliar a actividades dos gestores executivos. A fiscalização, a avaliação, a fixação de remunerações e o despedimento dos administradores executivos compete a comissões criadas no seio do CA que são constituídas por administradores externos. Para além da independência exigida, a fiscalização e avaliação adequada dos gestores executivos exige que os administradores externos dediquem tempo aos assuntos da empresa e tenham conhecimentos suficientes para o efeito;
- Existência de comissões na estrutura dos Conselhos de Administração que devem funcionar de modo independente dos gestores executivos. As mais comuns são:
  - A comissão de auditoria — competindo-lhe a nomeação, contratação e despedimento do auditor externo bem como o acompanhamento do seu trabalho; tem como objectivo principal assegurar que a informação divulgada ao público é auditada de forma adequada e, como tal, digna de confiança;
  - A comissão de fixação de vencimentos — competindo-lhe fixar as remunerações dos gestores executivos, bem como formular juízos de

---

<sup>95</sup> Do inglês *takeover*.

valor relativos ao seu desempenho;

- A comissão de nomeações — compete-lhe proceder à nomeação de novos administradores, através de proposta apresentada à Assembleia Geral, em situações de sucessão natural ou substituição dos gestores executivos;
- Controlo externo das equipas de gestão — quer através da actividade dos analistas financeiros e outros agentes económicos (que analisam a informação divulgada, procedem ao seu escrutínio, e formam juízos de valor) quer através da regulação e supervisão públicas dos mercados de capitais (que procuram garantir o tratamento equitativo dos accionistas e a validade da informação existente).

### **3.5.1.2. Sistema continental**

As principais características do sistema continental são (Silva et al., 2006):

- Controlo dos gestores pelos maiores accionistas — os accionistas principais controlam internamente a gestão e tomam as principais decisões estratégicas da empresa. A presença dos accionistas principais nos órgãos de administração ou a eleição de pessoas de confiança para esses lugares costumam ser frequentes;
- O mercado de controlo de empresas não desempenha um papel relevante — as ofertas de aquisição pública são raras e não se espera que constituam uma ameaça credível para as equipas de gestão e para os accionistas principais. Por outro lado existem mecanismos de defesa anti-oferta de aquisição pública que impedem o funcionamento do tal mercado;
- Sistema de remuneração dos gestores — o papel das remunerações variáveis é menos significativo do que no modelo anglo-saxónico. A remuneração fixa representa tradicionalmente a maior fatia da remuneração total, reflectindo a menor necessidade de alinhar os interesses entre os gestores e os accionistas como consequência da presença de accionistas de controlo;



- A estrutura dos órgãos de administração assenta em dois modelos distintos — o modelo dualista (caracterizado pela existência de dois órgãos com responsabilidade na administração da empresa) e o modelo monista (caracterizado pela existência de um único órgão de administração em cada empresa). O modelo dualista predomina na Alemanha, Áustria, Dinamarca, Holanda e Suíça. Em Portugal predomina o modelo monista, enquanto em países como a França são frequentes ambos os tipos de modelo;
- Papel das instituições financeiras — são um elemento importante e indutor da boa governação empresarial pelo facto de possuírem interesses nas empresas e de condições para actuar nas empresas (pelo facto de não existir uma dispersão acentuada dos riscos de crédito, pelo facto de serem accionistas de muitas empresas e pelo facto de actuarem como procuradores dos seus clientes juntando, desta forma, os direitos próprios como accionistas com os direitos dos seus clientes);
- Existência de comissões — o sistema em si não contempla a existência de comissões, contudo começa a ser cada vez mais frequente a existência de comissões com responsabilidades específicas tendo por base o sistema anglo-saxónico.

O modelo dualista apresenta as seguintes características:

- Órgãos — cria uma estrutura intermédia, o Conselho Geral (*Supervisory Board*), entre a Assembleia Geral e os gestores executivos, a Direcção (*Management Board*);
- Conselho Geral — tem como funções principais a fiscalização e o controlo dos gestores executivos e, conseqüentemente, os accionistas a quem se encontram ligados; pode proceder à aprovação das contas anuais, à eleição dos membros da direcção, à aprovação de decisões principais da direcção e avalia o desempenho dos membros da direcção;
- Fiscalização e controlo — a capacidade efectiva do Conselho Geral fiscalizar e controlar a acção dos gestores executivos depende da independência dos seus membros face aos gestores e aos accionistas principais. Existe, por outro lado, a intenção de conferir capacidade a determinados interessados de fiscalizarem e interferirem na estratégia da empresa (por exemplo, o

Conselho Geral pode integrar representantes dos sindicatos e dos trabalhadores);

- Separação de poderes — O Presidente do Conselho Geral (*Chairman*) e o Presidente da Direcção (*Chief Executive Officer*) são duas pessoas distintas.

O modelo monista apresenta as seguintes características:

- Órgãos — a separação da gestão quotidiana das decisões estratégicas é frequente através da criação de uma comissão de administradores executivos a tempo inteiro (Comissão Executiva) dentro do CA;
- CA — tem como funções a submissão da aprovação de contas à Assembleia Geral, a aprovação da política estratégica e algumas das decisões mais importantes relacionadas com a sua implementação;
- Comissão Executiva — é nomeada pelo CA, competindo à Assembleia Geral a nomeação de todo o conselho. Compete à Comissão Executiva a gestão da empresa no dia-a-dia de acordo com os poderes delegados pelo CA;
- Fiscalização e controlo — a existência da Comissão Executiva acaba por criar uma dupla instância de tomada de decisões e condições para que a instância superior, o CA, supervisione e controle a instância inferior (Comissão Executiva);
- Separação de poderes — as figuras de Presidente do CA (*Chairman*) e de Presidente da Comissão Executiva (*Chief Executive Officer*) podem coincidir ou não. A separação dos papéis é importante para evitar a concentração de poderes, mas apenas produz resultados na protecção dos pequenos accionistas se o Presidente do CA for independente do Presidente da Comissão Executiva e dos accionistas mais influentes.

### 3.5.2. Códigos e princípios de boa governação empresarial

Os escândalos financeiros<sup>96</sup> e as alterações estruturais, em que os escândalos são manifestações dessas, a relação entre a governação empresarial e o

---

<sup>96</sup> Os recentes escândalos financeiros confirmaram a eficácia insuficiente dos mecanismos de governação das empresas e a necessidade urgente de os aperfeiçoar no sentido de as empresas serem geridas no melhor interesse dos accionistas e de outros interessados, nomeadamente os trabalhadores, os credores e a comunidade em geral. Em todas as empresas envolvidas nos escândalos, as ocorrências que conduziram aos respectivos colapsos

desenvolvimento, essencialmente o económico, e a forma como a governação empresarial afecta o crescimento e o desenvolvimento (Claessens, 2003) contribuíram para um movimento sustentado de codificação de normas recomendatórias e de práticas de bom governo<sup>97</sup>.

Este movimento de codificação e de definição de bons princípios de governação empresarial teve como filosofia que as normas de natureza voluntária, dirigidas ao comportamento ético dos intervenientes na vida das empresas cotadas (órgãos de administração, auditores, accionistas, e interessados), apresentam mais vantagens para a recuperação da confiança nos mercados do que as disposições legais vinculativas. Embora estes códigos de bom governo tivessem como destinatários as empresas cotadas, os seus promotores admitem e consideram desejável a adopção dos respectivos princípios pelos diferentes tipos de empresas, incluindo as estatais (Silva et al., 2006).

O precursor destes códigos foi o *Relatório Cadbury*, publicado em 1992 no Reino Unido (Cadbury Committee, 1992). No seguimento deste foram publicados entre 1991 e 2005 cerca de 80 códigos de bom governo nos vinte e cinco países da União Europeia<sup>98</sup>. A título de exemplo, poderão citar-se, em França, os Relatórios Vienot I (1995), Vienot II (1999) e Bouton (2002), agregados num código único em 2003; na Alemanha, o Código Cromme (2002), actualizado em 2003; na Bélgica, o Código Cardon (1998) e Lippens (2004); em Itália, o Código Preda (1999), actualizado em 2002; na Holanda, o Código Peters (1997) e o Código Tabaksblat (2003); e, na vizinha Espanha, o Código Olivencia (1998) e o Código Aldama (2003).

Em Portugal a CMVM publicou em 1999, e tem vindo a actualizar sucessivamente (em 2001, 2003 e 2005), recomendações dirigidas às empresas cotadas (CMVM, 2005) e em 2007 apresentou uma proposta para discussão pública de um código de governo das sociedades (CMVM, 2007). Em 2006, também a sociedade civil,

---

evidenciaram graves deficiências do governo societário, nomeadamente débil controlo de gestão por parte dos órgãos de administração, deficiente controlo das empresas pelos accionistas, sistemas de controlo de riscos e actuação da auditoria internos inadequados, ineficiente actuação dos auditores externos e insuficiente e a pouco transparente divulgação pública da situação das empresas.

<sup>97</sup> Pretendemos com este ponto salientar apenas a importância dos códigos de boa governação e os princípios fundamentais por eles partilhados. Para o aprofundamento do tema aconselhamos o *Livro Branco sobre a Corporate Governace em Portugal* (Silva et al., 2006), do Instituto Português de Corporate Governance, publicado em 2006 e disponível no sítio da Internet do instituto indicado.

<sup>98</sup> No endereço [http://www.ecgi.org/codes/all\\_codes.php](http://www.ecgi.org/codes/all_codes.php), pertencente ao sítio do *European Corporate Governance Institute* encontra-se uma lista de todos os códigos.

através do IPCG se pronunciou sobre as práticas de governação das empresas portuguesas e publicou o Livro Branco sobre *Corporate Governance* em Portugal (Silva et al., 2006). Neste contexto de fomento das boas práticas de governação empresarial o Estado Português publica o novo estatuto do gestor público, os princípios de bom governo das empresas do sector empresarial do Estado, e altera o regime jurídico do sector empresarial do Estado e das empresas públicas para nele reflectir questões relacionadas com a governação empresarial.

Na generalidade a actividade de codificação foi significativamente influenciada por textos de referência reconhecidos internacionalmente como modelos normativos de boa governação empresarial. Além do *Relatório Cadbury* mencionado contam-se os “Princípios da governação empresarial”, publicados originalmente pela OCDE em 1999 (OECD, 1999) e actualizados em 2004 (OECD, 2004). Recentemente a OCDE estendeu estes princípios à actuação do Estado enquanto accionista e das empresas por ele detidas e participadas, publicando algumas linhas de orientação no sentido de sistematizar e divulgar as boas práticas de governação (OECD, 2005).

Estes diferentes códigos partilham uma aproximação significativa nos seguintes pontos (Silva et al., 2006):

- Tratamento da estrutura, missão e responsabilidades dos órgãos de administração, reconhecendo a necessidade de existência (quer nos sistemas dualistas quer nos sistemas monistas) de uma função de supervisão e de uma função de gestão atribuídas a órgãos distintos;
- Definição dos requisitos pessoais e de independência, bem como das regras de actuação, dos administradores não executivos;
- Separação das funções de Presidente do CA e da Comissão Executiva, mesmo nos sistemas monistas;
- Criação de comissões do órgão de administração com o objectivo de melhorar o desempenho do mesmo e prevenir conflitos de interesse;
- Defesa dos direitos dos accionistas e interessados, com reconhecimento da interdependência dos respectivos interesses;
- Divulgação por parte das empresas de informação financeira fiável, bem como das práticas de governo adoptadas.

Os princípios da OCDE cobrem seis temas principais relacionados com o enquadramento legal e institucional, os direitos dos accionistas, o seu tratamento equitativo, o papel dos outros interessados, a divulgação de informação e transparência, e as responsabilidades da administração (OECD, 2004). O Quadro 38 apresenta um breve resumo de cada uma destas áreas temáticas.

Tema	Descrição
Enquadramento legal e institucional da governação empresarial	No sentido de promover mercados transparentes e eficientes, fazer respeitar o primado da lei e assegurar a divisão de responsabilidades entre as diversas autoridades (autoridades de supervisão, autoridades de regulação e autoridades com a função de aplicar as leis)
Direitos dos accionistas e funções chave relativas ao seu exercício	No sentido de proteger e criar as condições para os accionistas exercerem os seus direitos
Tratamento equitativo dos accionistas	No sentido de assegurar o tratamento equitativo dos accionistas, independentemente do seu tipo, e providenciar os mecanismos que lhes permitam a reparação efectiva dos danos causados pela violação dos seus direitos
Papel dos outros interessados com interesses relevantes na governação da empresa	No sentido de acautelar os direitos legais e contratuais dos interessados e encorajar a sua cooperação com a empresa na prossecução dos objectivos da mesma
Divulgação de informação e transparência	No sentido de assegurar a divulgação objectiva e atempada de todas as informações relevantes para a empresa incluindo informação financeira, de desempenho, participações sociais, governo, etc.
Responsabilidades da administração	No sentido de assegurar a gestão estratégica da empresa, o acompanhamento, monitorização e fiscalização eficaz da gestão pelo órgão de administração e a prestação de contas deste perante a empresa e os accionistas.

**Quadro 38** — Principais temas cobertos pelos princípios de boa governação empresarial da OCDE

Analisando os pontos comuns dos diversos códigos e os princípios de boa governação empresarial a eles adstritos concluímos que a governação empresarial é baseada em dois pilares fundamentais, a transparência e a prestação de contas. Para além de procurarem orientar a acção no sentido do interesse empresarial de partida, a maximização do valor da empresa para os accionistas, ao mesmo tempo apontam a necessidade de serem considerados outros interessados de modo a assegurar o desenvolvimento sustentado da organização e as questões relacionadas com a responsabilidade social.

### 3.6. Conclusão

A governação empresarial congrega diversas disciplinas — microeconomia, economia organizacional, teoria organizacional, teoria da informação, direito,

contabilidade, finanças, gestão, psicologia, sociologia e ciência política — que vêm a governação organizacional de formas diferentes. Desta forma, as diferentes perspectivas estão relacionadas com o próprio conceito de organização, com a terminologia utilizada, com as influências que afectam a actividade regular das organizações, com os diferentes pontos de vista académicos, com as especificidades culturais nas teorias e nas práticas, e com as diversas teorias que suportam a governação empresarial.

A governação empresarial está menos preocupada com as instituições formais e a sua estrutura e mais com o sistema geral pelo qual as organizações (públicas ou privadas) são dirigidas e controladas. Geralmente este conceito inclui princípios de abertura e divulgação de informação, integridade, comportamento claro e rectidão, prestação de contas/responsabilização ou manter os indivíduos responsáveis pelas suas acções através da definição clara das suas responsabilidades e das suas funções.

Os pontos comuns dos diversos códigos de governação empresarial e os princípios de boa governação empresarial a eles adstritos indicam que a governação empresarial é baseada em dois pilares fundamentais, a transparência e a prestação de contas. Para além de procurarem orientar a acção no sentido do interesse empresarial de partida, a maximização do valor da empresa para os accionistas, ao mesmo tempo apontam a necessidade de serem considerados outros interessados de modo a assegurar o desenvolvimento sustentado da organização e as questões relacionadas com a responsabilidade social.

Numa perspectiva mais ampla aponta para questões relacionadas com o exercício da cidadania, por um lado, e a construção de arranjos éticos institucionais que orientem os negócios das empresas por outro. Para além da relação que se pode estabelecer entre a governação empresarial e o desenvolvimento económico, temos de considerar o enriquecimento da democracia resultante da introdução de elementos de auto-governação em instituições envolvidas em actividades produtivas na premissa que os sistemas de governo das instituições envolvem, de alguma forma, processos políticos para nomear quem faz o controlo e a regulação, o que significa um enquadramento simples em termos de democracia relativa ao “governo do povo, pelo povo para o povo”. Os princípios da governação empresarial lembram, em última instância, que as práticas de gestão do sector privado têm influência no exercício do sector público.

# 4. Governação em saúde

---

## 4.1. Introdução

A questão da governação em saúde tem vindo a assumir um papel cada vez mais predominante no desenvolvimento dos sistemas de saúde (OPSS, 2003) e nas reformas implementadas (WHO, 1998a, 2002b). Ao nível das organizações prestadoras de cuidados de saúde o conceito tem vindo também a ser utilizado de forma recorrente, embora mais orientado para as questões relativas à prática clínica (governação clínica) e para as questões assentes nas relações e nos equilíbrios estabelecidos entre os órgãos de governo das organizações (governação integrada e governação hospitalar) recolhendo, adoptando e adaptando princípios da governação empresarial.

Assim, o conceito de governação em saúde é utilizado de forma recorrente por académicos e por profissionais em diferentes espaços de referência com diferentes significados e implicações. Esta secção tem por objectivo explicar o conceito de governação em saúde e de boa governação em saúde, procurando compreender as suas origens, as suas características e a forma como pode ser utilizada para melhorar a capacidade de resposta dos sistemas de saúde (ao nível macro) e o desempenho das organizações prestadoras de cuidados de saúde (ao nível macro).

Desta forma, começaremos por apresentar algumas perspectivas que ligam o conceito de governação ao conceito de saúde (4.2), nomeadamente do BM, do PDNU, da OMS, não esquecendo a perspectiva nacional do OPSS. De seguida, como enquadramento, focaremos alguns dos conceitos relacionados com os sistemas de saúde e o mercado de saúde (4.3). Relativamente ao sistema de saúde, será apresentada uma definição de sistema de saúde, os seus objectivos e funções, e as diferentes alternativas organizacionais dos mesmos. Quanto ao mercado de saúde, focaremos os aspectos relacionados com as suas principais diferenças relativamente a outros mercados e as questões a considerar quando falamos da gestão dos cuidados de saúde nas suas organizações.

Os temas centrais da governação envolvem não só a melhoria da capacidade do sector público mas também uma transformação no papel, na orientação, no poder e

nas actividades do Estado na economia e na sociedade. A governação surge como uma nova forma de Estado e como uma reacção aos excessos do período NPM num mundo cujos ambientes são cada vez mais fragmentados, descentralizados e complexos. As reformas da Administração Pública incluídas nestes processos estenderam-se também aos sistemas de saúde. Desta forma, faremos um enquadramento das reformas no sector da saúde (4.4), nomeadamente o sentido geral das reformas ocorridas na maioria dos países e, em termos mais específicos, as reformas institucionais dos anos 90 do século passado.

O corolário dos pontos anteriores em termos da necessidade de um novo modelo na saúde que ultrapasse as limitações do Estado configura um novo Estado na saúde naquilo que é denominado por alguns autores como a era da governação em saúde (4.5). Neste ponto, procuramos justificar a necessidade deste novo paradigma, apresentar uma definição de governação em saúde, focar as características da boa governação em saúde, e focar o papel importante da análise da governação em saúde.

## **4.2. Algumas perspectivas**

No Relatório de 2000 da OMS *“Life in the 21st century, a vision for all”* é afirmado que a experiência desta instituição ao longo de duas décadas mostra que a governação é um dos factores decisivos para assegurar a implementação dos principais objectivos primários dos cuidados de saúde (WHO, 1998d). Esta associação já tinha sido feita anteriormente por outras instituições e tem vindo a ser reforçada por muitas outras organizações.

Nos pontos seguintes iremos abordar algumas perspectivas de governação associadas ao conceito de saúde, nomeadamente do BM (4.2.1) e o seu papel no desenvolvimento económico (com reflexos no desenvolvimento social e no desenvolvimento humano), do PDNU (4.2.2) e a sua relação com o desenvolvimento humano em questões relacionadas com a saúde pública e as respectivas políticas de saúde, da OMS (4.2.3) que foca a atenção na governação em saúde e no desenvolvimento dos sistemas de saúde, e do OPSS (4.2.4) que foca a realidade portuguesa.



### 4.2.1. A perspectiva do Banco Mundial

O conceito de governação aparece associado ao conceito de saúde em vários relatórios do BM, relacionando sobretudo a saúde e o seu papel no desenvolvimento económico (com reflexos no desenvolvimento social e no desenvolvimento humano), focando o papel do Estado e das organizações não governamentais. O BM considera que as funções centrais do Estado, numa economia de mercado socialmente consciente, estão relacionadas com a correcção de falhas do mercado e a melhoria da equidade, podendo ser desempenhadas em diferentes níveis de intervenção.

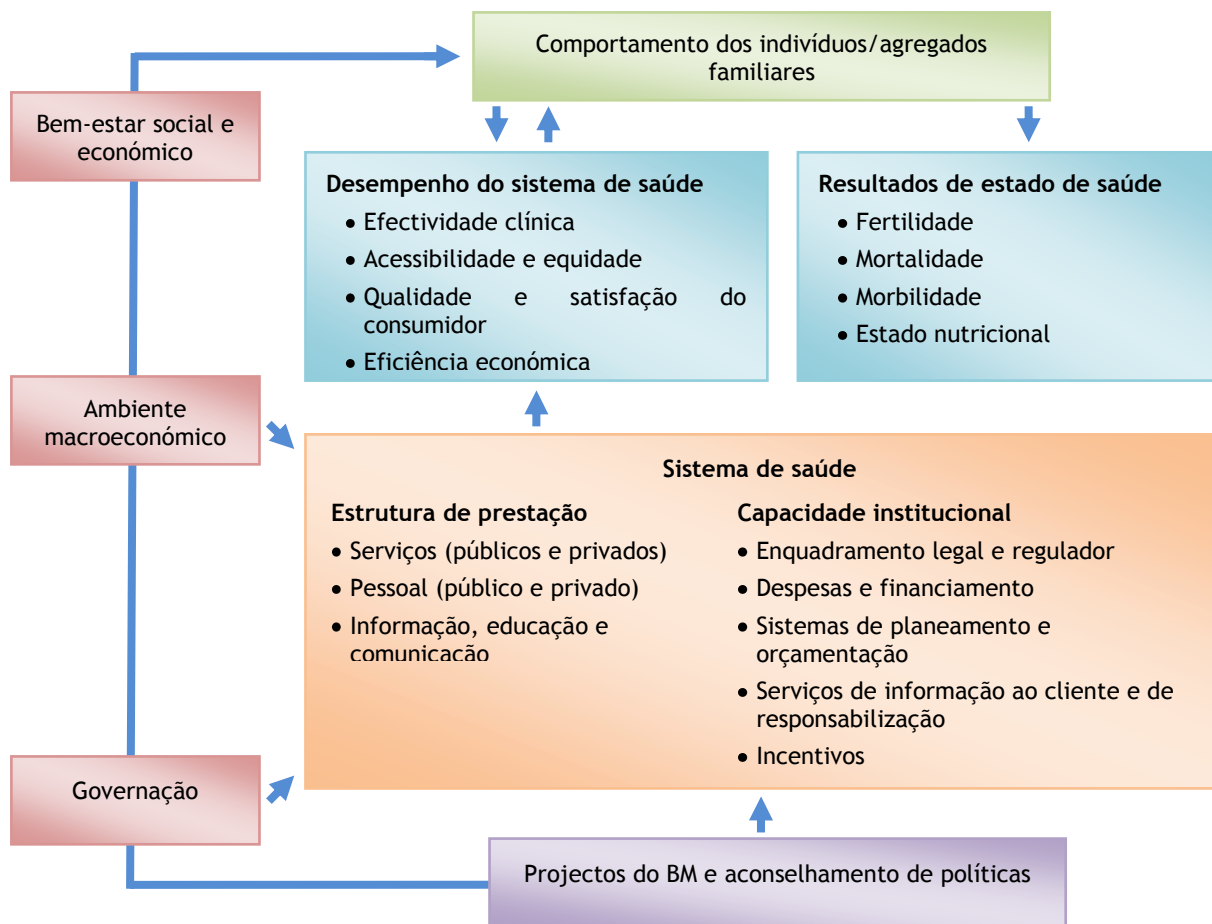
Assim, o relatório de 1993, *“Investing in Health”*, examina as relações entre a saúde humana, as políticas de saúde e o desenvolvimento económico. Para além de analisar os problemas dos sistemas de saúde (iniquidade, ineficiência, custos crescentes e má alocação de recursos), analisa o papel preponderante dos governos no mercado da saúde (encorajar comportamentos de modo a evitar as externalidades, apoiar as organizações não governamentais e regular o mercado), das reformas de saúde necessárias e das políticas de saúde com o objectivo de proporcionar saúde a todos; é explicitamente reconhecida a importância da saúde nos ganhos de produtividade, na melhoria da utilização dos recursos naturais, no desenvolvimento da educação, na redução de custos com despesas de saúde e no combate à pobreza, sobretudo nos países em vias de desenvolvimento (World Bank, 1993).

Em 1999, num documento do *“Operations Evaluation Department”* do BM, denominado *“Investing in Health: Development Effectiveness in the Health, Nutrition, and Population Sectors”*, é apresentada um enquadramento de avaliação, que relaciona os resultados de saúde com o sistema de saúde e onde aparece o papel da governação, para avaliar os programas do BM relacionadas com o sector da saúde, nutrição e população<sup>99</sup>(Johnston e Stout, 1999). É também referido neste documento que política seguida pelo BM desde 1990 enfatiza a necessidade do Estado melhorar as políticas de saúde e promover reformas no sector.

A Figura 16 apresenta o enquadramento de avaliação utilizado pelo BM e as múltiplas relações entre os diferentes elementos envolvidos.

---

<sup>99</sup> Os denominados programas HNP (*Health, Nutrition and Population*) do BM. Neste documento é feita uma revisão dos principais programas relacionadas com o sector da saúde, nutrição e população para além da avaliação de quatro países (Brasil, Índia, Mali e Zimbabué).



**Figura 16** — Atingir a mudança através dos programas de saúde, nutrição e população [Adaptado de Johnston e Stout (1999)]

Neste documento são consideradas algumas características institucionais que são partilhadas por todos os sistemas de saúde:

- Incluem muitos actores na maioria das vezes com interesses e prioridades em conflito;
- É mais difícil monitorizar o desempenho dos serviços de saúde e do recursos humanos do que em outras áreas económicas (por exemplo as finanças e as telecomunicações) devido à complexidade dos resultados em saúde;
- As interacções entre os consumidores e os prestadores são definidas por informação assimétrica e rituais (os prestadores assumem regra geral o papel de peritos enquanto os consumidores possuem mais informação acerca da sua condição actual e das práticas de saúde);
- Os consumidores, devido às falhas de informação, estão mais dispostos a pagar por serviços curativos do que pela prevenção e promoção em saúde e

a procura de cuidados de saúde regra geral aumenta com os rendimentos criando um enviesamento nos mercados de saúde e nas despesas públicas;

- O desempenho dos sistemas de saúde é fortemente influenciado por factores externos, como o desempenho macroeconómico e os procedimentos dos serviços civis.

Nestes documentos, para além do papel do Estado, é também reconhecida a importância das organizações não governamentais na saúde, que podem fornecer alguns serviços mas que não podem substituir a acção do Estado. É também reconhecido que melhorar as políticas e os resultados no sector da saúde está longe de ser um simples assunto de aplicar competências tecnológicas e administrativas para estabilizar e prognosticar alterações médicas e epidemiológicas (Johnston e Stout, 1999).

#### **4.2.2. A perspectiva do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas**

As NU, através do PDNU, relacionam a governação com o desenvolvimento humano, nomeadamente no que se refere à saúde pública e às respectivas políticas de saúde, salientando as relações entre o Estado, a sociedade civil e o sector privado.

No documento “*Governance for sustainable human development - A UNDP policy document*” é apresentada a importância do Estado em áreas como, por exemplo, a garantia dos direitos aos mais vulneráveis, a protecção ao ambiente, a manutenção de condições macroeconómicas estáveis e a manutenção dos padrões de saúde pública e segurança para todos a custos aceitáveis (UNDP, 1997a). Neste mesmo documento são também referenciados cinco aspectos fundamentais para o desenvolvimento humano — empoderamento<sup>100</sup> (*empowerment*), cooperação, equidade, sustentabilidade e segurança — e as características principais associadas à boa governação — participação, orientação de consensos, visão estratégica, resposta, efectividade e eficiência, prestação de contas e responsabilização, transparência, equidade e primado

---

<sup>100</sup> Apesar do autor não gostar do neologismo decidimos adoptá-lo, porque é o que melhor traduz o conceito em si. Uma alternativa seria o termo reforço do poder, no entanto esta expressão não transmite na totalidade as ideias associadas ao conceito de *empowerment*. Assim seguimos a mesma linha de alguns autores, nomeadamente do OPSS.

da lei. O aspecto associado ao empoderamento é extremamente importante, porque aponta para a expansão da capacidade e das escolhas dos cidadãos aumentar a sua aptidão para exercer as suas escolhas e a suas oportunidades de participar, ou aprovar, as decisões que afectam as suas vidas.

A importância dos vários domínios da governação na saúde e nutrição e o papel fundamental dos governos é mencionado no documento “*Reconceptualising Governance*” (UNDP, 1997b). Segundo este documento, os aspectos que mais contribuem para o desenvolvimento humano sustentável são a saúde e nutrição, a educação, a formação profissional e a capacidade de gestão.

A saúde e a nutrição são essenciais para o desenvolvimento humano, porque têm impactos imediatos, na dignidade da pessoa, na sua auto-estima e produtividade, e efeitos de longo prazo que melhoram a sua capacidade de adquirir novos conhecimentos. As melhorias na saúde e na nutrição contribuem para a harmonia social e para o bem-estar ao mesmo tempo que aumentam a produtividade (reduzindo o absentismo devido à doença e letargia, melhorando a energia e a resistência, e melhorando a saúde mental). Os impactos positivos de melhor saúde e melhor nutrição nas capacidades de aprendizagem das crianças e adultos e o prolongamento da duração da sua participação (esperança de vida mais elevada) na sociedade provocam igualmente benefícios ao nível económico e social. O Estado, através do Governo, desempenha um papel fundamental no sentido de assegurar níveis máximos de saúde pública.

Os governos possuem a responsabilidade de providenciar os aspectos de bem público relacionados com os cuidados de saúde, nomeadamente informação e controlo doenças contagiosas, vacinação, redução da poluição ambiental, comportamentos de risco, fornecer serviços de saúde custo-efectivos aos mais desfavorecidos e aos desempregados, e corrigir problemas relacionados com a incerteza e as falhas de mercado. Para além do Governo também outras organizações da sociedade civil (sindicatos, associações de trabalhadores, grupos religiosos, associações de caridade, etc.) podem fornecer serviços de saúde directamente para os seus membros e para outros grupos na sociedade.

No Relatório de Desenvolvimento Humano de 2002, “*Deepening Democracy In a Fragmented World*”, os sistemas de saúde são focados no sentido da necessidade de os

reforçar a nível interno no que se refere ao combate de doenças como a Sida, a tuberculose e a malária que provocam grandes custos humanos (expressos em número de vidas humanas) e económicos (UNDP, 2002).

### **4.2.3. A perspectiva da Organização Mundial de Saúde**

A Organização Mundial de Saúde (OMS), reforça os conceitos das NU focando a sua atenção no desenvolvimento e no desempenho dos sistemas de saúde tendo como base a transparência, a prestação de contas e a participação. É também a organização que fala explicitamente em governação em saúde e na boa governação em saúde.

De seguida apresentamos um breve resumo de quatro documentos que consideramos fundamentais para o entendimento da governação em saúde:

- “*Health for All (HFA) int he 21<sup>st</sup> Century*”, de 1998
- “*Good Governance for Health, do Department of Health Systems*”, de 1998 e posterior ao documento anterior;
- “*Health Systems: Improving Performance*”, Relatório de 2000 da OMS;
- “*The European Health Report 2002*”, Relatório de 2002 da OMS para a Europa.

#### **4.2.3.1. *Health for All (HFA) int he 21st Century***

O documento “*Health for All (HFA) int he 21<sup>st</sup> Century*” tinha como objectivo ajudar a concretizar a visão de *Health for All* iniciada com a conferência de Alma-Ata em 1978. Neste documento são definidos valores, objectivos e metas que permitam realizar essa visão sendo apontado o papel da boa governação como fundamental para atingir esse fim (WHO, 1998b).

É defendido que realização dos objectivos da HFA depende em larga medida no compromisso com os valores fundamentais e que a passagem de políticas para a acção exige liderança activa, apoio e participação pública, e o entendimento claro dos objectivos e dos recursos adequados (Quadro 39). Para suportar os processos de mudança deve-se dedicar especial atenção ao reforço da capacidade de formular políticas, desenvolver sistemas de boa governação, definir prioridades a diversos níveis,

reforçar e alargar parcerias para a saúde, e implementar sistemas de avaliação e monitorização.

Valores	Metas globais de saúde
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar os padrões mais elevados de saúde como um direito fundamental;</li> <li>• Reforçar a aplicação da ética nas políticas de saúde, investigação e prestação de serviços;</li> <li>• Implementar políticas de equidade orientadas e estratégias que enfatizem a solidariedade;</li> <li>• Incorporar as perspectivas de diferenças entre sexos, reconhecendo as necessidades de homens e mulheres, nas políticas e nas estratégias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equidade em saúde (dentro e entre países);</li> <li>• Sobrevivência (taxa de mortalidade materna, taxa de mortalidade infantil, esperança de vida);</li> <li>• Reverter as tendências globais das cinco maiores pandemias (Sida, malária, tuberculose, doenças relacionadas com tabaco, trauma/violência);</li> <li>• Erradicar e eliminar algumas doenças (sífilis, lepra, etc.);</li> <li>• Melhorar o acesso à água, saneamento básico, alimentação e abrigo;</li> <li>• Medições para promover a saúde;</li> <li>• Desenvolver, implementar e monitorizar políticas HFA nacionais;</li> <li>• Melhorar o acesso a serviços de saúde essenciais e de qualidade;</li> <li>• Implementar sistemas de informação e de vigilância a nível nacional e global;</li> <li>• Apoiar a investigação em saúde.</li> </ul>

**Quadro 39** — Valores e metas globais de saúde [Adaptado de WHO (1998b)]

O documento define explicitamente a governação em saúde, como o sistema através do qual uma sociedade organiza e gere os assuntos dos diversos sectores e parceiros de forma a atingir os seus objectivos, e são apresentados marcos fundamentais para a boa governação, nomeadamente, a transparência, a prestação de contas e os incentivos que promovem a participação.

É reconhecido que a HFA depende da acção de diversos sectores e parceiros aos mais diversos níveis e que só a colaboração dos diversos interesses e sectores que têm impacto na saúde pode permitir a sua concretização. A participação da sociedade civil, particularmente as organizações não governamentais, aumenta a probabilidade de todos os responsáveis pela saúde assumirem as suas responsabilidades e a prestação de contas pelas suas acções. O papel activo dos governos, demonstrando compromisso com os valores, tornando a saúde como elemento central para o desenvolvimento, e construindo sistemas de saúde sustentáveis, é fundamental na implementação das iniciativas. Um dos papéis fundamentais identificados é a promoção da boa governação em saúde.

O Quadro 40 apresenta o papel dos governos na implementação da HFA.

Papel	Descrição
Demonstrar compromisso com os valores	Desenvolver políticas que suportem a HFA; Defender a HFA; Implementar instrumentos internacionais que promovam e protejam a saúde; Reforçar a capacidade nacional no sentido de assegurar padrões éticos na saúde e nos cuidados de saúde; Incorporar questões de equidade e de diferenças entre sexos na saúde e no desenvolvimento de políticas; Promover a boa governação para a saúde; Facilitar o desenvolvimento de parcerias para a saúde.
Tornar a saúde como elemento central para o desenvolvimento	Assegurar que as políticas económicas promovem a saúde; Investir nos sistemas e serviços de saúde e educação; Combater a pobreza através de programas multisectoriais com metas definidas; Alinhar as diversas políticas do governo nos vários sectores para promover a saúde; Exigir avaliações de impacto ambiental e na saúde para o desenvolvimento de projectos.
Construir sistemas de saúde sustentáveis	Implementar um enquadramento legal e regulatório efectivo para a HFA; Garantir equidade no acesso a cuidados de saúde essenciais ao longo da vida; Implementar sistemas locais e nacionais de vigilância e monitorização; Garantir que as maiores doenças endémicas são controladas; Realizar esforços para erradicar ou eliminar doenças seleccionadas; Investir em tecnologia e em ciência relacionada com a saúde; Garantir que a capacidade institucional e humana para a saúde pública e para os cuidados de saúde é desenvolvida e mantida; Assegurar financiamento adequado e sustentável para o sistema de saúde.

**Quadro 40** — Papel dos governos na implementação da HFA [Adaptado de WHO (1998b)]

#### **4.2.3.2. *Good Governance for Health***

Esta abordagem relativa à governação é reforçada num documento, denominado “*Good Governance for Health, do Department of Health Systems*”, onde são discutidos a crise dos sistemas de saúde, os problemas ao nível das comunidades e a (má) governação (WHO, 1998a).

As causas apontadas para a crise dos sistemas de saúde estão relacionadas com recursos inadequados (humanos, técnicos e financeiros), serviços de saúde em que existem dificuldades de acesso e iniquidade, insatisfação com os serviços e prestadores de cuidados de saúde, e o gradual decréscimo da capacidade do sector público expressa

em quantidade (serviços e cuidados de saúde), qualidade e resposta às necessidades das populações.

O papel das comunidades locais tem sido sistematicamente defendido, porque a acção conjunta e complementar, nomeadamente nos processos de tomada de decisão, destas com o sector da saúde contribui para melhorias e ganhos na qualidade dos cuidados de saúde. Os problemas ligados sobretudo à crise dos sistemas de saúde — desorganização do sector público, ligação com o sector privado deficiente, falta de políticas e de linhas de orientação para a participação da comunidade, condições de trabalho deficientes no sector público, frustração dos profissionais, falta de mecanismos de comunicação entre os diversos profissionais, etc. — limitaram as tentativas de envolver mais activamente as comunidades na definição de prioridades e na tomada de decisão. Estas foram impedidas pelas estruturas de poder existentes, que tendem a favorecer as associações profissionais ou outras autoridades governamentais. As agendas são definidas pelos grupos de interesse mais bem organizados e articulados.

Por outro lado, a crise dos sistemas de saúde, manifestada também ao nível da comunidade local, e normalmente atribuída a restrições orçamentais, está também relacionada com práticas de governação pobres: relação entre o sector privado e o sector público mal definida, o sector público para além da falta de recursos (humanos, técnicos e financeiros) está cheio de problemas, as comunicações entre diferentes níveis são deficientes não permitindo que os profissionais apresentem as iniquidades ou que elas sejam tidas em conta, pouca oportunidade dos profissionais integrarem os processos de decisão com a consequente insatisfação em termos de carreira, e a pouca participação da comunidade.

Desta forma, é defendido no documento em causa que os problemas de gestão, desenvolvimento dos recursos humanos, comunicação e participação estão todos relacionados com governação. Assim, a resolução da crise que afecta o sector da saúde envolve a resolução de assuntos relacionados com a governação, nomeadamente através de uma aproximação alargada que examine as práticas de governação no campo dos cuidados de saúde.

A OMS considera que a definição mais abrangente proposta pelo PDNU (UNDP, 1997a), que coloca a governação no contexto do desenvolvimento social numa sociedade democrática, deve ser adoptada a uma definição mais específica quando se



discute no contexto da saúde. Para tal considera a definição apresentada anteriormente no documento HFA (como o sistema através do qual uma sociedade organiza e gere os assuntos dos diversos sectores e parceiros de forma a atingir os seus objectivos) e reforça-a salientando que a boa governação para a saúde é permitir a participação de todos os preocupados com a formulação e o desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde equitativos e sustentáveis. Envolve o apoio e o desenvolvimento de instituições, grupos ou indivíduos mais indicados para a efectiva administração, consulta e fornecimento de serviços. A boa governação coloca os utilizadores, mais do que os prestadores de cuidados, no centro dos sistemas de saúde.

Definida desta forma, a governação envolve um conjunto alargado e diversificado de actores como, por exemplo, governo, sector privado, organizações não governamentais, sociedade civil, utilizadores dos serviços de saúde, e prestadores. À semelhança do documento HFA (WHO, 1998b) é reconhecido o papel do Governo na promoção da boa governação, nomeadamente do Ministro da Saúde, no entanto é enfatizado que o Ministro é apenas um dos actores e que a boa governação implica mais do que (bom) Governo.

#### **4.2.3.3. Health Systems: Improving Performance**

O Relatório de 2000 da OMS “*Health Systems: Improving Performance*”, totalmente dedicado ao desempenho dos sistemas de saúde, lida com vários aspectos da governação no sector da saúde e introduz o conceito de provedoria (*stewardship*) para acentuar a responsabilidade dos governos na gestão cuidadosa do bem-estar dos seus cidadãos (WHO, 2000b).

O Relatório assenta a sua estrutura num conjunto base de perguntas, procurando em cada capítulo providenciar a respectiva resposta. O Quadro 41 apresenta as perguntas presentes no documento.

- 
- Porque interessam os sistemas de saúde?
  - Até que ponto os sistemas de saúde apresentam bom desempenho?
  - Até que ponto são bem escolhidos e bem organizados os serviços de saúde?
  - Quais os recursos que são necessários?
  - Quem paga pelos sistemas de sistemas?
- 

**Quadro 41** — Conjunto base de perguntas do Relatório de 2000 da OMS

Com base nesta estrutura, o Relatório começa por discutir as fronteiras do conceito de sistema de saúde, os seus principais objectivos, e a sua importância económica na obtenção de ganhos em saúde. De seguida, descreve o enquadramento teórico usado para avaliar o desempenho de sistemas de saúde com vista à obtenção de um conhecimento mais profundo sobre os factores que contribuem para esse desempenho. Por fim, elenca as principais funções de um sistema de saúde e arrisca algumas conclusões acerca das organizações, regras e incentivos que ajudam um sistema de saúde a utilizar os seus recursos e a atingir os seus objectivos de uma forma mais eficaz.

A saúde é caracterizada neste relatório como uma qualidade pessoal com valor inalienável mas diferindo de outras formas de capital humano como a educação, o conhecimento profissional ou as capacidades atléticas. A imprevisibilidade dos riscos, a independência entre estes e a impossibilidade de acumulação são algumas das razões apresentadas para o facto do mercado não funcionar tão bem como em outras áreas, para a necessidade de uma intervenção mais activa e mais complexa do Estado e para a incerteza *a priori* de um bom desempenho.

Este relatório define sistema de saúde de uma forma abrangente, abarcando todas as actividades que se destinam a promover, restaurar ou manter a saúde. Esta definição inclui a atenção médica personalizada, os cuidados domiciliários, as acções aliviadoras tradicionais e a utilização de medicamentos, prescritos ou não. Inclui também as actividades normais da saúde pública de promoção da saúde, de prevenção da doença e todas as intervenções que potenciam a saúde e que têm a saúde como o seu objectivo principal. Desta forma, o conceito de sistema de saúde não se esgota nas intervenções preventivas, curativas e paliativas e afasta-se da visão que considera o sistema de saúde simplesmente composto pelos prestadores e pelas organizações que prestam serviços médicos personalizados.

É interessante verificar como é colocada uma ênfase especial na forma como os sistemas tratam as necessidades de saúde dos cidadãos, no processo de participação e na forma como os seus riscos financeiros são acautelados. Para além disso, dá um relevo especial à resposta dos sistemas às expectativas dos cidadãos e ao direito que possuem de ser tratados individualmente, com dignidade, rapidamente e com respeito pelos seus valores e confidencialidade. Esta perspectiva partilha de forma acentuada

alguns dos aspectos fundamentais para o desenvolvimento humano e os princípios associados à boa governação do PDNU (UNDP, 1997a, b) — nomeadamente as questões relacionados com o empoderamento (*empowerment*), a cooperação, a participação, a equidade e a resposta —, e retoma algumas das perspectivas mencionadas dos documentos discutidos nos pontos anteriores (WHO, 1998a, b).

O papel e a responsabilidade do Estado, do Governo e, nomeadamente, do Ministro da Saúde — “que deve coordenar e orientar o trabalho e o desenvolvimento da saúde da Nação através das acções sob a sua responsabilidade” — são reforçados com o conceito de provedoria (*stewardship*<sup>101</sup>) que é uma das funções essenciais do sistema de saúde. Esta noção inclui, não só a capacidade para influenciar a realização dos objectivos do sistema de saúde (nível de saúde, resposta adequada em cuidados de saúde e justiça na distribuição das contribuições financeiras), mas também a dimensão de natureza ética, como a dedicação ao bem comum e a relação de confiança com o cidadão.

A provedoria tem como principais componentes:

- A formulação da política de saúde, i.e., definir qual a visão e a direcção a seguir no sistema de saúde;
- O exercício de influência, incluindo a reorganização da gestão, a regulação e a contratualização;
- A capacidade de entendimento ou compreensão — recolhendo e utilizando informação dirigida ao exercício da governação (por exemplo, avaliação de desempenho).

É interessante verificar que a OMS considera esta função como influenciando directamente todas as outras bem como os objectivos do sistema de saúde identificados. Em última análise, segundo esta entidade, a provedoria é necessária para que os sistemas de saúde obtenham melhores desempenhos.

Este relatório constituiu um marco extremamente importante no desenvolvimento dos sistemas de saúde a nível mundial ao constituir uma análise

---

<sup>101</sup> Termo que podemos traduzir por “provedoria”, “intendência”, “salvaguarda” ou “reitoria”, mas que não tem correspondência directa com nenhuma palavra da língua portuguesa no contexto específico em que é utilizado. A teoria da “provedoria” (*stewardship theory*) é um modelo que aparece sustentado pela necessidade de eficiência e de custo efectividade e que assume que os interesses do agente estão alinhados com os interesses do particular. Os principais fundamentos desta teoria já foram discutidos ao nível da governação empresarial.

inovadora, com objectivos explícitos e aberta a uma discussão generalizada transparente e sem medo. Ao apresentar este enquadramento para o desempenho dos sistemas de saúde, a OMS quebrou com as metodologias antigas e empregou técnicas ainda não utilizadas em sistemas de saúde. Contudo, tudo parece indicar que a OMS pela sensibilidade do tema e pela pressão dos países membros deixou cair esta abordagem não mais se tendo debruçado sobre ela.

A criação de um índice composto de desempenho, sensível a aspectos sociais e com dimensões intangíveis e imateriais, é um contributo vital para a centragem dos sistemas de saúde nos cidadãos que têm por missão servir e que, no fim, os pagam. Por outro lado, assumiu igualmente importância o enorme relevo atribuído aos resultados. Os recursos e as organizações já não têm a mesma importância; o que conta e faz a diferença são os resultados e o desempenho obtidos. Por último, a eficiência apareceu associada àquilo que os economistas denominam eficiência ampla, que ultrapassa os conceitos tradicionais e engloba a eficiência económica mas também aspectos distributivos.

#### **4.2.3.4. *The European Health Report 2002***

O Relatório de 2002 da OMS para a Europa (WHO, 2002b), traça o quadro geral da situação da Europa em termos de saúde (esperança de vida, mortalidade, doenças de comunicação obrigatória, etc.), foca os determinantes principais da saúde (socioeconómicos, estilos de vida e ambientais), e as reformas e políticas dos sistemas de saúde (financiamento, prestação de serviços, geração de recursos e provedoria).

O documento refere que os sistemas de saúde e os serviços estão sujeitos as grandes transformações na região europeia:

- Os países estão a trabalhar para um equilíbrio melhor em termos de sustentabilidade e da solidariedade no financiamento. Apesar da maioria dos países da Europa Ocidental procurar manter níveis relativamente elevados de solidariedade verifica-se que, em muitos casos, os problemas com a sustentabilidade económica conduzem a reduções consideráveis na acessibilidade e na disponibilidade dos serviços de saúde;

- Há uma tendência crescente de compra estratégica, como forma de atribuição de recursos aos prestadores e de maximizar os ganhos em saúde, incluindo a separação entre as funções de prestador e comprador, passando do reembolso passivo para a compra, e seleccionando fornecedores de acordo com a sua relação custo/efectividade. Os mecanismos de contratualização e pagamentos baseados no desempenho tornaram-se centrais nos processos de aquisição;
- Os países estão a adoptar estratégias actualizadas ou novas estratégias para melhorar a eficiência na prestação dos serviços da saúde;
- A provedoria efectiva tem-se vindo a revelar central para o sucesso das reformas dos sistemas de saúde. O governo deve desempenhar este papel, envolvendo a liderança das políticas de saúde, regulando de forma adequada e com inteligência, mas a provedoria deve também incluir/envolver outros organismos como, por exemplo, as organizações profissionais.

Este relatório vem mais uma vez reforçar o papel do Estado nos sistemas de saúde e a função de provedoria. Argumenta que a necessidade de reforçar a função de provedoria do Estado apareceu com a introdução de novos mecanismos de mercado e os novos equilíbrios entre o Estado e o mercado nos sistemas de saúde, com os decisores políticos a procurarem orientar esses incentivos de mercado para a realização dos objectivos sociais<sup>102</sup>. A introdução de incentivos de mercado, em diferentes subsectores do sistema de saúde nos países europeus, foi acompanhada quer por um aumento do volume de regulamentação de novas abordagens de regulação quer de toda uma gama de instrumentos de regulação disponíveis.

Esta nova realidade demonstrou que se torna necessário um papel diferente e, em muitos casos, um papel reforçado do Estado nas suas funções de regulamentação e de liderança na política de saúde. Embora a provedoria possa também envolver outros agentes, tais como organizações profissionais, o Ministério da Saúde desempenha o papel central na formulação e execução da política da saúde. A provedoria é também uma questão de inteligência (capacidade de entendimento ou compreensão) na saúde, juntamente com visão política e influência reguladora. O fracasso e/ou sucesso de

---

<sup>102</sup> No domínio dos produtos farmacêuticos o aumento da actividade empresarial foi acompanhado por um aumento dos esforços para a contenção de custos.

muitas das reformas efectuadas no sector da saúde na região europeia dependeram directamente da capacidade política e da capacidade técnica para gerir a mudança, para recolher e utilizar a informação adequada, para regulamentar o sector privado e para negociar com os principais intervenientes. Um bom sistema de inteligência combina informações com a compreensão das necessidades de forma a ser selectivo na informação que gera para os decisores políticos e para os utilizadores do sistema de saúde.

#### **4.2.4. A perspectiva do Observatório Português dos Sistemas de Saúde**

Em Portugal, desde 2000, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde através dos seus Relatórios de Primavera (RP), subordinados a um determinado tema (OPSS, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007), tem vindo a fazer uma análise anual da governação em saúde tendo por base os pressupostos da OMS.

Os RP procuram contribuir para a análise e comunicação efectiva sobre a governação da saúde em Portugal e sobre a evolução do sistema de saúde e seus determinantes. Têm como finalidade proporcionar a todos aqueles que, de uma maneira ou de outra, podem influenciar a saúde em Portugal, uma análise precisa, periódica e independente sobre a evolução do sistema de saúde português e dos factores que a determinam. O propósito do OPSS é facilitar a formulação e implementação de políticas de saúde efectivas.

Para esta entidade a questão da governação em saúde tem vindo a assumir um papel cada vez mais predominante no desenvolvimento dos sistemas de saúde. Não basta formular políticas públicas na área da saúde sendo também necessário proceder à sua implementação num determinado contexto socioeconómico e num horizonte temporal definido.

Isto implica uma cultura de governação e um conjunto sofisticado de instrumentos de influência que articulem os objectivos das políticas de saúde com os dispositivos que regulam a distribuição dos recursos de saúde, a contratualização do desempenho das organizações de saúde — a todos os níveis —, os dispositivos de gestão organizacional, as redes horizontais que influenciam esse desempenho e

asseguram a sua qualidade, e os mecanismos concorrenciais do mercado da saúde. A Figura 17 apresenta a governação da saúde nas suas múltiplas dimensões.



**Figura 17** — A governação em saúde: complexa, multi-dimensional, indispensável [Adaptado de OPSS (2003)]

### 4.3. Os sistemas de saúde e o mercado da saúde

Os sistemas de saúde têm motivado reflexões em todo o mundo por parte de organizações e de investigadores das mais diversas áreas. De uma forma geral, os sistemas de saúde possuem dois grandes objectivos. Em primeiro lugar, promover o acesso das populações aos cuidados de saúde de acordo com as suas expectativas e as suas necessidades<sup>103</sup>. Em segundo lugar promover a eficiência económica, nomeadamente através de um quadro de rigor orçamental e de controlo da despesa

<sup>103</sup> Cidadãos cada vez mais informados e conhecedores dos seus direitos pressionam os decisores políticos no sentido de se encontrarem respostas mais rápidas e de maior qualidade para as suas necessidades. Para além de influenciarem o desenho das políticas de saúde desenvolvem também estruturas de defesa dos direitos dos doentes que funcionam como grupos de pressão. Desta forma, os programas eleitorais dos partidos políticos e os programas de governo têm vindo a incluir de forma crescente disposições que procuram dar resposta aos anseios das pessoas, nomeadamente no que se refere à cobertura de cuidados de saúde, à equidade no acesso e à redução dos níveis de mortalidade e de morbilidade.

pública<sup>104</sup>. Encontrar o equilíbrio entre estes dois objectivos (a equidade e a eficiência), frequentemente contraditórios, tem constituído um desafio comum para os mais diversos países e que estiveram na origem da maioria das reformas encetadas.

Assim, começaremos por apresentar falar dos sistemas de saúde (4.3.1), definindo-os e posteriormente apresentando os seus objectivos e funções, e as alternativas organizacionais. De seguida, falaremos do mercado da saúde (4.3.2) onde abordaremos as principais diferenças com outros mercados e algumas das principais questões associadas à gestão dos cuidados de saúde ao nível das organizações e da respectiva prestação.

### **4.3.1. Os sistemas de saúde**

A protecção e manutenção da saúde constituem factores fundamentais para o progresso e desenvolvimento de qualquer país (World Bank, 1993, UNDP, 1997a, b, Johnston e Stout, 1999, UNDP, 2004b). A correcta organização e articulação dos serviços de saúde contribuem para esse objectivo.

Assim começaremos por apresentar uma definição de sistema de saúde (4.3.1.1), focando posteriormente os seus objectivos e funções (4.3.1.2), e as alternativas organizacionais (4.3.1.3) existentes em termos de sistemas de saúde.

#### **4.3.1.1. Sistema de saúde e cuidados de saúde**

O sistema de saúde ou sistema de cuidados de saúde corresponderá ao conjunto de regras orientadoras de actividades desenvolvidas e prestadas pelos diversos prestadores de cuidados de saúde, com a finalidade de conseguir ganhos em saúde para as pessoas. A OMS utiliza uma definição de sistema de saúde muito ampla

---

<sup>104</sup> Durante as últimas duas décadas, a política de saúde na Europa tem vindo a preocupar-se de forma crescente com os custos cada vez maiores dos cuidados de saúde (Saltman e Figueras, 1997). O envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas, o aparecimento de novos tratamentos e de novas tecnologias e o aumento das expectativas públicas colocaram de forma ascendente pressões sobre a despesa total em saúde. Os governos dos diversos países tem adoptado de forma crescente medidas de contenção de gastos e promovido a aplicação de mecanismos de melhoria da eficiência técnica no funcionamento dos serviços. Assim, para além das reformas iniciadas durante os anos 80 com orientações macroeconómicas no sentido de controlar a despesa, foram adoptadas medidas da NPM, nomeadamente através da adopção de práticas da gestão empresarial privada e a adopção de incentivos típicos de mercado com a manutenção da propriedade pelo sector público.



que compreende todas as actividades que têm como finalidade essencial a promoção, a recuperação ou a manutenção da saúde (WHO, 2000b).

Assim, para além da prestação de cuidados de saúde enunciados, são de grande importância para o sistema de saúde os serviços de ensino (colaboração com as Universidades e Escolas de Enfermagem e Tecnologia da Saúde com o objectivo de formar novos profissionais de saúde) e os serviços de investigação (visam enriquecer os conhecimentos na área da medicina e concorrem para a melhoria do nível de vida e de saúde das populações). A organização e o financiamento de qualquer sistema de saúde estão intimamente ligados com o sistema político, social e económico do país onde está inserido.

Os sistemas de saúde podem ser mais ou menos organizados, pela forma como é estruturada a rede dos seus serviços e se estabelecem hierarquicamente as suas metodologias ou regras de funcionamento. À medida que se desenvolvem a sua tendência é alargar a sua acção a toda a população, sendo necessária uma estrutura de serviços dotados de funções e meios de acção agrupados em escalões que facilitem aos utentes facilidade de acesso e de utilização dos serviços de saúde. A política de saúde, como parte integrante da política geral de um país, deve procurar que seja garantido a todos o direito à saúde e fomentado o dever da colaboração na sua segurança e promoção social, tanto a nível individual como a nível colectivo (sociedade em geral).

A política de saúde representa o conjunto de opções fundamentais em que se estabelece o papel do estado na responsabilidade pela saúde da população e o correspondente grau de universalidade (para todos ou grupos beneficiados), de integridade e equidade (extensão dos cuidados e o seu acesso), de gratuidade (total ou parcial), de planificação (elaboração dos esquemas e programas de actividades, avaliação de resultados) e modalidades de trabalho a efectuar pelos serviços de saúde.

As políticas de saúde apresentam três objectivos centrais: a equidade (os cidadãos devem ter acesso a um conjunto mínimo de cuidados de saúde e a qualidade do tratamento não deve ser prestado em função do rendimento mas, em especial, das necessidades efectivas de cuidados); a eficiência técnica<sup>105</sup> (maximizar o resultado dos cuidados e a satisfação dos consumidores ao custo mínimo, através da combinação de

---

<sup>105</sup> Esta preocupação esteve na base de grande parte das reformas na parte da oferta, nomeadamente no que se refere aos hospitais públicos: reformas tecnológicas, reformas de gestão, reformas de financiamento e reformas organizacionais (Harding e Preker, 2000, 2003). Estas reformas serão discutidas mais à frente.

formas de organização que promovam a melhoria da produtividade dos meios disponíveis); a eficiência económica ou distributiva<sup>106</sup> (os sistemas de saúde só deverão consumir uma parte adequada do PIB, pelo que é necessária a utilização de mecanismos apropriados para limitar as despesas quer decorrentes das políticas públicas quer decorrentes da oferta excessiva do mercado privado ou da procura de cuidados de saúde). Alguns autores acrescentam a estes três objectivos outros dois objectivos, embora os considerem mais como meios do que como objectivos: a liberdade de escolha dos prestadores de cuidados pelos utilizadores e a autonomia dos prestadores (Barr, 1992).

#### 4.3.1.2. Objectivos e funções dos sistemas de saúde

O conceito de sistema de saúde não se esgota nas intervenções preventivas, curativas e paliativas e afasta-se da visão que considera o sistema de saúde simplesmente composto pelos prestadores e pelas organizações que prestam serviços médicos personalizados. Nos últimos anos tem sido colocada uma ênfase especial na forma como os sistemas tratam as necessidades de saúde dos cidadãos, no processo de participação e na forma como os seus riscos financeiros são acautelados. Para além disso, tem sido dado um relevo especial à resposta dos sistemas às expectativas dos cidadãos e ao direito que possuem de ser tratados individualmente, com dignidade, rapidamente e com respeito pelos seus valores e confidencialidade (WHO, 2000b).

Objectivo	Descrição
Principal	Melhorar a saúde da população que serve. Considera para além do aumento do nível médio de saúde da população (incluindo as componentes fatais e não fatais) a distribuição da saúde, e a diminuição das desigualdades e diferenças entre indivíduos e grupos.
Social	Responder às expectativas dos cidadãos em relação aos cuidados mas em áreas não de saúde como o respeito pela dignidade, a autonomia e a confidencialidade da informação. Podemos também falar na capacidade do sistema em responder bem às expectativas dos cidadãos garantindo um nível médio de resposta e uma distribuição equitativa, isto é, sem qualquer discriminação ou diferença na forma como as pessoas são tratadas
Financeiro	Proporcionar protecção financeira nos custos da doença. É, por natureza, um objectivo distributivo. Na componente de financiamento há boas e más maneiras de se captar recursos para um sistema de saúde; mas todas elas são boas ou más segundo a forma como afectam a distribuição do fardo financeiro sobre os cidadãos.

**Quadro 42** — Objectivos dos sistemas de saúde [Adaptado de WHO (2000)]

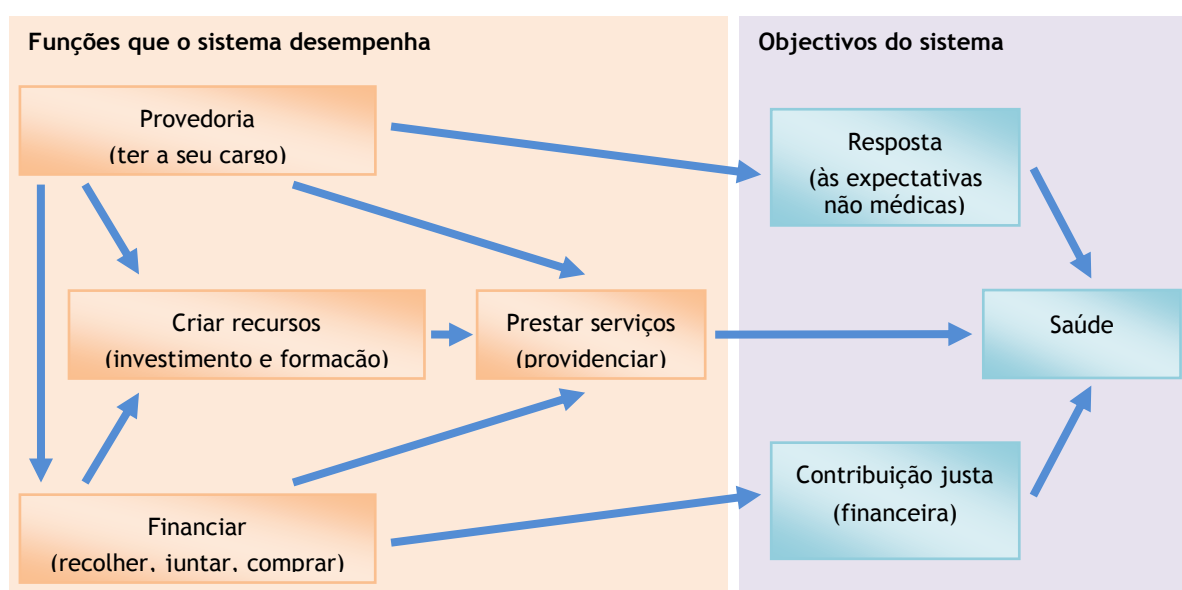
<sup>106</sup> Esta preocupação, nomeadamente a redução da despesa pública com cuidados de saúde, esteve na base de grande parte das reformas efectuadas em diversos países em termos da limitação de recursos públicos, novas técnicas de orçamentação e formas de controlo (Mossialos e Le Grand, 1999).

O Quadro 42 sintetiza os objectivos dos sistemas de saúde que têm a responsabilidade não só de melhorar a saúde dos cidadãos mas também de os proteger dos custos financeiros da doença, bem como de os tratar com dignidade.

Ainda no domínio de resposta dos sistemas de saúde às expectativas dos cidadãos, estes são encarados na dupla posição de cidadãos com direitos e de cidadãos utilizadores dos serviços fornecidos pelo sistema de saúde incluindo-se diversas áreas:

- Áreas de respeito pelas pessoas — respeito pela dignidade, confidencialidade e direito à informação, autonomia na participação nas escolhas relacionadas com a saúde); e
- Áreas comuns com qualquer cliente, consumidor ou utilizador — atenção imediata em caso de emergência e razoável espera em situações não emergentes, amenidades de qualidade adequada como limpeza, espaço e alimentação hospitalar, acesso a redes de apoio social na família e amigos, escolha de prestador e liberdade de selecção da organização de cuidados.

As funções que o sistema de saúde desempenha (proporcionar serviços de saúde personalizados e não personalizados; levantamento, junção e alocação das receitas para comprar esses serviços; investir em pessoas, edifícios e equipamentos; agir como salvaguarda e garantia dos recursos, poderes e expectativas que lhe foram confiadas) estão relacionadas umas com as outras e com os seus objectivos do sistema. Essa relação está representada na Figura 18



**Figura 18** — Relações entre as funções e os objectivos do sistema de saúde [Adaptado de WHO (2000)]

O conceito de provedoria, que é uma das funções essenciais do sistema de saúde, inclui, não só a capacidade para influenciar a realização dos objectivos do sistema de saúde (nível de saúde, resposta adequada em cuidados de saúde e justiça na distribuição das contribuições financeiras), mas também a dimensão de natureza ética, como a dedicação ao bem comum e a relação de confiança com o cidadão.

#### **4.3.1.3. Alternativas organizacionais**

Os sistemas de saúde podem ser mais ou menos organizados, pela forma como é estruturada a rede dos seus serviços e se estabelecem hierarquicamente as suas metodologias ou regras de funcionamento. Os sistemas organizados de saúde surgiram no final do século XIX, com a revolução industrial, e primeira metade do século XX associados a um conjunto de factores.

De entre esses factores destacam-se os acidentes de trabalho e as doenças transmissíveis com as consequentes perdas de produtividade, o impacto das doenças no ambiente das guerras, a intervenção política crescente dos movimentos socialistas na Europa e a destruição provocada pela II Guerra Mundial nas estruturas de saúde existentes que levou a repensar o papel do Estado e aproveitar os ensinamentos adquiridos pela organização dos cuidados de saúde em tempo de guerra. Em termos de modelo organizacional são identificadas três alternativas<sup>107</sup>: o modelo de Bismarck, o modelo de Beveridge e o modelo de mercado.

O modelo de Bismarck<sup>108</sup> é fundado no seguro obrigatório, pago pela contribuição partilhada de patrões e trabalhadores, em que quase toda a população está coberta sendo subsidiado pelo Estado para pensionistas e desempregados. Este modelo caracteriza sobretudo o mundo germânico (adoptado e moldado por vários países onde se destacam a Áustria, Holanda e Suíça) sendo fiel à lógica do seguro social, em que o

---

<sup>107</sup> Pode-se considerar um quarto modelo desenvolvido em alguns países da OCDE, caso da França, Bélgica e Japão que têm um sistema misto, que apareceu mais tarde, inspirado no sistema de Bismarck e que associa o princípio do seguro obrigatório à protecção social que contempla várias prestações, não contributivas, aos mais desfavorecidos.

<sup>108</sup> A Alemanha adoptou em 1883 (Bismarck) uma lei que obrigava os empregadores a contribuir para um esquema de seguro doença em favor dos mais pobres alargada posteriormente a trabalhadores com rendimentos mais elevados. Posteriormente, este movimento levou à criação de um sistema de seguros obrigatórios que cobriam os riscos de doença temporária, invalidez permanente, velhice e morte prematura. O objectivo era de prevenir os riscos incertos através de um seguro pago pela contribuição partilhada de patrões e trabalhadores.

acesso é universal, mas sustentado pelo esforço contributivo dos salários e dos empregadores.

O modelo de Beveridge<sup>109</sup> baseia-se no financiamento fiscal, na universalidade de acesso e gratuidade no atendimento a todos os níveis de prestação assentando num sistema público denominado serviço nacional de saúde, financiado pelos impostos, em que o direito à saúde é independente do trabalho e do emprego. Este modelo impera sobretudo na Dinamarca, Finlândia, Noruega, Suécia, Grécia, Portugal, Espanha e Itália.

O modelo de mercado é organizado a partir da compra do seguro de saúde<sup>110</sup> pelos indivíduos e pelas empresas sendo o acesso dependente da capacidade de pagar do cidadão/utilizador. Os Estados Unidos da América (EUA) são o país onde este tipo de organização tem maior peso, pois tem um sistema misto de seguros sociais e privados, em que se justapõem sistemas concorrentes que exprimem as escolhas sociais do Estado (Medicaid<sup>111</sup> e Medicare<sup>112</sup>). Apesar das vantagens apregoadas do funcionamento do mercado este modelo acaba por chocar com limitações semelhantes às dos outros sistemas de tal forma que os resultados alcançados não são proporcionais aos esforços desenvolvidos para melhorar a saúde<sup>113</sup>.

O modelo de mercado é aplicado de modo específico aos EUA tendo apresentado até aos anos oitenta uma intervenção residual do Estado na organização da

---

<sup>109</sup> O modelo adquire este nome devido ao Relatório Beveridge, de 1942, que definia os serviços de saúde como uma das condições necessárias para a criação de um sistema viável de segurança social na Grã-Bretanha. Este modelo baseia-se em cinco aspectos nucleares: a responsabilidade do Estado pela saúde dos cidadãos que deve proporcionar cuidados gratuitos no momento em que a necessidade se efectiva; o princípio da generalização incumbindo ao Estado a promoção de forma alargada e geral do serviço de saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da doença; o princípio da universalidade, ou seja, o Estado responsabiliza-se pelos cuidados de saúde para toda a população; o princípio da igualdade que aponta para a existência de um padrão de qualidade dos serviços para todos os cidadãos sem qualquer discriminação económica, social ou geográfica; o princípio da autonomia profissional com relevo para a autonomia clínica, ou seja, os médicos tem liberdade de prescrever e de referenciar os seus doentes para outros níveis de cuidados de acordo com o seu entendimento profissional permitindo assim a utilização da tecnologia mais recente para benefício da população. O *National Health Service* desenvolve-se em 1948 marcando o fim da discussão que começara em 1942 com o relatório mencionado.

<sup>110</sup> Acordo entre duas partes, em que a primeira — o segurado — paga à segunda — a entidade seguradora — uma contribuição monetária periódica (designada por prémio), comprometendo-se esta última a cobrir total ou parcialmente os custos da utilização de cuidados de saúde efectuados pelo primeiro. A função do seguro é de distribuir os riscos individuais pelo colectivo (Pereira, 2004).

<sup>111</sup> Programa federal de ajudas estatais para pagar cuidados de saúde para os necessitados, cegos e deficientes e famílias de baixos rendimentos com crianças.

<sup>112</sup> Programa federal de seguro de saúde para pessoas idosas com mais de 65 anos, e para as pessoas deficientes com menos de 65 anos.

<sup>113</sup> Os Estados Unidos são o país que mais gasta em saúde (National Coalition on Health Care, 2007), tem 46 milhões de cidadãos sem assistência médica (Center on Budget and Policy Priorities, 2006) e os seus indicadores não param de piorar (The Guardian, 2007). Num estudo publicado em 2006, pelo *Commonwealth Fund*, o sistema de saúde norte-americano é considerado o mais caro e o menos eficaz entre os de seis grandes países industrializados (Austrália, Canadá, Nova Zelândia, Reino Unido e Alemanha) analisados (Davis et al., 2006).

oferta e da regulação do trabalho. O Quadro 43 apresenta as principais características dos dois modelos de organização dos sistemas de saúde da Europa.

Características	Modelo <i>Beveridge</i>	Modelo <i>Bismarck</i>
Financiamento	Predominantemente por impostos	Predominantemente por quotizações de empregados e empregadores para o seguro social
Gestão orçamental	Governamental	Não governamental
Trabalho médico	Assalariados ou remuneração por capitação	Contratados pelos fundos de seguro social e médicos liberais pagos por honorários
Modelo de propriedade	Público	Não público
Países	Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Noruega, Suécia, Espanha, Itália, Portugal e Grécia	Alemanha, Áustria, Holanda, Suíça, França, Bélgica
Forma de regulação da oferta	Directa	Indirecta

**Quadro 43** — Principais características do modelo de Beveridge e do modelo de Bismarck [Adaptado de Escoval (2003)]

Os sistemas de segurança social, e em particular os de saúde, desenvolveram-se no mundo à sombra destes três modelos concorrentes. Nos países da OCDE os desenvolvimentos ocorridos assentam principalmente no modelo *Bismarckiano* e *Beveridgeano* com maiores ou menores influências de um ou de outro, ou mesmo as tentativas de combinação, mais ou menos bem conseguidas, de ambos os modelos. A noção de Estado de bem-estar nasceu ao encontro destas duas concepções de protecção social. Ambos os modelos têm na sua génese a noção reformista de que é necessária uma rede de segurança, uma espécie de guarda-chuva, para atenuar as grandes tensões sociais geradas pelo crescimento económico e consequente alongamento da marcha da sociedade para o desenvolvimento (Campos, 2000).

No final do século XX os três modelos mencionados apresentam-se fortemente contaminados entre si levando a OMS, no Relatório de 2000<sup>114</sup>, a desenvolver uma nova metodologia de análise e avaliação do desempenho dos sistemas de saúde visando o grau de satisfação em três objectos distintos e relacionados entre si: promoção da saúde, resposta às expectativas dos cidadãos em cuidados e justiça na contribuição financeira (WHO, 2000b). Desta forma, os sistemas de saúde são analisados segundo a

<sup>114</sup> O Relatório de 2000 da OMS já foi focado em outros pontos deste trabalho. Destacam-se a visão abrangente de sistema de saúde e a importância do conceito de provedoria para a governação em saúde, os objectivos e as funções do sistema de saúde e a importância da nova metodologia desenvolvida pela OMS para a análise da governação em saúde.

capacidade de resposta e de realização dos objectivos definidos por cada país e sobre o grau de eficiência e de desempenho do seu sistema corrigido pelo factor social educação. A nova metodologia procurava avaliar o estado de saúde e bem-estar das populações resultante ao grau de desempenho dos sistemas de saúde.

### **4.3.2. O mercado da saúde**

Cada sector de actividade costuma argumentar que tem diferenças específicas. O sector da saúde não escapa a essa discussão. Como em muitas outras áreas de actividade há aspectos relacionados com a organização económica e princípios de análise que são comuns e que podem ser partilhados com outras realidades. No entanto, no caso do sector da saúde existem alguns factores que o tornam único em termos de problemas económicos e que relativamente a outros sectores, embora existam igualmente, raramente estão todos presentes em simultâneo.

Assim, começaremos por focar as suas principais diferenças do mercado da saúde (4.3.2.1) e, de seguida, abordaremos algumas das principais questões associadas à gestão dos cuidados de saúde ao nível das organizações e da respectiva prestação (4.3.2.2).

#### **4.3.2.1. As diferenças do mercado da saúde**

O mercado da saúde não se comporta como os outros mercados (Arrow, 1963, Culyer, 1971, Pauly, 1988, Lucena et al., 1995). Os factores cruciais de distinção estão relacionados com a presença da incerteza, o papel das instituições sem fins lucrativos e os fortes juízos éticos correspondentes.

A incerteza é algo que persiste e envolve o sector da saúde nos mais variados momentos (relativa ao momento em que se necessita de cuidados de saúde, quanto ao estado de saúde, quanto ao tratamento mais adequado para um determinado problema de saúde, quanto ao efeito do tratamento, quanto aos custos associados, etc.) que levanta várias questões sobre o comportamento dos agentes, as relações que eles estabelecem entre si, as implicações em termos de organização e intervenções desejáveis e possíveis. No domínio da saúde existem dois tipos de incerteza: por um

lado a natureza imprevisível da doença leva à aquisição de bens e serviços para a combater que nem sempre é planeada, daí o recurso a seguros de doença<sup>115</sup> por parte do consumidor ou à implantação de sistemas públicos de prestação; por outro lado as consequências de determinados procedimentos médicos bem como a respectiva reacção por parte do doente não são totalmente previsíveis (Pereira, 2004).

Associado à incerteza temos as assimetrias de informação<sup>116</sup> existente entre os agentes económicos que têm relações entre si, levando os agentes a desempenhar múltiplos papéis o que gera desequilíbrios nas leis que regulam o mercado. Adoptando uma linguagem de mercado o cliente não conhece bem os produtos que quer consumir (a natureza e o tipo de cuidados de saúde que necessita), razão pela qual é levado a expressar as suas necessidades através de um intermediário (regra geral o médico<sup>117</sup>) com quem estabelece uma relação de agência<sup>118</sup>. A circunstância de, neste caso, o médico se comportar simultaneamente como decisor e prestador contribui para um natural desequilíbrio nas leis que regulam o mercado.

Para além da incerteza e das assimetrias de informação sobre o comportamento dos agentes económicos e sobre a organização do sector existem instituições sem fins lucrativos colocando-se questões quanto à sua motivação, às consequências associadas a essa motivação, quais os seus objectivos e a sua consonância com os interesses gerais da sociedade. Apesar destas diferenças é assumido que os agentes económicos são racionais e que têm objectivos que procuram alcançar. Por outro lado, apesar da não existência de obtenção de lucro por parte de algumas entidades, assume-se que poderão ter um comportamento em tudo semelhante às restantes desde que em certas actividades procurem obter excedentes para aplicar em outras actividades ou em outros objectivos.

---

<sup>115</sup> Arrow (1963) argumentou que a incerteza existente neste mercado era tal que não surgiriam de forma natural mercados de seguro de saúde para cobrir todos os riscos presentes. Com este artigo pioneiro foi lançada a discussão das implicações em termos de organizações e intervenções desejáveis e possíveis.

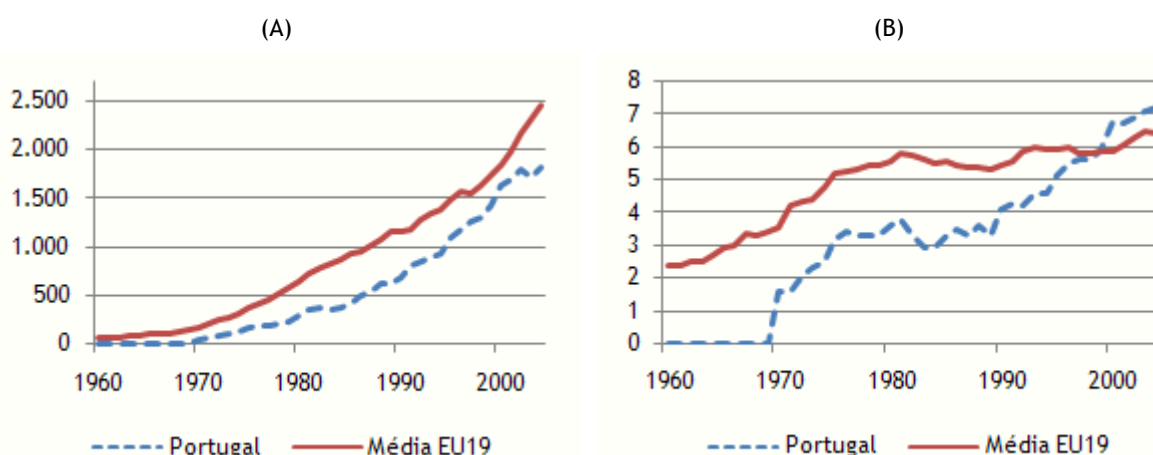
<sup>116</sup> Já abordamos anteriormente as questões associadas à assimetria de informação, nomeadamente na Teoria de Agência. Em termos muito simples a assimetria de informação significa que uma das partes presentes numa qualquer relação tem mais informação relevante para o valor dessa relação que a outra.

<sup>117</sup> Um médico depois da observação feita ao doente tem mais informação do que este sobre as suas necessidades. Por outro lado, o doente desconhece as verdadeiras competências e capacidades do médico, apesar do médico as conhecer, seguindo o seu conselho quanto ao tratamento a realizar confiando que este decide com mais informação e tendo como preocupação primeira o seu bem-estar.

<sup>118</sup> Situação em que o individuo delega as suas decisões sobre consumo ou produção numa outra pessoa que passa a actuar como seu agente. No sector da saúde este fenómeno surge como consequência da ignorância do consumidor relativamente às suas próprias necessidades e às características dos bens que as possam satisfazer, daí resultando uma delegação de poderes de aquisição de bens no prestador de cuidados (Pereira, 2004).



Por último, temos os aspectos éticos, nomeadamente o juízo de valor no consumo de serviços médicos, que não se encontra no consumo de outros bens. A adopção de declarações universais focando aspectos éticos fundamentais relacionados com os direitos do homem e do cidadão, dignidade humana e direito à saúde entre outros distingue claramente o sector da saúde<sup>119</sup>. A importância mais acentuada desta consideração ética é o princípio de que ninguém deve ser privado de cuidados médicos em caso de necessidade, independentemente das suas condições financeiras<sup>120</sup>. Paralelamente a estas questões devem ser consideradas questões relacionadas com informação ao utente e consentimento informado, limites à prestação de cuidados, desenvolvimento do sistema de saúde, acções intersectoriais no campo da saúde, e o reforço da ética no sistema de saúde. As decisões relativas a políticas de saúde são muitas vezes tomadas sobre pressão do tempo e as questões relacionadas com o impacto ético de tais políticas podem não receber o cuidado merecido (WHO, 2002a).



**Figura 19** — A importância do sector da saúde na economia [Fonte: OECD Health Data (2006)]

Para terminar, não podemos esquecer o peso económico do mercado da saúde e a extensão da sua influência. Os cuidados de saúde são não só uma parte integrante do sistema social, mas também um importante sector económico (Schneider et al., 1992, Dunlop e Martins, 1995) . Em termos de significado económico tem-se assistido a uma

<sup>119</sup> Por exemplo no I ponto da Declaração de Alma-Ata, realizada em Alma-Ata, URSS, 12 de Setembro de 1978, pode ler-se “a Conferência reafirma enfaticamente que a saúde — estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade — é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a acção de muitos outros sectores sociais e económicos, além do sector da saúde. Em Portugal, o art.º 64 da Constituição da República Portuguesa, no nº1 afirma que “todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover”.

<sup>120</sup> A OMS considera como sendo um dos objectivos fundamentais do sistema de saúde o proporcionar protecção financeira nos custos da doença (WHO, 2000b).

importância cada vez maior das despesas em termos de recursos, quer em termos globais quer em termos de despesa pública. Essa situação é perfeitamente visível na Figura 19 onde estão representados o crescimento da despesa total em saúde (A) e a despesa pública em saúde como proporção do PIB (B)<sup>121</sup>.

As influências do sector da saúde estendem-se às mais variadas áreas relacionadas com investigação e desenvolvimento, mercado de emprego, alimentação, material clínico, medicamentos, etc. Num documento canadiano de 2002 é afirmado que a investigação em saúde — especialmente a biomédica e a pesquisa científica — é reconhecida como uma componente com importância crescente da economia do conhecimento canadiana e uma fonte de emprego altamente especializado e bem pago para milhares de canadianos (Romanow, 2002).

#### **4.3.2.2. A gestão dos cuidados de saúde**

Os serviços de saúde representam o conjunto de serviços prestados à comunidade com o objectivo de prevenir, curar e erradicar a doença. Tradicionalmente, envolvem os serviços de internamento (prestação de cuidados médicos a doentes que residem numa entidade prestadora de cuidados de saúde), os tratamentos em ambulatório (regime de acompanhamento e tratamento de doentes não acamados ou internados compreendendo a consulta externa, a urgência, a cirurgia ambulatória e hospitalização de dia e os centros de saúde) e serviços de ordem higiénica e sanitária (cumprimento de medidas específicas por pessoas, empresas, indústrias e problemas de protecção sanitária, abrangendo a habitação, as oficinas, o comércio de produtos alimentares, saúde escolar e do trabalho, etc.).

Nem todas as instituições que prestam cuidados de saúde (hospitais, centros de saúde, clínicas privadas com fins lucrativos, clínicas privadas sem fins lucrativos e profissionais da saúde em regime liberal) dispõem de todos os serviços descritos. Os serviços de saúde podem estar dispersos com poucas ou sem interligações, ou, pelo contrário, organizados em sistemas bem definidos que permitem a sua articulação.

---

<sup>121</sup> Os valores da Figura 19, gráfico A relativo ao crescimento das despesas totais, para os países da União Europeia a 19 são uma média simples e representam valores per capita, em USD a PPP. Em 2004 a percentagem do PIB despendida em Portugal no sector da saúde foi de 10,1% (OECD Health Data, 2006), sendo a parte pública de 7,4%.

Os cuidados de saúde podem ser definidos como um conjunto organizado de prestação de cuidados médicos e paramédicos, gerais e de especialidades, para toda a população ou grupos definidos desta, sob a forma coordenada, com o objectivo de assegurar o melhor nível possível de saúde a cada indivíduo inserido na sua família e comunidade, promovendo e vigiando a saúde individual e da comunidade, tratando rapidamente os que adoecem e reabilitando os diminuídos e inferiorizados até ao nível da sua capacidade fisiológica potencial. Os cuidados de saúde podem ser separados em dois grupos:

- Cuidados primários de saúde — compreendem o conjunto de intervenções realizadas pelos prestadores de cuidados de saúde relacionadas com a doença ao nível individual e familiar, e exercidas em regime de ambulatório ou de acompanhamento fora do hospital;
- Cuidados hospitalares (diferenciados ou de especialidade) — correspondem às actividades desenvolvidas no atendimento de doentes que necessitam de internamento, quando são requeridos diagnósticos e tratamentos especializados apoiados em estruturas de serviços muito diferenciados e equipamentos complexos.

A gestão dos cuidados de saúde não pode ser encarada da mesma forma que se encara a gestão de uma empresa comercial, industrial ou de serviços. As entidades que prestam os cuidados de saúde, na sua maior parte hospitais, constituem “sistemas de produção” bastante complexos que não permitem a adopção ou adaptação de métodos utilizados em outros sistemas produtivos (Urbano e Bentes, 1994).

Estas dificuldades prendem-se com o tipo de dados de decisão (muitos dos dados que são relevantes para a gestão dizem respeito a atributos que dificilmente são quantificados, tais como a dor, o isolamento social e o valor relativo da vida dos doentes), com os processos de tomada de decisão (são analiticamente complicados e altamente heterogéneos, tais como os relativos às admissões dos doentes, à definição de diagnósticos e de modalidades de tratamento ou às decisões do momento das altas) e com a inter-relação entre as decisões (cada doente é afectado por um conjunto de decisões de diferentes profissionais de saúde e qualquer decisão de afectação de recursos tem implicações em todas as outras).

A complexidade destas entidades é, ainda, agravada pela necessidade de prestar uma combinação específica de bens e serviços em função do estado de saúde de cada doente. O hospital assegura a prestação de actividades de diagnóstico e de tratamento necessários para a gestão clínica dos doentes (exames radiológicos e laboratoriais, cuidados de enfermagem, etc.) e a prestação de serviços hoteleiros e sociais (refeições, roupa lavada, etc.) de que os doentes necessitam enquanto permanecem no hospital.

As empresas pertencentes aos sectores económicos primários e secundário produzem *outputs* tangíveis, coisas físicas e homogéneas que se podem quantificar sem qualquer dificuldade. Quando estendemos esta análise para o sector terciário, para empresas que de um modo geral não produzem bens mas sim serviços, o *output* passa a ter componentes intangíveis.

Para estas entidades para além dos elementos físicos e contáveis — os bens — há um conjunto heterogéneo de serviços que não são facilmente contabilizáveis. Estas dificuldades na definição e medição do produto destas empresas explica a inexistência de modelos económicos que expliquem os comportamentos das organizações de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente os hospitais (sendo estas instituições que apresentam semelhanças com as empresas), cuja missão é não só prestar um serviço de qualidade a cada cidadão em particular, mas também zelar pelo bem-estar físico e emocional da comunidade.

Para além destes aspectos o hospital aparece como uma organização com características específicas e peculiares. Dos diversos tipos de organização representa aquela que mais uso intensivo faz de recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento — necessitando conseqüentemente de um enquadramento de administração com os seus órgãos de governo e uma equipa profissional de gestores. Ao mesmo tempo, desempenha um papel fundamental no contexto em que está inserido relacionado com o tipo específico de bem que produz — prestação de cuidados de saúde — e, conseqüentemente, com a responsabilidade que tem perante a tutela na prestação directa de cuidados de saúde, mas também na promoção, prevenção e protecção da saúde.

Assim, o hospital, enfrenta nos sistemas de saúde um papel duplo: por um lado é um instrumento da política de saúde, nomeadamente nas questões relacionadas com a

saúde pública, estando sujeitas a interesses de âmbito público relacionados com o sistema de saúde e as seus principais objectivos — melhorar a saúde, resposta e justiça financeira —; e, por outro lado, é objecto de autonomia organizacional, isto é, é uma organização com problemas de gestão semelhantes aos de qualquer empresa. Esta leitura, mesmo que não consideremos unidades tão complexas como o hospital, estende-se para outras organizações de saúde.

Os hospitais actuam num mercado muito específico e complexo — o mercado dos cuidados de saúde — no qual as leis de mercado não funcionam devido às características particulares do bem cuidados de saúde, do comportamento dos consumidores e dos mecanismos de oferta e procura de cuidados de saúde (Matias, 1995). Assim, os problemas de governação empresarial analisados anteriormente colocam-se também nas organizações de saúde com a agravante de se tornar necessários desenvolver mecanismos de governação relacionados com a prática clínica e, simultaneamente, mecanismos de governação empresarial. Tal necessidade advém da sua forma de organização e do tipo específico de produto que presta (cuidados de saúde).

#### **4.4. As reformas no sector da saúde**

A aplicação das políticas de reforma de sistemas económicos pode seguir duas vias possíveis: uma denominada *big bang*, em que todas as medidas são tomadas e aplicadas de forma simultânea, e outra denominada de gradualismo, na qual as medidas definidas são aplicadas de forma espaçada ao longo do tempo (Barros, 2004). Não existe um consenso na literatura económica sobre qual a melhor abordagem sendo apontadas vantagens e desvantagens de cada uma delas e condições particulares que, caso se verifiquem, dão vantagem a cada uma das opções. As considerações mais pertinentes, e mais citadas, sobre a adopção do *big bang* ou do gradualismo são os custos de ajustamento<sup>122</sup>, a credibilidade e a capacidade de realização. O Quadro 44 apresenta um resumo dos argumentos para cada um dos factores mencionados.

---

<sup>122</sup> Os custos de ajustamento são entendidos como os custos resultantes da passagem de um modelo de organização para outro. Não existindo custos a solução *big bang* é a mais adequada. No entanto, a realidade mostra que frequentemente as mudanças que ocorrem nos sistemas não são indolores e que existem custos de ajustamento associados (Barros, 2004).

Consideração	<i>Big bang</i>	Gradualismo
Custos de ajustamento	Pode diminuir os custos, porque aumenta os incentivos para os agentes económicos procederem a essa mudança.	Permite minimizar os custos de ajustamento, porque vai permitir o gerar de apoios sucessivos às reformas restringindo em cada período a oposição a grupos cada vez menores.
Credibilidade	Ganha maior credibilidade se o período inicial tiver mais custos que benefícios.	Pode aumentar a credibilidade se os resultados iniciais forem suficientemente favoráveis.
Capacidade de realização	Pode ser utilizado o argumento da impossibilidade de escrever de forma detalhada toda a sequência de reformas.	Pode ser utilizado o argumento de a aplicação de reformas demorar tempo.

**Quadro 44** — *Big bang* versus gradualismo na aplicação de políticas de reforma

No entanto, no caso do sector da saúde mais do que liberalizações ou mudanças de regime macroeconómicas estamos a falar em reformas de instituições cujo processo de desenvolvimento e de adaptação ocorre de uma forma gradual baseado com frequência em tentativas e correcções de erros, em aprendizagem das novas formas de funcionar e da assimilação de novos conceitos. A adopção de uma estratégia gradual de reforma assenta no argumento de que a implementação de mudanças muito rápidas poderia destruir o conhecimento<sup>123</sup> adquirido tornando-se mais complicadas de gerir e de aplicar<sup>124</sup>.

Por seu turno, a aplicação de reformas segundo uma estratégia de *big bang* para além de diminuir a capacidade de organização dos grupos de interesse que se opõem à reforma dentro das instituições (e que poderiam conduzir ao bloqueio da mudança) permitiria ultrapassar a noção de que é necessária uma massa mínima de apoio constituída por agentes que se envolvam na mudança para criar toda a dinâmica necessária de transição para um novo sistema. A reforma aplicada de forma gradual, para além de permitir o fortalecimento dos grupos de interesses permitiria diluir no tempo essa massa de apoio.

<sup>123</sup> Alguns autores argumentam que o aparecimento da gestão do conhecimento em termos empíricos está sobretudo relacionada com a reestruturação das organizações, nomeadamente o *downsizing*, e a consequente perda importante de conhecimento associada. Os trabalhadores saíram e levaram com eles o conhecimento acumulado durante anos (Piggott, 1997). Com o tempo, as organizações reconheceram que perderam anos de informação valiosa, competências e perícia estando determinadas agora a protegerem-se de nova recorrência (DiMattia e Oder, 1997)

<sup>124</sup> Os indivíduos (e as organizações) sentem-se ameaçados pela mudança, porque supõem que podem ser perdidas experiências, processos e rotinas que funcionavam bem, porque pressentem que não têm energia ou apoio suficiente para iniciar essa mudança, ou porque, pura e simplesmente, julgam que a mudança necessita da autorização de alguém. Contudo, a mudança pode ser olhada de uma forma mais positiva se tivermos em conta que ela ocorre à nossa volta em diversas áreas. Praticamente nada é imune à mudança de uma ou de outra forma e, como tal, não nos devemos sentir ameaçados por ela. A mudança pode ser uma possibilidade para melhorar as coisas com base em novos pressupostos mas também aproveitando a memória passada, isto é, experiências, processos e rotinas que funcionavam bem (Ferreira et al., 2005).

Esta abordagem sobre a aplicação das reformas no sector da saúde remete-nos para a necessidade de juntar duas realidades complementares: o enquadramento dos objectivos sociais e dos compromissos tidos em conta na formulação das políticas de saúde; e a capacidade de activar a participação de todos os que estão interessados na formulação e no desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis.

De modo a caracterizar as reformas no sector da saúde em traços gerais começaremos por apresentar o sentido geral das reformas e a redefinição do papel do Estado (4.4.1); de seguida focaremos o institucionalismo dos anos 90 (4.4.2), nomeadamente o conjunto de reformas que procurou resolver os problemas situados, na sua maioria, do lado da oferta (infra-estruturas físicas, tecnológicas e recursos humanos).

#### **4.4.1. O sentido geral das reformas**

Com o início dos anos oitenta desenvolveram-se em grande parte dos países da Europa processos de reforma influenciados quer por factores externos ao sector da saúde quer por factores específicos associados a problemas do sector da saúde. Os primeiros enquadram-se nos esforços mais largados de reforma, nomeadamente da administração pública e a redução do papel do Estado, que ocorrem dentro de cada país influenciados por factores políticos, ideológicos, sociais, históricos e culturais que afectam o enquadramento base em que as políticas de saúde são formuladas. Os segundos estão sobretudo relacionados com desafios específicos associados à população (envelhecimento, novas doenças, etc.), os desafios associados aos modelos de serviços de saúde necessários, bem como a pressão crescente nas despesas de saúde e o número de desafios estruturais e organizacionais (Saltman e Figueras, 1997).

Assim, nos países onde imperava o modelo de Beveridge, com especial destaque para o Reino Unido, iniciou-se o processo de separação entre o financiamento e a prestação de cuidados que provocará a diminuição do envolvimento directo do Estado. Por seu turno, nos países onde imperava o modelo de Bismarck, 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 excluídos do sistema de seguros. 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 (Saltman e Figueras, 1997).

Existe um conjunto vasto de factores que podem explicar o crescimento das despesas relacionados quer com a oferta quer com a procura de cuidados. Do lado da procura destacam-se o envelhecimento da população, o crescimento das doenças crónicas, crescimento do rendimento e o alargamento do acesso e da cobertura dos seguros. Do lado da oferta destacam-se com a inovação tecnológica — abarcando novas técnicas, novos medicamentos, novos equipamentos e novos actos utilizados nos cuidados de saúde — e o aumento dos meios materiais de prestação de cuidados e de pessoal.

As primeiras reformas de saúde introduzidas, nomeadamente nos anos oitenta do século passado, foram estimuladas sobretudo pelo imperativo macroeconómico do controlo de despesas públicas no sector. Algumas das principais medidas adoptadas estão representadas de forma sumária no Quadro 45.

Tipo	Medidas
Limitação de recursos públicos	Crescimento dos co-pagamentos. Redução do número de situações de excepção aos co-pagamentos. Racionamento com base em decisões explícitas. Papel crescente dos seguros voluntários de saúde. Desenvolvimento de formas alternativas de hospitalização.
Novas técnicas de orçamentação.	Orçamentos fixos substituídos por orçamentos indiciários. Orçamentos combinados com pagamentos de acordo com as actividades. Orçamentos sectoriais substituídos por orçamentos para prestadores individuais.
Formas de controlo	Controlo sobre os honorários. Controlo das entradas ( <i>inputs</i> ), nomeadamente os salários, o número de pessoal ou as despesas de capital. Controlo das camas hospitalares. Introdução de linhas de orientação ( <i>guidelines</i> ) na medicina. Introdução do sistema de preços de referência. Controlo do tempo de internamento.

**Quadro 45** — Medidas de contenção de custos nos Estados membros da União Europeia no final da década de 90 do século XX e início do século XXI [Adaptado de Mossialos e Le Grand (1999)]

Apesar destas medidas terem provocado impactos importantes na estabilização das despesas públicas e na mudança do modelo assistencial, incentivando



o acesso aos cuidados primários e reduzindo os atendimentos hospitalares, foram relativamente inócuas sobre o crescimento do sector e do emprego na saúde durante esse períodos (Abel-Smith e Mossialos, 1994). Tiveram no entanto a virtude de introduzir na agenda da gestão pública a necessidade do sector da saúde consumir uma parcela apropriada do PIB e a necessidade da reestruturação dos mecanismos organizacionais do sector da saúde.

A partir do início dos anos noventa, as reformas da saúde evidenciaram de forma efectiva as variáveis de eficiência microeconómica para gerar, ao menor custo, incentivos à qualidade no atendimento e à satisfação dos utilizadores. As considerações sobre a melhoria da eficiência microeconómica incluíram a busca de soluções organizacionais que favorecessem os resultados globais, tendo os governos procurado estimular a eficiência sistémica, canalizando recursos dos serviços e programas ineficientes e ineficazes para outros de menor custo e mais rentáveis. Neste sentido procurou-se dar mais relevo ao papel do sector privado e à lógica de mercado no financiamento e prestação de cuidados de saúde. A utilização de mecanismos de tipo mercado nos sistemas públicos produziu uma reconfiguração da organização do sistema e uma crescente empresarialização da actividade (Busse et al., 2002, Saltman et al., 2002).

Paralelamente a estas estratégias surge progressivamente o tema do Estado regulador em consequência da nova intervenção do Estado para além do modelo tradicional de comando e controlo. A incorporação de mecanismos do tipo mercado exige-se uma nova forma de regulação que se traduz no desenvolvimento de novas competências para supervisionar as actividades que são dirigidas ou que foram a concurso com entidades privadas (Saltman e Figueras, 1997, Busse et al., 2002, Saltman et al., 2002). Esta nova postura assume particular importância se tivermos em conta as reformas da NPM, e o papel que o Estado desempenha como regulador, iniciadas na maioria dos países.

#### **4.4.2. O institucionalismo dos anos 90**

O desenvolvimento dos sistemas de saúde na maioria dos países europeus incidiu em políticas focadas na expansão dos recursos humanos e das infra-estruturas

(clínicas, serviços de diagnóstico, laboratórios e hospitais). Os sistemas foram desenvolvidos para providenciarem medicamentos, equipamentos médicos e formarem os recursos humanos. Todo este processo foi suportado num envolvimento profundo e na intervenção directa do Estado como resposta às falhas do mercado (Harding e Preker, 2000).

Esta estratégia trouxe consigo melhorias substanciais na acessibilidade e na equidade do acesso aos cuidados de saúde, com o aumento da oferta de cuidados sobretudo ao nível dos hospitais, um maior e melhor controlo de doenças, nomeadamente das doenças transmissíveis, e uma forte promoção das actividades de saúde pública. A resposta dos indicadores de saúde a este maior envolvimento do Estado foi extremamente positiva tendo-se registado uma evolução significativa em várias áreas (anos de vida potencial perdidos, mortalidade infantil e perinatal, esperança de vida, etc.).

Só que, como em relação a outras estruturas públicas, e apesar do impacto considerável obtido, a prestação ter-se-á revelado ineficiente nomeadamente no que se refere à relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos — quer em termos de eficiência técnica<sup>125</sup> quer em termos de eficiência na afectação. A qualidade dos serviços prestados era considerada discutível em consequência da reduzida operacionalidade dos equipamentos, da utilização deficiente dos recursos e ao contexto de uma actividade pouco responsável e insuficientemente avaliada. Ao nível de sistema foram identificados problemas graves com a aplicação e a afectação dos recursos, com os recursos na maioria das vezes mal distribuídos, pondo-se em causa as opções de aplicação adoptadas que privilegiaram de forma desproporcionada os meios urbanos e os cuidados curativos hospitalares.

Mesmo a equidade, considerada a motivação mais relevante para a prestação pública, era posta em causa, uma vez que a actividade raramente estaria focada nos mais necessitados. Os serviços prestados por entidades públicas foram considerados como não dando resposta aos seus utilizadores e de as instituições não serem responsabilizadas perante os mesmos. Os problema de qualidade e os equipamentos

---

<sup>125</sup> Combinação de recursos que atinge um resultado desejado ao mais baixo custo. A eficiência técnica é também por vezes designada por eficiência operacional ou eficiência de custos (Pereira, 2004).

deteriorados e com mau funcionamento eram frequentemente motivo de insatisfação para os seus utilizadores.

Neste contexto, foram identificadas, em termos de medidas de reformas para atacar as questões da produtividade, da eficiência (quer técnica quer de afectação), da qualidade e da resposta aos seus utilizadores quatro opções (Harding e Preker, 2001, 2003): as reformas tecnológicas, as reformas de gestão, as reformas de financiamento e as reformas organizacionais<sup>126</sup>. O Quadro 46 apresenta um breve resumo de cada uma delas.

Reformas	Principais medidas
Tecnológicas	Melhorar a capacidade tecnológica dos hospitais. Investimento em equipamentos médicos. Operação efectiva de sistemas de informação para a gestão através de investimento em computadores, bases de dados e aplicações. Formação para o desenvolvimento de capacidades para operar com a nova tecnologia.
Gestão	Reforçar a capacidade de gestão dos administradores da área de prestação de cuidados, quer através de formação, quer através de políticas de recrutamento fundadas em aptidões de gestão. Introdução de novos sistemas de apoio aos gestores na tomada de decisão, nomeadamente sistemas de informação melhorados. Reorganização interna dos hospitais, com a criação de directores clínicos e a chamada à área da gestão de médicos, <i>benchmark</i> do desempenho dos departamentos. Importação das “melhores práticas” do sector privado como, por exemplo, reengenharia de processos, cuidados centrados no doente, e técnicas de melhoria da qualidade
Financiamento	Alteração da estrutura de financiamento aos prestadores, procurando associar mais estreitamente as ligações entre a distribuição de recursos e a prestação de cuidados em geral ou de cuidados específicos (pagamentos retrospectivos, por acto, por caso ou episódio ou por dia). Transferência de riscos para os prestadores através de modelos de capitação ou orçamentos globais
Organizacionais	Melhorar o cenário institucional, alterando a distribuição do controlo de tomada de decisão, da distribuição de receitas e dos riscos entre os intervenientes no sector. Autonomização – “fazer os gestores gerirem” através da mudança da tomada de decisão do dia-a-dia da hierarquia para a gestão. Empresarialização – imitar a estrutura e a eficiência das empresas privadas assegurando a ênfase e a continuidade dos objectivos sociais mantendo a propriedade pública Privatização – transferência da propriedade pública para propriedade privada, mesmo para organizações sem fins lucrativos.

**Quadro 46** — Reformas para atacar as questões da produtividade, da eficiência, da qualidade e da resposta aos seus utilizadores

As reformas tecnológicas são as reformas mais comuns efectuadas para melhorar o desempenho dos hospitais devido à prevalência de equipamentos médicos danificados e de sistemas de informação para a gestão inexistentes ou primitivos

<sup>126</sup> Este conjunto de reformas visa resolver os problemas situados quase todos do lado da oferta (infra-estruturas físicas, tecnológicas e recursos humanos).

(Harding e Preker, 2000). Estas reformas foram (e são) bastante importantes nos hospitais públicos devido à rápida evolução dos equipamentos médicos e das tecnologias dos sistemas de informação. Contudo, em muitos casos, as soluções tecnológicas não tiveram o impacto esperado devido à má manutenção dos equipamentos detectada e à não utilização da informação (apesar de gerada) dos sistemas de informação para a gestão, por parte dos gestores e dos médicos, tornando evidente que estes investimentos precisavam de ser acompanhados por incentivos adicionais.

As reformas da gestão, iniciadas na década de 70 e início da década de 80, são um movimento muito próximo do que anos mais tarde conduziria à NPM e que procurava introduzir nos hospitais as melhores práticas (Osborne e Gaebler, 1993). Contudo, apesar de alguns sucessos, os seus resultados não foram tão positivos como seria de esperar tendo em conta as deficiências estruturais, a falta de controlo dos gestores sobre os factores de produção e os constrangimentos próprios do contexto cultural do sector público que reduziram ou impossibilitaram o efeito dessas medidas (Harding e Preker, 2000, Shaw, 2004).

O sucesso das medidas tomadas, embora mitigado quando confrontado com as expectativas iniciais, facilitou o aparecimento das reformas de financiamento que centram na distribuição de recursos e dos pagamentos a procura de maior eficiência no pressuposto de que o modo como as receitas entram nas organizações é um dos factores mais importantes de diferença (Shaw, 2004). Este tipo de reformas procurou separar pela primeira vez as funções de prestação e de financiamento, que se encontravam interpenetradas na maioria dos sistemas de saúde, iniciando processos de contratualização, associando o financiamento ao desempenho, definindo novos modelos de distribuição de recursos e imputando maior ou menor risco aos prestadores de modo a explorar a ligação entre a distribuição de recursos e os níveis de prestação (Harding e Preker, 2000, 2001, 2003).

No entanto, nenhum dos modelos de financiamento é perfeito, tendo com frequência efeitos contraditórios no sentido de que se respondem bem aos objectivos que levaram à sua escolha provocam, com alguma frequência, efeitos inesperados e mesmo indesejados. Por exemplo, os que promovem a produtividade encorajam a procura induzida pelos prestadores e os que melhor contêm os custos promovem fugas

e uma baixa produtividade. Esta situação levou à combinação de sistemas para associar os efeitos positivos de uns e de outros.

A incapacidade de qualquer um destes tipos de reformas atingir, por si só, os seus objectivos, nomeadamente a promoção do desempenho dos sistemas de saúde e das organizações prestadoras de cuidados de saúde, criou as condições para um quarto tipo de medidas, mais complementares do que alternativas, orientadas para atenuar os pontos fracos detectados. Conhecidas como reformas organizacionais procuravam colmatar as limitações estruturais da prestação pública em saúde e promover cenários de reforma mais incentivadores que criassem quadros de autonomia institucional mais alargados que poderiam ir da simples concessão de autonomia, a transformação em empresas públicas ou mesmo à privatização (Harding e Preker, 2000, 2001, 2003, Shaw, 2004).



**Figura 20** — Ambiente de incentivos do público para o privado [Adaptado de Harding e Preker (2000, 2003)]

Esta ideia está representada no Figura 20. O âmago dos serviços públicos reside no centro onde as actividades dos funcionários estão altamente definidas. As unidades têm um orçamento determinado centralmente, os gestores são essencialmente administradores, e a estrutura central determina a gestão do dia-a-dia da unidade (serviços prestados, tecnologia utilizada, pessoal, métodos de contabilização e de financiamento, salários, etc.). O sector público alargado é caracterizado pela flexibilidade relativa da sua gestão financeira e pela maior liberdade permitida aos

gestores em termos de contratação e de promoção. Este pode incluir agências com fins específicos, agências autónomas e, no limite, empresas detidas pelo Estado. Para além do sector público domina o mercado e a sociedade civil onde os serviços podem ser prestados por organizações com fins lucrativos, sem fins lucrativos ou comunitárias. A ideia base das reformas organizacionais é que os incentivos para a produção eficiente e a qualidade dos serviços prestados são maiores à medida que nos deslocamos para fora.

Contudo, associadas às reformas organizacionais, nomeadamente à empresarialização, existem problemas potenciais que condicionam o seu sucesso (Shaw, 2004) relacionados com o processo de transição (profundamente político), a valorização dos activos das novas empresas, o calendário para a reestruturação interna, o quadro regulamentar de desregulamentação, os mercados de trabalho e o poder das corporações profissionais, as garantias do Estado (nomeadamente no que se refere ao risco de falência) que podem influenciar o comportamento dos gestores, e a procura de quadros com as competências de gestão adequada. O Quadro 47 (página seguinte) faz um resumo desses principais problemas.

Estas reformas foram desenvolvidas na sequência da separação das funções de prestador e de pagador, num mercado com diferenças próprias em que, ao contrário de outras áreas, a contratação ou aquisição e o pagamento continuam a ser protagonizadas pelo Estado. Através destas reformas procurou-se conjugar diferentes tipos de factores que, de forma isolada e ao longo das reformas anteriores, não tinham resultado: o investimento em práticas e procedimentos de gestão, nomeadamente a modelos do tipo utilizados no sector privado; a introdução de incentivos financeiros, mecanismos de pagamento, em enquadramentos colocados às organizações mais competitivos; um relacionamento mais distante e autónomo das instituições com as suas tutelas.

A estrutura destas reformas, e a sua implementação no sector da saúde, foram fortemente influenciadas pelo desenvolvimento da NPM e o conjunto de princípios para a estruturação das actividades do sector público que ganhou grande destaque nos países industrializados, com especial destaque nos países anglófonos (Harding e Preker, 2000, 2003) e que, como se viu anteriormente, não constituem soluções sem problemas (OECD, 2003, Fukuyama, 2004, Pollitt, 2004).

Problemas	Descrição
Necessidade de uma fase de transição	<p>O processo de transição é profundamente político na medida em que: (i) o estatuto, a valorização e a transferência de bens públicos deve ser determinado; (ii) envolve a responsabilidade pública para o desempenho; (iii) envolve inevitavelmente a reforma da função pública, e (iv) a determinação das formas organizacionais adequadas.</p> <p>Além disso, quando a empresarialização é prosseguida em grande escala, as mudanças de atitude por políticos e burocratas podem resultar na transferência de agendas e prioridades tornando-se necessário antecipar estes processos através da criação de uma “comissão de instalação” para supervisionar o regime transitório de uma forma ordenada, e de preparar o terreno para o novo estatuto das empresas.</p>
Valorização dos activos	<p>O processo de valorização dos activos e passivos de cada agência pública, que estão a ser transferidos para uma nova empresa, é susceptível de ser um exercício complicado quanto à determinação (i) do que deve ser incluído nos activos e passivos, e (ii) como devem ser valorizados.</p> <p>Nalguns casos, o Governo pode estar disposto a “anular” o passivo (dívidas) da agência pública no período de transição para o novo estatuto da empresa. Quando isso acontece, a “nova” empresa herda uma nova situação limpa de obrigações que não condicionam o seu desempenho futuro. Quando isso não acontece, isto é, as novas empresas herdaram as dívidas, isso pode colocar constrangimentos na sua capacidade de reinvestimento prejudicando, assim, a sua viabilidade futura.</p>
Calendário para a reestruturação interna	<p>Quando é definido <i>a priori</i> uma comissão de instalação ou uma equipa de gestão específica antes da empresarialização, estes podem ser habilitados a efectuar desde o início a reestruturação em termos do emprego, das finanças e das operações.</p> <p>Em tais casos, o Governo tende a assumir os custos dos despedimentos e da dívida, deixando a gestão da nova empresa começar com um balanço bem definido. Em contrapartida, quando estas tarefas são deixadas inteiramente à gestão da nova empresa a reestruturação poderá ser um processo moroso e dispendioso que interfere com o desempenho.</p>
Quadro regulamentar e desregulamentação	<p>Antes da empresarialização, a maioria dos órgãos públicos servem uma mistura de objectivos onde se incluem a prestação de assessoria política, os objectivos sociais, e a regulação. Depois da empresarialização, estas novas empresas podem confrontar-se quase de imediato com a concorrência de empresas orientadas para o lucro que não enfrentam as mesmas condicionantes em termos de objectivos sociais e operacionais em termos de regulação. Desta forma torna-se fundamental estabelecer o quadro de regulação incluindo a desregulamentação das actividades apropriadas que vão determinar o mercado no qual as novas empresas devem competir.</p>
Mercados de trabalhos rígidos e resistentes	<p>A empresarialização de órgãos públicos com fortes influências de poderosos grupos trabalhistas são susceptíveis de enfrentar resistências, especialmente se a empresarialização for vista como uma estratégia para reduzir as despesas, a força de trabalho e a massa salarial. Esta preocupação é particularmente evidente no sector da saúde, onde os médicos têm resistido ferozmente aos esforços para transformar hospitais públicos em entidades autónomas, e às políticas que procuram para tornar o pessoal médico mais dependente do mercado e da concorrência.</p>
Efeitos desincentivadores provocados pelas garantias de protecção do Estado	<p>A empresarialização de antigas agências públicas envolve uma série de mudanças operacionais e organizacionais que visam tornar a nova gestão empresarial mais activa na resposta às forças do mercado. Contudo, o grau de protecção do governo, nomeadamente as garantias relativas ao risco de falência, levam a que os gestores destas novas empresas não possam enfrentar os mesmos riscos que os outros gestores do privado face a efeitos associados ao fraco desempenho (i.e., falência, tomada de cargo hostil, perda de postos de trabalho). Os críticos da empresarialização salientam que essas diferenças podem minar o zelo competitivo.</p>
Procura de capacidade de gestão (quadros)	<p>Uma empresarialização bem-sucedida exige atenção redobrada relativamente às competências necessárias para gerir as novas entidades empresariais num mercado competitivo. Os requisitos de competências são particularmente fortes na área de elaboração do orçamento e análise financeira, análise de mercado, e gestão de pessoal. No contexto dos países menos desenvolvidos, tais capacidades são difíceis de obter, especialmente em sectores onde os níveis salariais tendem a ser relativamente baixos (e.g., saúde).</p>

**Quadro 47** — Problemas potenciais associados à empresarialização

## **4.5. A era da governação em saúde**

O mundo está cada vez globalizado, fragmentado e complexo. O papel e as funções do Estado tem sido redefinidos e as reformas na Administração Pública têm sido sucessivas. Neste processo de reforma os sistemas de saúde não passam incólumes e, um pouco por todo o mundo, os sistemas de saúde são questionados e os governos sofrem pressões, políticas, sociais e económicas, no sentido de intervirem na melhoria desses sistemas através de uma melhor resposta, de mais equidade e de melhor qualidade.

Contudo, neste mundo em transformação as fronteiras entre Estado, sociedade e civil e sector privado são mais ténues e difusas, as redes sociais estão reforçadas e os cidadãos estão mais exigentes, participativos e informados. Neste ambiente as reformas dos sistemas de saúde, a definição de políticas de saúde e a sua implementação precisam de uma nova abordagem. A governação em saúde surge como um novo paradigma para resolver os novos (velhos) problemas dos sistemas de saúde.

Assim, para melhor se entender este conceito iremos focar a necessidade da governação em saúde (4.5.1), os traços gerais da governação em saúde (4.5.2), a provedoria e o papel do Estado (4.5.3), o espaço de aplicação da governação em saúde (4.5.4), as características da boa governação em saúde (4.5.5), e a importância da análise da governação em saúde (4.5.6).

### **4.5.1. A necessidade da governação em saúde**

As diferentes perspectivas analisadas nos pontos anteriores permitem-nos traçar um quadro geral que ajuda a explicar a necessidade da governação em saúde tendo em conta os seguintes pontos:

- A importância da saúde, dos sistemas de saúde, das reformas nos sistemas de saúde, e das políticas de saúde para o desenvolvimento;
- O papel do Estado e de outras entidades nos factores mencionados no ponto anterior;
- Os problemas associados aos sistemas de saúde e necessidade de reformas;



- O papel da participação do Estado e de outras entidades nos processos de reforma;
- A relação entre as funções e os objectivos do sistema de saúde;
- As diferenças do mercado da saúde a gestão das organizações de saúde e a sua complexidade;
- O conceito de saúde, a ética nos sistemas de saúde e as escolhas do cidadão, e os direitos dos utentes.

A importância da saúde para o desenvolvimento e a importância dos sistemas de saúde, das reformas nos sistemas de saúde e das políticas de saúde para esse fim é analisada:

- Numa perspectiva mais económica, a saúde é importante nos ganhos de produtividade, na melhoria da utilização dos recursos naturais, no desenvolvimento da educação, na redução de custos com despesas de saúde e no combate à pobreza, sobretudo nos países em vias de desenvolvimento (World Bank, 1993) e esses resultados estão directamente relacionados com os sistemas de saúde (Johnston e Stout, 1999);
- Numa perspectiva mais social, a saúde e a nutrição são essenciais para o desenvolvimento humano pelos seus impactos imediatos (na dignidade da pessoa, na sua auto-estima e produtividade), e de longo prazo (melhoria da sua capacidade de adquirir novos conhecimentos, maior contributo para a sociedade) contribuindo para a harmonia social e para o bem-estar (UNDP, 1997a).

A importância do Estado e o seu papel preponderante nas reformas do sistema de saúde e na construção de políticas de saúde bem como a importância das organizações não governamentais é também analisada:

- Cabe ao Estado a correcção de falhas do mercado e a melhoria da equidade, mas é também reconhecida a importância das organizações não governamentais na saúde, que podem fornecer alguns serviços mas que não podem substituir a acção do Estado (World Bank, 1993, Johnston e Stout, 1999);
- Cabe ao Estado agir em áreas como, por exemplo, a manutenção dos padrões de saúde pública e segurança para todos a custos aceitáveis

(UNDP, 1997a). Os governos possuem a responsabilidade de providenciar os aspectos de bem público, relacionados com os cuidados de saúde, e corrigir problemas relacionados com a incerteza e as falhas de mercado, e as organizações da sociedade civil podem fornecer serviços de saúde directamente aos seus membros ou a outros grupos da sociedade (UNDP, 1997b);

- Cabe ao Estado um novo papel em termos de regulação (Saltman e Figueras, 1997, Busse et al., 2002, Saltman et al., 2002) e na relação que estabelece com os diversos actores na definição e implementação das políticas de saúde (WHO, 1998a, b, 2000b)

Os problemas associados aos sistemas de saúde e a consequente necessidade de reformas e de políticas de saúde mais activas são também focados:

- Existência de iniquidade, ineficiência, custos crescentes e má alocação de recursos (World Bank, 1993);
- Aparecimento de desafios específicos associados à população (envelhecimento, novas doenças, etc.), desafios associados aos modelos de serviços de saúde necessários, bem como a pressão crescente nas despesas de saúde e o número de desafios estruturais e organizacionais (Saltman e Figueras, 1997).
- Utilização de recursos inadequados, serviços de saúde em que existem dificuldades de acesso e iniquidade, insatisfação com os serviços e prestadores de cuidados de saúde, e o gradual decréscimo da capacidade do sector público em termos de quantidade de qualidade e de reposta às necessidades das populações (WHO, 1998a);
- Prestação de cuidados de saúde ineficiente (quer em termos de eficiência técnica quer em termos de eficiência na afectação) e com qualidade considerada discutível; ao nível de sistema foram identificados problemas graves com a aplicação e a afectação dos recursos e a equidade foi posta em causa uma vez que a actividade raramente estaria focada nos mais necessitados (Harding e Preker, 2000).

O papel da participação de outros actores para além do Estado é também reconhecido como essencial:

- O Estado tem um papel preponderante assim como as organizações não governamentais na saúde, apesar de estas não poderem substituir a acção do Estado (World Bank, 1993, Johnston e Stout, 1999);
- O Estado é um actor fundamental, mas a acção da governação resulta da interacção entre este, a sociedade civil e o sector privado. As pressões do sector privado, dos cidadãos e globais compelem o Estado a redefinir (redução, reorientação ou reconfiguração) o seu papel nas actividades económicas e sociais (UNDP, 1997b, a);
- A acção conjunta e complementar das comunidades locais, nomeadamente nos processos de tomada de decisão, com o sector da saúde contribui para melhorias e ganhos na qualidade dos cuidados de saúde (WHO, 1998a).

As funções e os objectivos dos sistemas de saúde, como instrumento para mais saúde implementado através das políticas de saúde, estão inter-relacionados destacando-se:

- A função supervisão, de salvaguarda e tutela influencia directamente todas as outras bem como os objectivos do sistema de saúde identificados. Em última análise a provedoria é necessária para que os sistemas de saúde obtenham melhores desempenhos, sendo o Ministro da Saúde o principal responsável por ela (WHO, 2000b);
- A provedoria está na base do sucesso das reformas dos sistemas de saúde envolvendo liderança nas políticas de saúde, sistemas de inteligência, visão política e influência reguladora (WHO, 2002b). A provedoria pode incluir outros actores, como as organizações profissionais, no entanto cabe ao Estado, nomeadamente ao Ministério da Saúde, o papel fundamental.

Para além dos factores mencionados temos de considerar o próprio conceito de saúde, as questões relacionadas com a gestão das organizações de saúde e a sua complexidade, as questões de ética nos sistemas de saúde e as questões relacionadas com escolhas do cidadão e direitos dos utentes:

- A saúde e os cuidados de saúde constituem uma área particular da vida humana relacionadas com o conceito de saúde (como valor e factor preponderante na vida do indivíduo), as dificuldades em proceder à sua

medição, pelas diferenças das organizações prestadoras de cuidados de saúde e pelo impacto que as decisões tomadas neste meio assumem;

- A gestão dos cuidados de saúde não pode ser encarada da mesma forma que se encara a gestão de uma empresa comercial, industrial ou de serviços. As entidades que prestam os cuidados de saúde, na sua maior parte hospitais, constituem “sistemas de produção” bastante complexos que não permitem a adopção ou adaptação de métodos utilizados em outros sistemas produtivos (Urbano e Bentes, 1994). Não existem modelos económicos que expliquem o seu comportamento e o mercado específico em que desempenham a sua actividade — o mercado dos cuidados de saúde — no qual as leis de mercado não funcionam (Matias, 1995) devido às características particulares do bem cuidados de saúde, do comportamento dos consumidores e dos mecanismos de oferta e procura de cuidados de saúde;
- Para além das questões bioéticas devem ser consideradas questões relacionadas com informação ao utente e consentimento informado (escolha da terapia mais indicada; relação entre médico doente; apreciação dos riscos), limites à prestação de cuidados (direito de recusar tratamento, morte assistida, suicídio assistido, cuidados paliativos), desenvolvimento do sistema de saúde (as limitações orçamentais e a definição de pacotes de serviços e os mecanismos para decidir as sua composição), acções intersectoriais no campo da saúde (impacto do sector comercial na saúde através da prevenção de acidentes de trabalho, medicina do trabalho, segurança no trabalho, etc), e o reforço da ética no sistema de saúde (através do conhecimento, da cooperação e da transparência). As decisões relativas a políticas de saúde são muitas vezes tomadas sobre pressão do tempo e as questões relacionadas com o impacto ético de tais políticas podem não receber o cuidado merecido (WHO, 2002a);
- As reformas dos sistemas de saúde devem ter em conta as necessidades dos cidadãos, através de processos democráticos, e as suas expectativas com a saúde e os cuidados de saúde. As reformas devem assegurar que a voz dos cidadãos decididamente influencia a forma como os serviços são desenhados. Desta forma os direitos dos utentes, a satisfação com os

cuidados de saúde (cidadão, utilizadores activos e utilizadores independentes), a partilha de custos de saúde e a informação ao utente e ao cidadão são pontos a considerar (WHO, 1996)

Todos estes factores justificam que para suportar os processos de mudança deve-se dedicar especial atenção ao reforço da capacidade de formular políticas, desenvolver sistemas de boa governação, definir prioridades a diversos níveis, reforçar e alargar parcerias para a saúde, e implementar sistemas de avaliação e monitorização (WHO, 1998b). A resolução da crise que afecta o sector da saúde (problemas de gestão, desenvolvimento dos recursos humanos, comunicação e participação) envolve a resolução de assuntos relacionados com a governação, nomeadamente através de uma aproximação alargada que examine as práticas de governação no campo dos cuidados de saúde (WHO, 1998a).

Desta forma, a governação em saúde assume um papel cada vez mais predominante no desenvolvimento dos sistemas de saúde, levando alguns autores a falar da era da governação em saúde (Sakellarides, 2003). Não basta formular políticas públicas na área da saúde sendo também necessário proceder à sua implementação num determinado contexto socioeconómico e num horizonte temporal definido. Isto implica uma cultura de governação e um conjunto sofisticado de instrumentos de influência que articulem os objectivos das políticas de saúde com os dispositivos que regulam a distribuição dos recursos de saúde, a contratualização do desempenho das organizações de saúde — a todos os níveis —, os dispositivos de gestão organizacional, as redes horizontais que influenciam esse desempenho e asseguram a sua qualidade, e os mecanismos concorrenciais do mercado da saúde (OPSS, 2003)

#### **4.5.2. Os traços da governação em saúde**

A leitura feita no ponto anterior relativamente aos sistemas de saúde leva-nos a concluir que a governação em saúde é importante, porque os sistemas de saúde são complexos, são sensíveis ao domínio das comunidades e dos indivíduos, estão moldados nos ambientes sociais, económicos e culturais onde se integram, são orientados por valores e constituem sistemas extremamente específicos em termos de produto, processos e estruturas (Sakellarides, 2003).

Tendo a noção da sua importância coloca-se a questão de como a definimos. A OMS adoptou a definição da PDNU, mas sentiu a necessidade de a reforçar. Vejamos:

- Os documentos “*Governance for sustainable human development*” e “*Reconceptualising Governance*” definem a governação como o exercício da autoridade política, económica e administrativa na gestão dos interesses de um país a todos os níveis; compreende todos os mecanismos, processos e instituições que os cidadãos e outros grupos utilizam para articularem os seus interesses, mediarem as suas diferenças e exercerem os seus direitos e obrigações legais (UNDP, 1997a, b);
- O documento “*Health for All (HFA) in the 21<sup>st</sup> Century*” define explicitamente a governação em saúde, como o sistema através do qual uma sociedade organiza e gere os assuntos dos diversos sectores e parceiros de forma a atingir os seus objectivos, e apresenta características fundamentais para a boa governação, nomeadamente, a transparência, a prestação de contas e os incentivos que promovem a participação (WHO, 1998b);
- O documento “*Good Governance for Health*” reforça-a salientando que a boa governação para a saúde é permitir a participação de todos os preocupados com a formulação e o desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde equitativos e sustentáveis (WHO, 1998a);
- O documento “*Health Systems: Improving Performance*” introduz o conceito de provedoria para acentuar a responsabilidade dos governos, nomeadamente do Ministro da Saúde, na gestão cuidadosa do bem-estar dos seus cidadãos e acentua que esta influencia não só as restantes funções do sistema de saúde mas também os objectivos do mesmo (WHO, 2000b);
- O documento “*The European Health Report 2002*” foca os aspectos da reforma nos sistemas de saúde europeus estabelecendo uma relação como o sucesso/fracasso entre as reformas efectuadas e o exercício da função de provedoria (WHO, 2002b).

Assim, a governação em saúde diz 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 (Dodgson et al., 2002). A governação na saúde junta, numa plataforma comum, duas realidades complementares (Sakellarides, 2003):

- O enquadramento dos objectivos sociais e dos compromissos tidos em conta na formulação das políticas de saúde, assim como o emaranhado existente entre os processos políticos, os legítimos interesses públicos e privados na definição de prioridades, o uso e a alocação de recursos e as pressões provenientes de utilizadores e de profissionais insatisfeitos;
- A capacidade de activar a participação de todos os que estão interessados na formulação e no desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde mais equitativos e sustentáveis. Nesta perspectiva, alguns dos elementos mais comuns associados à boa governação são a centragem nas pessoas, a prestação de contas, a transparência, a participação dos cidadãos, a monitorização e as avaliações regulares.

Esta abordagem de governação em saúde abrange por um lado a interacção entre os diferentes actores da sociedade (Estado, sociedade civil e sector privado) mas também a natureza mutável do Estado nas últimas décadas, e a mudança do papel do governo dentro dos ambientes sociais em mutação. Acima de tudo salienta o facto de os governos terem perdido a capacidade exclusiva de controlo e de definição das políticas, especialmente as relacionadas com os sistemas de saúde e as respectivas reformas, necessitando de trabalhar em ambientes mais fragmentados, descentralizados e complexos de forma a responder às necessidades dos seus cidadãos cada vez mais informados, participativos, e reivindicativos.

### **4.5.3. A provedoria e o papel do Estado**

O papel e a responsabilidade do Estado, do Governo e, nomeadamente, do Ministro da Saúde — “que deve coordenar e orientar o trabalho e o desenvolvimento da saúde da Nação através das acções sob a sua responsabilidade” (WHO, 2000b) — são reforçados com o conceito de provedoria. Esta noção inclui, não só a capacidade para influenciar a realização dos objectivos do sistema de saúde (nível de saúde, resposta adequada em cuidados de saúde e justiça na distribuição das contribuições financeiras),

mas também a dimensão de natureza ética, como a dedicação ao bem comum e a relação de confiança com o cidadão.

A provedoria tem como principais componentes: a formulação da política de saúde, i.e., definir qual a visão e a direcção a seguir no sistema de saúde; o exercício de influência, incluindo a reorganização da gestão, a regulação e a contratualização; a capacidade de entendimento ou compreensão — recolhendo e utilizando informação dirigida ao exercício da governação (por exemplo, avaliação de desempenho).

Saltman e Ferrousier-Davis sugerem, também, que a provedoria pode ser vista como uma governação eticamente informada, ou como uma boa forma de governação. Tendo por base a teoria da agência e o papel do Estado como agente dos seus cidadãos, a provedoria é um enquadramento social responsável para a governação que possui na sua base princípios de racionalidade económica e de gestão do sector público (Saltman e Ferrousier-Davis, 2000).

Os mesmos autores salientam que existem dificuldades na sua implementação relacionadas com as seguintes questões que devem ser ponderadas e discutidas:

- Coloca-se a questão de como fazer a transição para uma provedoria eticamente orientada entre os funcionários públicos nas instituições públicas em conformidade com a teoria económica de agência. Para além de ser difícil introduzir o conceito de provedoria nas infra-estruturas administrativas torna-se necessária a existência de compromissos assumidos entre todos os actores envolvidos de modo a garantir o sucesso da transição (Davis et al., 1997)<sup>127</sup>. A teoria da provedoria atribui grande importância aos relacionamentos de longo prazo sendo a confiança entre as partes um factor fundamental. Se por caso uma das partes se sente traída a tensão resultante acaba por conduzir de novo ao modelo de agência;
- Coloca-se a questão do tipo de pressão que os departamentos do Estado recebem dos seus superiores hierárquicos. Se estes estão exclusivamente interessados na eficiência económica pode-se esperar que surjam situações insustentáveis para os funcionários públicos que visam realizar o serviço público com base na provedoria;

---

<sup>127</sup> Recorde-se que os autores, recorrendo a um modelo de escolha da relação entre principal e o gestor, consideram que não é aconselhável uma relação mista, porque ou o gestor fica frustrado e sente-se traído ou o principal fica furioso e sente-se traído.



- Coloca-se a questão do grau adequado de intervenção estatal na tomada de decisão pessoal, isto é, quando é que um provedor se transforma numa ama<sup>128</sup>;
- Coloca-se a questão relativa à capacidade dos diferentes tipos de estado para adoptar um modelo de provedoria. Alguns padrões políticos, sociais, económicos e/ou religiosos podem ajudar ou prejudicar esta abordagem;
- Colocam-se questões associadas ao que pode ser denominado como a progressiva perda de soberania do Estado relacionada com a regionalização e a globalização e que se reflectem em questões de implementar estratégias e de regular determinados sectores;
- Coloca-se a questão de como devem aqueles que visualizam as vantagens potenciais da provedoria implementá-la no mundo real da governação. Apesar de existirem elementos positivos de provedoria no comportamento de alguns estados não se pode ainda falar numa verdadeira encarnação do modelo de provedoria ao nível interno dos estados.

Assim, para além das questões associadas às reformas do Estado, relacionadas com as barreiras inerentes ao modelo de Weber<sup>129</sup> e da escolha pública<sup>130</sup>, suportadas

---

<sup>128</sup> Os autores explicam esta posição recorrendo à discussão sobre a abolição do monopólio da venda de bebidas alcoólicas na Suécia. O Governo argumenta que as restrições apertadas neste campo trazem benefícios significativos na saúde pública e que perder este controlo teria consequências graves em termos sociais. Por sua vez, os defensores de um acesso mais fácil às bebidas alcoólicas argumentam que o Estado está empenhado numa intrusão indesejada nas suas vidas pessoais.

<sup>129</sup> Max Weber (1864-1920), criador da Escola Neoclássica de Administração e conhecido como o “pai da burocracia”, defendeu a definição de objectivos, regulamentos e normas, racionalizando, prevendo e programando as actividades da organização. A burocracia seria a estrutura mais lógica e mais racional para as grandes organizações, tendo na sua base a autoridade racional ou legal suportada no direito, nos procedimentos, nas regras, etc. A autoridade hierárquica de um superior sobre um subordinado provem da autoridade legal enquanto a autoridade carismática provem das qualidades pessoais dos indivíduos. A eficiência nas burocracias provem de: funções claramente definidas e especializadas; uso da autoridade legal, estrutura hierárquica, regras escritas, regulamentos e procedimentos, burocratas tecnicamente bem preparados, nomeação para cargos baseada nas competências técnicas e na perícia, promoção baseada na competência; definição clara das carreiras. No fundo a necessidade de lógica e coerência deu origem à necessidade de regras e regulamentos, as actividades regulares são distribuídas como deveres fixos pelos funcionários, todas as actividades respeitam a hierarquia da organização, as operações recebem tratamento igual ao abrigo do sistema coerente de regras abstractas, os funcionários agem suportados na formalidade sem se envolverem emocionalmente. No modelo burocrático *weberiano* ao funcionamento interno do Estado cabia o papel de manter a neutralidade e a racionalidade do aparelho governamental.

<sup>130</sup> O principal objectivo da teoria da escolha pública é o de aplicar um método da ciência económica a um objecto que tradicionalmente tem sido considerado no âmbito da ciência política: grupos de interesse, partidos políticos, processo eleitoral, análise da burocracia, escolha parlamentar e análise constitucional. A origem mais recente da teoria da escolha pública pode situar-se em seis obras escritas por economistas e um cientista político, durante os finais da década de cinquenta e década de sessenta: Kenneth Arrow, Anthony Downs, Duncan Black, James Buchanan e Gordon Tullock, William Riker, e Mancur Olson (Arrow, 1951, Downs, 1957, Black, 1958, Buchanan e Tullock, 1962, Riker, 1962, Olson, 1971).

sobretudo na adopção de modelos empresariais<sup>131</sup> adoptando um modelo intermédio de quasi-mercados<sup>132</sup>, existem estas questões estruturais e organizacionais que têm de ser resolvidas antes da provedoria ser apercebida como um modelo indicado para a tomada de decisões do Estado no sector da saúde.

Este papel diferente, ou mesmo reforçado, do Estado nas suas funções de regulamentação e de liderança na política de saúde envolve paralelamente questões de inteligência (capacidade de entendimento ou compreensão) na saúde, visão política e influência reguladora. O fracasso e/ou sucesso de muitas das reformas efectuadas no sector da saúde na região europeia dependeram directamente da capacidade política e da capacidade técnica para gerir a mudança, para recolher e utilizar a informação adequada, para regulamentar o sector privado e para negociar com os principais intervenientes (WHO, 2002b).

#### **4.5.4. O espaço da aplicação da governação em saúde**

A governação pode situar-se a vários níveis (do meso até ao micro). Desta forma, o mecanismo de governação em saúde pode-se situar a nível local/sub-nacional (ex: autoridades de saúde distritais), nacional (ex: Ministério da Saúde), regional (ex: OMS Europa), internacional (ex: OMS internacional) ou a nível global. Além disso, a governação em saúde pode ser pública (ex: Serviço Nacional de Saúde), privada (ex: Associação Nacional de Farmácias) ou uma combinação das duas. A governação em saúde estende-se também às organizações.

Ao nível das organizações que prestam cuidados de saúde, nomeadamente os centros de saúde e os hospitais os conceitos de governação clínica, de governação integrada e de governação hospitalar têm subjacente o conceito de governação

---

<sup>131</sup> Para responder ao enfraquecimento do modelo burocrático de Weber foram introduzidos padrões empresariais na administração pública. Este movimento começou inicialmente e com maior força em alguns países anglo-saxónicos (Reino Unido, EUA, Austrália e Nova Zelândia) e estendeu-se gradualmente para a Europa Continental e Canadá. Procurava-se evoluir do modelo burocrático *weberiano* de Administração Pública para um outro que inclui-se algumas características das organizações empresariais sem as procurar reproduzir. Os anglo-saxónicos denominam este modelo intermédio, que tem sido experimentado nalguns países, de quasi-mercado.

<sup>132</sup> O quasi-mercado é uma estrutura institucional do sector público que se destina a colher os ganhos de eficiência dos mercados livres sem perder os benefícios de equidade dos sistemas tradicionais de administração e financiamento públicos. No caso da saúde a sua principal característica é a substituição do monopólio de prestação pública procurando evoluir do modelo burocrático *weberiano* de Administração Pública para um modelo mais empresarializado que adopta algumas características das empresas, sem contudo as reproduzir na totalidade, porque estamos perante um sector onde as regras da oferta e da procura seguem uma lógica bem mais complexa do que a mera transacção de bens ou serviços pela prestação independente e competitiva em relação ao mercado tradicional.

empresarial, nomeadamente no que se refere à prestação de contas/responsabilização e à transparência. Contudo, a primeira centra a sua análise na prática clínica e as duas últimas centram-se nas relações e nos equilíbrios estabelecidos entre os órgãos de governo da organização.

Historicamente, o foco da governação em saúde tem sido definido ao nível nacional e sub-nacional à medida que os governos de cada país têm assumido como primeira responsabilidade a saúde das suas populações. A sua autoridade e responsabilidade, por sua vez, tem sido delegada e/ou distribuída pelos níveis regionais, distritais e locais. Contudo, a globalização contribuiu para o alargamento do conceito de governação falando-se no conceito de governação em saúde global (Dodgson et al., 2002, Kickbusch, 2002).

As razões relacionadas com a globalização são resumidas por Dodgson et al citando vários autores (Dodgson et al., 2002):

- Intensificação dos riscos de saúde além fronteira — doenças contagiosas emergentes ou re-emergentes (ex: ébola, síndrome respiratória aguda); várias doenças não transmissíveis (ex: cancro do pulmão, obesidade, hipertensão); e degradação do ambiental (ex: alteração climática global);
- Crescimento do número e do grau de influência de diversos actores não estatais na governação em saúde — grupos da sociedade civil, movimentos sociais globais, companhias privadas, firmas de consultadoria, grupos de pensamento, movimentos religiosos e o crime organizado ganharam poder e influência formal e informal sobre os mecanismos de promoção e protecção da saúde;
- Agravamento dos problemas socioeconómicos, políticos e ambientais relacionados com as diversas formas da globalização — vários relatórios apontam que as formas de globalização neoliberais formam acompanhadas pelo agravamento das desigualdades entre ricos e pobres em diversos países;
- Declínio da capacidade política e prática dos governos nacionais agirem sozinhos ou em cooperação com outros estados, para lidarem com as alterações globais em saúde — os estados sozinhos não conseguem

enfrentar as alterações de saúde ocorridas (cancro relacionado com tabaco, comida e alimentação, estilos de vida, condições ambientais).

Estes factores levam a considerar a governação em saúde num patamar mais global que foca, não apenas, as instituições e organizações formais através das quais as regras e as normas que governam a ordem mundial (instituições do Estado, agências intergovernamentais, etc.) são feitas, mas também, as todas as organizações e grupos de pressão (organizações não governamentais, organizações internacionais de defesa do ambiente, etc.) que possuem objectivos e metas cuja dimensão ultrapassa as regras e sistemas de autoridade transnacionais.

Desta forma, o conceito de governação pode ser usado de duas formas em relação à saúde. A primeira define a governação como uma aproximação para a resolução de problemas que tem em conta as carências de ligação entre as instituições públicas e as instituições privadas para funcionarem eficientemente. Fortemente influenciada pelos desenvolvimentos recentes na teoria económica e na teoria da gestão, a boa ou melhor governação é equacionada com o reforço da eficiência e da efectividade dentro das estruturas institucionais. A segunda assume uma aproximação mais transformadora procurando que as formas de governação existentes respondam às necessidades da sociedade como um todo. Confrontada com uma diversidade de riscos e oportunidades, a governação mais efectiva é entendida como necessária para responder às mudanças sociais (Dodgson et al., 2002).

#### **4.5.5. Características da boa governação em saúde**

As questões da boa governação em saúde foram introduzidas no documento *“Health for All (HFA) int he 21<sup>st</sup> Century”* e reforçadas no documento seguinte *“Governance for Health”* da OMS. O primeiro documento fala de transparência, prestação de contas e de incentivos que promovam a participação (WHO, 1998b), enquanto o segundo afirma que boa governação para a saúde é permitir a participação de todos os preocupados com a formulação e o desenvolvimento de políticas, programas e práticas que conduzam a sistemas de saúde equitativos e sustentáveis (WHO, 1998a).

Assim, para além dos princípios da boa governação adoptados pelo PDNU — participação, orientação de consensos, visão estratégica, resposta, efectividade e

eficiência, prestação de contas e responsabilização, transparência, equidade e primado da lei — a boa governação em saúde envolve o apoio e o desenvolvimento de instituições, grupos ou indivíduos mais indicados para a efectiva administração, consulta, e fornecimento de serviços colocando os os utilizadores, mais do que os prestadores de cuidados, no centro dos sistemas de saúde (WHO, 1998a).

Definida desta forma a governação envolve um conjunto alargado e diversificado de actores como, por exemplo, governo, sector privado, organizações não governamentais, sociedade civil, utilizadores dos serviços de saúde, e prestadores. À semelhança do documento HFA (WHO, 1998b) o papel do Governo na promoção da boa governação, nomeadamente do Ministro da Saúde, é considerado no entanto enfatiza-se que o Ministro é apenas um dos actores e que a boa governação implica mais do que (bom) Governo. Apesar desta observação, que lida com a visão de governação do PDNU, a OMS no Relatório de 2000 não esqueceu o papel do Ministro da Saúde na protecção do interesse público e na defesa dos cidadãos e introduziu o conceito de provedoria.

Este Relatório assume grande importância não só pelos factos já descritos mas também pela introdução e recuperação de conceitos importantes em termos de boa governação em saúde:

- A provedoria (*stewardship*) para acentuar a responsabilidade dos governos, nomeadamente do Ministro da Saúde, na gestão cuidadosa do bem-estar dos seus cidadãos e a sua relação de influência com as restantes funções do sistema de saúde e os objectivos do mesmo (WHO, 2000b). Apresentada desta forma pode ser vista como uma governação eticamente informada, ou como uma boa forma de governação (Saltman e Ferroussier-Davis, 2000).

É interessante verificar que esta função de agir como salvaguarda e garantia dos recursos, poderes e expectativas que lhe foram confiadas foi também discutido anteriormente quando se falou das responsabilidades dos órgãos de administração nas organizações. No entanto, este conceito é utilizado de uma forma mais abrangente, porque para além da salvaguarda e tutela é adicionada a característica de supervisão.

Assim por exemplo, enquanto a provedoria do Conselho de Administração de um hospital é a salvaguarda e tutela do hospital (velar pelos recursos

pertencentes a outros, gestão do risco, designação e atribuição de deveres/papéis/responsabilidades, delineação de autoridade) garantindo que os objectivos organizacionais são cumpridos em termos do contrato-programa a provedoria do Ministro da Saúde é de supervisão (para além da salvaguarda e tutela) com o objectivo de assegurar que o hospital para cumprir o contrato-programa o faz com custos sociais e de acesso aceitáveis;

- O empoderamento (*empowerment*) como o processo através do qual as pessoas ou as comunidades adquirem maior controlo sobre as decisões e acções que afectam a sua saúde (WHO, 1998c).

Este conceito é apresentado pelo PDNU como um dos aspectos fundamentais para o desenvolvimento humano, porque aponta para a expansão da capacidade e das escolhas dos cidadãos aumentarem a sua aptidão para exercer as suas escolhas e a suas oportunidades de participar, ou aprovar, as decisões que afectam as suas vidas (UNDP, 1997a);

- A resposta em saúde (*responsiveness*). O PDNU considera-a como um princípio básico da boa governação em geral no sentido das instituições e os processos tentarem servir todos os interessados e responderem as suas necessidades (UNDP, 1997a).

Em saúde constitui um dos principais objectivos de qualquer sistema de saúde. É a capacidade do sistema em responder bem às expectativas dos cidadãos garantindo um nível médio de resposta e uma distribuição equitativa, isto é, sem qualquer discriminação ou diferença na forma como as pessoas são tratadas. Os cidadãos são encarados na dupla posição de cidadãos com direitos e de cidadãos utilizadores dos serviços fornecidos pelo sistema de saúde. Incluem-se assim áreas de respeito pelas pessoas — respeito pela dignidade, confidencialidade e direito à informação, autonomia na participação nas escolhas relacionadas com a saúde — e de áreas que os utentes têm de comum com qualquer cliente, consumidor ou utilizador — atenção imediata em caso de emergência e razoável espera em situações não emergentes, amenidades de qualidade adequada como limpeza, espaço e alimentação hospitalar, acesso a redes de apoio social na

família e amigos, escolha de prestador e liberdade de selecção da organização de cuidados (WHO, 2000b, a).

Podemos encontrar na literatura outros exemplos de características ou práticas associadas à boa governação. Por exemplo, Sakellarides considera como características fundamentais da boa governação (Sakellarides, 2003):

- Investir em ganhos de saúde, resultados em saúde e no desempenho dos sistemas de saúde — foco nos resultados;
- Valorizar os valores dos cidadãos, as suas necessidades e as suas preferências 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;
- Atitudes prospectivas e de pensamento — antecipar os efeitos de decisões relacionadas com a saúde;
- Coerência de sistemas através de regulações a vários níveis;
- Prestação de contas vertical e horizontal — do local até ao global;
- Suportar aquilo que funciona — reconhecimento e disseminação de inovações de sucesso;
- 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, onde os observatórios assumem grande importância.

Por seu turno, Kickbush referindo-se ao futuro da governação em saúde (que denomina como a nova governação em saúde) e numa perspectiva de governação global em saúde, propõe nove princípios que considera serem essenciais para a expansão do espaço da saúde como uma dimensão chave da vida política (Kickbusch, 2002):

- Os valores de base e a filosofia política precisam de ser desenvolvidos e expressos de forma constante e consistente — assumindo um compromisso com a equidade, a solidariedade para a saúde, uma provedoria responsável

e baseada em prestação de contas por parte do Estado;

- As suas políticas devem centrar-se na forma de enfrentar os determinantes sociais e os diferentes ângulos sociais da saúde, em especial os que se relacionam com as novas realidades da modernização e da globalização e com o impacto do risco da sociedade na saúde da população;
- As novas políticas de saúde devem ter em conta a complexidade da saúde e serem focadas em ganhos em saúde sustentados e em bem-estar ao longo do ciclo de vida. O foco nos riscos e nos benefícios específicos associados ao risco das sociedades modernas, negligenciou os aspectos sociais, mentais, emocionais e de saúde, bem como da saúde e do bem-estar das crianças e dos jovens que parecem ser a população que paga o maior preço pela modernização;
- As novas políticas de saúde constituem suporte para políticas que levam a definir metas claras de investimentos relacionados com diferentes sectores do governo e da sociedade. Estas políticas intersectoriais (educação, mercado de trabalho, políticas rodoviárias, etc.) assumem a saúde como um recurso e investem de forma sistemática em recursos e bens de saúde;
- Um novo compromisso de responsabilidade pela saúde, tanto vertical como horizontal, exige um aumento da transparência de todos os intervenientes na área da saúde, bem como novas formas e canais de informação para orientar a tomada de decisões, não só no sector da saúde, mas em toda a sociedade;
- É essencial uma nova arquitectura de governação que dê grande visibilidade à saúde como um recurso e que esteja comprometida com a colaboração. Torna-se necessário organizar explicitamente a aprendizagem colectiva sobre como co-produzir saúde como uma meta global de sistema e não como o produto do sector da saúde;
- A relação estreita entre saúde e riqueza deve ser entendida e reforçada para criar um compromisso mais alargado da sociedade no sentido de reduzir as desigualdades em saúde;
- As políticas de saúde e as metas das iniciativas podem surgir em qualquer ponto do sistema e serem iniciadas por qualquer actor. Dado que grande parte da fixação de objectivos é enquadrar simbolicamente através de



políticas e na definição da agenda, não há razão para deixar as iniciativas apenas para o governo e para as estratégias estatais podendo e devendo qualquer grupo, que sente a responsabilidade de uma melhor governação da saúde, envolver-se;

- Deve integrar dimensões de desenvolvimento internacionais, globais e sustentáveis; os estados devem reunir num fundo comum a sua supremacia interna na arena da saúde e trabalhar através de mecanismos intergovernamentais, internacionais, globais e alianças.

A boa governação em saúde é, como tal, uma instância da governação em saúde, onde os recursos e os problemas são geridos de forma efectiva e eficiente, como resposta às necessidades mais críticas da sociedade, nomeadamente à promoção e à protecção da saúde da sua população. Assim, para além dos princípios já identificados pelo PDNU — participação, orientação de consensos, visão estratégica, resposta, efectividade e eficiência, prestação de contas e responsabilização, transparência, equidade e primado da lei — a boa governação em saúde envolve todos os potenciais interessados na formulação e implementação de políticas de saúde, coloca os utilizadores, mais do que os prestadores de cuidados, no centro dos sistemas de saúde, e atribui ao Ministro da Saúde o papel fundamental de supervisão, e provedoria na defesa do interesse público.

#### **4.5.6. A análise da governação em saúde**

A criação, em 1998, do Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde<sup>133</sup> (*European Observatory on Health Systems and Policies*) foi um marco importante para a análise da governação em saúde. Este observatório apoia e promove a definição de políticas de saúde baseadas na evidência através de análises rigorosas e detalhadas relacionadas com as dinâmicas dos sistemas de saúde europeus. Para além das publicações que disponibilizam e de informação sobre os vários países destacam-se os perfis HiT (*Health Systems in Transition*) de cada país e o *Health Policy Monitor* O primeiro é um relatório específico para cada país que fornece descrição detalhada sobre

---

<sup>133</sup> Esta entidade é uma parceria entre a OMS Europa, governos da Bélgica, Finlândia, Grécia, Noruega, Eslovénia, Espanha e Suécia, a Região de Veneto de Itália, o Banco Europeu de Investimento, a *Open Society Institute*, o Banco Mundial, a *London School of Economics and Political Science* (LSE), e a *London School of Hygiene & Tropical Medicine* (LSHTM).

o sistema de saúde e das reformas e políticas de saúde em curso. Cada perfil é produzido por peritos do país em colaboração com o observatório sendo baseado num formato revisto periodicamente. O segundo é uma ferramenta que pretende fornecer informação actualizada sobre o desenvolvimento das políticas de saúde em 20 países industrializados de todo o mundo e para enriquecer a discussão sobre políticas de saúde entre os países<sup>134</sup>.

Por seu turno o Relatório de 2000 da OMS, conforme já apresentado, constituiu um marco extremamente importante no desenvolvimento dos sistemas de saúde a nível mundial ao introduzir uma análise inovadora, com objectivos explícitos e aberta a uma discussão generalizada transparente e sem medo. Ao apresentar este enquadramento para o desempenho dos sistemas de saúde, a OMS quebrou com as metodologias antigas e empregou técnicas ainda não utilizadas em sistemas de saúde.

Indicador	Descrição
Nível global de saúde	Esperança de vida ajustada à incapacidade (DALE), um ajuste da esperança de vida aos níveis de incapacidade existentes na população dos vários países. Esta medida tem a vantagem de estar directamente relacionada com a esperança de vida e ser imediatamente comparável entre países
Desigualdade na saúde na população	Igualdade da sobrevivência infantil, este indicador está muito dependente dos resultados dos esforços dos países em reduzir a mortalidade infantil. Varia de 1 para a igualdade perfeita a 0 para a desigualdade extrema.
Nível global de resposta, uma combinação entre satisfação dos doentes e actuação do sistema	Foram recolhidas opiniões de informadores chave e realizados inquéritos às populações
Distribuição da resposta, ou seja, percepção dos cidadãos de vários estratos económicos sobre a forma como é servida pelo sistema de saúde	
Distribuição das contribuições financeiras, ou seja, quem paga os custos.	Representada por um índice inversamente relacionado com a desigualdade da distribuição que varia de 0 (extrema desigualdade) a 1 (igualdade perfeita). A forma de financiamento dos cuidados de saúde é perfeita se a razão entre a contribuição total em saúde e a despesa total excepto a alimentação é idêntica para todos os agregados familiares, independentemente do rendimento, do estado de saúde ou da utilização do sistema de saúde.

#### Quadro 48 — Avaliação do desempenho dos sistemas de saúde

A criação de um índice composto de desempenho, sensível a aspectos sociais e com dimensões intangíveis e imateriais, foi um contributo vital para a centragem dos

<sup>134</sup> Quer o *HiT* quer o *Health Policy Monitor* estão disponíveis, respectivamente, nos sítios <http://www.observatory.dk> e <http://www.hpm.org>. O sítio do Observatório Europeu possui uma ligação directa para o *Health Policy Monitor*.

sistemas de saúde nos cidadãos que têm por missão servir e que, no fim, os pagam. Por outro lado, assumiu igualmente importância o enorme relevo atribuído aos resultados ao considerar que os recursos e as organizações já não têm a mesma importância e que o que conta e faz a diferença são os resultados e o desempenho obtidos. Por último, a eficiência apareceu associada àquilo que os economistas denominam eficiência ampla, que ultrapassa os conceitos tradicionais e engloba a eficiência económica mas também aspectos distributivos.

Estes casos constituem exemplos de possíveis análises à governação: o Observatório Europeu como uma avaliação contínua, prospectiva, interactiva e pedagógica da evolução de vários sistemas de sistema de saúde; e a OMS no sentido da avaliação do desempenho dos sistemas de saúde, podendo ser utilizado como um indicador para aferir da boa governação em saúde existe.

Contudo, a análise da governação em saúde é uma questão delicada devendo ser considerados vários aspectos. O primeiro está ligado à necessária distinção entre agenda política e processos de governação, o segundo está relacionado com legitimação técnica dos processos de governação, e a terceira com a distinção entre o que são as condições gerais e os aspectos específicos da governação em saúde (OPSS, 2003)

Relativamente ao primeiro devemos ter em conta que a agenda política representa o território político associado a opções, valores e princípios específicos (geralmente expressos no programa de governo), enquanto os processos de governação representam o domínio susceptível de uma análise técnica baseada em princípios amplamente aceites de "boas práticas" de governação.

Relativamente ao segundo, devemos ter em conta que os denominados processos de governação que representam a materialização da agenda política carecem de legitimação técnica que pode ser feita a dois níveis distintos:

- Primeiro nível de legitimação técnica — concepções teóricas ou avaliações de experiências anteriores, nacionais ou internacionais que fundamentam as vantagens dos modelos considerados em comparação com modelos alternativos;
- Segundo nível de legitimação técnica — estudo prospectivo dos impactos sociais e económicos destas medidas e das metas em termos de acesso,

qualidade e eficiência que se propõe atingir a curto, médio e longo prazo, e, ainda da natureza, validade e precisão dos mecanismos de monitorização, avaliação e publicitação que estarão a ser desenhados.

A legitimação técnica é fundamental para as necessárias negociações com os actores sociais e esclarecimento do público sobre a avaliação das soluções técnicas adoptadas. Paralelamente é um dos elementos fundamentais na gestão da mudança na saúde.

Relativamente ao terceiro aspecto, nos processos a governação da saúde há que distinguir dois aspectos:

- Condições gerais do processo de governação — estas têm a ver com os processos através dos quais se identificam, negociam, adoptam e avaliam as regras do jogo no sistema de saúde;
- Aspectos específicos da governação da saúde — estes referem-se mais especificamente às estratégias de saúde, promoção e protecção da saúde, financiamento, medicamento, política de recursos humanos e para as profissões, sistemas reguladores, mediadores (contratualização, qualidade, informação) e prestadores.

Enquanto o primeiro aspecto se debruça sobre as relações reais entre o Estado, os interesses económicos e os mercados, as características da sociedade civil e comportamento dos indivíduos, o segundo aspecto debruça-se sobre áreas específicas em saúde em termos mais operacionais.

Na boa governação em saúde assumem importância preponderante os relatórios e análises independentes (Sakellarides, 2003). A criação de observatórios<sup>135</sup> para os sistemas de saúde pode proporcionar uma análise contínua, prospectiva, interactiva e pedagógica da evolução do sistema de saúde ao mesmo tempo que poderá constituir uma contribuição positiva das instituições de investigação e ensino do país para a superação da situação actual (Sakellarides, 2000).

Nesta filosofia foi criado em Portugal no ano 2000, o Observatório Português dos Sistemas de Saúde com o objectivo de contribuir para um melhor conhecimento das agendas políticas da saúde, analisar objectivamente a governação e a administração de

---

<sup>135</sup> Para o leitor que pretenda compreender melhor o aparecimento dos observatórios de saúde recomendamos a leitura do Relatório de Estágio no OPSS de Patrícia Barbosa, disponível no sítio do OPSS (Barbosa, 2005).

saúde e os seus efeitos concretos na evolução do sistema de saúde português, e o contribuir para a criação de conhecimento suficientemente preciso e partilhado sobre os principais determinantes da sua evolução (OPSS, 2001).

Os RP procuram contribuir para a análise e comunicação efectiva sobre a governação da saúde em Portugal e sobre a evolução do sistema de saúde e seus determinantes. Têm como finalidade proporcionar a todos aqueles que, de uma maneira ou de outra, podem influenciar a saúde em Portugal, uma análise precisa, periódica e independente sobre a evolução do sistema de saúde português e dos factores que a determinam. O propósito do OPSS é facilitar a formulação e implementação de políticas de saúde efectivas.

## **4.6. Conclusão**

Tal como o termo geral governação, o termo governação em saúde pode ser aplicado de diferentes formas e em diferentes contextos. A governação em saúde diz 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. Definida desta forma a governação em saúde é um conceito que tanto pode ser utilizado em termos macro como micro, nomeadamente ao nível das organizações. A governação em saúde é importante, porque os sistemas de saúde são complexos, são sensíveis ao domínio das comunidades e dos indivíduos, estão moldados nos ambientes sociais, económicos e culturais onde se integram, são orientados por valores e constituem sistemas extremamente específicos em termos de produto, processos e estruturas.

O conceito de governação pode ser usado de duas formas em relação à saúde: como uma aproximação para a resolução de problemas que tem em conta as carências de ligação entre as instituições públicas e as instituições privadas para funcionarem eficientemente; como uma aproximação mais transformadora procurando que as formas de governação existentes respondam às necessidades da sociedade como um todo. A primeira, fortemente influenciada pelos desenvolvimentos recentes na teoria económica e na teoria da gestão, equaciona a boa ou melhor governação com o reforço da eficiência e da efectividade dentro das estruturas institucionais. A segunda,

confrontada com uma diversidade de riscos e oportunidades, entende a governação mais efectiva como necessária para responder às mudanças sociais.

A boa governação em saúde é uma instância da governação em saúde, onde os recursos e os problemas são geridos de forma efectiva e eficiente, como resposta às necessidades mais críticas da sociedade, nomeadamente à promoção e à protecção da saúde da sua população. Para além dos princípios gerais de boa governação — participação, orientação de consensos, visão estratégica, resposta, efectividade e eficiência, prestação de contas e responsabilização, transparência, equidade e primado da lei — a boa governação em saúde envolve todos os potenciais interessados na formulação e implementação de políticas de saúde, coloca os utilizadores, mais do que os prestadores de cuidados, no centro dos sistemas de saúde, e atribui ao Ministro da Saúde o papel fundamental de supervisão e provedoria na defesa do interesse público.

A governação em saúde procura envolver todos os potenciais interessados nas políticas de saúde, e nos seus resultados, na sua formulação e na sua implementação reconhecendo que a malha que liga os diversos actores da sociedade (Estado, sociedade civil e sector privado) e as suas interacções são importantes e contribuem significativamente para uma melhoria da resposta do sistema de saúde, e dos seus prestadores, aos cidadãos. A provedoria, como forma de boa governação, aponta também para a importância do Estado dizendo claramente que este não deve abandonar o seu papel confiando apenas na bondade do mercado e do sector privado.

Este papel diferente, ou mesmo reforçado, do Estado nas suas funções de regulamentação e de liderança na política de saúde envolve paralelamente questões de inteligência (capacidade de entendimento ou compreensão) na saúde, visão política e influência reguladora. O fracasso ou sucesso das reformas efectuadas no sector da saúde dependem directamente da sua capacidade política e da capacidade técnica para gerir a mudança, para recolher e utilizar a informação adequada, para regulamentar o sector privado e para negociar com os principais intervenientes.

# 5. Governação hospitalar

---

## 5.1. Introdução

Os hospitais simbolizam para a maioria das pessoas a representação do sistema de saúde (Edwards et al., 2004) e, apesar de não se confundirem com ele, constituem uma componente essencial destes sendo fulcrais para o seu processo de reforma (McKee e Healy, 2002). Desta forma, quer investigadores quer promotores de políticas de saúde preocupados com a boa governação dos hospitais, colocam a questão de saber até que ponto e como os modelos de governação empresarial podem ser aplicados aos hospitais.

A pressão resultante de um conjunto de desenvolvimentos relacionados com a redução do papel do Estado e, em particular, nos cuidados de saúde e nas políticas de saúde relacionados não só com as reformas (Saltman e Figueras, 1997, Harding e Preker, 2000, Preker e Harding, 2000, Harding e Preker, 2001, McKee e Healy, 2002, Harding e Preker, 2003) mas também com a regulação (Busse et al., 2002, Saltman et al., 2002) e o crescente ganho de poder por parte dos cidadãos que exigem cada vez mais transparência e prestação de contas veio colocar aos CA e aos gestores dos hospitais desafios para reflectirem e implementarem as práticas da boa governação dentro das suas instituições (Eeckloo et al., 2004).

A alteração da forma de governação e das suas diferentes formas de organização tem como objectivo melhorar a responsabilidade/prestação de contas, a transparência e efectividade dos CA. Contudo, existem diferenças entre a organização hospital e a organização empresa que apontam para o facto de não bastar traduzir as recomendações e os princípios da boa governação empresarial e aplicá-las directamente aos hospitais. Assim, esta secção tem por objectivo explorar o conceito de governação hospitalar, clarificá-lo, e apresentar as suas práticas e evidência empírica mais relevante.

Para tal, como introdução, começaremos por focar o hospital e as reformas organizacionais (5.2) onde analisaremos a evolução, as pressões e os desafios colocados ao hospital, a sua complexidade como organização, e as reformas organizacionais. De

seguida focaremos as questões relacionadas com a melhoria do desempenho hospitalar (5.3), nomeadamente a necessidade de juntar a governação clínica e a governação empresarial, com as devidas adaptações, no que é denominado, de uma forma geral para as organizações de saúde, como governação integrada.

Depois, focaremos a governação hospitalar (5.4) apresentando uma definição, caracterizando o problema do agente/principal nesta organização, as diferenças existentes entre a governação empresarial e a governação hospitalar, e os desafios que se colocam à governação hospitalar.

De seguida, falaremos das práticas de governação e da evidência existente (5.5), começando por apresentar os principais elementos estudados em termos de prática de governação, nomeadamente os relacionados com os CA, e a integração dos médicos nos CA. Apresentaremos também, alguma da evidência empírica existente, nomeadamente dos EUA, da Nova Zelândia, da Austrália, da Bélgica e do projecto *Hospital Governance in Europe* (HGE), no qual este investigador participou.

Por último, apresentaremos as características gerais do contexto de “governação hospitalar” em Portugal (5.6), focando aspectos gerais de contexto de governação e de governação em saúde, as mudanças em curso que podem constituir bases para a governação hospitalar, o modelo de governo dos hospitais públicos, e a falta de evidência sobre a governação hospitalar em Portugal.

## **5.2. O hospital e as reformas organizacionais**

Os hospitais constituem uma componente essencial do sistema de saúde e são fulcrais para o seu processo de reforma (McKee e Healy, 2002). Apesar da maioria dos cuidados de saúde ocorrer fora dos hospitais estes simbolizam, para a maioria das pessoas, a representação do sistema de saúde (Edwards et al., 2004). Contudo, apesar da sua importância nos sistemas de saúde e do seu valor simbólico perante a população não receberam como instituições, quer por parte dos investigadores quer por parte dos decisores políticos, a devida atenção sendo considerados uma espécie de “caixa negra” cujo trabalho seria impenetrável (McKee e Healy, 2002).

Esta abordagem tem vindo a sofrer mudanças quer pela exigência cada vez



maior de informação sobre os hospitais, nomeadamente em termos de configuração, por parte dos decisores políticos quer pela resposta dos investigadores em termos de novas linhas de investigação preocupadas com o hospital como instituição.

Assim, começaremos por abordar a evolução, as pressões e os principais desafios que se colocam aos hospitais (5.2.1). De seguida focaremos alguns dos aspectos organizacionais mais relevantes da organização hospital (5.2.2). Por último focaremos as reformas organizacionais (5.2.3) preocupadas com colmatar as limitações estruturais da prestação pública em saúde e promover cenários de reforma mais incentivadores que criassem quadros de autonomia institucional mais alargados.

### 5.2.1. Evolução, pressões e desafios do hospital

A configuração dos hospitais foi motivada, em grande parte, pela tecnologia, nomeadamente os avanços científicos e técnicos iniciados no século XIX, que deram origem ao modelo de serviços de cuidados de saúde que podem ser vistos actualmente em todos os países industrializados, enquanto as suas outras funções foram desenvolvidas tendo por base um pensamento pouco consistente, existindo raramente tentativas de olhar para o hospital como parte integrante do sistema de serviços de cuidados de saúde de uma forma mais ampla (Edwards et al., 2004).

Papel do hospital	Época	Características
Cuidados de saúde	Século VII	Teorias da doença do Império Bizantino, Grécia e Arábia
Enfermagem, cuidados espirituais	Século X a XVII	Hospitais ligados a fundações religiosas
Isolamento de doentes infecciosos	Século XI	Enfermagem de doenças infecciosas como a lepra
Cuidados de saúde para os pobres	Século XVII	Instituições do Estado e filantrópicas
Cuidados médicos	Finais do século XIX	Cuidados médicos e cirúrgicos; mortalidade elevada
Centros cirúrgicos	Início do século XX	Transformação tecnológica; entrada dos doentes da classe média; expansão das consultas externas
Sistemas de saúde centrado nos hospitais	Década de 50	Grandes hospitais; templos de tecnologia
Hospitais gerais distritais	Década de 70	Ascensão dos hospitais gerais distritais; hospitais locais, secundários e terciários
Hospital de agudos	Década de 80	Cuidados activos de curta duração
Centros de cirurgia de ambulatório	Década de 90	Expansão das admissões de dia; expansão da cirurgia invasiva mínima

**Quadro 49** — Evolução histórica dos hospitais [Adaptado de McKee and Healy (2002)]

Como consequência, a estrutura básica do hospital mudou pouco no século passado, embora a natureza das doenças ao qual este deve responder, as suas respostas possíveis e o seu papel mais amplo no sistema de saúde tenham mudado claramente. Esta abordagem tem vindo a sofrer mudanças, porque os decisores políticos começaram a exigir mais informação relacionada com a configuração do hospital, isto é, como estes devem ser, como estes devem interagir com o ambiente mais amplo de saúde, e como podem ser alterados ou reconfigurados. Por seu turno, os investigadores estão a procurar responder a estas perguntas abrindo novas linhas de investigação preocupados com o hospital como instituição.



**Figura 21** — Pressões para a mudança nos hospitais [Adaptado de McKee and Healy (2002)]

Os hospitais não existem de forma isolada e não funcionam como organizações fechadas sobre si tendo que se adaptar constantemente à evolução das circunstâncias que ocorrem internamente, na sua interacção com o resto do sistema de saúde, e no ambiente económico e social mais amplo. Para McKee e Healy o hospital enfrenta desafios em três grandes áreas: pressões do lado da procura, tais como a evolução da saúde das necessidades da população que serve; pressões do lado da oferta, tais como as novas possibilidades oferecidas pelos avanços da tecnologia; e as expectativas e as limitações que lhe são colocados como uma consequência das

mudanças económicas e sociais mais amplas (McKee e Healy, 2002). Esta posição, assente numa abordagem de sistema ao hospital está resumida na Figura 21.

Por seu turno, Edwards et al consideram que as pressões mais substanciais que compeliram os hospitais à mudança foram as alterações nos cuidados de saúde, o aumento da especialização, as alterações na prática de emprego, a melhoria da eficiência, a qualidade e o volume, a segurança e a qualidade, a tecnologia, e o consumismo (Edwards et al., 2004). O Quadro 50 apresenta um resumo de cada uma dessas pressões para a mudança.

Pressões	Breve descrição
Alterações na saúde	A especialização crescente limita o número de possibilidades que um médico especialista é capaz de diagnosticar e tratar. São necessárias linhas de assistência maiores que exigem um maior esforço de para manter o pessoal actualizado e para garantir que as competências especializadas não se perdem com a subutilização. Por outro lado, as linhas de assistência maiores exigem populações maiores do que anteriormente.
Aumento da especialização	As equipas especializadas têm de estar frequentemente disponíveis 24 horas por dia. Isto requer mais equipas de especialistas treinados do que no passado.
Alterações na prática de emprego	Na União Europeia, as directivas europeias sobre o trabalho e as regras associadas aos tempos de descanso provocam impactos na capacidade dos hospitais em prover pessoal para desempenhar pequenos serviços.
Melhoria da eficiência	Pressão para reduzir os custos, nomeadamente através da introdução de sistemas de reembolso baseadas em <i>case-mix</i> . Iniciativas destinadas a reduzir os custos, eliminando a duplicação de serviços e reduzindo os custos fixos. A reengenharia de processos de providenciado aos gestores ferramentas para melhorar a produtividade e reduzir os custos de sistema.
Qualidade e volume	Centralização na presunção de que existe correlação forte entre o volume e os resultados. Esta evidência existe apenas para um número limitado de especialidades. Há indícios de que as abordagens pluridisciplinares podem produzir melhores resultados, e que estes esforços coordenados também exigem equipas maiores, embora em alguns casos as equipas não precisem de estar centralizadas podendo ser conseguidas, em sua substituição, por redes clínicas.
Segurança e qualidade	Preocupações com a segurança dos doentes (riscos, infecções multi-resistentes adquiridas, etc.), a crescente complexidade de muitos dos tratamentos e os resultados obtidos tornaram-se factores importantes de mudança na medicina e no papel do pessoal clínico levando os hospitais a questionar a oferta de determinados serviços (cirurgias em crianças muito pequenas, cuidados para determinados tipo de trauma, cirurgia vascular, gestão de determinados tipo de cancro, etc.).
Tecnologia	A evolução no diagnóstico, na anestesia, nas imagens, na vídeo-conferência, na robótica e nas comunicações aumentam as possibilidades dos hospitais virtuais permitindo que determinado tipo de cuidados hospitalares sejam suportados em locais remotos.
Consumismo	O crescimento do poder de consumo por toda a Europa criou pressão para melhorar a organização de resposta dos serviços no sector da saúde, como em outros sectores. Tornou-se também evidente a voz do público não está disposta a aceitar mudanças no padrão de serviços hospitalares locais e que pode encontrar ou organizar os meios para se lhes opor ou até mesmo alterá-los.

**Quadro 50** — Pressões para a mudança nos hospitais [Adaptado de Edwards et al. (2004)]

Estas pressões, que afectam o hospital e impelem a sua mudança, estão no lote das pressões já mencionadas anteriormente para a reforma dos sistemas de saúde (Saltman e Figueras, 1997). As pressões substanciais que, em conjunto ou individualmente, obrigam os hospitais à mudança promovem quer a centralização quer a descentralização e exigem aos decisores políticos a tomada de medidas que repensem o papel do hospital e que obrigam a considerar, quer no planeamento dos hospitais quer na compreensão das suas novas funções no sistema de saúde, um conjunto de questões chave relacionadas com as políticas a tomar quer ao nível macro (considerando o sistema hospitalar, o hospital como um elemento da rede e, como tal, ao nível dos decisores políticos) quer ao nível micro (considerando o hospital, a organização e, como tal, ao nível dos seus órgãos de governo).

Neste conjunto de questões chave, ao nível mais macro, podem-se considerar a definição dos serviços de saúde que os hospitais devem prestar, as mudanças na natureza da força de trabalho, a melhoria da experiência dos utilizadores e dos doentes nos hospitais, a organização interna do hospital, o planeamento da actividade como uma parte integrante de uma rede maior confrontada com a necessária autonomia da organização, a integração do hospital com a comunidade onde está inserido, e a gestão e liderança (Edwards et al., 2004). Em termos macro, mas com influência ao nível micro podemos salientar quatro pontos:

- A organização interna do hospital, em termos de desenho e configuração, suportada em percursos alternativos na prestação de cuidados (fugindo às divisões tradicionais entre medicina, especialidades cirúrgicas e outros departamentos funcionais) preocupados com as necessidades dos doentes, com conseqüente influência nos processos de tratamento, pode melhorar a eficiência do hospital;
- A dicotomia entre o planeamento do hospital como um elemento da rede e ao mesmo tempo a autonomia do hospital. Apesar da tendência na maioria dos países ser de aumentar a autonomia, que apresenta claramente benefícios ao nível organizacional e de decisão dos hospitais, tem de se ter em conta que os hospitais fazem parte de uma rede com importantes responsabilidades perante outros prestadores. Desta forma, precisam de trabalhar com maior proximidade e articulação com os cuidados primários

e, ao mesmo tempo, trabalhar mais em conjunto com os outros hospitais juntando esforços para articular serviços, partilhar e utilizar recursos, conhecimentos, perícias e competências que são escassos. Mais do que competição entre hospitais é importante que os decisores políticos, que definem as políticas de saúde, se preocupem com a colaboração apropriada entre os hospitais;

- Os hospitais devem responder às necessidades da comunidade que servem. Desta forma a integração com essa comunidade, passando do típico modelo de planeamento tecnocrático para um modelo de discussão mais sofisticado com o público e outros interessados, é fundamental para responder aos verdadeiros objectivos do hospital. Os riscos associados ao consumismo e as expectativas crescentes de desempenho dos hospitais não permitem que o hospital esteja divorciado da comunidade que serve, tornando-se urgente encontrar novos modelos de governação hospitalar;
- Grande parte das mudanças necessárias exige gestão e lideranças de elevado calibre que permitam ultrapassar as resistências aos velhos paradigmas tácitos de que a gestão não deve intervir no trabalho clínico. Tornar os cuidados mais sistemáticos, aplicar aproximações baseadas em desenho de processos, auditar o desempenho ou introduzir novas práticas são mudanças que exigem liderança, preparação e perseverança de modo a envolver e comprometer os clínicos na mudança do hospital. A liderança torna-se necessária a todos os níveis não devendo estar confinada ao topo da organização, nomeadamente aos CA, mas a todos os níveis.

O princípio da provedoria<sup>136</sup> torna claro que os governos são os responsáveis últimos pelo desempenho do sistema de saúde (WHO, 2000b, 2002b) e que estes não podem deixar de desempenhar um papel activo no rumo seguido pelo sistema hospitalar, através da utilização de diversos mecanismos potenciais de alavancagem para a mudança que permitam melhorar o desempenho hospitalar (McKee e Healy, 2002). As principais abordagens utilizadas para melhorar o desempenho hospitalar passam pela optimização do desempenho clínico, alterações nos mecanismos de pagamento e a alterar o ambiente organizacional. Essas alavancas de mudança podem

---

<sup>136</sup> Já discutido anteriormente no ponto relativo à governação em saúde.

usar em conjunto os recursos e as orientações/directivas para agir em relação ao hospital relativamente às suas instalações (capital físico), aos seus profissionais (capital humano, tais como pessoal), e/ou conhecimento (capital intelectual).

Contudo, convém não esquecer que o hospital é uma organização e que possui problemas semelhantes ao de outras organizações, quer sejam públicas ou privadas, quer tenham fins lucrativos ou não lucrativos.

### **5.2.2. A organização**

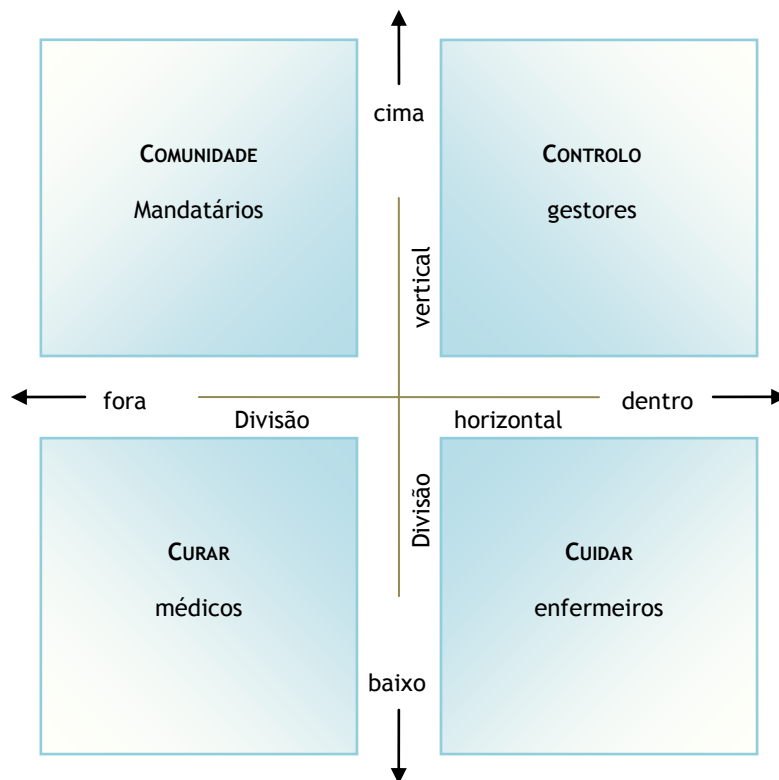
Os hospitais são considerados como organizações extraordinariamente complicadas (Glouberman e Mintzberg, 2001a, b) representando a forma mais complexa de organização humana que alguma vez se tentou gerir (Drucker, 1989). Esta complexidade resulta, de entre outros factores, da confluência de profissões (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, administradores, etc.) e de outros interessados (doentes, governo, etc.) muitas vezes defendendo aspectos, perspectivas e horizontes temporais, aparentemente incompatíveis (Golden, 2006).

Dos diversos tipos de organização, o hospital representa aquela que mais uso intensivo faz de recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento — necessitando conseqüentemente de um enquadramento de administração com os seus órgãos de governo e uma equipa profissional de gestores. Ao mesmo tempo, desempenha um papel fundamental no contexto em que está inserido relacionado com o tipo específico de bem que produz — prestação de cuidados de saúde — e, conseqüentemente, com a responsabilidade que tem perante a tutela na prestação directa de cuidados de saúde, mas também na promoção, prevenção e protecção da saúde. Estes factores definem-no como um sistema adaptativo complexo (Plsek, 1997, Plsek e Greenhalgh, 2001, Plsek e Wilson, 2001).

No hospital a gestão não é um processo homogéneo mas sim vários processos inteiramente distintos que podem ser distinguidos de acordo com o lugar onde são praticados (Glouberman e Mintzberg, 2001a, b). Algumas pessoas gerem para baixo, directamente na parte clínica (a gestão está focada no tratamento dos doentes) enquanto outras gerem para cima (próximo dos que controlam e financiam a instituição, nomeadamente as agências do Estado, seguradoras e outras parecidas). Além disso,

alguma da gestão é praticada para dentro (para as unidades e pessoas sob o controlo claro da instituição) enquanto outra gestão é praticada para fora (para aqueles envolvidos com a instituição mas em termos técnicos independentes da sua autoridade formal).

A conjugação destas diversas formas de gestão permite obter os quatro quadrantes, os quatro mundos distintos, da actividade do hospital representados na Figura 22 que permitem olhar para a complexidade do hospital, em especial para a realidade americana (Glouberman e Mintzberg, 2001a, b).



**Figura 22** — Modelo dos quatro mundos do hospital [Adaptado de Glouberman e Mintzberg (2001a)]

No quadrante esquerdo inferior, o mundo de curar é constituído pela comunidade médica com as suas diferentes organizações profissionais que representam as diferentes especialidades e correspondentes linhas hierárquicas. Estes gerem para baixo, nas operações, e para fora, porque os médicos não reportam no dia-a-dia à hierarquia do hospital. O mundo de 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. Como este mundo está directamente ligado à administração do hospital, a gestão dos cuidados

de enfermagem e de outros cuidados básicos pode ser descrita para dentro e para baixo, focada essencialmente na prestação de serviços aos doentes.

No quadrante superior direito, temos o mundo do controlo, da hierarquia administrativa, a gestão do hospital. A sua função é controlar e racionalizar sendo a gestão para dentro, visto serem responsáveis por toda a instituição, e igualmente para cima, porque não estão envolvidos directamente nas operações do mundo de curar e de cuidar. Finalmente há o mundo da comunidade representada formalmente pelos mandatários do hospital e informalmente pelos indivíduos que de forma voluntária dedicam o seu trabalho ao hospital. A sua gestão é para cima e para fora, porque nenhum deles está directamente ligado às operações do hospital nem submetido à sua hierarquia formal.

A descrição feita por Glouberman e Mintzberg, com grande sentido em termos de linguagem figurativa, ainda que muito simplificada e adstrita sobretudo à realidade americana, descreve quatro mundos diferenciados, quatro conjuntos de actividades, quatro formas de organização, quatro formas de pensar irreconciliáveis que enquanto estes se mantiverem separados nada de fundamental em termos de mudança ocorrerá (Glouberman e Mintzberg, 2001a, b). Como resultado desta lógica, o hospital acaba por não ser uma organização, mas quatro organizações distintas onde para além de ser necessário equilibrar os diferentes elementos e os problemas organizacionais, é necessário ter em conta a resposta às necessidades em saúde da comunidade servida e, simultaneamente, as restrições orçamentais que condicionam a actividade do hospital.

A crescente pressão a que estes mundos do sistema hospitalar têm sido sujeitos (McKee e Healy, 2002, Edwards et al., 2004), bem como nos respectivos processos de tomada de decisão, sugerem a necessidade de novos modelos organizacionais afastados do modelo tradicional de hospital público que permitam atacar as questões da produtividade, da eficiência (quer técnica quer de afectação), da qualidade e da resposta aos seus utilizadores identificados como alguns dos problemas que levaram às reformas dos sistemas de saúde (Abel-Smith e Mossialos, 1994, Saltman e Figueras, 1997, Mossialos e Le Grand, 1999, Harding e Preker, 2001, 2003). As quatro opções, já identificadas anteriormente<sup>137</sup>, que procuravam resolver os problemas

---

<sup>137</sup> No ponto relativo à governação em saúde, nomeadamente as questões relacionadas com as reformas dos sistemas de saúde.



situados quase todos do lado da oferta, ao nível das infra-estruturas físicas, tecnológicas e recursos humanos (Harding e Preker, 2001, 2003) foram as reformas tecnológicas, as reformas de gestão, as reformas de financiamento e as reformas organizacionais.

O último tipo de reformas, as organizacionais, procuravam colmatar as limitações estruturais da prestação pública em saúde e promover cenários de reforma mais incentivadores que criassem quadros de autonomia institucional mais alargados que poderiam ir da simples concessão de autonomia, a transformação em empresas públicas ou mesmo à privatização (Harding e Preker, 2000, 2001, 2003, Shaw, 2004). No fundo, pretendia-se melhorar o cenário institucional, alterando a distribuição do controlo de tomada de decisão, da distribuição de receitas e dos riscos entre os intervenientes no sector.

Os quatro mundos mencionados confrontam-se, por um lado, com a instrumentalização do hospital relativamente às políticas de saúde e, conseqüentemente, a sua submissão a interesses de âmbito público relacionados com o sistema de saúde e os seus principais objectivos, por outro lado, é objecto de autonomia hospitalar na medida, que como organização, enfrenta problemas de gestão semelhantes aos de qualquer empresa<sup>138</sup>. Desta forma, torna-se necessário encontrar modelos alternativos de governação relativamente aos modelos tradicionais.

### **5.2.3. As reformas organizacionais**

O intenso debate sobre o papel do Estado na sociedade contemporânea, promovido nos últimos anos, nomeadamente no campo da economia e do social (Allan, 1999), foi acelerado pelo colapso das economias de planeamento central, as crises fiscais no Estado de Bem-estar das economias industriais mais avançadas, e as crises asiáticas que explicam as limitações do papel do Estado em diversas áreas, nomeadamente na economia (Harding e Preker, 2000, 2003).

O discurso dominante, sobretudo de organizações como o BM e a OCDE, alude para uma redução do papel do Estado na economia, reforçando o seu carácter regulador, libertando-se de actividades prestadoras com fortes incentivos à

---

<sup>138</sup> Transcendendo a lógica empresarial respeitante às leis de mercado e o objectivo de maximização do lucro. O termo é utilizado no sentido de organização económica, civil ou comercial, constituída para explorar determinado ramo de negócio e oferecer ao mercado bens e/ou serviços.

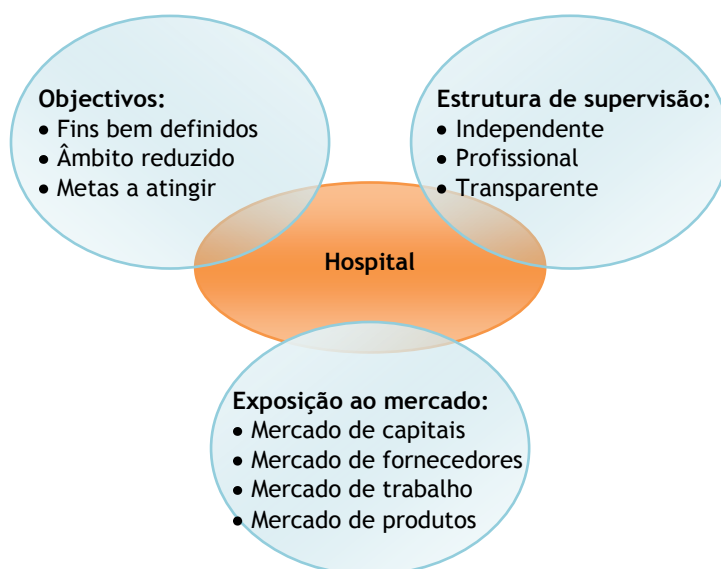
empresarialização e à privatização (OECD, 1992, World Bank, 1997). A necessidade de construir formas de gestão empresarial nas instituições de serviço público como forma de reforçar a inovação social é salientada por vários autores (Savas, 1982, Drucker, 1986, Roth, 1987, Glazer, 1988, Griffin, 1989, Savas, 2000) e instituições internacionais (OECD, 1992, World Bank, 1997) que apontam para um novo papel do Estado e a necessidade de novas parcerias entre público e privado.

A gestão empresarial, a procura de formas mais competitivas de exercer o poder executivo e de novos modos de organizar a prestação de serviços entraram no discurso político e incentivaram a discussão em torno das diferenças entre o sector público e o sector privado. Um dos resultados do debate entre as diferentes virtudes do sector público e do sector privado foi o crescente consenso de que é proveitoso, senão imperativo, procurar práticas de negócio no sector privado que possam efectivamente ser imitadas e transferidas para os serviços públicos (Shaw, 2004). Nas empresas a boa governação existe quando os gestores seguem de perto os objectivos dos proprietários ou os problemas associados ao problema do agente/principal (teoria de agência) são minimizados. Os mecanismos para a boa governação das empresas derivam da definição de objectos claros e bem delineados, da estrutura de supervisão profissionalizada, e do ambiente concorrencial (Harding e Preker, 2000, 2003).

Objectivos direccionados, bem definidos e não conflitantes dos proprietários traduzem-se em critérios rigorosos, claros e mensuráveis para o desempenho da gestão. Nas empresas os gestores são monitorizados facilmente porque os proprietários possuem dois objectivos claros — maximizar os lucros e maximizar o preço das acções — que são facilmente observáveis e mensuráveis. Por seu turno, a estrutura de supervisão, ou se quisermos o controlo da gestão, é atribuída de forma efectiva a um corpo profissional (como por exemplo o CA) que possui responsabilidades e está sujeito à prestação de contas através de formas bem definidas.

Por último o ambiente concorrencial motiva a gestão e facilita a vigilância. Por um lado promove a eficiência da gestão ao forçar a adopção de formas de produção mais eficientes para manter a empresa competitiva e conquistar quota de mercado. A possibilidade de comparar o desempenho das empresas e a existência de um mercado de trabalho competitivo ao nível da gestão permite aos proprietários comparar o desempenho dos gestores e motivá-los através de incentivos e segurança no emprego. A

existência de normas contabilísticas e de instituições do mercado a funcionarem bem (por exemplo, os mercados bolsistas) permitem reduzir drasticamente os custos associados ao controlo da gestão, porque os lucros de uma empresa são facilmente comparáveis com empresas similares e os preços das acções podem ser observados e monitorizados facilmente.



**Figura 23** — Os mecanismos da boa governação [Adaptado de Harding e Preker (2000, 2003)]

Assim, relativamente aos hospitais, o objectivo principal das reformas organizacionais é melhorar a boa governação dos hospitais adoptando os mecanismos enunciados (Harding e Preker, 2000, 2003). A adopção dos mecanismos representados na Figura 23 permitem eliminar a má governação existente devido à presença de objectivos mal definidos, difusos e conflitantes, uma estrutura de supervisão fraca (os objectivos não são traduzidos em critérios bem definidos para a gestão e os políticos e burocratas envolvidos na supervisão têm as suas agendas próprias) e informação assimétrica e pobre relativa ao ambiente onde operam (mesmo com critérios de desempenho a monitorização pode ser dificultada devido à falta de informação da concorrência e de outras instituições que geram informação relacionada com o desempenho).

As reformas organizacionais, nas suas diversas modalidades, abordam os problemas de governação dos hospitais públicos alterando e melhorando estes mecanismos. Assim, ao nível dos objectivos o seu leque é apertado para que os gestores sejam responsabilizados e são traduzidos em critérios de desempenho mensuráveis. Ao

nível da supervisão, é criada uma estrutura profissional, através de uma agência ou de um CA, investida com a responsabilidade de monitorizar a realização das metas de desempenho, os seus membros são recrutados com base em critérios profissionais e técnicos, e os objectivos são reduzidos de forma a focarem a eficiência económica devido à sua maior facilidade de monitorização. Ao nível do ambiente de concorrência, são introduzidos mecanismos de mercado em termos de concorrência de produtos, *benchmarking*, capital de risco, avaliação do desempenho dos gestores, etc.

Contudo, as reformas organizacionais enfrentam vários problemas. Por um lado, a politização continuada dos processos de tomada de decisão e os velhos hábitos de intervenção informal por parte da tutela nas operações do hospital levam ao falhanço da estrutura de supervisão, que garante a responsabilização da gestão e o desenvolvimento de outros mecanismos que permitam atingir outros objectivos sectoriais, como o acesso e a equidade. Por outro lado, o falhanço na identificação dos bens sociais, isto é, a definição por parte do governo de quais os bens sociais que pretende ver prestados, e a respectiva atribuição de subsídios podem tornar o hospital demasiado dependente de subsídios, levar a gestão a justificar o seu mau desempenho devido às más orientações recebidas, e enfraquecer a estrutura de supervisão.

Os falhanços mencionados justificam-se por várias razões (Harding e Preker, 2000, 2003):

- O desacordo entre os interessados internos — definir objectivos direccionados em matéria de saúde é difícil, porque existem vários interesses no governo, que podem não chegar a acordo sobre o que são ou deveriam ser os principais objectivos; o governo pode ter muitos objectivos para o sector e não tem noção relativamente às prioridades;
- A definição de objectivos claros e prioridades revela a existência de *trade-offs* — a definição de objectivos e de prioridades torna explícito o que será financiado e tem, conseqüentemente, custos políticos associados;
- A criação de novas tarefas para os burocratas traz novos desafios — a criação de mecanismos alternativos (prestação de contas/responsabilização, formas alternativas de financiamento e regulação) para atingir outros objectivos sectoriais, para além da eficiência organizacional, torna-se difícil, porque força os governos a empreenderem

e a tomarem parte em actividades mais complexas tais como a contratualização e a regulação;

- Os burocratas preferem o controlo directo e a discrição — os políticos e os burocratas preferem intervenções *ad-hoc* com poucas restrições na sua relação com os hospitais.

As reformas organizacionais surgem no âmbito mais lato das reformas NPM<sup>139</sup> convindo não esquecer que a desconfiança e entusiasmo inicial que rodearam o debate sobre a NPM, durante a década de 80 e princípios da década de 90, deram origem a um cepticismo mais ponderado, no final da década de 90, acerca da sua aplicação generalizada (Manning, 2001). Apesar de ter trazido novos conceitos, novos métodos e técnicas para a gestão pública, e de ter funcionado em algumas situações, com casos de sucesso conhecidos parece ter tido um impacto modesto. A ideia de um cardápio de escolhas padronizadas para a resolução dos problemas da administração pública aparentemente partilhados por vários países e as soluções adoptadas, através da aplicação directa das melhores práticas, podem ter consequências adversas pela necessidade de incorporar uma grande quantidade de informação de contexto relativa ao país em questão (OECD, 2003, Fukuyama, 2004, Pollitt, 2004).

Por outro lado, apesar de toda esta discussão é reconhecido que a acção governativa não poderia ser conduzida como a gestão de uma empresa privada. Por um lado, o governo e empresas são instituições com natureza diferente e, apesar de algumas semelhanças, existem diferenças específicas entre governantes e gestores em termos da orientação da sua actividade, financiamento da actividade, tipo de mercado, processo de tomada de decisão e escolha dos clientes (Osborne e Gaebler, 1993). Por outro lado, a adopção de práticas empresariais nas empresas públicas está condicionada por factores que afectam de forma diferente os incentivos, a procura de resultados e a eficiência (Clarke e Pitelis, 1993).

No nosso entender, apesar da bondade das propostas da adopção dos mecanismos mencionados para melhorar a boa governação dos hospitais a abordagem apresenta algumas limitações:

- A definição de governação — como a relação entre a organização e os seus

---

<sup>139</sup> As reformas NPM, as soluções possíveis e as principais críticas já foram abordadas no ponto referente às reformas da Administração Pública.

proprietários (Harding e Preker, 2000, 2003) — é demasiado limitada parecendo ser mais utilizado por questões retóricas do que por razões substantivas. A utilização da “governança” em substituição da palavra “Governo” segue o exposto por Stoker de que a segunda é mais difícil de vender numa sociedade privatizada e orientada para o mercado do que a primeira (Stoker, 1998);

- O hospital, devido à sua configuração societária particular, envolve uma diversidade alargada de interessados e a exigência de autonomia de vários grupos profissionais (médicos, enfermeiros, etc.). Desta forma, o conceito de proprietário é substituído pelo conceito mais abrangente de interessados a diferentes níveis, como por exemplo ao nível público (saúde da comunidade), ao nível organizacional (quadros da administração) e ao nível profissional (profissionais de saúde) com interesses diversos e distintos (Barnett et al., 2000, Perkins et al., 2000, Barnett et al., 2001);
- Assenta na bondade da gestão privada e na adopção de mecanismos de mercado, parecendo esquecer as questões relacionadas com o serviço público e as necessárias diferenças entre um gestor privado e um gestor público. A analogia empresarial é simplesmente insuficiente, porque interessa de sobremaneira a qualidade e espírito dos que gerem os serviços públicos e o motivo de honra que sentem ao desempenhar bem as suas funções interessando claramente cultivar esta cultura de serviço (Dahrendorf, 2004).
- Esquece igualmente o equilíbrio dinâmico e exigente entre um tecido económico empresarial capaz de produzir riqueza, mais recursos individuais e riqueza, e o empreendedorismo público motivado para promover o bem-estar das pessoas com as consequentes diferenças entre o empresário e o empreendedor público (Sakellarides, 2005).
- Os hospitais são organizações extraordinariamente complicadas, compostas por diferentes mundos (Glouberman e Mintzberg, 2001a, b), e complexas ao nível da gestão (Drucker, 1989). A confluência de profissões e de outros interessados muitas vezes com interesses, perspectivas e horizontes temporais, aparentemente incompatíveis explicam parte desta complexidade (Golden, 2006);

- Os hospitais constituem “sistemas de produção” bastante complexos que não permitem a adopção ou adaptação de métodos utilizados noutros sistemas produtivos (Urbano e Bentes, 1994). Dos diversos tipos de organização, representa aquela que mais uso intensivo faz de recursos humanos, capital, tecnologia e conhecimento. Presta uma combinação específica de bens e serviços em função do estado de saúde de cada doente produzindo, desta forma, uma diversidade de produtos bastante heterogénea.

Contudo, apesar destas críticas as reformas organizacionais apontam para a necessidade de reformas dentro dos hospitais, da necessidade da introdução de novas práticas e modelos de gestão e de outros mecanismos como uma forma de melhorar a boa governação e, conseqüentemente, o desempenho hospitalar. No entanto, a simples reforma organizacional quer através da autonomização (“fazer os gestores gerirem” através da mudança da tomada de decisão do dia-a-dia da hierarquia para a gestão) quer através da empresarialização (imitar a estrutura e a eficiência das empresas privadas assegurando a ênfase e a continuidade dos objectivos sociais mantendo a propriedade pública) estão sujeitas a problemas, nomeadamente no que se refere ao *input* da gestão.

Por um lado, uma empresarialização bem-sucedida exige atenção redobrada relativamente às competências necessárias para gerir as novas entidades empresariais num mercado competitivo, porque os requisitos de competências são particularmente fortes na área de elaboração do orçamento e análise financeira, análise de mercado, e gestão de pessoal. No contexto dos países menos desenvolvidos, tais capacidades são difíceis de obter, especialmente em sectores onde os níveis salariais tendem a ser relativamente baixos como é o caso da saúde (Shaw, 2004). Ao mesmo tempo, e em paralelo, torna-se também necessário desenvolver vários mecanismos que garantam a efectividade dos CA, nomeadamente os aspectos relacionados com a selecção, a integração e a formação, a avaliação, as comissões e a remuneração (Victorian Public Hospital Governance Reform Panel, 2003). Por outro lado, a empresarialização só por si não garante o desempenho hospitalar tornando-se 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.

## 5.3. Melhorar o desempenho hospitalar

Uma das abordagens possíveis para melhorar o desempenho hospitalar passa pela optimização do desempenho clínico (McKee e Healy, 2002). A optimização do desempenho clínico passa pela adopção de estratégias de garantia de qualidade e auditoria clínica, a avaliação do desempenho hospitalar com base num conjunto de indicadores, e pela adopção do conceito de governação clínica no qual a qualidade é uma responsabilidade partilhada quer pela gestão quer pela clínica.

A complexidade organizacional dos hospitais e a conjugação de diferentes mundos, tornam necessária uma abordagem integrada quer empresarial quer clínica. A governação integrada (conceito aplicado a qualquer organização de saúde) ou a governação hospitalar (conceito de governação integrada aplicado aos hospitais) procura juntar a governação empresarial com a governação clínica numa mesma plataforma.

### 5.3.1. A governação clínica

Este conceito é originário do *National Health Service* (NHS) e tem sido utilizado como uma aproximação integrada para a melhoria contínua da qualidade na prática clínica (Scally e Donaldson, 1998) a nível local em todo o sistema nacional de saúde (NHS) através da inclusão de medidas para garantir que os riscos são evitados, os eventos adversos são rapidamente detectadas, abertamente investigados e as lições aprendidas, as boas práticas são rapidamente difundidas e os sistemas estão a funcionar para garantir melhorias contínuas nos cuidados clínicos (Department of Health, 1998).

O conceito pretende garantir uma organização de qualidade que assegure um conjunto de garantias de acordo com os elementos do Quadro 51. A governação clínica 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 prestem contas e se responsabilizem pelos actos da sua prática clínica (Department of Health, 1998, Scally e Donaldson, 1998, Starey, 2003).



- Os processos de melhoria qualidade (por exemplo, auditoria clínica) estão implementados e a funcionar e estão integrados com o programa de qualidade da organização como um todo;
- São desenvolvidas capacidades de liderança ao nível das equipas clínicas;
- As práticas baseadas na evidência fazem parte da prática diária através de uma infra-estrutura que a suporta;
- As boas práticas, as ideias e a inovação são disseminadas sistematicamente dentro e fora da organização;
- Os programas de redução de risco clínico de elevados padrões estão em vigor;
- Os acontecimentos adversos são detectados, abertamente investigados, as lições são aprendidas e rapidamente aplicadas;
- As lições para a prática clínica são aprendidas sistematicamente a partir das queixas, denúncias e reclamações dos doentes;
- Os problemas de mau desempenho clínico são reconhecidos numa fase precoce e resolvidos de forma conveniente de modo a evitar danos aos doentes;
- Todos os programas de desenvolvimento profissional reflectem os princípios da governação clínica;
- A qualidade dos dados recolhidos para monitorizar os cuidados clínicos possui padrões elevados

**Quadro 51** — O que deve uma organização de qualidade assegurar [Adaptado de Department of Health (1998)]

Alguns autores defendem que a governação clínica permite estender a prestação de contas dos profissionais de saúde para além dos mecanismos de prestação de contas existentes em termos legais e profissionais (Allen, 2000).



**Figura 24** — Componentes da governação clínica [Adaptado de Starey (2003)]

A Figura 24 salienta a noção de sistema e apresenta as componentes associadas à governação clínica. Por seu turno, o Quadro 52 apresenta uma breve descrição de cada uma delas.

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 associados 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.

**Quadro 52** — Descrição das características associadas à governação clínica

Relativamente ao meio hospitalar, o conceito de governação clínica exige a integração do controlo financeiro, do desempenho dos serviços e da qualidade clínica englobando actividades para melhorar os sistemas de informação, instituir o desenvolvimento/formação profissional e desenvolver sistemas de análise pelos pares (McKee e Healy, 2002).

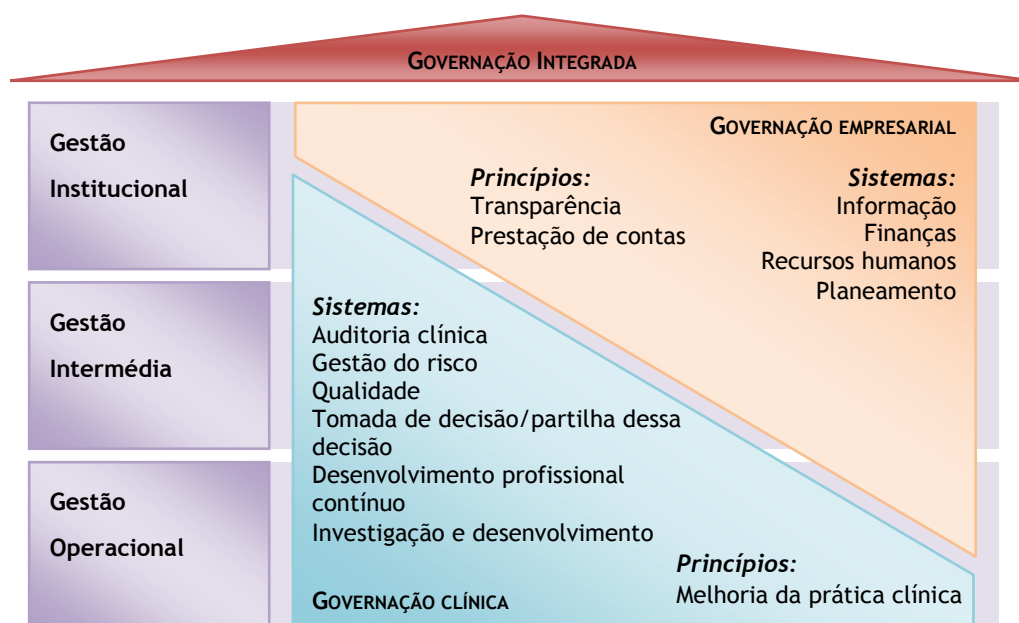
É importante salientar que a obrigação legal de qualidade proposta inicialmente no *White Paper* (Department of Health, 1998) exigia que a pessoa que liderava a governação clínica fosse responsável perante o chefe executivo das autoridades de saúde (*Health Authorities*) ou do hospital (*NHS Trust*). Desta forma, a linha de responsabilização do desempenho clínico está ligada à governação empresarial em termos de linhas de responsabilização a este nível. Além disso, os processos de abertura, de aprendizagem e de análise de desempenho, e a responsabilização pela utilização de poderes e recursos fazem parte de ambos os conceitos de governação clínica e governação empresarial levando a que no futuro estas duas realidades estejam cada vez mais integradas. Esta integração é feita através do conceito de governação integrada.

### 5.3.2. A governação integrada

Este conceito é originário do *National Health Service* (NHS) e pretende ser um enquadramento de princípio para as diferentes organizações aos mais variados níveis,

de modo a que cada organização seja capaz de responder aos desafios em termos de agenda e de necessidades, assegurar estratégias, pessoas e estruturas de acordo com os seus objectivos e os objectivos do sistema de saúde (Deighan e Bullivant, 2006).

Esta abordagem constitui um novo enfoque que emerge nas políticas de saúde e na gestão dos sistemas públicos de saúde, que antecipa mudanças importantes na gestão das organizações que os integram e na participação dos médicos nessa gestão assentando em princípios de boa governação empresarial (nomeadamente a prestação de contas/responsabilização, a transparência e a responsabilidade social), em princípios da boa gestão das organizações, numa cultura de qualidade e na prestação de cuidados integrados aos doentes. A Figura 25 apresenta esta nova abordagem.



**Figura 25** — A perspectiva da governação integrada

A governação integrada é definida como o 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, bem como para reportar aos doentes, à comunidade em geral e aos restantes parceiros organizacionais (Deighan et al., 2004). Esta aproximação à governação das organizações de saúde pretende fundir numa mesma plataforma as questões relacionadas com a governação clínica (centrada nas práticas clínicas), com a governação empresarial (centrada nas relações e nos equilíbrios entre os órgãos de

governo das organizações), com a governação de investigação<sup>140</sup> (centrada nas práticas de investigação e desenvolvimento), com a governação da informação (centrada nos processos de acesso à informação<sup>141</sup> como suporte à tomada de decisão), e com a governação financeira.

A governação integrada coloca no centro da acção os órgãos de administração devendo as suas decisões sujeitarem-se ao dever do envolvimento dos cidadãos e dos doentes e, quando apropriado, serem tomadas à luz do seu impacto global na comunidade onde a organização de saúde está localizada (Deighan et al., 2004, Deighan e Bullivant, 2006).

Para uma boa governação do órgão de administração são sugeridos os seguintes princípios:

- Definir objectivos que tenham em linha de conta os pontos de vista e as expectativas dos cidadãos e dos doentes;
- Apresentar relatórios de progresso dos objectivos definidos para assegurar que os objectivos estão a ser cumpridos de acordo com o planeado;
- Utilizar grelhas de avaliação do risco de modo a garantir que os riscos associados aos objectivos definidos foram identificados, geridos e minimizados;
- Definir sistemas de monitorização e avaliação para os seus produtos, baseados em indicadores, que permitam assegurar a conformidade do seu desempenho com os padrões do sistema de saúde e explorar o seu impacto em outros objectivos chave.

---

<sup>140</sup> Do inglês *research governance*. A governação de investigação salienta o papel da investigação em saúde (é essencial para a promoção da saúde e do bem estar; grande parte dos avanços do último século em saúde derivaram da investigação; a investigação é o motor da melhoria dos cuidados de saúde) tentando definir padrões, mecanismos para disseminar esses padrões, descrever formas de avaliação e monitorização, melhorar a qualidade da investigação e salvaguarda do público (aumentando a qualidade científica, tratando assuntos relacionados com a ética, promovendo as boas práticas, reduzir os acidentes adversos e assegura mecanismos de aprendizagem para aprender com os erros, prevenir o mau desempenho e as condutas erradas).

<sup>141</sup> A informação desempenha um papel fundamental nas organizações modernas. A informação reflecte os acontecimentos organizacionais, do ambiente, políticos e sociais que influenciam o processo de decisão. A informação pode melhorar a posição competitiva de uma organização através do aumento da produtividade nas diversas áreas de actividade. O acesso à informação constitui a base de partida para a tomada de decisão. Paralelamente devem ser garantidas as seguintes características dessa informação: pertinência (deve estar relacionada com o negócio que estamos a analisar e com os compromissos a realizar), oportuna (estar disponível quando necessária), exacta (deve ser correcta e livre de erros), reduzir a incerteza (permite conhecer melhor os elementos com que estamos a lidar) e conter um elemento de surpresa (conter elementos que permitam uma posição de vantagem). As tecnologias de informação e comunicação (TIC) desempenham aqui um papel importante nomeadamente na entrega e normalização de serviços, na forma como as pessoas acedem aos serviços e ajudam a melhorar a participação na esfera da governação. A utilização das para introduzir mudanças no acesso e na informação costuma ser designada por governação digital (*digital governance*).

No fundo, esta aproximação pretende juntar os princípios da boa governação em saúde, com os princípios da governação empresarial e da governação clínica, para além de outros, focando os aspectos do interesse público dos sistemas de saúde, das suas funções e dos seus objectivos bem como realçar as questões associadas à responsabilidade social e às questões éticas.

## **5.4. A governação hospitalar**

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.

Para melhor compreender este conceito, começaremos por apresentar uma definição de governação hospitalar (5.4.1). De seguida discutiremos o problema do agente/principal no ambiente hospitalar (5.4.2) e as diferenças existentes entre a governação empresarial e a governação hospitalar (5.4.3). Por último, focaremos os desafios que se colocam à governação hospitalar (5.4.4).

### **5.4.1. Definição de governação hospitalar**

O papel duplo do hospital, instrumento da política de saúde e objecto de autonomia hospitalar, leva a que quer investigadores quer promotores de políticas de saúde, preocupados com a boa governação dos hospitais, coloquem a questão de saber até que ponto e como os modelos de governação empresarial podem ser aplicados aos hospitais. Em pontos anteriores mencionámos três conceitos de governação que se aplicam às organizações que prestam cuidados de saúde e que aqui recuperamos:

- Governação clínica — a governação clínica 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

prestem contas e se responsabilizem pelos actos da sua prática clínica (Department of Health, 1998, Scally e Donaldson, 1998, Starey, 2003);

- Governação empresarial — a governação empresarial está menos preocupada com as instituições formais e a sua estrutura e mais com o sistema geral pelo qual as organizações (públicas ou privadas) são dirigidas e controladas (Cadbury Committee, 1992, Tricker, 1994, Williamson, 1996, OECD, 2004, 2005). Geralmente este conceito inclui princípios de abertura e divulgação de informação, integridade, comportamento claro e rectidão, prestação de contas/responsabilização ou manter os indivíduos responsáveis pelas suas acções através da definição clara das suas responsabilidades e das suas funções (Rhodes, 2000);
- Governação integrada — a governação integrada é definida como o 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, bem como para reportar aos doentes, à comunidade em geral e aos restantes parceiros organizacionais (Deighan et al., 2004). Este conceito pretende integrar numa mesma plataforma, entre outros, os conceitos de governação clínica e de governação empresarial para as organizações de saúde.

Contudo, devido configuração societária particular do hospital, envolvendo uma diversidade alargada de interessados, a exigência de autonomia de vários grupos profissionais (médicos, enfermeiros, etc.), e a falta de objectivos claros de negócio os princípios da governação empresarial não podem ser transpostos para o sector hospitalar sem ajustamentos específicos (Eeckloo et al., 2004). Se consideramos que o enquadramento da governação empresarial existe para encorajar o uso eficiente dos recursos e para igualmente exigir responsabilização pela salvaguarda desses recursos (Cadbury, 2004) então concluímos que a governação empresarial pode fornecer enquadramentos de referência aos hospitais deixando ao sector hospitalar fazer a sua própria interpretação.

Uma das definições abordadas para a governação empresarial considera que esta descreve todas as influências que afectam os processos institucionais, incluindo os relacionados com a designação de quem controla e/ou regula, envolvidos na

organização da produção e venda de bens e serviços (Turnbull, 1997). Por analogia, podemos considerar que a governação hospitalar pode ser definida como o 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 (Rice, 2003).

Num conjunto de artigos relacionados com a governação hospitalar nos hospitais canadianos a governação é definida como o exercício de autoridade, direcção e controlo sobre o hospital efectuado pelos CA (Hundert e Crawford, 2002a, b, Hundert, 2003, Hundert e Topp, 2003). As responsabilidades fundamentais da governação seriam: definir os fins, os princípios e os objectivos do hospital, assegurar e monitorizar a qualidades dos serviços do hospital, assegurar a integridade fiscal e o futuro a longo prazo do hospital, e organizar e preparar meios de monitorizar a efectividade da gestão do hospital.

Assim, a governação hospitalar diz respeito ao conjunto complexo de verificações e equilíbrios (sistema de pesos e contrapesos) que determinam a tomada de decisão dos órgãos de governo do hospital. Pode ser definida como o processo de conduzir o funcionamento global e o desempenho efectivo de um hospital, através da definição da sua missão, da fixação de objectivos e do suporte e monitorização da sua realização a nível operacional (Eeckloo et al., 2004).

A governação hospitalar permite uma aproximação integrada de suporte e supervisão de todas as actividades do hospital, incluindo o desempenho clínico. Olhando para esta definição e para a definição de governação integrada concluímos que a governação hospitalar é uma forma de governação integrada assente sobretudo nos aspectos da governação empresarial e nos aspectos governação clínica, i.e., centrada nas relações e nos equilíbrios entre os órgãos de governo das organizações e nas práticas clínicas aplicada aos hospitais.

Podemos argumentar que o conceito de governação integrada é um conceito, com origem no Reino Unido, que se aplica de forma geral a todas as organizações de saúde enquanto a governação hospitalar é um conceito, de aplicação generalizada aos hospitais (em diversos países), que recupera a ideia da necessidade da governação empresarial no hospital, que expurga as diferenças existentes em termos de estatuto, da

forma societária, dos seus interessados e do seu papel como instrumento da política de saúde relativamente às empresas.

### **5.4.2. O problema do agente/principal**

O conceito de governação é facilmente associado com atributos como a responsabilidade/prestação de contas, transparência e participação entre outros. No entanto, quando se trata de uma definição, a governação transforma-se num conceito bastante complexo e versátil conforme se pode avaliar pelos seus múltiplos campos de aplicação para onde é adoptada e adaptada. No primeiro ponto deste trabalho analisámos esta problemática com detalhe e vimos que na prática a governação se refere às acções e aos meios adoptados por uma sociedade para promover a acção colectiva e lançar soluções colectivas na procura de objectivos comuns e que se aplicava a diferentes níveis que poderiam ir do global ou transnacional (por exemplo, os procedimentos para lidar com pandemias internacionais) até ao nível micro (que lida com o controlo da organização, por exemplo um hospital).

Quando nos abstraímos do seu domínio e do nível onde é aplicada surge sempre um tema comum que na literatura é referido como o problema do agente/principal e que também já abordámos anteriormente no ponto relativo à governação empresarial. No fundo, o problema resume-se a perceber como pode uma pessoa ou um grupo de pessoas “A” (o principal) motivar uma pessoa ou um grupo de pessoas “B” (o agente) a agirem para o benefício de “A” em lugar dos seus próprios interesses (“B”). Como é que este problema é abordado pela governação empresarial e pela governação clínica?

A governação empresarial lida com este aspecto, accionistas (principal) versus gestores (agente), instituindo um sistema de controlos e verificações (de pesos e contrapesos), isto é, de todos os tipos de relacionamentos, funções e procedimentos pertencentes a um determinado sistema que previnem que alguém faça a coisa errada. No fundo, são os controlos utilizados por cada entidade em separado na governação que limitam os poderes uns dos outros de modo a que não se afastem dos objectivos da



organização) <sup>142</sup>. Dentro das empresas o CA<sup>143</sup> desempenha um papel fundamental nestes controlos e verificações de acordo com as funções que lhe são atribuídas (World Bank, 1999, Brown Governance, 2004, OECD, 2004, Institute on Governance, 2005c). Contudo, a sua mera existência não garante o sistema de controlos e verificações sendo importante analisar os assuntos relacionados com a sua configuração, nomeadamente o número de membros, a proporção de membros independentes e não independentes, o papel duplo do gestor executivo (gestor executivo e presidente do CA) a existência de comissões específicas (por exemplo, nomeação, remuneração, auditoria)<sup>144</sup>. Desta forma, partilham um papel de salvaguarda e tutela que inclui o compromisso de responsabilidade básico de promover a saúde e o bem-estar das suas organizações desempenhando funções de representação, tomada de decisão e liderança, e prestação de contas (Institute on Governance, 2005c).

Por seu turno, a governação clínica procura assegurar que os prestadores de cuidados, como “agentes” dentro do sistema de saúde, são responsabilizados/prestam contas pelas suas práticas, ao mesmo tempo que a autonomia de cada um dos profissionais médicos e dos outros trabalhadores da saúde envolvidos é respeitada (Mannion e Davies, 2002). A governação clínica 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 prestem contas e se responsabilizem pelos actos da sua prática clínica (Department of Health, 1998, Scally e Donaldson, 1998, Starey, 2003). Na governação clínica o sistema de controlos e verificações é instituído através da prática baseada na evidência, auditoria clínica, gestão do risco, monitorização clínica e envolvimento dos doentes.

Contudo, a aplicação do conceito de governação dentro do contexto organizacional do hospital, nomeadamente a adopção do termo governação

---

<sup>142</sup> As recompensas dadas à gestão e os CA são os mecanismos de governação mais comuns na teoria de agência de modo a garantir que os gestores estão sintonia com os proprietários (Davis et al., 1997).

<sup>143</sup> Os CA são introduzidos para monitorizar os gestores no interesse dos accionistas (Jensen e Meckling, 1976, Eisenhardt, 1989) e/ou para servir de agentes fiduciários dos accionistas monitorizando a gestão de forma a assegurar que os interesses dos accionistas são considerados (Zahra e Pearce, 1989, Johnson et al., 1996).

<sup>144</sup> A existência de mecanismos externos de controlo quer através da actividade dos analistas financeiros e outros agentes económicos (que analisam a informação divulgada, procedem ao seu escrutínio, e formam juízos de valor) quer através da regulação e supervisão públicas dos mercados de capitais (que procuram garantir o tratamento equitativo dos accionistas e a validade da informação existente) completa este quadro (World Bank, 1999, Silva et al., 2006).

empresarial, não pode ser feita de forma directa, porque a relação agente/principal mencionada apresenta algumas características específicas que ampliam este problema.

### **5.4.3. Diferenças relativamente à governação empresarial**

A governação hospitalar, à semelhança da governação em saúde, constitui um domínio de investigação emergente onde grande parte das referências consideradas é da governação empresarial (Barnett et al., 2000, Perkins et al., 2000, Barnett et al., 2001, Brickley e Van Horn, 2002, Eeckloo et al., 2004). Por exemplo, Brickley e Van Horn, ao procurarem analisar os incentivos para os gestores em hospitais sem fins lucrativos, constatarem que apesar da importância das empresas sem fins lucrativos há poucos trabalhos empíricos sobre elas e que sem a existência de um enquadramento teórico se torna difícil interpretar a evidência dos incentivos nestas organizações adoptando, para tal, um modelo de análise baseado nas empresas com fins lucrativos (Brickley e Van Horn, 2002).

Assim, a questão que se coloca, tendo em conta os aspectos associados à governação empresarial, já discutidas em pontos anteriores, nomeadamente a relevância e a eficácia do sistema de governação empresarial, que contribuíram para um movimento sustentado de codificação de normas recomendatórias e de práticas de boa governação, é saber em que medida estas recomendações sobre o governo das sociedades podem servir como directrizes para otimizar a gestão dos hospitais sem fins lucrativos. Tendo em conta algumas das diferenças, já apresentadas relativamente ao hospital, parece que não basta traduzir essas recomendações e aplicá-las directamente aos hospitais.

Os hospitais na maioria dos países europeus são públicos ou são instituições privadas sem fins lucrativos (Eeckloo et al., 2004). Assim, a primeira grande diferença relativamente às sociedades comerciais reside no conceito de propriedade e no seu objectivo. Num contexto empresarial, orientado pelo lucro, o principal objectivo da governação empresarial é a de garantir uma relação bem definida entre a propriedade e o controlo. A boa governação existe quando os gestores seguem de perto os objectivos dos proprietários ou os problemas associados ao problema do agente/principal (teoria de agência) são minimizados (Harding e Preker, 2000, 2003).

Esta relação é traduzida pela prestação de contas da gestão e do CA perante os accionistas. O CA actua como intermediário e como representante dos accionistas com os gestores, assegurando que o capital é aplicado de acordo com a intenção e os objectivos dos accionistas e, simultaneamente, age como voz dos gestores para os accionistas, articulando as suas ideias da utilização a dar ao capital e prestando contas dos retornos da utilização do capital aos accionistas (Brown Governance, 2004).

No caso dos hospitais sem fins lucrativos e dos hospitais públicos como não existem verdadeiros proprietários a ênfase coloca-se nos diversos interessados (contribuintes, doentes, médicos, enfermeiros, autoridades governamentais, seguradoras, etc.), muitas vezes defendendo aspectos, perspectivas e horizontes temporais, aparentemente incompatíveis (Golden, 2006), e não nos accionistas.

Como os cuidados de saúde são um bem social cada grupo de interessados merece o reconhecimento dos seus interesses pelo seu valor intrínseco e não apenas por causa da sua contribuição para o valor acrescentado de outros grupos (Eeckloo et al., 2004). O hospital tem de responder perante um conjunto de interesses diversificados que abrangem o interesse público, o interesse organizacional (empresarial) e o interesse profissional (Barnett et al., 2000, Perkins et al., 2000, Barnett et al., 2001). Um exemplo desta diversidade de interesses está representado no Quadro 53 (página seguinte).

Isto torna a tarefa do CA e de outros órgãos dentro do hospital (os órgãos de governo) muito mais difícil já que falta, como nas empresas, o princípio da maximização do lucro como um princípio definidor que constitui a pedra de toque para avaliar as decisões tomadas (Eeckloo et al., 2004, Eeckloo et al., 2007). Segundo alguns autores os mecanismos para a boa governação das empresas derivam, de entre outras coisas, da definição de objectos claros e bem delineados (Harding e Preker, 2000, 2003) o que se afigura complicado na presença de tantos interessados.

A maior complexidade dos hospitais relativamente à maioria de outras organizações (Drucker, 1989, Glouberman e Mintzberg, 2001a, b), torna os resultados das suas transacções menos transparentes e mais difíceis de avaliar. Assim, enquanto nas empresas a rentabilidade e a valorização das acções do mercado constituem o critério com maior peso na avaliação das decisões, nos hospitais os objectivos são menos claros e muitas vezes contraditórias. O principal objectivo do hospital é sem

margem de dúvida prestar cuidados de saúde especializados de qualidade, contudo, ao mesmo tempo, o hospital tem de garantir outros objectivos relacionados com a equidade e acessibilidade aos cuidados prestados bem como manter o equilíbrio financeiro de exploração<sup>145</sup>.

	Grupos de interessados	Interesses gerais	Expectativas do CA	
			Processos	Desempenho
Público	Interesses de saúde da comunidade	Equidade Acessibilidade Qualidade dos serviços prestados	Ouvir e comprometer-se	Não esperar Bons serviços
	Governo como responsável pela definição das políticas de saúde públicas e financiador	Equidade Acessibilidade Qualidade dos serviços prestados	Boas relações com a comunidade	Fazer aquilo para que foram contratados Fazê-lo bem
Organizacional	Governo como dono dos activos	Boa actividade e rentabilidade dos activos Inexistência de situações anormais	Reportar de forma apropriada Não ter surpresas	Atingir os indicadores de desempenho contratualizados Inexistência de situações anormais
	Conselhos de Administração	Cumprir as suas responsabilidades perante os proprietários	Liberdade para executarem o seu trabalho como o CA de uma empresa	Atingir os indicadores de desempenho contratualizados
	Gestão	Cumprir as suas responsabilidades perante o CA	Divisão de funções apropriada Liberdade para executar o seu trabalho	Atingir os níveis de desempenho contratualizados
Profissional	Profissionais de saúde	Proporcionar um serviço de qualidade num ambiente de trabalho sustentável	Envolvidos nos processos de tomada de decisão Manter um nível elevado de autonomia no seu trabalho	Recursos e ambiente para um bom serviço

**Quadro 53** — Diferentes aspectos associados aos vários interessados [Adaptado de Barnett et al. (2001)]

<sup>145</sup> Isto significa que enquanto a função de provedoria do CA de um hospital é a salvaguarda e tutela do hospital (velar pelos recursos pertencentes a outros, gestão do risco, designação e atribuição de deveres/papéis/responsabilidades, delineação de autoridade) garantindo que os objectivos organizacionais são cumpridos em termos do contrato-programa a função de provedoria do Ministro da Saúde é de supervisão (para além da salvaguarda e tutela) com o objectivo de assegurar que o hospital para cumprir o contrato-programa o faz com custos sociais e de acesso aceitáveis.

A componente central da governação é a tomada de decisão (Institute on Governance, 2005d), quer ao nível meta que ao nível micro, sendo os agentes de decisão os actores principais nomeadamente no que se refere à prestação de contas pelas suas decisões e à transparência dos processos de decisão. Nos hospitais o lócus dos processos de tomada de decisão em si mesmo, isto é, o local e o contexto no qual as decisões tomam forma, é mais difuso do que na maioria das organizações. A descrição feita por Glouberman e Mintzberg descreve quatro mundos diferenciados<sup>146</sup> (Glouberman e Mintzberg, 2001a, b) em que o hospital acaba por não ser uma organização mas quatro organizações distintas.

Esta situação aumenta as probabilidades e os impactos possíveis do problema de agência consideravelmente. Como resultado das divisórias entre os diferentes mundos, os mecanismos de equilíbrio e de verificação (o sistema de pesos e contrapesos) entre os diferentes órgãos de governo do hospital são bastante fraccionados. Por exemplo, a função de supervisão tradicional do Conselho de Administração (CA) assenta essencialmente nos parâmetros financeiros, que interfere de forma intensa no mundo de curar e de cuidar.

Uma última razão para não aplicar directamente a tradução das recomendações relacionadas com a governação empresarial aos hospitais tem a ver com o facto de não existir um único modelo de governação empresarial: a sua terminologia e as suas ferramentas analíticas ainda estão a emergir (World Bank, 1999); não existe um único modelo de governação empresarial e as teorias que estão na sua fundação são diversas (Turnbull, 1997, Clarke, 2004); não existe uma teoria de governação empresarial comumente aceite por todos (Mueller, 1996); e não existe consenso sobre uma descrição, uma teoria ou um modelo geral de um sistema de governação, sobretudo no que se relaciona com a administração (Leighton e Thain, 1997).

Por exemplo, no estudo efectuado por Hawley e Williams (1996) são identificados quatro modelos de governação: o modelo financeiro simples (suportado sobretudo na teoria de agência), o modelo de provedoria (suportado na teoria da provedoria), o modelo dos interessados (suportado na teoria dos interessados) e o modelo político. O *Institute on Governance* identifica oito modelos distintos (Institute on

---

<sup>146</sup> Estes quatro mundos foram apresentados sumariamente no ponto referente ao hospital e às reformas organizacionais.

Governance, 2005e)— operacional, colectivo, gestão, tradicional, política de governação (modelo de Carver), orientado por resultados, aconselhamento, e representativo.

Contudo, apesar destas diferenças, que não permitem a adopção directa das recomendações da governação empresarial, o enquadramento por ela permitido, nomeadamente no que se refere ao sistema de controlos e verificações (de pesos e contrapesos) e aos princípios de transparência e prestação de contas, deve ser adoptado e adaptado aos hospitais. Se consideramos que o enquadramento da governação empresarial existe para encorajar o uso eficiente dos recursos e para igualmente exigir responsabilização pela salvaguarda desses recursos (Cadbury, 2004) então os seus enquadramentos de referência são importantes para os hospitais (como organização), para o Estado (no seu papel de financiador e de definição das políticas de saúde) e para o público em geral (na resposta às suas necessidades e a garantia de prestação de contas e transparência na utilização de bens públicos).

#### **5.4.4. Os desafios que se colocam à governação hospitalar**

Mais do que nunca, os CA e os gestores dos hospitais são desafiados para reflectirem e implementarem as práticas da boa governação dentro das suas instituições (Eeckloo et al., 2004). Ao mesmo tempo estes são colocados no centro da acção devendo as suas decisões sujeitarem-se ao dever do envolvimento dos cidadãos e dos doentes e, quando apropriado, serem tomadas à luz do seu impacto global na comunidade onde a organização de saúde está localizada (Deighan et al., 2004, Deighan e Bullivant, 2006).

Esta pressão resulta, em geral, de um conjunto de desenvolvimentos relacionados com a redução do papel do Estado e, em particular, nos cuidados de saúde e nas políticas de saúde relacionados não só com as reformas (Saltman e Figueras, 1997, Harding e Preker, 2000, Preker e Harding, 2000, Harding e Preker, 2001, McKee e Healy, 2002, Harding e Preker, 2003) mas também com a regulação (Busse et al., 2002, Saltman et al., 2002) e o crescente ganho de poder por parte dos cidadãos que exigem cada vez mais transparência e prestação de contas.

Os desafios que se colocam à governação à hospitalar estão relacionados sobretudo com as mudanças na constituição da administração dos hospitais, com o

aumento da sua escala, a passagem de organizações orientadas pela oferta e pela prestação para instituições orientadas pela procura e para os doentes, e a necessidade crescente de alinhar os objectivos e as acções dos gestores e dos profissionais prestadores de cuidados dos hospitais (Eeckloo et al., 2004).

A maioria dos hospitais europeus constitui instituições sem fins lucrativos cujas origens estão relacionadas com as ordens monásticas, organizações de caridade ou em serviços de assistência pública nas comunidades locais (McKee e Healy, 2002). Apesar destes “donos tradicionais” fazerem ainda parte — pelo menos formalmente — da autoridade constituinte da maioria dos hospitais tem-se assistido à sua saída voluntária, quer ao nível administrativo quer ao nível operacional, procurando garantir a salvaguardada da continuidade dos valores que inspiraram a sua criação.

Por analogia com os desenvolvimentos ocorridos noutros ramos dos serviços públicos, também nos hospitais públicos as autoridades locais preferem de forma crescente distanciar-se da participação directa na gestão diária do hospital esperando que a missão e os valores que defendem — tal como o acesso universal aos cuidados de saúde, financiamento proporcional e tratamento igual — continuem a ser respeitados. Estas mudanças têm provocado mudanças sucessivas na constituição da administração dos hospitais, procurando responder de forma mais profissional a um mundo mais exigente, informado, e especializado.

A tendência em vários países tem sido na direcção de hospitais centralizados de maior dimensão devido aos ganhos de escala. Apesar da evidência existente apenas para um número limitado de especialidades, a centralização tem sido realizada na presunção de que existe correlação forte entre o volume e os resultados; acredita-se que os custos médios diminuem com o tamanho e que os resultados com os doentes são melhores nos hospitais em que, devido ao maior volume de casos, os clínicos possuem mais experiência (Edwards et al., 2004). No entanto, como resultado, os hospitais não só cresceram em tamanho — mais camas, mais doentes e uma variedade mais alargada de serviços e competências —, como também sofreram mudanças alargadas, empregam mais pessoal, e suportam mais responsabilidades financeiras.

Os desafios específicos associados à população (envelhecimento, novas doenças, etc.), os desafios associados aos modelos de serviços de saúde necessários, bem como a pressão crescente nas despesas de saúde e o número de desafios

estruturais e organizacionais (Saltman e Figueras, 1997) obrigaram os governos a adoptar medidas de contenção de custos (Abel-Smith e Mossialos, 1994, Mossialos e Le Grand, 1999), a iniciar reformas organizacionais, nomeadamente a empresarialização, e a introduzir mecanismos de mercado (Harding e Preker, 2000, 2001, 2003). Esta actividade governativa, especialmente durante os anos 90, tem vindo a aumentar a responsabilidade dos hospitais e a alargar o alcance da tomada de decisão relacionada com os meios e os recursos (humanos, capital, conhecimento, tecnologias, etc.) ao seu dispor. Como consequência, os hospitais têm vindo a mostrar de forma crescente um comportamento mais competitivo.

O paradigma original dos hospitais como organizações orientadas pela oferta e pela prestação de serviços está a ser substituído pelo paradigma de organizações orientadas pela procura e para os doentes. Alguns dos factores que explicam esta alteração estão relacionados com as mudanças ocorridas no lado da procura devido a alterações demográficas (queda da fertilidade, aumento da população envelhecida e movimentos de migração), dos novos padrões das doenças (mudança dos factores de risco e infecções hospitalares) e das expectativas públicas em consequência de maior informação e conhecimento sobre os cuidados de saúde (McKee e Healy, 2002).

Assim, enquanto a preocupação tradicional da governação hospitalar assentava sobretudo na gestão da estrutura e da infra-estrutura, dos departamentos e dos serviços a preocupação futura da governação hospitalar será focada nos requisitos e nas exigências dos cuidados a prestar aos doentes e às necessidades dos outros interessados. A essência da governação hospitalar passa a estar relacionada com a gestão de processos e o suporte das actividades de prestação de cuidados sendo os ganhos em saúde o principal critério de avaliação.

Ao nível organizacional, isto conduzirá à necessidade crescente de integração vertical dos serviços de cuidados de saúde (desde os cuidados primários até aos cuidados terciários, cuidados ao domicílio, cuidados de saúde aos idosos, serviços de bem estar, etc.). Estas novas solicitações tornam necessário otimizar diferentes configurações de prestação de cuidados e conseqüentemente necessitam de integrar diferentes formas de governação quer ao nível do hospital (nomeadamente a governação clínica e a governação empresarial) quer ao nível de sistema (nomeadamente através da governação em saúde, no sentido de envolver todos os



parceiros e interessados nas políticas de saúde, e da provedoria, no sentido de reforçar o papel do Estado nas políticas de saúde).

Como consequência directa do desenvolvimento dos hospitais em organizações profissionais de maior escala, e mais complexas, que utilizam recursos de forma intensiva e que integram cuidados multidisciplinares, torna-se evidente que existe cada vez mais a necessidade de alinhar os objectivos a atingir e as acções dos gestores e dos profissionais prestadores de cuidados de saúde. O negócio nuclear dos hospitais é a prestação de cuidados médicos especializados, por isso, torna-se essencial e indispensável conseguir a participação efectiva do pessoal clínico na gestão do hospital.

Este será sem dúvida o grande desafio da governação hospitalar que, em paralelo, terá de lidar com a dicotomia entre o planeamento do hospital como um elemento da rede e ao mesmo tempo a autonomia do hospital. Apesar dos benefícios que a autonomia apresenta ao nível organizacional, os órgãos de governo do hospital têm de ter em conta que os hospitais fazem parte de uma rede com importantes responsabilidades perante outros prestadores necessitando, desta forma, de trabalhar com maior proximidade e articulação com os cuidados primários e, ao mesmo tempo, trabalhar mais em conjunto com os outros hospitais juntando esforços para articular serviços, partilhar e utilizar recursos, conhecimentos, perícia e competências que são escassos (Edwards et al., 2004). Assim, para além do alinhamento dos objectivos e acções internos ao hospital, a governação hospitalar tem também que contar com os objectivos e as acções dos decisores políticos que definem as políticas de saúde.

## **5.5. Práticas de governação e evidência**

O estudo das práticas e da evidência sobre a governação hospitalar é ainda bastante limitado devido à juventude do termo governação hospitalar. As maiorias das referências a ela associadas estão relacionadas com a governação empresarial em contextos dos cuidados de saúde muito diferentes dos nossos, nomeadamente os EUA, e cujos resultados são difíceis de traduzir para a maioria dos hospitais dos países da Europa e para Portugal.

Para melhor se compreender a tradução prática da governação começaremos

por abordar as práticas de governação com o objectivo de melhorar a responsabilidade/prestação de contas, a transparência e efectividade dos CA (5.5.1). De seguida abordaremos o papel dos médicos nos CA (5.5.2). Finalmente, apresentaremos um resumo de alguma da evidência empírica existente sobre a governação hospitalar (5.5.3).

### **5.5.1. A governação na prática**

O debate alargado sobre a adequação e a aplicabilidade de diferentes formas de governação, em determinado tipo de organizações, torna possível reconhecer três formas gerais de governação para as grandes organizações: a burocrática/política, a comunitária/filantrópica e a empresarial (Barnett et al., 2001). A burocrática/política está relacionada com a propriedade e a operação directa dos serviços por parte do governo e baseia-se em processos políticos de responsabilidade ministerial e dos seus gabinetes ou agências. A comunitária/filantrópica baseia-se sobretudo no voluntariado, na representação a meio tempo da comunidade e dá prioridade à preservação dos activos e dos serviços. A empresarial enfatiza o desenvolvimento estratégico e a maximização da quota de mercado e é considerada como sendo a que se adapta mais facilmente ao ambiente de mudança (Alexander et al., 1988, Shortell, 1989).

Nos EUA, um estudo realizado sobre 1500 hospitais sem fins lucrativos veio demonstrar que os seus modelos de governação assumem diversas formas híbridas apenas se aproximando dos modelos exclusivamente filantrópicos ou empresariais (Weiner e Alexander, 1993). Apesar desta constatação, a significativa experiência de conversão dos modelos de governação para modelos empresariais sugere que esta última forma é vista pela maioria como mais flexível, capaz de manter a responsabilidade/prestação de contas relativamente às relações de agência e como possuindo um foco maior nos objectivos dos serviços e da actividade/negócio (Needleman et al., 1997)

A alteração da forma de governação, e das suas diferentes formas de organização, tem como objectivo melhorar a responsabilidade/prestação de contas, a transparência e efectividade dos CA. A maioria da evidência tem as suas origens no

sector privado, tendo por base o sistema de governação empresarial anglo-saxónico<sup>147</sup>, e incide sobretudo sobre as determinantes do desempenho dos CA sendo possível identificar três áreas gerais que o podem influenciar: a sua estrutura de dominância, a sua composição, e o âmbito das suas actividades (Daily e Schwenk, 1996, Johnson et al., 1996). A questão que se coloca, tendo em conta que a análise é feita numa perspectiva eminentemente empresarial que inclui o factor de maximização do lucro, é como considerar as suas implicações para o sector da saúde.

A primeira área identificada, a estrutura de dominância, está relacionada com as relações entre o CA e a gestão executiva, nomeadamente: o papel do CA relativamente à gestão em termos de controlo, de aconselhamento e consulta, e facilitador de recursos<sup>148</sup> (Johnson et al., 1996); a dualidade do gestor executivo, isto é, a mesma pessoa ser simultaneamente gestor executivo e presidente do CA (Daily e Schwenk, 1996). Johnson et al alegam que uma separação clara entre o CA e a gestão executiva permite, provavelmente, melhorar a monitorização e a responsabilização/prestação de contas, enquanto uma relação mais próxima permite melhorar, provavelmente, o envolvimento efectivo do CA nas decisões estratégicas (Johnson et al., 1996). Por seu turno, Daily e Schwenk argumentam que existe a necessidade de uma estrutura que equilibre os poderes entre o gestor executivo e o CA, devendo ser feito o *trade off* relativamente à maior ou menor independência entre a gestão executiva e o CA e a consequente localização de poder: a eleição de uma liderança dual envia o equilíbrio de poderes para o gestor executivo, enquanto a separação favorece um CA mais forte (Daily e Schwenk, 1996).

A segunda área identificada, a composição do CA, é a variável mais estudada na investigação relacionada com a governação (Judge e Zeithaml, 1992b, Daily e Schwenk, 1996, Johnson et al., 1996) e foca sobretudo os aspectos relacionados com o número de administradores internos (que são executivos e que frequentemente fizeram carreira na empresa) e externos (que se supõe serem independentes dos primeiros e

---

<sup>147</sup> O sistema anglo-saxónico foi discutido no ponto relativo aos principais sistemas de governação empresarial.

<sup>148</sup> O CA é visto como um dos instrumentos que a gestão pode utilizar para facilitar o acesso a recursos críticos para o sucesso da empresa. Esta perspectiva assenta na teoria da dependência de meios que caracteriza as ligações entre as organizações como um conjunto de relações de poder baseadas na troca de meios e define o sucesso organizacional como a maximização desse poder (Selznick, 1948). A teoria afirma que os actores quando têm faltam de meios procuram estabelecer relações com outros actores de modo a obter os meios necessários e que as organizações procuram alterar as suas relações de dependência minimizando a sua dependência ou aumentando a dependência de outras organizações relativamente a si. Esta teoria foi abordada sumariamente no ponto relativo às teorias mais relevantes para a governação empresarial.

que têm como funções principais tomar decisões estratégicas, aconselhar, fiscalizar e avaliar a actividades dos gestores executivos) que compõem o CA. Daily e Schwenk afirmam que não existe consistência nos resultados obtidos com a investigação relativa à composição dos CA, relativamente ao número de administradores internos e externos, e o respectivo desempenho, sugerindo que algumas das teorias (nomeadamente a teoria de agência e a sua preocupação com a monitorização efectiva ou a teoria da dependência de meios e a importância atribuída às relações externas) contribuíram em muito para a reforma dos CA funcionando como evidência empírica da efectividade (Daily e Schwenk, 1996). Por seu turno, Dahya Dahya e McConnell tendo por base o preço das acções e os dados contabilísticos de uma amostra de 700 empresas cotadas na *London Stock Exchange* (LSE) concluem que os administradores externos tomam decisões diferentes e talvez melhores decisões (Dahya e McConnell, 2005).

A terceira área identificada, o âmbito das actividades dos CA, foca as actividades desenvolvidas pelos CA que parecem estar a mudar. Por exemplo, os CA parecem estar envolvidos de forma crescente na formulação estratégica (Johnson et al., 1996). Esta ideia segue de perto as funções atribuídas em termos de governação empresarial aos CA (Brown Governance, 2004, OECD, 2004, Institute on Governance, 2005c). Na área da saúde, algumas das conclusões obtidas no Reino Unido relacionadas com a governação empresarial e o sector público parecem confirmar esta ideia (Ferlie et al., 1995), nomeadamente o papel importante dos médicos, como peritos, de consulta e de aconselhamento aos gestores executivos. Esta perspectiva levou aliás à adopção de políticas governamentais para a integração dos médicos nos CA (Buchanan, 1997, Scholten e Van der Grinten, 1998, Scholten e Van der Grinten, 2002, 2005).

### **5.5.2. A integração dos médicos**

A grande autonomia do corpo médico dentro dos hospitais constitui uma das grandes diferenças relativamente aos modelos de organização empresarial (Eeckloo et al., 2004), que conseqüentemente impede o estabelecimento relações hierárquicas tal como nas empresas (Mintzberg, 1983, Fogel, 1989). Esta diferença é reforçada em muitos dos países europeus por sistemas separados de reembolso das actividades hospitalares e de honorários médicos. Por razões de eficiência (Succi e Alexander, 1991)

e de melhoria de qualidade (Shortell et al., 2000) esta dualidade é aceite de forma alargada existindo uma procura crescente de uma estrutura organizacional mais integrada (Molinari et al., 1995, Weiner et al., 1997, Minogue, 2000). Por exemplo, a política do Reino Unido com a adopção do conceito de governação integrada (Deighan et al., 2004, Deighan e Bullivant, 2006) pressupõe um modelo de tomada de decisão que assume a interdependência entre a responsabilidade administrativa dos membros do CA e a responsabilidade profissional dos médicos do hospital.

No caso das organizações de saúde, um ponto de grande importância está relacionado com o papel do médico como membro interno no CA. Apesar da tendência geral para considerar os membros externos mais efectivos no papel de monitorização, existe evidência que o desempenho financeiro melhorou quando os médicos internos estão envolvidos (Morlock e Alexander, 1986, Molinari et al., 1992, Goes e Zahn, 1995, Molinari et al., 1995). Muitos hospitais estão a adoptar e a desenvolver estratégias, normalmente sob a direcção dos governos, que integram os médicos nas suas estruturas de gestão e de governação (Scholten e Van der Grinten, 2005).

Este movimento, comum a muitos países ocidentais, deriva de os hospitais precisarem do compromisso e do empenho dos médicos especialistas relativamente à contenção de custos para promover a eficiência (Succi e Alexander, 1991) e também porque a integração dos médicos constitui uma pré-condição para atingir um valor acrescentado maior para o doente através da prestação integrada de cuidados (Shortell et al., 2000). Nalguns países, caso do Reino Unido, Holanda e Bélgica, a política do governo tem sido no sentido de desenvolver modelos de governação hospitalar que integram os médicos (Buchanan, 1997, Scholten e Van der Grinten, 1998, Scholten e Van der Grinten, 2002, Eeckloo et al., 2004, Scholten e Van der Grinten, 2005). No entanto a sua integração pode levantar alguns problemas.

Por exemplo, na Holanda a política governamental tinha como objectivo a integração dos médicos especialistas no hospital e procurava terminar com a sua autonomia económica e organizacional (Scholten e Van der Grinten, 2002). A relação entre o CA do hospital e o pessoal médico está a passar por mudanças consideráveis com a introdução de nova legislação baseada no modelo empresarial e na adopção de uma solução, que procurou resolver o problema de integração no reconhecimento da

autonomia das partes para atingirem acordos, através da negociação e da regulação de conflitos (Scholten e Van der Grinten, 2005).

Scholten e Van der Grinten sugerem que esta política também funcionou como um incentivo para os médicos especialistas desenvolverem estratégias locais frequentemente divergentes: os médicos especialistas seguiram estratégias que tinham por objectivo fortalecer o seu poder colectivo dentro do hospital enquanto, ao mesmo tempo, procuravam consolidar o seu estatuto empreendedor. A formação de blocos de poder colectivo, com o objectivo de combater a dominância da gestão, tornou-se bastante relevante para a governação hospitalar trazendo novos desafios para os médicos especialistas, porque o CA precisa do pessoal médico para atingir os seus objectivos que são cada vez mais estratégicos na sua natureza: o hospital tem fazer escolhas relacionadas com a sua oferta, com a sua integração com outros prestadores e com o aumento crescente da orientação dos serviços para os doentes.

Em Portugal, os médicos têm integrado os CA com diferentes estatutos — actualmente nos hospitais SPA fazem parte do CA e são membros não executivos, enquanto nos hospitais EPE fazem parte do CA e são membros executivos. A posição sobre a sua integração no CA não é consensual. Por exemplo, alguns autores apresentam problemas relacionados sobretudo com a coexistência de duas linhas de autoridade dentro do hospital, a hierárquica e a técnica, e a própria composição do CA onde os elementos profissionalizados em gestão escasseavam com predominância da linha clínica (Delgado, 1999).

Segundo esta linha os CA, dada a sua génese política e matriz corporativa, revelam pouca autonomia e independência não só face aos interesses políticos conjunturais, como também, aos valores e expectativas das corporações, nomeadamente médicos e enfermeiros (mas sobretudo os médicos), na prestação de cuidados. A inclusão de médicos no CA apresentava, não só, o problema de independência destes relativamente aos restantes médicos do hospital, como também, a sua falta de preparação nas áreas da gestão e conseqüentemente reduzia o número de elementos profissionalizados de gestão neste órgão. O problema agrava-se, porque o CA acumula simultaneamente as funções de supervisão com as funções de gestão executiva.

### 5.5.3. Alguma da evidência empírica existente

À semelhança da governação em saúde, o termo governação hospitalar é um termo recente e o número de estudos sobre governação hospitalar é bastante limitado. Grande parte da investigação existente pode ser encontrada na literatura norte americana na área da gestão, tratada sobretudo na perspectiva da governação empresarial (Boeker e Goodstein, 1991, Weiner e Alexander, 1993, Beekun et al., 1998, Brickley e Van Horn, 2002). Toda esta análise assenta nas características específicas do contexto dos cuidados de saúde americanos, caracterizado pela prevalência de contratos de gestão de cuidados de saúde e de múltiplos sistemas hospitalares.

Se os EUA são o arquetípico do sistema privado, o Reino Unido representa a contraparte do sector público tendo em conta as reformas iniciadas a partir de 1990 com a criação de hospitais semi-empresarializados que procuravam replicar a transformação dos sistemas de governação públicos para sistemas de governação sem fins lucrativos nos EUA, enquanto o director executivo e a representação médica se mantinham nos órgãos de governo (Perkins et al., 2000, Barnett et al., 2001). O conceito de governação integrada (Deighan et al., 2004, Deighan e Bullivant, 2006) é disso exemplo. A Nova Zelândia (Hornblow, 1997, Barnett et al., 2000, Hornblow e Barnett, 2000, Perkins et al., 2000, Barnett et al., 2001) e a Austrália constituem exemplos da adopção de políticas NPM aos serviços de saúde onde a questão da governação empresarial aplicada aos hospitais e as preocupações com os CA e a sua efectividade constituíram preocupação das políticas de saúde.

Apesar destes estudos e da importância das suas conclusões, devido às características específicas do contexto dos cuidados de saúde destes países, muitos destes resultados são difíceis de traduzir para a maioria dos hospitais dos países da Europa e para Portugal. Na Europa, e mais perto da realidade portuguesa, encontramos o caso da Bélgica (Eeckloo et al., 2004). Por seu turno, o estudo europeu sobre governação hospital, denominado *Hospital Governance in Europe*<sup>149</sup>, no qual Portugal participou através do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, constitui um marco importante no campo da investigação relacionada com este tema na Europa (Eeckloo et al., 2007, HGE, 2007).

---

<sup>149</sup> Toda a informação sobre o projecto está disponível no sítio do projecto em <http://www.hospitalgovernance.org>.

### 5.5.3.1. Estados Unidos

Dos temas tratados na literatura dos EUA na área da gestão, numa linha iminentemente empresarial, podemos destacar: a influência do desempenho global do hospital na rotação do CA (Boeker e Goodstein, 1991), os efeitos da relação entre a gestão executiva e o CA no desempenho do hospital (Molinari et al., 1997), a correlação entre a estratégia do hospital e a composição do CA (Beekun et al., 1998), e a diferença entre hospitais sem fins lucrativos e hospitais com fins lucrativos em termos da remuneração e rotatividade dos gestores executivos (Brickley e Van Horn, 2002). De seguida apresentamos alguns dos estudos mais importantes e algumas das principais conclusões.

Alexander et al concluem que a representação e direitos de voto dos médicos (traduzidos em maior responsabilidade) nos CA são maiores nos hospitais com fins lucrativos do que nos outros (Alexander et al., 1986). Boeker e Goodstein concluem que taxas de ocupação baixas das camas aumentam a probabilidade de mudanças na composição do CA (Boeker e Goodstein, 1991).

Judge e Zeithaml comparam o papel estratégico dos CA dos hospitais sem fins lucrativos com os hospitais com fins lucrativos, tendo em conta que os hospitais sem fins lucrativos estão sobre pressão para adoptar práticas empresariais de negócio à medida que o ambiente dos cuidados de saúde se torna mais competitivo (Judge e Zeithaml, 1992a). Os resultados mostraram que, de uma forma geral, os CA dos hospitais sem fins lucrativos estão mais envolvidos nos processos de decisão estratégica do que os CA dos hospitais com fins lucrativos. O tamanho do CA, a diversificação e a representação interna estão negativamente relacionados com o envolvimento do CA, enquanto a idade da organização e o retorno associado aos activos estão positivamente relacionados com esse envolvimento. Os autores concluem que se este envolvimento é visto como desejável, então os hospitais sem fins lucrativos devem ter alguma precaução se pretendem emular as práticas dos hospitais com fins lucrativos.

Ao analisar a correlação entre a estratégia do hospital e a composição do CA, com base numa amostra transversal de 167 hospitais do Estado da Califórnia (obtida a partir de um inquérito da *American Hospital Association* de 1989 sobre governação hospitalar), Beekun et al concluem que o tamanho do CA e a sua diversidade estão relacionados com o ênfase que o CA coloca nos resultados financeiros (Beekun et al.,



1998). Utilizando os mesmos dados, Young et al analisam a adopção de processos de avaliação de desempenho da gestão executiva pelo CA e concluem que os CA com presidentes independentes possuem uma probabilidade maior de adoptar processos de avaliação formais da gestão executiva (Young et al., 2000).

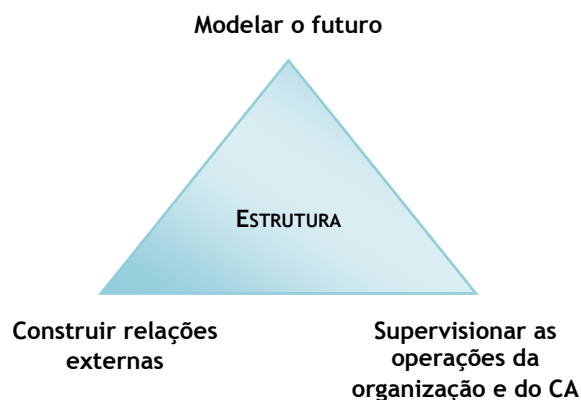
O tipo de propriedade e de controlo, o tamanho do CA e o tipo de administradores do CA são alguns dos atributos organizacionais que moldam as diferentes formas de governação hospitalar que afectam a definição das políticas institucionais e as decisões estratégicas. Alexander et al comparam os dados de dois inquéritos nacionais sobre governação hospitalar, executados em 1989 e 1997, e sugerem que os CA dos hospitais agem mais como uma fonte de continuidade do que como uma linha da frente em termos de mudança (Alexander et al., 2001). Segundo os autores, apesar das mudanças significativas que ocorreram no financiamento dos cuidados de saúde e na prestação de cuidados durante essa década, as alterações na estrutura e funções da governação hospitalar foram bastante modestas. Os resultados obtidos também sugerem que paralelamente houve um aumento da colaboração entre o CA e a gestão executiva e no escrutínio da gestão pelo CA.

A partir da estimação da relação entre a rotação da gestão executiva e o desempenho do hospital e entre os incentivos financeiros pagos ao gestor executivo e o desempenho do hospital, para uma amostra de hospitais sem fins lucrativos entre 1993 e 1995, Brickley e Van Horn concluem que: a relação entre a rotação do gestor executivo e o desempenho hospitalar é estaticamente imperceptível para uma amostra de hospitais com fins lucrativos; a relação entre os incentivos financeiros e o desempenho do hospital é similar ao previamente estimado para uma amostra de empresas comerciais com informação pública (Brickley e Van Horn, 2002).

Eldenburg et al estudam uma amostra de hospitais da Califórnia e argumentam que a estrutura da propriedade tem um grande impacto na governação do hospital (Eldenburg et al., 2004). O estudo apresenta um conjunto de relações empíricas relacionadas com a governação hospitalar cuja sensibilidade varia de acordo com o tipo de organização: a composição do CA varia sistematicamente de acordo com o tipo de propriedade; o desempenho deficiente e níveis elevados de cuidados de saúde prestados sem compensação aumentam a rotação do CA; o desempenho deficiente, custos administrativos elevados e níveis elevados de cuidados de saúde prestados sem

compensação aumentam a rotação do gestor executivo. No global, os resultados são consistentes com a visão de que os CA dos hospitais com diferentes formas de organização são substancialmente diferentes e que esses CA tomam decisões que maximizam funções objectivo diferentes.

Por último, e mais por interesse metodológico, foram aplicados dois questionários<sup>150</sup> a vários gestores executivos (CEO) e presidentes do CA (*board chair*) a todos os hospitais, num total de 4865, não federais dos EUA (Margolin et al., 2006). O relatório inicial de 2005 pretendia fornecer um instantâneo do estado da arte da governação hospitalar: a sua estrutura, o entendimento das suas responsabilidades, as suas relações chave e o seu papel na criação do futuro para as organizações de cuidados de saúde. O modelo de governação escolhido está representado na Figura 26.



**Figura 26** — Modelo de governação adoptado para o estudo americano de 2005 [Adpatado de Margolin et al. (2006)]

Como indicado no modelo, a estrutura do CA é o pilar fundamental da governação no qual se apoiam as suas actividades. A estrutura são os meios através dos quais o CA suporta as suas principais funções e assenta nas características relacionadas com o tamanho, a composição, o limite de mandato, as reuniões e as comissões. As actividades do CA incidem em três responsabilidades fundamentais:

- Supervisionar as operações internas da organização e o CA — inclui actividades relativas à supervisão financeira, às relações entre a gestão executiva e o CA, à supervisão da qualidade, à segurança, aos resultados clínicos, às relações internas com os médicos, e ao cuidar do próprio CA;

<sup>150</sup> Os questionários foram desenvolvidos por uma equipa constituída por vários membros do *Health Research and Educational Trust* (HRET), do *Center for Healthcare Governance*, do *Health Forum*, da *American Hospital Association* e pelo o Prof. Jeffrey A. Alexander, investigador na área da governação, da *University of Michigan*.

- Construir e manter relações com os interessados externos da organização — inclui actividades relativas às relações com a comunidade, ao governo, ao financiamento e ao recrutamento e à selecção de membros do CA;
- Modelar o futuro da organização — inclui as actividades de planeamento estratégico e o papel do CA na modelação e manutenção da visão e da missão do hospital, nomeadamente através do desenvolvimento das capacidades do próprio CA e da liderança.

Enquanto a estrutura se mantém relativamente estável ao longo do tempo, as actividades que fazem parte de cada um dos papéis mencionados tendem a responder mais rapidamente ao ambiente e a mudar mais rapidamente que a estrutura.

### 5.5.3.2. Nova Zelândia

A partir de 1993 a Nova Zelândia passou de um modelo de governação em saúde burocrática/política para um modelo fortemente empresarial, com uma orientação comercial mais forte do que a encontrada no NHS e sem representação interna, nomeadamente médicos, nos CA (Barnett et al., 2000, Perkins et al., 2000, Barnett et al., 2001).

Objectivos	Áreas analisadas
Avaliar as políticas de reforma efectuadas entre 1989-1998 com a passagem de um modelo de governação burocrático, para um modelo de governação empresarial, e para um modelo ligeiramente mais comercial.	<p><i>Expectativas relativas ao desempenho</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores de desempenho financeiros</li> <li>• Indicadores de desempenho não financeiros (actividade, eficiência e de satisfação)</li> </ul> <p><i>Expectativas relativas aos processos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Composição e funcionamento do CA</li> <li>• Âmbito das actividades do CA</li> <li>• Avaliação do modelo de negócio</li> </ul>
Modelo de análise	
Enquadramento suportado num modelo dos interessados (interesse público, interesse empresarial e interesse profissional)	
Instrumentos	
Questionários aos directores do CA Entrevistas aos Presidentes do CA Entrevistas com informadores chave Dados de desempenho e de outros relatórios	

**Quadro 54** — Desenho do estudo aplicado na Nova Zelândia

Barnett et al avaliam a experiência da adopção deste modelo empresarial recorrendo a um modelo dos interessados onde são incluídos os interesses e expectativas de cada grupo de acordo o papel específico da governação empresarial nos

serviços de saúde e que permite reconhecer qual o alinhamento dos interesses e quais as expectativas em termos de desempenho e processos<sup>151</sup> (Barnett et al., 2001). Os objectivos, o modelo de análise, os instrumentos e as áreas analisadas estão representados no Quadro 54.

Os resultados obtidos, relativamente ao modelo de governação adoptado, salientam a introdução de novos conceitos (disciplina comercial, eficiência, redução do desperdício e foco no desempenho) favoráveis a uma nova cultura, a maturidade de gestão que este trouxe para o sector e a sua compatibilidade com a gestão dos profissionais da organização no sentido de ganhar e manter a confiança dos profissionais de saúde. Contudo, relativamente à composição do CA, o estudo conclui que o envolvimento dos clínicos foi negligenciado no princípio e que existia a necessidade de criar mecanismos de maior envolvimento com os clínicos, nomeadamente de comunicação.

O mesmo estudo salienta que a retórica política em torno do modelo empresarial provocou a desconfiança dos membros da comunidade, que questionaram por diversas vezes se o objectivo não seria a privatização dos hospitais, e que os níveis e o tipo de prestação de contas esperado pelo alinhamento dos interesses da comunidade diferem com grande probabilidade dos grupos profissionais e dos administradores.

A ideia do défice democrático e a necessidade de resposta aos interesses da comunidade é um dos pontos mais discutidos relativamente à NPM (Ferlie et al., 1995) e que também é mencionado nas conclusões do estudo. Os níveis e tipos de prestação de contas esperadas pelo alinhamento dos interessados da comunidade é provável que difiram dos grupos profissionais e dos administradores. O estudo conclui, que apesar de os administradores serem nomeados pelo governo, que é politicamente responsabilizado, a cadeia da responsabilização/prestação de contas é longa e fraca sendo muito questionável a influência que os utilizadores podem ter nos CA através destes mecanismos.

### **5.5.3.3. Austrália**

Um dos factores relacionados com a transparência e a prestação de contas

---

<sup>151</sup> Este modelo foi já apresentado anteriormente no Quadro 53.

está relacionado com a forma como os CA são nomeados e quais os critérios utilizados. Na Austrália, no sítio da *Victorian Public Hospital Governance*<sup>152</sup> pode-se encontrar vários documentos e informação diversa relacionada com este aspecto e que demonstram a importância atribuída a este processo. Destes salientamos os seguintes elementos:

- O relatório do *Victorian Public Hospital Governance Reform Panel*<sup>153</sup>;
- As linhas de orientação e informação para os candidatos ao CA dos hospitais (*Appointments to boards of Metropolitan Public Health Services – Guidelines and information for applicants*).

O primeiro documento apresenta um conjunto de recomendações em várias áreas. Para além de focar a necessidade da clarificação dos papéis, funções e responsabilidades de cada actor (Ministro, departamentos, CA, gestão executiva, etc.), os instrumentos e as ferramentas de prestação de contas e os mecanismos de governação, foca aspectos relacionados com a efectividade dos CA (*Victorian Public Hospital Governance Reform Panel, 2003*). Relativamente à efectividade dos CA o relatório foca aspectos relacionados com a selecção, a integração e a formação, a avaliação, as comissões e a remuneração.

O Quadro 55 apresenta um resumo de cada um destes elementos e recomendações feitas.

Seleção	A capacidade efectiva de governação do CA obriga à especificação das competências exigidas, da experiência e dos atributos, e de um processo de nomeação que aborde as principais lacunas e que seja estruturado para reforçar o empenho e as sinergias dos seus membros.
	<p style="text-align: center;"><b>Recomendações</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A selecção dos membros deverá centrar-se nas competências necessárias, experiência e outros atributos e na consideração das principais lacunas. É desejável que as nomeações sejam feitas em estreita concertação com o presidente do CA. O processo de nomeação deve ser coerente entre as várias entidades locais ou regionais.</li> <li>• As nomeações devem ser escalonadas para alcançar um equilíbrio entre a renovação e a memória organizacional e que tenha em consideração o planeamento sucessório dos diferentes cargos.</li> </ul>

<sup>152</sup> Em <http://www.health.vic.gov.au/governance/index.htm>.

<sup>153</sup> Cujo mandato incluía: propor formas de reforçar a capacidade de governação do *Metropolitan Health Services* e dos CA dos grandes hospitais regionais; desenvolver um enquadramento de equilíbrio entre a autonomia da governação e responsabilidade/prestação de contas perante o Ministro; avaliar a adequação das disposições legislativas e administrativas existentes de modo a assegurar que a tutela pode tomar medidas razoáveis e oportunas de para garantir o desempenho dos serviços de saúde; e propor alterações administrativas, legislativas ou regulamentares para dar cumprimento ao novo quadro (*Victorian Public Hospital Governance Reform Panel, 2003*).

Integração e formação	<p>É crucial que os nomeados sejam integralmente informados e instruídos sobre o seu novo papel para garantir um forte desempenho do CA. A deficiência de integração dos novos membros e a falta de experiência no sector público, no sistema de saúde, como director, ou mesmo as três em simultâneo constituem entraves à efectividade dos CA.</p> <p><b>Recomendações</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Os CA devem desenvolver um pacote abrangente de integração para os novos membros.</li> <li>Os CA devem avaliar formalmente e certificar a formação contínua e as necessidades de formação dos seus membros.</li> <li>O <i>Health System Improvement Board</i> deve desenvolver um programa permanente de formação e educação especificamente adaptados aos CA dos serviços de saúde. O programa deverá incorporar os princípios de boas práticas de governação.</li> </ul>
Avaliação	<p>O objectivo é avaliar a eficácia do CA na contribuição para atingir os objectivos organizacionais de desempenho criando oportunidades para criar espírito de equipa entre os membros do conselho, clarificar o papel individual e colectivo no sistema de governação, melhorar a eficácia das suas reuniões, melhorar as relações de trabalho entre o CA e gestão, e identificar áreas de melhoria estatutária e de outras obrigações de reporte.</p> <p><b>Recomendações</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cada CA deve avaliar anualmente o seu próprio desempenho para atingir melhores práticas de governação.</li> </ul>
Comissões	<p>O papel das comissões é assessorar o CA, focando principalmente a eficiência. As comissões não devem substituir a decisão colectiva do conselho, sendo úteis para a construção de conhecimentos em áreas particulares e podem tornar a forma de trabalhar do conselho mais eficiente.</p> <p><b>Recomendações</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>As comissões financeira e de auditoria devem ser substituídas pelas comissões de risco (para focar o papel do risco na governação), desempenho e auditoria.</li> </ul>
Remuneração	<p>Por estarem abaixo dos de outros sectores e da relativa complexidade das empresas os honorários devem ser alinhados, em termos de consistência e de diferenciação, da melhor forma ao tamanho e à complexidade dos serviços de saúde. O objectivo é acelerar as melhores práticas de governação e a responsabilização/prestação de contas.</p> <p><b>Recomendações</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>O aumento dos honorários deve ser considerado como forma de assegurar o empenho e a contribuição individual;</li> <li>Deve ser estabelecida uma estrutura de honorários alinhados mais estreitamente com tamanho e a complexidade dos serviços de saúde;</li> <li>Deve existir coerência dos honorários nos diversos níveis.</li> </ul>

**Quadro 55** — Recomendações para a efectividade dos CA na Austrália

A criação do *Health System Improvement Board* (HSIB) tinha como objectivo permitir uma abordagem mais colegial e empresarial ao acompanhamento dos projectos de âmbito alargado no sistema o relatório e tinha como funções:

- Proporcionar políticas estratégicas e aconselhamento de planeamento ao Ministro e impulsionar o desenvolvimento e a implementação das iniciativas de âmbito alargado no sistema;
- Focar a estratégia conjunta sobre os objectivos e estratégias para melhorar o desempenho dos serviços de saúde, incluindo o reforço da governação e gestão, bem como a aplicação das melhores práticas para maximizar os resultados em saúde e a eficiência do sistema.

O segundo documento, actualizado anualmente, menciona que para assegurar uma governação forte e a prestação de contas/responsabilização dos CA para o desempenho é importante ter CA equilibrados em termos de capacidades, conhecimento, atributos e experiência adquirida para que sejam efectivos e atinjam os seus objectivos (Metropolitan Public Health Services, 2007). O Quadro 56 apresenta alguns dos critérios utilizados para a selecção e nomeação dos CA.

Critérios de selecção	Outros critérios
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possuir conhecimentos ou qualificações que sejam vantajosos para a governação dos serviços de saúde, nas seguintes disciplinas: gestão empresarial, finanças/auditoria, direito, recursos humanos, gestão de capitais, estratégia das tecnologias de informação, gestão de risco, governação clínica;</li> <li>• Capacidade para reflectir os pontos de vista da comunidade e dos utilizadores dos serviços de saúde, incluindo a demonstração de participação e representação na comunidade.</li> <li>• Apresentarem uma linha de continuidade de grande desempenho nas suas áreas de acção e de actividade;</li> <li>• Integridade e um estatuto elevado na comunidade;</li> <li>• Apreciação ou compreensão do contexto político mais amplo e questões relacionadas com o planeamento da prestação pública de serviços de saúde;</li> <li>• Bons conhecimento de trabalho e compreensão das relações de responsabilidade/prestação de contas e governação empresarial, incluindo a separação da governação e da gestão, bem como os papéis, os direitos e obrigações dos administradores não executivos;</li> <li>• Demonstrar pensamento estratégico, capacidade de planeamento e de liderança, e experiência na tomada de decisão ao alto nível;</li> <li>• Experiência na consulta e colaboração efectiva com todos os interessados.</li> </ul>	<p><i>Proporcionar tempo adequado às suas funções</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparecer pelos menos a 75% das reuniões durante o ano;</li> <li>• Tempo para pertencer a subcomissões e ler todos os materiais para cada reunião de modo a participar efectivamente.</li> </ul> <p><i>Declaração de conflito de interesses</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antes de ser nomeado para o cargo, em como não possui interesses pessoais ou pecuniários afectos à organização.</li> </ul> <p><i>Controlos de probidade</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registos pessoais, profissionais e comerciais de integridade (política de manter padrões elevados em termos de qualidade nos serviços públicos);</li> <li>• Permitir o acesso a todos os dados (<i>Consent to Check and Release National Police Record</i>) para apurar a veracidade das declarações prestadas.</li> </ul> <p><i>Relatórios de referees</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os concorrentes devem nomear três <i>referees</i> que possam discutir as suas capacidades tendo em conta os critérios de selecção e as responsabilidades inerentes ao cargo.</li> </ul> <p><i>Critérios de remuneração</i></p>

**Quadro 56** — Linhas de orientação e informação para os concorrentes ao CA na Austrália

O CA é responsável perante o Ministro por definir a direcção estratégica dos serviços de saúde, dentro do enquadramento da política do governo, e são prestadores de contas/responsabilizados por assegurar que os serviços públicos de saúde são geridos de forma eficiente, proporcionam e prestam serviços e cuidados de saúde de grande qualidade, satisfazem as necessidades da comunidade (resposta), atingem os objectivos de desempenho financeiro e de desempenho não financeiro definidos (Metropolitan Public Health Services, 2007).

#### 5.5.3.4. Bélgica

Na Bélgica foi iniciado um estudo, em 1999, pela *Katholieke Universiteit Leuven*<sup>154</sup> (combinado a experiência da gestão hospitalar do *Centre for Health Services and Nursing Research*<sup>155</sup> e a experiência de governação empresarial do *Department of Applied Economics*<sup>156</sup>) que se prolongou por vários anos (Eeckloo et al., 2004). A evolução desse estudo está representada no Quadro 57.

<b>1999</b>	Aplicação de um questionário a uma amostra representativa de 130 hospitais belgas incluindo públicos, privados com fins lucrativos e privados com fins não lucrativos (Fevereiro e Abril de 2000) <i>Objectivo</i> – delinear um esboço do sector hospitalar belga, combinando tópicos de investigação da governação empresarial, da teoria das organizações e de legislação. <i>Questões</i> – relacionadas com características gerais dos hospitais, a estrutura de governação e as entidades de governação, a separação de competências, e a relação entre a gestão e o pessoal clínico.
<b>2000 (até Junho)</b>	Análise dos resultados obtidos com os questionários com um painel de gestores hospitalares e outros profissionais de cuidados de saúde Construção de um modelo de governação para os hospitais belgas (Junho de 2000)
<b>2000 (de Julho) a início de 2002</b>	Discussão alargada do modelo e das recomendações em vários fóruns nacionais e internacionais
<b>2002 (de Maio)</b>	Organização de grupos de foco para explorar melhor o papel específico e as funções do gestor executivo (CEO) que ocupa um papel intermédio entre a governação e a gestão executiva

**Quadro 57** — Evolução do estudo belga

Os resultados obtidos com o questionário aplicado permitiram a construção de um modelo de governação para os hospitais belgas e um conjunto de 40 recomendações, que definem para cada órgão de governo as suas atribuições principais, a nomeação e destituição dos seus membros e a sua forma de funcionamento, e que providenciam aos órgãos de governo um conjunto abrangente de regras de conduta que sublinham a necessidade de acordos claros, fluxos de dados fiáveis e uma divisão transparente de competências (Eeckloo et al., 2004).

O modelo desenvolvido, representado na Figura 27, pretendia melhorar a integração social das actividades hospitalares, incorporar os interesses do pessoal médico na governação do hospital e aumentar a concordância entre responsabilidade e poder de decisão nos diferentes níveis de governação (Eeckloo et al., 2004). Para tal, o

<sup>154</sup> Em <http://www.kuleuven.ac.be/english>.

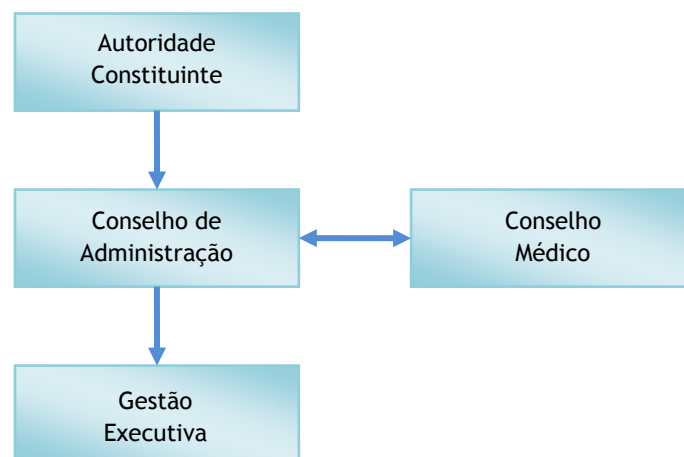
<sup>155</sup> Em <http://www.kuleuven.be/research/researchdatabase/researchteam/50000693.htm>.

<sup>156</sup> Em <http://www.econ.kuleuven.be/ces>.



modelo defende a formação de quatro órgãos claramente separados e uma atribuição inequívoca de competência e autoridade:

- Autoridade Constituinte (*Constituent Authority*) — é o órgão que protege a legitimidade social do hospital. A selecção de vários interessados legitima o facto de os fundos públicos serem utilizados numa lógica de compromisso de negócio;
- Conselho de Administração (*Hospital Board*) — é o órgão máximo de controlo interno do hospital devendo ser composto por membros independentes e que deve orientar e aconselhar a gestão executiva;
- Gestão Executiva (*Executive Management*) — é o principal órgão de tomada de decisões, devendo ser composto por membros da equipa administrativa e representantes do pessoal médico;
- Conselho Médico (*Medical Council*) — é eleito pelo pessoal médico e tem competências consultivas e de supervisão.



**Figura 27** — Modelo de governação dos hospitais belgas [Adaptado de Eeckloo et al. (2004)]

O modelo assenta num instrumento, assinado conjuntamente pela Autoridade Constituinte, pelo Conselho de Administração e pelo Conselho Médico, que representa o acordo de política do hospital (o *Hospital Policy Agreement*) constituído por duas partes:

- A missão do hospital — que incorpora os compromissos deste perante a sociedade, a população que serve, os seus doentes e os seus funcionários, incluindo os médicos;

- O plano estratégico empresarial — que traduz a missão em objectivos operacionais, e define de forma quantitativa os objectivos e os critérios que permitam ao CA avaliar o desempenho da gestão executiva e de outros actores chave do hospital.

Partindo dos dados obtidos no questionário aplicado aos hospitais, Eeckloo et al analisam a governação hospitalar nos hospitais belgas focando os aspectos formais que delineiam a governação (legislação, tipo de propriedade dos hospitais, evolução do sector hospitalar) e vários aspectos relacionados com os CA, nomeadamente a sua composição, as suas competências, o seu funcionamento, e o envolvimento dos médicos (Eeckloo et al., 2004). O Quadro 58 resume os principais tópicos analisados relativamente aos CA.

Composição	Funcionamento
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Processo de selecção, duração do mandato, rotação do CA</li> <li>• Independência do CA</li> <li>• Tamanho</li> <li>• Experiência profissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reuniões (taxa de reuniões)</li> <li>• Delegação de preparação das reuniões (<i>bureau</i>)</li> <li>• Remuneração</li> </ul>
Competências	Envolvimento dos médicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Divisão de competências</li> <li>• Tipologia de intervenções</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrutura de consulta</li> <li>• Características da integração</li> <li>• Disseminação de informação</li> </ul>

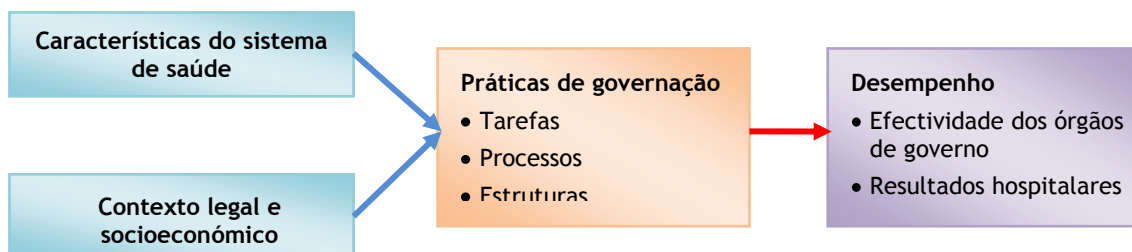
**Quadro 58** — Tópicos analisados relativamente aos CA no estudo belga

O estudo revelou várias diferenças entre os hospitais públicos, especialmente as relacionadas com a experiência profissional, divisão de competências e o tempo dispensado com elas, sugerindo que aparentemente a divisão entre empresa pública e empresa privada influencia a governação interna dos hospitais belgas (Eeckloo et al., 2004). Esta diferença, segundo os autores, é justificada não só pelo contexto histórico mas também pelos desenvolvimentos crescentes dos últimos anos, que tornaram cada vez mais evidente que os dois tipos de instituições aspiram aos mesmos objectivos, relacionados com a uniformização do sistema de financiamento dos cuidados de saúde, o aumento de escala (nomeadamente a fusão de vários hospitais), e o afastamento gradual dos proprietários tradicionais dos hospitais. O sistema hospitalar belga pode ser caracterizado como um sistema em transição em que o ganho de independência em termos de interferência política e ideológica continua corroído pela sobreposição de estruturas de governação e o carácter vago na distribuição de competências.

O estudo sugere a necessidade de investigação futura, quer internamente quer externamente. A primeira, relacionada com o perfil e a composição do CA (a evolução resultante da concorrência e do aumento de escala reflectiu-se mais na profissionalização da gestão do que na composição e no perfil do CA), com a orientação da actividade (ainda demasiado orientada pela oferta e pelo prestador), com a representação dos interessados (raras vezes representados nos órgãos de governo) e com a integração de competência clínica nos CA (os resultados clínicos e os ganhos em saúde não costumam ser de uma forma geral um ponto de discussão das reuniões dos CA). A segunda, com comparações com outros sistemas de saúde europeus. Esta última, incentiva um programa mais vasto ao nível internacional para debater o papel da governação hospitalar.

### 5.5.3.5. Hospital Governance in Europe

O Projecto HGE é uma iniciativa do *European Hospital and Healthcare Federation* (HOPE), da *European Association of Hospital Managers* (EAHM) e do *Centre for Health Services and Nursing Research* da *Katholieke Universiteit Leuven* incluindo, desta forma, alguns dos autores do estudo belga.

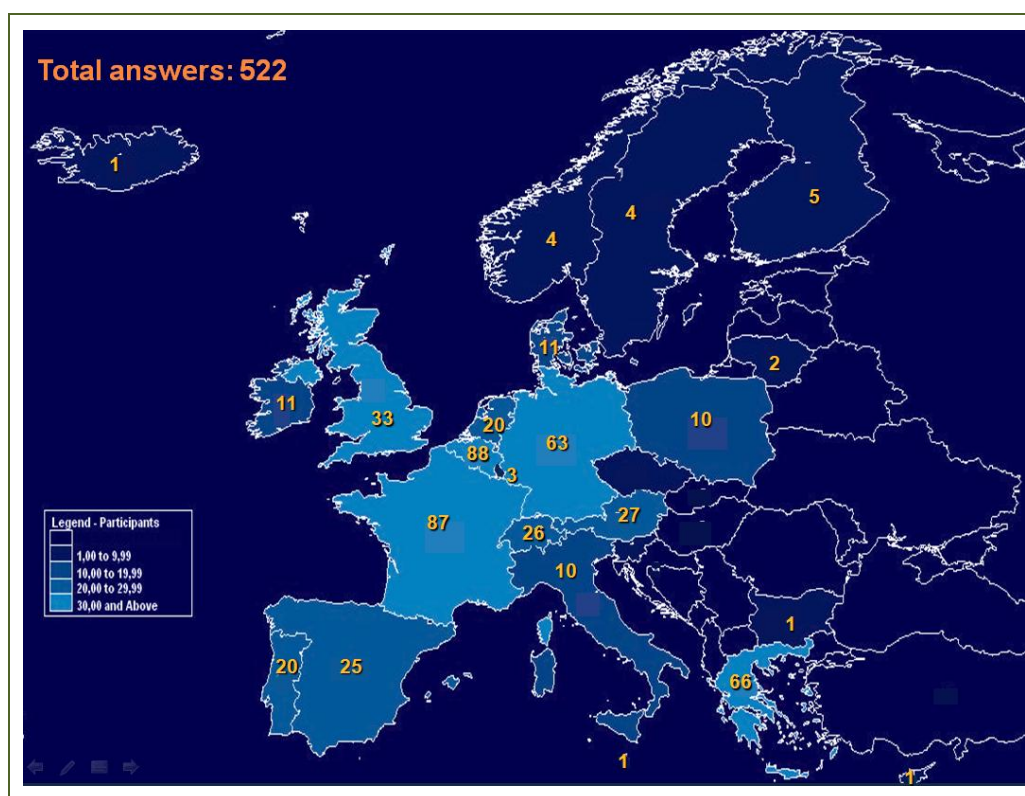


**Figura 28** — Enquadramento de investigação do projecto HGE [Adaptado de Eeckloo et al. (2007) e HGE (2007)]

O principal objectivo do estudo é o de proporcionar um melhor entendimento de como as características dos sistemas nacionais de saúde e outros determinantes socioeconómicos podem explicar as diferenças nas práticas de governação nos hospitais europeus e, com menor ênfase devido ao número limitado de variáveis incluídas no instrumento de recolha de dados, o seu possível impacto no desempenho hospitalar (Eeckloo et al., 2007, HGE, 2007). O enquadramento de investigação está representado na Figura 28.

O instrumento principal de recolha de dados utilizado foi um questionário — o *Hospital Governance Survey* (HGS) — que foi aplicado, de Outubro de 2004 a Maio de 2005, aos presidentes da gestão executiva (*CEO*) de vários hospitais europeus. O questionário focava tópicos relacionados com a configuração do sistema de governação (autonomia, instrumentos, papel e integração dos dos médicos, etc.) e informação específica sobre os órgãos de governo do hospital (Eeckloo et al., 2006). O questionário, traduzido em diversas línguas (inglês, francês, alemão, holandês, polaco e, mais tarde, português), podia ser respondido directamente *online* num sítio construído especificamente para o efeito.

A Figura 29 mostra o número de respostas obtidas e os países que participaram no estudo.



**Figura 29** — Número de respostas obtidas para os países participantes no projecto HGE [Adaptado de Eeckloo et al. (2006)]

Portugal participou no estudo através do CEISUC. Para aplicar o estudo e validar o seu conteúdo foi estabelecida uma parceria com a Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH). O Quadro 59 faz um breve resumo de todo o processo relacionado com o desenvolvimento e a aplicação do questionário em Portugal.

Data	Descrição
28-Nov-2004	Convite para participar no estudo. Apesar do projecto terminar em Janeiro de 2005, poderiam alargar o prazo das respostas até finais de Fevereiro de 2005.
De 28 Nov até 5 Dez	Pedido de colaboração à APAH e garantia de outros aspectos logísticos necessários para o estudo.
06-Dez-2004	Resposta afirmativa e pedido de todos os materiais necessários, nomeadamente a carta de apresentação, o questionário e o glossário.
De 6 Dez até 25 Jan	Tradução do questionário, do glossário e da carta de apresentação. Validação do questionário
25-Jan-2005	Envio de todos os elementos traduzidos para serem colocados no sítio do projecto.
01-Fev-2005	Activação da ligação no sítio do projecto para os elementos em português ( <a href="http://www.hospitalgovernance.org/pt">http://www.hospitalgovernance.org/pt</a> ).
07-Fev-2005	Envio do questionário: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enviados – 359 questionários para Presidentes do CA e vogais executivos;</li> <li>• Materiais – carta de apresentação assinada pelo Presidente da APAH e pelo Presidente do CEISUC; questionário; envelope RSF para a devolução do questionário preenchido.</li> </ul>
23-Fev-2005	Informação dada pela coordenação do projecto que a data para aceitação das respostas foi alargada para 31 de Março de 2005.
De 23 Fev a 31 Mar	Recepção de respostas e introdução dos dados directamente no sítio do projecto.
31-Mar-2005	Fecho da recepção das respostas com um total de 31 respostas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 resposta válida directamente no sítio do projecto</li> <li>• 19 respostas válidas</li> <li>• 11 respostas inválidas</li> </ul>

**Quadro 59** — O Projecto HGE em Portugal

Em Portugal, devido às restrições de tempo e às necessidades de tradução e validação dos elementos associados ao questionário, foi decidido enviar o questionário por correio normal e proceder à introdução das respostas recebidas directamente no sítio do projecto. A baixa taxa de respostas obtida pode ser explicada por dois factores: pelo facto do questionário ser demasiado longo (16 páginas com um total de 40 perguntas, algumas das quais com várias alíneas); e pelo facto do lançamento do questionário coincidir com o clima de incerteza ao nível dos CA dos hospitais provocado pela dissolução da Assembleia da República, a 30 de Novembro de 2004, e com a respectiva convocação de eleições para 20 de Fevereiro de 2005.

Os resultados preliminares confirmam que as práticas de governação dentro dos hospitais, baseadas em descrições genéricas das estruturas, processos e relações, estão correlacionadas de forma elevada com as características mais abrangentes dos sistemas de saúde onde estão integradas (Eeckloo et al., 2007). Neste momento estão a

ser feitas análises mais aprofundadas sobre os dados que procuram, mais do que fazer observações gerais e identificar tendências gerais, explicar padrões específicos da governação hospitalar e providenciar ferramentas que as permita traduzir em conhecimento prático.

## 5.6. Contexto da “governação hospitalar” em Portugal

Com a publicação do novo regime jurídico da gestão hospitalar<sup>157</sup> em 2002, os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde podem revestir a figura jurídica de hospitais SPA, hospitais SA, hospitais EPE, hospitais privados, hospital concessionado, e hospitais resultantes de Parcerias Público-Privadas (PPP). O Quadro 60 apresenta uma breve descrição de cada uma destas formas jurídicas.

Estatuto	Descrição
Hospital SPA	Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial.
Hospital SA	Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos.
Hospital EPE	Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial.
Hospital privado	Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos.
Hospital concessionado	As instituições e serviços do SNS geridas por outras entidades, públicas ou privadas, mediante contrato de gestão.
Hospital PPP	Estabelecimentos públicos a construir em financiamento por parceria público-privada (estatuto a definir).

**Quadro 60** — Natureza jurídica dos hospitais em Portugal

Segundo dados do Ministério da Saúde (Março de 2007) o SNS possui 103 estabelecimentos, incluindo os hospitais especializados, 36 (34,9%) dos quais foram transformados em EPE, 38 (36,8%) mantêm-se no SPA e um hospital público com gestão privada (concessionado).

Depois desta breve caracterização da natureza jurídica dos hospitais e da distribuição do tipo de hospitais procuraremos caracterizar, nos pontos seguintes, o contexto de governação hospitalar em Portugal. Para tal apresentaremos o contexto

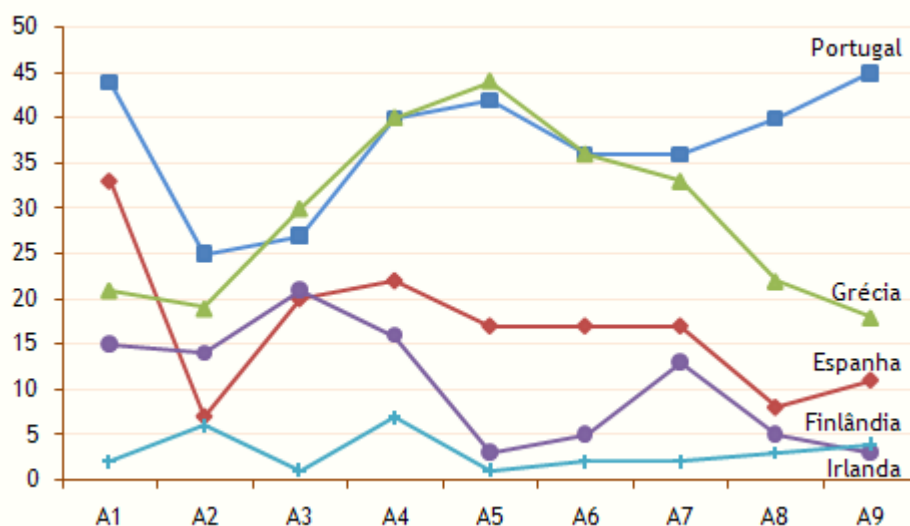
<sup>157</sup> Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro de 2002. Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei nº 48/90, de 24 de Agosto.

geral de governação e de governação em saúde (5.6.1), as mudanças em curso que podem constituir bases para a governação hospitalar (5.6.2), e o modelo de governo dos hospitais públicos não concessionados (5.6.3). Por último, focaremos a falta de evidência sobre a governação hospitalar em Portugal (5.6.4).

A escolha destes itens não pretende caracterizar o sector hospitalar<sup>158</sup>, procurando antes abordar as mudanças recentes que ocorreram em Portugal e que constituem alavancas para a promoção da governação hospitalar e dos princípios da boa governação nos hospitais públicos.

### 5.6.1. Contexto geral

Portugal é caracterizado por baixos níveis de eficácia e transparência da governação, por um baixo nível educativo da população, e por uma baixa percepção do nível e qualidade do conhecimento nas mudanças organizacionais e culturais quando comparado com os restantes países da União Europeia. As figuras seguintes ilustram estas características.



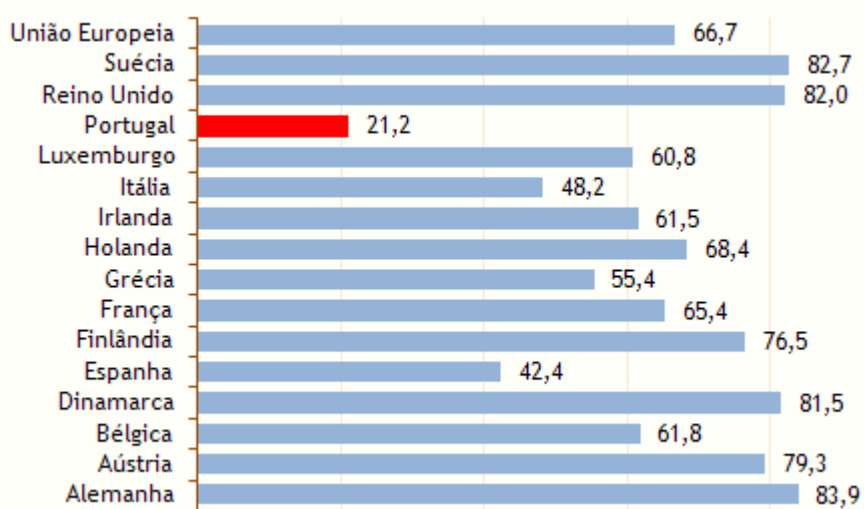
**Figura 30** — Eficácia e transparência de governação em cinco países europeus [Adaptado de Simão et al., (2002)]

A Figura 30 apresenta a eficácia e transparência da governação em cinco

<sup>158</sup> Para uma caracterização da evolução das reformas do sistema hospitalar recomendamos a leitura dos Relatórios de Primavera do OPSS (OPSS, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007). Para uma caracterização do sector hospitalar aconselhamos a leitura do livro “Economia da Saúde — Conceitos e Comportamentos” (Barros, 2005) e do livro “Retrato Político da Saúde” (Simões, 2004). Para uma abordagem às questões do poder e da importância relativa dos grupos profissionais, recomendamos o livro “Saberes e Poderes no Hospital” (Carapinheiro, 1998).

países europeus em nove áreas distintas<sup>159</sup>: eficácia da Administração Pública (A<sub>1</sub>), peso do mercado paralelo (A<sub>2</sub>), grau de corrupção (A<sub>3</sub>), grau de evasão fiscal (A<sub>4</sub>), influência política na Administração Pública (A<sub>5</sub>), burocracia (A<sub>6</sub>), eficiência do governo (A<sub>7</sub>), política legislativa adequada ao desenvolvimento (A<sub>8</sub>), e política económica adequada ao desenvolvimento (A<sub>9</sub>).

A Figura 31 apresenta a população com idades compreendidas entre os 25 e 64 anos que têm, pelo menos, um nível de estudos superiores.

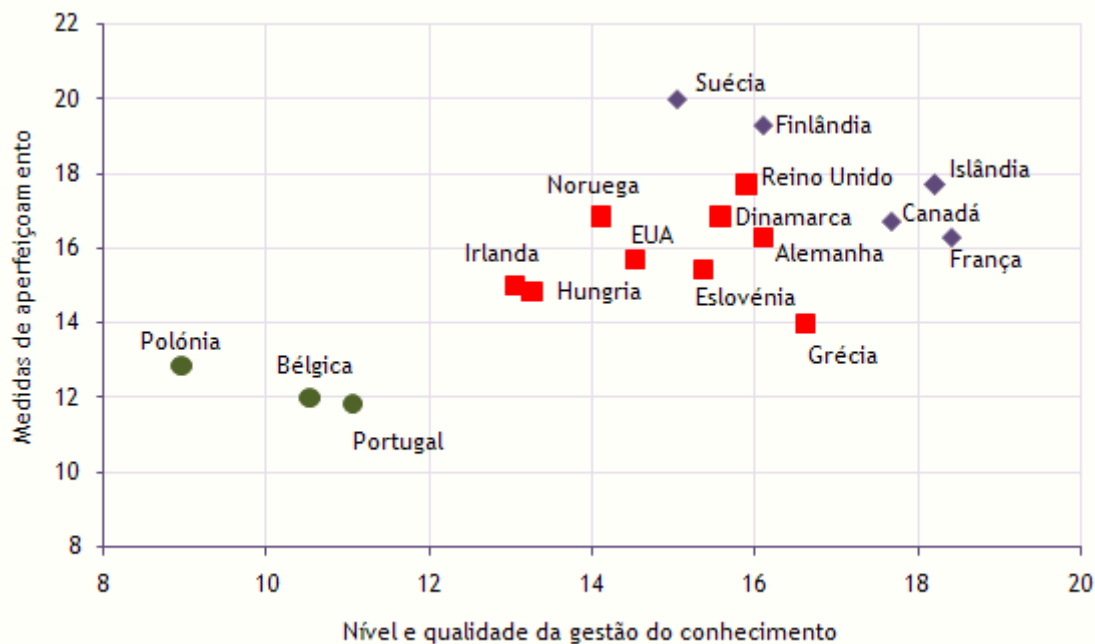


**Figura 31** — População com idades compreendidas entre os 25 e 64 anos que têm, pelo menos, um nível de estudos superiores [Fonte: EUROSTAT, Adaptado de El País (2003)]

A Figura 32 apresenta a percepção do nível e qualidade do conhecimento nas mudanças organizacionais e culturais.

<sup>159</sup> Esta figura, utilizada no documento “Ensino Superior: Uma visão para a próxima década” (Simão et al., 2002), foi construída a partir de dados do Relatório de Competitividade do *Institute for Management Development* (IMD) de 2001. As áreas mencionadas são as apresentadas no estudo para o ensino superior já mencionado.





**Figura 32** — Percepção do nível e qualidade do conhecimento nas mudanças organizacionais e culturais [Fonte: GOV/PUMA/HRM (2003)]

Estas limitações reflectem-se obrigatoriamente nas estratégias de saúde e de reforma do sistema de saúde português. A governação em saúde apresenta um conjunto de limitações relacionadas, de uma forma geral, com as limitações identificadas. Os Relatórios de Primavera do OPSS<sup>160</sup> têm caracterizado essas principais limitações, de onde podemos destacar os seguintes traços:

- O sistema político subestima as dificuldades e as especificidades da governação da saúde — adoptando um modelo de governação semelhante ao das obras públicas; não existem dispositivos de análise e direcção estratégica que enquadrem os actores da saúde; dentro do mesmo ciclo político ocorrem grandes discontinuidades nas orientações dos Ministérios; os instrumentos formais de suporte e desenvolvimento das políticas de saúde são pouco relevantes; é dada pouca importância ao conhecimento; não se conseguem concretizar, de modo concertado, em escala e ritmo apropriados, medidas já socialmente negociadas, politicamente assumidas e legalmente em vigor (OPSS, 2001);
- Preferência por uma cultura política de “governo directo”, em que se centralizam ao nível político decisões operacionais da administração e se

<sup>160</sup> O autor desta tese é colaborador do OPSS desde a sua fundação tendo participado activamente em todos os relatórios publicados desde 2001.

acentuam, em contrapartida, a desresponsabilização da administração da saúde aos diferentes níveis o que acaba por agravar as disfunções do sistema (OPSS, 2001);

- Predominância das agendas particulares dos actores mais influentes sobre as políticas públicas (OPSS, 2002);
- Os partidos políticos aparentam uma capacidade limitada em prepararem, antes de acederem à governação, políticas públicas e dispositivos de governação suficientemente detalhados, realistas e com uma clara base técnica e social de apoio tornando praticamente inevitável começar a actuar com um baixo nível de fundamentação e preparação (OPSS, 2003, 2004);
- São evidentes as dificuldades no desenvolvimento das instituições (particularmente da administração pública), na utilização da informação e do conhecimento, na difusão e apoio à inovação (OPSS, 2003);
- A fraca fundamentação e preparação inicial não é devidamente acompanhada pelo estabelecimento de dispositivos de aprendizagem, partilhada, que permitam acompanhar as soluções iniciais e colher na experiência os ensinamentos que permitam introduzir as correcções e os ajustamentos necessários (OPSS, 2004)
- A cultura da gestão pelos resultados é ainda incipiente, com tradicionais limitações no envolvimento do cidadão (OPSS, 2003);
- Existe um grau acentuado de esbatimento na distinção entre projectos políticos para a saúde, situados no domínio dos valores, crenças e bases sociológicas de apoio, e as soluções técnicas que requerem fundamentação com base nos conhecimentos existentes, previsões de resultados, monitorização e avaliação, acompanhadas dos necessários ajustamentos (OPSS, 2003);

Apesar destas limitações estruturantes têm sido dados passos importantes relativamente à adopção de princípios de boa governação empresarial quer nas empresas privadas quer nas empresas públicas partindo de iniciativas da esfera privada, nomeadamente das instituições ligadas ao sector comercial e financeiro, da esfera civil e da esfera pública.

A CMVM publicou em 1999, com actualizações sucessivas (em 2001, 2003 e 2005), recomendações dirigidas às empresas cotadas (CMVM, 2005) e apresentou em 2007 uma proposta para discussão pública de um código de governo das sociedades (CMVM, 2007). Também a sociedade civil, em 2006, através do Instituto Português de *Corporate Governance* (IPCG), se pronunciou sobre as práticas de governação das empresas portuguesas publicando o Livro Branco sobre *Corporate Governance* em Portugal (Silva et al., 2006).

Estas iniciativas procuraram contribuir para a transparência, o rigor e a modernização do mercado de capitais português e, ao mesmo tempo, promover, estimular e facilitar a discussão e a reflexão à volta dos temas e dos desafios que o bom governo das empresas coloca no dia-a-dia. Neste contexto de fomento das boas práticas de governação empresarial o Estado Português publicou, durante 2007, o novo estatuto do gestor público, os princípios de bom governo das empresas do sector empresarial do Estado (SEE), e alterou o regime jurídico do sector empresarial do Estado e das empresas públicas para nele reflectir questões relacionadas com a governação empresarial.

## **5.6.2. Bases para a governação hospitalar**

Neste ponto abordaremos as principais mudanças que ocorreram desde 2002 e em Portugal e que constituem, do nosso ponto de vista, alavancas para a promoção da governação hospitalar e dos princípios da boa governação nos hospitais públicos. Começaremos por abordar a empresarialização e a contratualização (5.6.2.1), depois a adopção de práticas de bom governo (5.6.2.2), e, finalmente, focaremos questões relacionadas com a informação ao público (5.6.2.3).

### **5.6.2.1. Empresarialização e contratualização**

A empresarialização<sup>161</sup>, iniciada em 2002<sup>162</sup> adoptando a figura jurídica de SA,

---

<sup>161</sup> Parte deste ponto reflecte a opinião constante no Relatório de Primavera (RP) de 2006 do OPSS (OPSS, 2006) relativa às transformações jurídicas em hospitais. Tal deve-se ao facto de ter sido o autor desta tese a elaborar o texto deste ponto no relatório mencionado. Para um enquadramento histórico da empresarialização aconselhamos a leitura dos diversos RP do OPSS (OPSS, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007).

<sup>162</sup> Transformando 34 hospitais tradicionais em 31 hospitais SA.

após as experiências inovadoras de gestão efectuadas entre 1996 e 2001 que não tiveram a necessária replicação em termos de modelo<sup>163</sup>, e continuada em 2005 (e anos seguintes), adoptando a figura jurídica de EPE, colocaram em disputa o modelo tradicional (SPA) e um modelo mais empresarial (EPE), que supostamente adoptava práticas, métodos e ferramentas da gestão privada e um concedia um maior grau de autonomia.

Esta mudança, que constituía uma aspiração antiga quer de decisores políticos, com responsabilidades na definição de políticas de saúde e das respectivas estratégias, quer dos profissionais de saúde, pretendia sobretudo resolver os problemas de gestão, já identificados e discutidos num conjunto de reflexões sobre o hospital publicados no período de 1997 a 1999 (Ministério da Saúde, 1997, CRES, 1998, Delgado, 1999, Ministério da Saúde, 1999), sentidos nos hospitais públicos.

Contudo, as mudanças efectuadas pecaram por terem privilegiado excessivamente a componente jurídica, nomeadamente as questões relacionadas com o estatuto jurídico, subestimando, em contrapartida, a intervenção no redesenho da organização — a implantação de modelos de contratualização interna com a descentralização da decisão nas linhas de produção, a aposta na gestão da informação e do conhecimento como recurso estratégico para o apoio a essa decisão e à gestão central, a implantação da gestão por objectivos entre outros (OPSS, 2006).

Apesar das tentativas legislativas de modificar internamente a cultura existente, com a criação dos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI)<sup>164</sup>, no sentido de desenvolver o hospital em termos organizacionais através do reforço das competências da gestão intermédia procurando conciliar um conjunto de instrumentos para desburocratizar, agilizar e promover a utilização mais correcta dos diversos recursos, para além de se procurar desenvolver estruturas que conduziram mais facilmente à identificação de ganhos em saúde, assim como aumentar o grau de satisfação dos utilizadores e dos profissionais, a situação manteve-se praticamente

---

<sup>163</sup> A concessão de gestão a privados do Hospital Fernando da Fonseca (1996); as experiências de quase empresarialização do Hospital de São Sebastião (1996), da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (1999) e do Hospital do Barlavento Algarvio (2001); e as tentativas de delegação de competências nas estruturas orgânicas de gestão intermédia através da criação dos Centros de Responsabilidade Integrada (1999).

<sup>164</sup> Decreto-lei n.º 374/99, de 18 de Setembro de 1999. Os CRI tinham por objectivo final “melhorar a acessibilidade, a qualidade, a produtividade, a eficiência e a efectividade da prestação de cuidados de saúde, através de uma melhor gestão dos respectivos recursos” (art. 3º). Para um entendimento mais abrangente da evolução dos CRI recomendamos a leitura do ponto relativo aos CRI do livro “Economia da Saúde — Conceitos e Comportamentos” (Barros, 2005) e do RP de 2006 do OPSS (OPSS, 2006).

inalterada. O Quadro 61 apresenta as principais conclusões sobre a experiência dos CRI nos hospitais públicos.

- 
- Os CRI constituíram uma experiência inovadora de gestão, principalmente no que se relaciona com o reforço da gestão intermédia, a contratualização com os CA, e o sistema de incentivos aos profissionais;
  - A legislação dos CRI continua por cumprir no que se refere ao seu calendário de implementação;
  - Os CA falharam nas competências que lhe foram atribuídas, nomeadamente no que se refere a “aprovar o organograma e a identificação dos respectivos centros de responsabilidade a integrar no regulamento interno do hospital” , desconhecendo-se também as acções da várias tutelas, MS e ARS, no controlo de execução dos diplomas em vigor nesta área;
  - Não foram divulgados, desconhecendo-se a existência, os planos de implantação delineados pelas respectivas ARS;
  - O número de CRI existente parece ser muito baixo tendo em conta as pesquisas feitas (embora com as devidas limitações), sendo de estranhar o funcionamento de CRI em situações em que estes constituem apenas uma ilha e tudo à sua volta se mantém na mesma;
  - Desconhece-se a evolução futura desta experiência, uma vez que o diploma que cria os CRI continua em vigor e as alterações à lei da gestão hospitalar continuam a fazer-lhes referência, fazendo suspeitar que não houve a coragem de terminar com a experiência .
- 

**Quadro 61** — Conclusões sobre os CRI [Adaptado de OPSS (2006)]

Assim, ao fim destes anos o hospital, apesar de ter acompanhado a evolução verificada nos países do primeiro mundo relativamente a instalações, dotação de tecnologias e diferenciação de recursos humanos, não acompanhou da mesma forma os modelos de organização, administração e gestão que se mantiveram modulados por uma cultura persistentemente centralista da governação em saúde, enredado numa teia burocrática e de comando/controlado que se reproduzem internamente na organização. O Quadro 62 apresenta um resumo dos principais problemas da situação existente nos hospitais públicos.

- 
- Não definição explícita da missão, visão, estratégia, princípios e valores, e do subsequente garantir da sua partilha por parte da organização;
  - Persistência de sistemas de informação em saúde precários que impedem a adopção de estratégias de tomada de decisão baseadas em dados actualizados e robustos;
  - Persistência da opacidade dos processo de decisão que, somada ao deficit de cultura de participação, geram climas organizacionais negativos e falta de transparência, seja em termos dos resultados assistenciais, seja do desempenho económico-financeiro;
  - Insistência na focagem em meros indicadores de produção, sem o necessário contraponto com indicadores da efectividade;
  - Persistência dum processo de planeamento quase virtual onde aos Planos de Actividade não se faz corresponder a necessária indexação do suporte financeiro que viabilize o seu cumprimento, com a decorrente eternização de uma cultura avessa à avaliação;
  - Quase inexistência de mecanismos de contratualização interna com as linhas de produção que o compõem, organizadas numa perspectiva de clientes internos/fornecedores internos;
  - Persistência de uma cultura organizacional orientada para os prestadores e capturada pelos diversos grupos profissionais.
- 

**Quadro 62** — Principais problemas da situação existente nos hospitais [Adaptado de OPSS (2006)]

Esta realidade, apesar da empresarialização iniciada em 2002, aplica-se de igual forma aos hospitais SPA e aos hospitais EPE. Com os hospitais empresarializados (primeiro SA e depois EPE) o que mudou de facto foi a modalidade de posse; flexibilizou-se a política de aquisições e de contratação de recursos humanos; houve algum desenvolvimento de ferramentas de informação. Mas, quanto ao resto, a generalidade desses hospitais manteve o seu desenho organizacional pouco mais que inalterado quer relativamente ao modelo de governo quer relativamente à sua organização interna (OPSS, 2006). Apesar do rearranjo da rede de serviços hospitalares, ainda parece não existirem grandes alterações na cultura gestonária e no modelo organizacional internos aos hospitais (OPSS, 2007).

Apesar desta realidade deficitária a empresarialização dos hospitais trouxe consigo mecanismos de controlo e monitorização, quer externos quer internos, que podem constituir base para uma governação hospitalar efectiva e para o desenvolvimento do hospital (evolução do modelo organizacional interno, divulgação de boas práticas e para a melhoria do desempenho), nomeadamente no que se refere à criação de uma cultura de maior transparência e responsabilização/prestação de contas.

Ao nível externo as acções do Tribunal de Contas e da Inspeção Geral das Finanças, sobre as contas, e de outras entidades, como a Inspeção Geral da Saúde, a Direcção Geral da Saúde, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), sobre a sua actividade e o seu comportamento, constituem mecanismos importantes de controlo e monitorização. Ao nível interno nos hospitais a figura de Auditor Interno, como órgão de fiscalização, vê os seus poderes reforçados relativamente à anterior lei gestão hospitalar<sup>165</sup>, e surge a figura de Fiscal Único<sup>166</sup> com responsabilidade pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do hospital.

Com o XVI Governo<sup>167</sup>, saído das eleições legislativas de 2005, observou-se

---

<sup>165</sup> Decreto Regulamentar nº 3/88, de 22 de Janeiro de 1988. Haveria lugar a um auditor interno nos hospitais com mais de 500 camas ou sempre que o Ministro da Saúde o entende-se conveniente (art. 1º, nº 2 e 3). O auditor era nomeado, de entre técnicos com curso superior adequado, pelos Ministros das Finanças e da Saúde sendo a sua actividade apoiada e supervisionada pela Inspeção-geral de Finanças e pelo Departamento de Gestão Financeira dos Serviços de Saúde (art. 28º).

<sup>166</sup> A figura de Auditor Interno e de Fiscal Único será analisada com mais detalhe na parte dedicada ao modelo de governo dos hospitais públicos.

<sup>167</sup> Governo de coligação PPD/PSD e CDS/PP.

uma tentativa de revitalização das agências de contratualização<sup>168</sup> e da contratualização baseada não na produção pura e simples do número de consultas e de intervenções cirúrgicas mas, principalmente, no impacto e nos resultados dessas intervenções na vida dos cidadãos (OPSS, 2006).

Apesar da existência de um conjunto de dificuldades estruturais relacionadas com a cultura incipiente de avaliação (na administração pública, em geral, e na área da saúde, em particular), a quase inexistência de tradição de processos de negociação e da prática da gestão por objectivos, o desenvolvimento insuficiente das aptidões exigidas para a condução da contratualização e o respectivo acompanhamento por parte da administração em saúde, o decorrente défice de aculturação por parte das instituições prestadoras e das fragilidades dos sistemas de informação a realidade hospitalar sofreu mudanças importantes, nomeadamente:

- A publicação, no sítio da ACSS<sup>169</sup>, dos objectivos, pressupostos e condicionalismos definidos pela Comissão para a Contratualização em Saúde para o contrato-programa em 2006 e 2007 (Ministério da Saúde, 2006);
- A negociação e celebração, conjuntamente com o IGIF, dos contratos programa com os hospitais SPA e EPE, para 2006 com todos os hospitais das regiões Norte, Centro, Alentejo e Algarve ainda que, na região de Lisboa e Vale do Tejo apenas nove hospitais tenham assinado os seus contratos-programa. A continuação deste processo em 2007, tendo sido todos os contratos-programa publicados no sítio da ACSS;
- O processo de acompanhamento dos contratos-programa através da monitorização da realização das prestações de serviço acordadas com cada hospital, mensal e trimestralmente;
- O estabelecimento de protocolos com universidades para formação e investigação sobre matérias relacionadas com a contratualização de

---

<sup>168</sup> Este processo teve os seus primeiros desenvolvimentos com a constituição das Agências de Contratualização, inicialmente designadas de Acompanhamento (Despacho Normativo nº 46/97 de 8 de Julho de 1987.), tendo sido aí definidas como “uma instância de intervenção no sistema, na qual estão representados o cidadão e a administração”, com a missão de “explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade”, promovendo uma utilização eficiente e eficaz dos recursos públicos afectos à prestação de cuidados de saúde. A sua actividade foi abruptamente interrompida no início de 2000, recorda-se, pela mudança do titular da pasta da Saúde. Como resultado, apesar de nunca extintas por lei, as Agências de Contratualização viram-se remetidas para uma situação de existência virtual, ao condicionar-se o seu grau de intervenção exclusivamente à vontade das diversas Administrações Regionais de Saúde (OPSS, 2006).

<sup>169</sup> Em <http://www.acss.min-saude.pt>.

serviços de saúde e com entidades externas para o aprofundamento dos processos de auditoria.

### **5.6.2.2. Adopção de práticas de bom governo**

A publicação do novo estatuto do gestor público<sup>170</sup> procura instituir um regime do gestor público integrado e adaptado às circunstâncias actuais, que abarque todas as empresas públicas do Estado, independentemente da sua forma jurídica, e que fixe sem ambiguidades o conceito de gestor público, defina o modo de exercício da gestão no SEE e as directrizes a que deve obedecer, e regule a designação, o desempenho e a cessação de funções pelos gestores públicos.

O estatuto aproxima o regime do gestor público da figura do administrador de empresas privadas, atribui relevo e desenvolvimento acrescidos ao regime de incompatibilidades, à avaliação de desempenho, à determinação das remunerações, à definição do regime de segurança social aplicável e à observância das regras de ética e das boas práticas decorrentes dos usos internacionais de governação empresarial e transparência.

A adopção generalizada do contrato de gestão com metas quantificadas<sup>171</sup>, a possibilidade de afastamento do gestor público quando os objectivos fixados não forem alcançados, a definição de um processo de fixação das remunerações dos gestores públicos e de outros benefícios<sup>172</sup> e a limitação de acumulação de funções e remunerações são algumas das principais novidades deste diploma no sentido de introduzir padrões elevados de exigência, de rigor, de eficiência e de transparência concomitantemente com a necessária ética de serviço público exigida.

Os princípios de bom governo das empresas do SEE<sup>173</sup> surgem na sequência do reconhecimento<sup>174</sup>, por parte do Estado, que no que diz respeito à sua actuação enquanto accionista, e das empresas por si detidas ou participadas, são escassas as

---

<sup>170</sup> Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março de 2007.

<sup>171</sup> Já previsto no Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, mas infelizmente com pouca ou nenhuma aplicação prática conforme reconhece o preâmbulo do Decreto-Lei n.º 71/2007.

<sup>172</sup> Tomando como base a distinção entre gestores executivos e não executivos e fazendo depender a remuneração variável, aplicável apenas aos gestores com funções executivas, da efectiva obtenção dos objectivos predeterminados.

<sup>173</sup> Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março de 2007.

<sup>174</sup> Conforme afirmado no preâmbulo da Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007.



reflexões que visam sistematizar e divulgar as boas práticas de governo. A adopção destas medidas pretendem reconhecer o quão importante é que as empresas que integram o SEE tenham modelos de governo que permitam atingir níveis de desempenho elevados e, em conjunto com os bons exemplos existentes na esfera privada empresarial, contribuam para a difusão de boas práticas, incluindo a adopção de estratégias concertadas de sustentabilidade nos domínios económico, social e ambiental. Apesar de nem tudo relacionado com a boa governação empresarial resultar directamente da legislação aplicável o Estado deve dar o exemplo acompanhando as melhores práticas internacionais.

Deste diploma destacam-se os princípios dirigidos ao próprio Estado — quer enquanto titular de participações no capital de empresas quer enquanto parte relacionada ou interessada (*stakeholder*) —, princípios dirigidos às empresas detidas pelo Estado — relativamente à sua missão, objectivos e princípios gerais de actuação; às suas estruturas de administração e fiscalização; às remunerações e outros direitos; à prevenção de conflitos de interesses; e à divulgação de informação relevante —, e os princípios relativos à divulgação de informação. Este último ponto define que toda a informação relacionada com os princípios de bom governo que devem ser divulgados ao público devem estar disponíveis através de um sítio na Internet (“sítio das empresas do Estado”), a criar pela Direcção-Geral do Tesouro e Finanças.

Por último, foi alterado o regime jurídico do sector empresarial do Estado e das empresas públicas<sup>175</sup> para nele reflectir questões relacionadas com o novo estatuto do gestor público e relativamente às boas práticas de governo e à organização interna das empresas públicas. As principais alterações dizem respeito a:

- Estrutura orgânica<sup>176</sup> — consagra-se a distinção entre administradores executivos e não executivos, prevê-se a existência de uma comissão executiva, bem como de comissões especializadas, de auditoria e de avaliação, e aprovação pelos diversos órgãos dos regulamentos internos<sup>177</sup>;

---

<sup>175</sup> Decreto-Lei n.º 300/2007, de 23 de Agosto de 2007.

<sup>176</sup> As alterações introduzidas inserem -se no quadro estabelecido pelo Código das Sociedades Comerciais, de acordo com a revisão operada pelo Decreto-Lei n.º 76 -A/2006, de 29 de Março.

<sup>177</sup> O diploma menciona que tendo em conta a grande diversidade das empresas que compõem o SEE, a implementação obrigatória desta estrutura de gestão fica dependente de decisão conjunta do Ministro das Finanças e do ministro responsável pelo sector de actividade em causa.

- Orientações de gestão — pretende-se assegurar a sua efectiva definição, realçando o papel que lhe cabe na dinamização da actividade económica e na satisfação de necessidades públicas ou com interesse público, tendo igualmente em vista uma gestão mais racional, eficaz e transparente;

São previstos três níveis de orientações de gestão: estratégicas (para todo o SEE fixadas pelo Conselho de Ministros), gerais (destinadas a um dado sector de actividade e mediante despacho conjunto do Ministro da Finanças e do ministro do respectivo sector de actividade), e específicas (empresa a empresa fixadas também através de despacho conjunto ou através do exercício da função accionista, consoante a modalidade de empresa pública em causa). Estas orientações serão consideradas na avaliação de desempenho dos gestores públicos;

- Mecanismos de fiscalização e monitorização — reforçam -se os mecanismos de controlo financeiro e os deveres especiais de informação das empresas públicas considerando a necessidade de assegurar a contenção da despesa pública e o rigor na gestão dos recursos disponíveis.

### **5.6.2.3. Informação ao público**

Qualquer um dos três documentos legislativos mencionados no ponto anterior menciona a importância da informação ao público. O diploma relativo aos princípios de bom governo no SEE aponta para criação do “sítio das empresas do Estado” pela Direcção-Geral do Tesouro e Finanças.

A informação relativa aos hospitais públicos pode ser encontrada em vários locais da rede dispersos pelos sítios de várias entidades:

- Hospitais EPE
  - Sítio do SEE<sup>178</sup> relativamente às empresas públicas não financeiras – saúde (hospitais EPE) — pode ser encontrada informação sobre a caracterização da empresa, as orientações de gestão, o modelo de governo, os membros dos órgãos sociais, os princípios de bom governo,

---

<sup>178</sup> Em <http://www.dgt.pt/see.htm>.

informação financeira histórica e actual, função de tutela e accionista, e o esforço financeiro público;

- Sítio dos Hospitais EPE — para além dos relatórios de contas e os planos de actividade pode-se encontrar informação relacionada com relatórios de satisfação dos utilizadores, alguma informação de gestão, etc.;
- Sítios de cada um dos hospitais EPE — muito pouco sistematizados, sendo a informação relativa ao governo do hospital muito pouca;
- Sítio da ACSS — contratos-programa dos diversos hospitais.
- Hospitais SPA — a informação disponível é limitada cingindo-se às contas consolidadas SPA e aos contratos-programa no sítio da ACSS;

O sítio do SEE, da responsabilidade da Direcção Geral do Tesouro e das Finanças, é uma consequência directa do diploma que aprova os princípios de bom governo das empresas do SEE<sup>179</sup>. O Quadro 63 (página seguinte) resume os principais elementos que podem ser encontrados neste sítio relativamente aos hospitais EPE.

Ao analisar a informação disponibilizada sobre cada um dos hospitais parece-nos evidente a existência de uma desproporção entre o que existe para os hospitais SPA e os hospitais EPE. Contudo, apesar desta desproporção real verificada ela esbate-se, pela negativa, quando verificamos que muitos dos itens do sítio do SEE não possuem todos os dados.

Por exemplo, para uma análise efectuada em 10 de Julho de 2007, aos 31 hospitais EPE<sup>180</sup> presentes no sítio, para a secção *Membros dos Órgãos Sociais* apenas 17 hospitais (55%) apresentavam estes dados e seis hospitais (19%) apresentavam apenas ou parte da informação geral. A situação agrava-se quando se analisa ao detalhe os itens que compõem esta secção. Por exemplo, para o item *Currículo*, apenas seis hospitais (19%) apresentam o currículo de todos os membros do CA. Acreditamos que esta situação está relacionada com o facto de a legislação ser recente e também com a inexistência de uma cultura de responsabilidade e transparência.

---

<sup>179</sup> Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março de 2007.

<sup>180</sup> O sítio do SEE pelas razões apontadas é bastante recente e ainda não inclui a informação actualizada sobre todos os hospitais EPE.

Geral	<i>Ligação directa para o sítio do hospital</i>
	<i>Apresentação geral do hospital</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Morada</li> <li>• Membros do CA</li> <li>• Objecto social</li> <li>• Desempenho económico,</li> <li>• Estrutura accionista</li> <li>• Situação patrimonial</li> <li>• Actividade económica</li> <li>• Situação financeira</li> <li>• Rácios de estrutura</li> <li>• Outros indicadores</li> </ul>
Empresa	<i>Caracterização da empresa</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Missão</li> <li>• Objectivos</li> <li>• Políticas da empresa</li> <li>• Obrigações de serviço público a que a empresa está sujeita</li> <li>• Termos contratuais da prestação de serviço público</li> <li>• Modelo de financiamento subjacente à prestação de serviço público</li> </ul>
	<i>Orientações de gestão</i>
	<i>Modelo de governo</i> Órgãos sociais com a indicação do cargo, nome da pessoa que ocupa o cargo, eleição, duração do mandato
	<i>Membros dos órgãos sociais</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoa (nome)</li> <li>• Funções e responsabilidades</li> <li>• Currículo</li> <li>• Estatuto remuneratório fixado</li> <li>• Remunerações auferidas</li> </ul>
	<i>Princípios de bom governo</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulamentos internos e externos a que a empresa está sujeita</li> <li>• Transacções relevantes com entidades relacionadas</li> <li>• Outras transacções</li> <li>• Análise de sustentabilidade da empresa nos domínios económico, social e ambiental</li> <li>• Avaliação do cumprimento dos princípios de bom governo</li> <li>• Código de Ética</li> </ul>
	<i>Informação financeira histórica e actual</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Balanço</li> <li>• Demonstração de Resultados</li> <li>• Mapa de fluxos de Caixa</li> </ul>
	<i>Função de tutela e accionista</i>
	<i>Esforço financeiro público</i>

**Quadro 63** — Principais áreas de informação sobre os hospitais EPE no sítio do SEE

Assim, para além de corrigir esta lacuna relativamente aos dados disponibilizados pelos hospitais EPE urge corrigir a disponibilização de informação

sobre os hospitais SPA aproximando-a da que é exigida aos hospitais EPE<sup>181</sup>. A transparência e a prestação de contas ao público assim o exigem.

### **5.6.3. O modelo de governo dos hospitais públicos**

Neste ponto focaremos o modelo de governo existente nos hospitais públicos não concessionados. Começaremos por apresentar de forma geral os principais órgãos que constituem cada um dos modelos (5.6.3.1), e tendo em conta o papel fundamental dos CA na governação empresarial e as preocupações com a sua efectividade, as várias questões legais associadas aos CA (5.6.3.2).

De seguida, tendo como base o contexto da governação empresarial e as questões já discutidas em pontos anteriores sobre as práticas de governação e a respectiva evidência, focaremos os mecanismos de controlo e monitorização (5.6.3.3), o envolvimento do corpo médico (5.6.3.4), bem como o envolvimento dos interessados (5.6.3.5).

#### **5.6.3.1. Principais órgãos dos vários modelos**

A empresarialização não trouxe consigo uma mudança radical do modelo de governo dos hospitais públicos. De facto, os órgãos dos hospitais públicos, independentemente do estatuto SPA ou EPE, são praticamente os mesmos — CA, Fiscal Único, Conselho Consultivo e os órgãos de apoio técnico (comissões de Ética, Humanização e Qualidade dos Serviços, Controlo e Infecção Hospitalar, e Farmácia e Terapêutica) — e possuem na generalidade as mesmas funções.

Assim, o hospital SPA compreende<sup>182</sup> o órgão de administração (o CA), os órgãos de apoio técnico (as comissões de Ética, Humanização e Qualidade dos Serviços, Controlo e Infecção Hospitalar, e Farmácia e Terapêutica e outros órgãos de apoio técnico que o CA decida criar), o órgão de fiscalização (o Fiscal Único) e o órgão de consulta (o Conselho Consultivo).

---

<sup>181</sup> Tendo em conta que figura de EPE será progressivamente atribuída a todos os hospitais que se mantêm integrados no SPA o tempo tenderá a resolver naturalmente este problema. Contudo, até que tal aconteça seria importante homogeneizar por cima, isto é, utilizando a matriz dos hospitais EPE, e com as devidas adaptações a informação disponibilizada para os hospitais SPA.

<sup>182</sup> Decreto-Lei nº 188/2003, art. 4º.

Por seu turno, o hospital EPE<sup>183</sup> compreende o CA, o Fiscal Único e o Conselho Consultivo. Inclui também as comissões de apoio técnico que são órgãos de carácter consultivo que têm por função colaborar com o CA, por sua iniciativa ou a pedido deste, nas matérias da sua competência<sup>184</sup>. São constituídas imperativamente as comissões de Ética, Humanização e Qualidade dos Serviços, Controlo e Infecção Hospitalar, e Farmácia e Terapêutica podendo o CA, se assim o pretender, criar outras comissões de apoio técnico.

### **5.6.3.2. Conselho de Administração**

Fazemos aqui um resumo relativo a aspectos legais relacionados com o CA, nomeadamente a sua composição, tamanho, estatuto dos seus membros, nomeação, funcionamento, competências, e duração do mandato, exoneração e dissolução.

#### **Composição**

A composição do CA no modelo SPA e no modelo EPE não é muito diferente. No modelo SPA o CA é composto<sup>185</sup> pelo presidente e um ou dois vogais, como membros executivos, e, como membros não executivos, pelo director clínico e pelo enfermeiro director, que formam a direcção técnica. No modelo EPE o CA é composto<sup>186</sup> pelo presidente e um máximo de seis vogais, em função da dimensão e complexidade do hospital, sendo dois deles, obrigatoriamente, o director clínico e o enfermeiro director.

É interessante verificar que no modelo SPA é feita a distinção entre executivos e não executivos vincando-se a componente técnica, enquanto no modelo EPE não é feita nenhuma referência ao tipo de vogais, assumindo-se que são todos executivos. Para além dos vogais executivos, o CA do hospital EPE prevê um vogal não executivo, nomeado por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde, sob proposta do município onde se situa a sede do hospital<sup>187</sup>.

---

<sup>183</sup> Decreto-Lei n.º 233/2005, Anexo II – Estatutos, art. 5.º.

<sup>184</sup> Decreto-Lei n.º 233/2005, Anexo II – Estatutos, art. 21.º.

<sup>185</sup> Decreto-Lei n.º 188/2003, art. 5.º, n.º1.

<sup>186</sup> Decreto-Lei n.º 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 6.º, n.º1.

<sup>187</sup> Decreto-Lei n.º 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 6.º, n.º3.

## **Tamanho**

O número de vogais executivos pode variar consoante algumas particularidades. Para os hospitais SPA o CA pode integrar mais dois vogais face à complexidade, dimensão e volume de recursos a gerir, ou integrar menos um membro cujas competências são assumidas pelo presidente do conselho de administração face ao seu perfil, à natureza e à dimensão do hospital<sup>188</sup>. Em qualquer dos casos a decisão é tomada pelo Ministro da Saúde.

Nos hospitais EPE, o CA pode ter um máximo de quatro vogais executivos<sup>189</sup>, para além do director clínico e do enfermeiro director (que são vogais executivos), em função da dimensão e complexidade do hospital. Para além dos vogais executivos, o CA do hospital EPE pode integrar ainda um vogal não executivo relativo ao município onde se situa a sede do hospital<sup>190</sup>.

## **Estatuto dos membros do CA**

O estatuto dos membros do CA é muito próximo nos dois modelos. Nos hospitais SPA o estatuto de gestor público apenas se aplica aos membros executivos enquanto nos hospitais EPE o estatuto de gestor público se aplica a todos os membros do CA. Em qualquer dos modelos é aplicado o regime de incompatibilidades definido pelo Estatuto do SNS<sup>191</sup>, nomeadamente no que se refere ao exercício de actividade privada.

Nos hospitais SPA aplica-se o estatuto<sup>192</sup> de gestor público aos membros executivos do CA, designadamente quanto a mandato, incompatibilidades, regime de trabalho e remunerações. A remuneração é fixada por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde variando em função do nível e da lotação do hospital. A remuneração dos membros não executivos não pode ser inferior ao valor a que têm direito de acordo com a respectiva categoria e escalão da carreira. Aos membros não executivos aplica-se o regime de incompatibilidades previsto no Estatuto do SNS, nomeadamente no que se refere ao exercício de actividade privada. Desta forma é

---

<sup>188</sup> Decreto-Lei n.º 188/2003, art. 5.º, n.º2 e 3.

<sup>189</sup> Decreto-Lei n.º 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 6.º, n.º1.

<sup>190</sup> Decreto-Lei n.º 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 6.º, n.º3.

<sup>191</sup> Decreto Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro de 1993, aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

<sup>192</sup> Decreto-Lei n.º 188/2003, art. 8.º.

permitido ao director clínico e ao enfermeiro director o exercício de actividade privada, desde que dela não resultem encargos para o SNS pelos cuidados prestados, dependente da compatibilidade de horário, do não comprometimento da isenção e imparcialidade do funcionário ou agente e da inexistência de prejuízo efectivo para o interesse público<sup>193</sup>.

Nos hospitais EPE aplica-se o estatuto de gestor público aos membros do CA mantendo o regime de incompatibilidades previsto no Estatuto do SNS no que se refere ao exercício de actividade privada. A remuneração é fixada por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde e varia em função da complexidade de gestão<sup>194</sup>.

### **Nomeação**

A nomeação dos membros do CA é também muito próxima. No modelo SPA, o Ministro da Saúde nomeia<sup>195</sup> directamente o presidente e os dois vogais executivos e nomeia, sob proposta do presidente do conselho de administração, os membros não executivos: o director clínico<sup>196</sup>, de entre médicos da carreira hospitalar, e o enfermeiro director<sup>197</sup>, de entre profissionais da carreira de enfermagem, que trabalhem no SNS de reconhecido mérito, experiência profissional e perfil adequado. No modelo EPE os membros são nomeados por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde de entre individualidades de reconhecido mérito e perfil adequado, sendo o director clínico um médico e o enfermeiro director um enfermeiro<sup>198</sup>.

O processo de nomeação apresenta algumas particularidades, nomeadamente no que se refere à escolha da equipa que vai constituir o CA. Partindo do princípio que um CA deve ser uma equipa coesa, equilibrada e que se completa, qualquer um dos estatutos é omissa relativamente aos critérios utilizados para a escolha de modo a garantir estas características.

No modelo SPA a leitura do diploma aponta para o facto de que apenas o director clínico e o enfermeiro director serem nomeados sob proposta do presidente escolhido. E os vogais executivos, como são escolhidos? Por seu turno, no modelo EPE a

---

<sup>193</sup> Decreto Lei nº 11/93, art. 20º.

<sup>194</sup> Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 13º.

<sup>195</sup> Decreto-Lei nº 188/2003, art. 5º, nº4 e 5.

<sup>196</sup> Decreto-Lei nº 188/2003, art. 12º.

<sup>197</sup> Decreto-Lei nº 188/2003, art. 13º.

<sup>198</sup> Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 6º, nº2.



nomeação, feita por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde, apesar de incidir sobre individualidades de reconhecido mérito e perfil adequado não especifica quais os critérios a utilizar para essa escolha.

A clarificação destes critérios é um factor importante a ter em conta, porque na sua maioria estes CA vão lidar com organizações que movimentam orçamentos e investimentos superiores a muitas empresas do sector privado. Sabendo que estas colocam cuidados adicionais, com critérios bem definidos de escolha e selecção, na formação dos seus CA, não deverá o Estado também fazê-lo e, pela maioria das razões, explicitá-lo?

### **Funcionamento**

As regras de funcionamento do CA são muito próximas nos dois modelos. No modelo SPA o CA reúne semanalmente e, ainda, sempre que convocado pelo presidente ou por solicitação de dois membros do CA ou do fiscal único. As regras do seu funcionamento são fixadas pelo próprio CA na sua primeira reunião e constam do regulamento interno do hospital. Das reuniões devem ser lavradas actas, a aprovar na reunião seguinte. O presidente do CA tem voto de qualidade no processo de decisão<sup>199</sup>. Em tudo o que não esteja na forma do seu funcionamento deve ser aplicado o Código do Procedimento Administrativo.

No modelo EPE, à semelhança do modelo SPA, o CA reúne, pelo menos, semanalmente e, ainda, sempre que convocado pelo presidente ou por solicitação de dois dos seus membros ou do fiscal único. As regras de funcionamento são fixadas pelo próprio conselho na sua primeira reunião e constam do regulamento interno do hospital. Das reuniões do conselho de administração devem ser lavradas actas, a aprovar na reunião seguinte. O presidente do CA tem voto de qualidade no processo de decisão<sup>200</sup>.

### **Competências**

Nos dois modelos as competências do CA e dos seus membros são definidas

---

<sup>199</sup> Decreto-Lei n.º 188/2003, art. 7.º.

<sup>200</sup> Decreto-Lei n.º 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 11.º.

nos respectivos estatutos, não apresentando na sua essência grandes diferenças significativas.

De uma forma geral, as competências do CA nos hospitais SPA<sup>201</sup> e nos hospitais EPE<sup>202</sup> são praticamente as mesmas, com excepção da submissão dos protocolos ao Ministro da Saúde para a prática da medicina privada dentro do hospital.

Estatuto SPA	Estatuto EPE <sup>203</sup>
Definição e o cumprimento dos princípios fundamentais, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que por lei estejam atribuídos aos órgãos máximos de gestão.	Garantir o cumprimento dos objectivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos.
Competências legalmente atribuídas aos directores-gerais da administração central do Estado.	Competências legalmente atribuídas aos titulares dos cargos de direcção superior de 1º grau da administração central do Estado relativamente aos funcionários e agentes da Administração Pública.
Pode, sem prejuízo das suas competências principais, delegar ou subdelegar, nos termos da lei, nos seus membros ou demais pessoal dirigente e chefias, independentemente do vínculo laboral, as suas competências originárias, bem como as que lhe forem atribuídas.	Pode delegar as suas competências nos seus membros ou demais pessoal de direcção e chefia, com excepção de um conjunto de competências bem identificado, definindo em acta os limites e condições do seu exercício.
Submeter a despacho do Ministro da Saúde a proposta de protocolo destinado a organizar o exercício da medicina privada dentro do estabelecimento hospitalar, quando requerida pelos seus membros.	

**Quadro 64** — Competências do CA.

Nos poderes de gestão nota-se uma maior autonomia dos hospitais EPE relativamente à área dos recursos humanos, sobretudo no que se refere a políticas de contratação, e à área económico-financeira, nomeadamente no que se refere à autorização de alguns tipos de despesas com a aquisição de bens e serviços.

Relativamente às competências do presidente do CA, verificamos que elas também são praticamente as mesmas. Assim, para além das competências do presidente do CA<sup>204</sup> do hospital SPA, no hospital EPE o presidente do CA<sup>205</sup> tem de submeter a aprovação ou a autorização dos membros do Governo competentes os actos que delas careçam bem como exercer outras competências que lhe tenham sido delegadas.

<sup>201</sup> Decreto-Lei nº 188/2003, art. 6º, nº1 a 4.

<sup>202</sup> Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 7º.

<sup>203</sup> Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 7º.

<sup>204</sup> Decreto-Lei nº 188/2003, art. 6º, nº5.

<sup>205</sup> Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 8º.

Estatuto SPA	Estatuto EPE
Coordenar a actividade do conselho de administração e dirigir as respectivas reuniões.	Coordenar a actividade do conselho de administração e dirigir as respectivas reuniões.
Garantir a correcta execução das deliberações do CA.	Garantir a correcta execução das deliberações do CA.
Representar o hospital em juízo e fora dele.	Representar o hospital em juízo e fora dele e em convenção arbitral, podendo designar mandatários para o efeito constituídos.
	Submeter a aprovação ou a autorização dos membros do Governo competentes os actos que delas careçam.
	Exercer as competências que lhe sejam delegadas.

**Quadro 65** — Competências do Presidente do CA.

Por seu turno, as competências do director clínico e do enfermeiro director são as mesmas. No hospital SPA compete, em termos gerais, ao director clínico<sup>206</sup> coordenar toda a assistência prestada aos doentes, assegurar o funcionamento harmónico dos serviços de assistência, e garantir a correcção e prontidão dos cuidados de saúde prestados. Por seu turno, ao enfermeiro director<sup>207</sup> compete, em termos gerais, a coordenação técnica da actividade de enfermagem do hospital, velando pela sua qualidade. Ambos respondem perante o CA pela qualidade da assistência prestada, dentro das regras da boa prática e da melhor gestão de recursos e podem ser coadjuvados, no exercício das suas funções, por um a três adjuntos, consoante o que for fixado no regulamento interno do hospital, por si livremente escolhidos.

No hospital EPE ao director clínico<sup>208</sup> compete, em termos gerais, a direcção de produção clínica do hospital, que compreende a coordenação da assistência prestada aos doentes e a qualidade, correcção e prontidão dos cuidados de saúde prestados. Ao enfermeiro director<sup>209</sup> compete, em termos gerais, a coordenação técnica da actividade de enfermagem do hospital, velando pela sua qualidade.

### **Duração do mandato, exoneração e dissolução**

A duração do mandato é similar nos dois casos. Contudo, enquanto o estatuto do hospital SPA prevê a exoneração dos membros do CA o estatuto do hospital EPE

<sup>206</sup> Decreto-Lei n.º 188/2003, art. 12.º.

<sup>207</sup> Decreto-Lei n.º 188/2003, art. 13.º.

<sup>208</sup> Decreto-Lei n.º 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 9.º.

<sup>209</sup> Decreto-Lei n.º 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 10.º.

prevê a dissolução do CA.

Nos hospitais SPA os membros do CA são nomeados em comissão de serviço por três anos<sup>210</sup>. Os membros do CA podem ser livremente exonerados<sup>211</sup> com fundamento em mera conveniência de serviço, em falta de observância da lei ou dos regulamentos, ou na violação grave dos deveres de gestor. No primeiro caso existe lugar a indemnização de valor correspondente aos ordenados vincendos até ao termo do mandato, mas nunca superior ao vencimento anual, ao qual será deduzido o montante do vencimento do lugar de origem que os respectivos membros tenham direito a reocupar. A exoneração fundamentada nos últimos casos é precedida de audição do interessado, mas sem dependência de qualquer processo e sem que haja lugar a indemnização.

Nos hospitais EPE o mandato dos membros do CA tem a duração de três anos, podendo ser renovado por iguais períodos, permanecendo aqueles no exercício das suas funções até efectiva substituição<sup>212</sup>. O CA pode ser dissolvido<sup>213</sup> pelos Ministros das Finanças e da Saúde quando exista desvio substancial entre os orçamentos e a respectiva execução e/ou deterioração dos resultados da actividade, incluindo a qualidade dos serviços prestados. Não haverá lugar a dissolução nos casos em que o CA tenha tomado todas as medidas adequadas para evitar a verificação dos factos referidos.

### **5.6.3.3. Mecanismos de controlo interno e monitorização**

Conforme já mencionado os mecanismos de controlo e monitorização interna, através do Fiscal Único e do Auditor Interno, aparecem reforçados no estatuto SPA e no estatuto EPE relativamente ao passado.

Nos hospitais SPA com mais de 200 camas haverá lugar a um Fiscal Único, preferencialmente um Revisor Oficial de Contas (ROC), que se rege pelas disposições legais respeitantes ao exercício da actividade de ROC, e cujo funcionamento e competências são definidas pelo regulamento interno do hospital<sup>214</sup>. Nos hospitais EPE,

---

<sup>210</sup> Decreto-Lei n.º 188/2003, art. 5.º, n.º 1.

<sup>211</sup> Decreto-Lei n.º 188/2003, art. 9.º.

<sup>212</sup> Decreto-Lei n.º 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 6.º, n.º 4.

<sup>213</sup> Decreto-Lei n.º 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 14.º.

<sup>214</sup> Decreto-Lei n.º 188/2003, Capítulo II, Subsecção II, art. 14.º.

o Fiscal Único<sup>215</sup> é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial, sendo nomeado por despacho do Ministro das Finanças obrigatoriamente de entre ROC ou sociedades ROC.

Ao contrário do que acontece nos hospitais SPA o estatuto EPE define as suas competências<sup>216</sup>. O Quadro 66 apresenta as competências do Fiscal Único nos hospitais EPE.

- 
- Verificar a regularidade dos livros, registos contabilísticos e documentos que lhe servem de suporte;
  - Dar parecer sobre o relatório de gestão do exercício e certificar as contas;
  - Acompanhar com regularidade a gestão através de balancetes e mapas demonstrativos da execução orçamental;
  - Manter o conselho de administração informado sobre os resultados das verificações e dos exames a que proceda;
  - Propor a realização de auditorias externas, quando tal se mostre necessário ou conveniente;
  - Pronunciar-se sobre qualquer outro assunto em matéria de gestão económica e financeira que seja submetido à sua consideração pelo conselho de administração;
  - Dar parecer sobre a aquisição, arrendamento, alienação e oneração de bens imóveis;
  - Dar parecer sobre a realização de investimentos e a contracção de empréstimos;
  - Elaborar relatórios da sua acção fiscalizadora, incluindo um relatório anual global;
  - Pronunciar-se sobre assuntos que lhe sejam submetidos pelo conselho de administração, pelo Tribunal de Contas e pelas entidades que integram o controlo estratégico do sistema de controlo interno da administração financeira do Estado;
  - Verificar se os critérios valorimétricos adoptados pelo hospital conduzem a uma correcta avaliação do património e dos resultados.
- 

#### **Quadro 66 — Competências do Fiscal Único no estatuto EPE**

O Quadro 67 apresenta os principais objectivos do sistema de controlo interno.

- 
- Assegurar a função de auditoria nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático, ambiental e da segurança e qualidade;
  - Assegurar o desenvolvimento das acções de auditoria solicitadas pelos órgãos de administração;
  - Fornecer ao CA e aos gestores operacionais análises e recomendações sobre as actividades revistas para potenciar a melhoria do desempenho dos serviços;
  - Apoiar os órgãos de administração e gestão no cumprimento da sua missão;
  - Propor ao CA a realização de auditorias por entidades terceiras.
- 

#### **Quadro 67 — Objectivos do sistema de controlo interno no estatuto SPA**

Os hospitais SPA com mais de 500 camas devem possuir um serviço de auditoria interna<sup>217</sup>, com o objectivo de promover a manutenção de um sistema de controlo interno eficaz, dirigido por um auditor com a devida qualificação, nomeado

<sup>215</sup> Decreto-Lei n.º 233/2005, Anexo II – Estatutos, art. 15.º.

<sup>216</sup> Decreto-Lei n.º 233/2005, Anexo II – Estatutos, art. 16.º.

<sup>217</sup> Decreto-Lei n.º 188/2003, Capítulo II, Subsecção IV, art. 15.º.

pelos Ministros da Finanças e da Saúde. Os hospitais com menor dimensão poderão igualmente possuir um auditor se o Ministro da Saúde assim o entender. O auditor reporta ao presidente do CA tendo acesso livre a registos, computadores, instalações e pessoal do hospital, com excepção do acesso aos registos clínicos individuais dos utentes.

Os hospitais EPE devem possuir um auditor interno<sup>218</sup> com a devida qualificação, designado pelo CA a quem compete proceder ao controlo interno nos domínios contabilístico, financeiro, operacional, informático e de recursos humanos. Tal como no estatuto SPA o Auditor Interno reporta ao CA e tem acesso livre a registos, computadores, instalações e pessoal do hospital, com excepção do acesso aos registos clínicos individuais dos utentes.

#### **5.6.3.4. Envolvimento do corpo médico**

Qualquer um dos estatutos dos hospitais públicos atribui grande importância ao corpo médico do hospital, quer através da sua integração no CA, quer através dos directores de departamentos e dos directores de serviço, quer através dos órgãos de apoio técnico.

Os hospitais SPA integram como membro não executivo do CA o director clínico que é nomeado<sup>219</sup> de entre médicos da carreira hospitalar que trabalhem no SNS de reconhecido mérito, experiência profissional e perfil adequado. Nos hospitais EPE o director clínico é um membro executivo nomeado<sup>220</sup> de entre individualidades de reconhecido mérito e perfil adequado. As competências definidas para cada um deles, que são praticamente as mesmas, atribuem-lhe um elevado grau de participação na governação do hospital, nomeadamente na vertente técnica.

Por seu turno, as competências definidas, quer ao nível do director de serviço e do director de departamento ao nível dos serviços de acção médica, antevêm também uma elevada participação dos médicos nos níveis intermédios da gestão nos hospitais SPA e nos hospitais EPE.

---

<sup>218</sup> Decreto-Lei n.º 233/2005, Anexo II – Estatutos, art. 17.º.

<sup>219</sup> Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto de 2003, art. 12.º.

<sup>220</sup> Decreto-Lei n.º 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 6.º, n.º2.

Por último a existência dos órgãos de apoio técnico, nas quais participam médicos, nomeadamente as comissões de ética, de humanização e qualidade dos serviços, de controlo da infecção hospitalar, e de farmácia e terapêutica, com carácter consultivo que têm por função colaborar, por sua iniciativa ou a pedido, com o CA nas matérias da sua competência conferem também uma elevada participação.

### 5.6.3.5. Envolvimento dos interessados

Relativamente ao envolvimento dos interessados, o Conselho Consultivo possui esse papel de ligação competindo-lhe, em ambos os estatutos, SPA e EPE, apreciar os planos de actividade e financeiros bem como os relatórios e as contas, apreciar todas as informações que tiver por necessárias para o acompanhamento da actividade do hospital, e emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis<sup>221</sup>.

O Conselho Consultivo serve claramente de ligação os diversos interessados do hospital, nomeadamente os grupos profissionais que integram o hospital, os representantes da autarquia, a ARS, voluntariado, e os utentes. O Quadro 68 apresenta a composição para cada um dos estatutos.

SPA <sup>222</sup>	EPE <sup>223</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• O presidente e dois vogais designados pelo Ministro da Saúde;</li> <li>• Três vogais designados pelas assembleias municipais dos municípios com maior número de utentes do hospital no triénio imediatamente anterior;</li> <li>• Um representante de cada um dos seguintes grupos profissionais: médico, técnico superior de saúde, de enfermagem, técnico de diagnóstico e terapêutica, técnico superior, pessoal técnico, assistentes administrativos e auxiliares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uma personalidade de reconhecido mérito nomeada pelo Ministro da Saúde, que preside;</li> <li>• Um representante do município da sede do hospital ou, no caso dos centros hospitalares, de cada município onde se encontrem situados os respectivos estabelecimentos;</li> <li>• Um representante da respectiva administração regional de saúde;</li> <li>• Um representante dos utentes, designado pela respectiva associação ou por equivalente estrutura de representação;</li> <li>• Um representante eleito pelos trabalhadores do hospital;</li> <li>• Um representante dos prestadores de trabalho voluntário no hospital, entre estes eleito, quando existam;</li> <li>• Dois elementos, escolhidos pelo CA do hospital, que sejam profissionais de saúde sem vínculo ao mesmo.</li> </ul>

**Quadro 68** — Composição do Conselho Consultivo

<sup>221</sup> Decreto-Lei nº 188/2003, art. 17º e Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção IV, art. 19º.

<sup>222</sup> Decreto-Lei nº 188/2003, art. 18º.

<sup>223</sup> Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, art. 16º.

## 5.6.4. Falta de evidência sobre a governação hospitalar

Os estudos efectuados sobre a realidade hospitalar focam sobretudo reflexões sobre o hospital, questões associadas ao estatuto e natureza do hospital, auditorias e avaliações diversas sobretudo relacionadas com o desempenho. O Quadro 69 apresenta as principais referências relacionadas com esta temática onde predominam as auditorias e avaliações relativamente a diferentes modelos como as experiências inovadoras de gestão (caso do Hospital Fernando da Fonseca, do Hospital de São Sebastião e da Unidade Local de Saúde de Matosinhos) ou a empresarialização (primeiro com os hospitais SA e depois com os hospitais EPE).

Reflexão sobre o hospital	
Relatório final do grupo de trabalho sobre o estatuto jurídico do hospital	(Ministério da Saúde, 1997)
Conselho de Reflexão sobre a Saúde	(CRES, 1998)
O hospital português	(Ministério da Saúde, 1999)
Auditorias e avaliações	
Hospital de São Sebastião (Feira), Hospital Distrital de Santarém, Hospital Nossa Senhora do Rosário	(Tribunal de Contas, 2003c, d, b, a)
Avaliação comparada do Hospital Fernando da Fonseca e do Hospital Garcia da Orta	(INA, 1999)
PAUS – Projecto de Avaliação de Unidades de Saúde: Hospital Fernando da Fonseca (Amadora), Hospital de São Sebastião (Feira) e Unidade Local de Saúde de Matosinhos	(INA, 2002)
Avaliação da eficiência e da qualidade em hospitais EPE e SA	(Giraldes et al., 2005)
Avaliação do desempenho dos hospitais SA	(Costa e Lopes, 2005)
Resultados da Avaliação dos Hospitais SA	(CAHSA, 2005b, a)
Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais do SEE no período 2001-2004, com a apresentação análises específicas para o Hospital Distrital de Santarém EPE, Hospital Nossa Senhora do Rosário-Barreiro EPE e Hospital de São Sebastião EPE	(Tribunal de Contas, 2006e, d, a, b, c)
Relatório de Acompanhamento da Situação Económico Financeira do SNS 2006	(Tribunal de Contas, 2007)

**Quadro 69** — Relação de estudos sobre o hospital português e a empresarialização

Nestes estudos ressaltam a preocupação com o modelo de gestão, o respectivo estatuto jurídico, o desempenho e, quando muito, com recomendações para a política hospitalar do SNS. A título de exemplo podemos salientar:

- O Relatório Final do Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital (GTSEJH) identifica vários constrangimentos internos do hospital



e estabelece uma relação directa entre o estatuto jurídico do hospital e os constrangimentos identificados e, conseqüentemente, das ineficiências existentes apontando para a necessidade de aumentar a autonomia de decisão e a conseqüente responsabilidade através de um estatuto jurídico diferente sujeito a um conjunto de princípios (Ministério da Saúde, 1997);

- O Conselho de Reflexão sobre a Saúde (CRES) considera que os problemas de gestão dos hospitais públicos advêm da envolvente externa e da envolvente interna reconhecendo contudo que o hospital português se tem vindo a modernizar em termos de estruturas físicas, equipamentos, na ampliação e qualificação dos quadros, e a centrar a sua actividade na sua principal função de prestar cuidados diferenciados (CRES, 1998);
- O Projecto de Avaliação de Unidades de Saúde (PAUS)<sup>224</sup> compreendia a realização de quatro estudos sobre três experiências de quase empresarialização<sup>225</sup>: uma avaliação de cada uma das unidades e uma avaliação comparada das três unidades de saúde (INA, 2002). Os estudos pretendiam, através da análise do modelo de gestão de cada instituição, identificar os constrangimentos e as potencialidades passíveis de poderem vir a ser replicadas noutros hospitais do SNS;
- A Comissão de Avaliação dos Hospitais Sociedades Anónimas (CAHSA)<sup>226</sup> foi criada para proceder à avaliação das experiências dos hospitais que foram convertidas em sociedades anónimas. Assumia como principais os seguintes objectivos: proceder à avaliação global externa dos hospitais do SNS que foram convertidos em sociedades anónimas, designadamente no que respeita à sua eficiência, ao desempenho financeiro e à evolução de indicadores de qualidade; sistematizar informação sobre a respectiva produção, a situação financeira e os recursos existentes; comparar o seu

---

<sup>224</sup> Apesar da sua importância este estudo nunca viu a luz do dia em termos de divulgação pública. Foi solicitado pelo Ministério da Saúde ao Instituto Nacional de Administração (INA) que por sua vez constituiu uma equipa formada por cinco especialistas, na qualidade de consultores permanentes que, por sua vez, agregaram um conjunto de consultores temporários. A sua entrega coincidiu com o final de mandato do XIV Governo (PS) e a entrada do XV Governo (PPD/PSD e CDS/PP). Com este último foi iniciada em 2002 a empresarialização com a criação de 31 Hospitais SA.

<sup>225</sup> O Hospital Fernando da Fonseca na Amadora (concessão da gestão do hospital público a privados através de contrato de gestão, em 1995), o Hospital de São Sebastião na Feira (gestão pública utilizando regras do direito privado em diversas áreas, em 1996), e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (modelo de organização dos serviços prestadores de cuidados primários e hospitalares com gestão pública utilizando regras do direito privado, em 1999).

<sup>226</sup> Resolução do Conselho de Ministros n.º 85/2005

desempenho com o dos hospitais sujeitos a diferentes estatutos e definir recomendações para a política hospitalar do SNS (OPSS, 2006).

Embora não directamente relacionado com a governação hospitalar, mas que a influencia, ressalta um problema grave que constitui uma das características do contexto de governação em Portugal. Quer o estudo PAUS que o estudo da CAHSA procuravam criar evidência para eventuais decisões políticas futuras. No caso do primeiro (PAUS), a identificação dos constrangimentos e das potencialidades passíveis de poderem vir a ser replicadas noutros hospitais do SNS foram “esquecidas” com o início do processo de empresarialização em 2002. No caso do segundo (CAHSA), convém recordar que a CAHSA foi criada para criar evidência para uma eventual decisão de transformação dos hospitais SA em EPE mas que esta transformação ocorreu antes da entrega<sup>227</sup> das conclusões finais não chegando sequer a existir um relatório final conhecido.

Tal comportamento sugere uma instrumentalização da ciência ao jogo político mais do que uma verdadeira preocupação pela evidência para suportar decisões futuras. Esta postura não é inédita. Já em 1995, Gonçalves referindo-se ao caso da BSE (doença das vacas loucas) afirmava que a manipulação da ciência pelo poder é tanto mais fácil quanto mais frágil é a posição da ciência e dos cientistas parecendo este caso revelar que, em Portugal, a autoridade política tende a ganhar no confronto com a autoridade científica (Gonçalves, 1995).

Infelizmente a evidência recolhida dos restantes casos (as gravuras de Foz Côa, a incineradora de lixos em Estarreja e, mais recentemente, a co-incineração e toda a problemática que envolveu a Comissão Científica Independente), parecem mostrar a inadaptação das estruturas e mecanismos institucionais existentes para apreciar e tomar decisões sobre problemas ou matérias que comportam um dimensão científica (e que como tal requerem a audição dos cientistas, a apresentação de estudos e de pareceres) e que envolvem interesses económicos, sociais ou mesmo culturais contraditórios.

---

<sup>227</sup> A apresentação oficial do estudo da CAHSA data de 8 de Dezembro de 2005. No entanto, não esperando pela sua conclusão o Governo, através do Decreto-lei nº 93/2005, de 7 de Junho, formaliza a transformação dos então 31 hospitais SA em EPE e, em 29 de Dezembro, o Decreto-lei nº 233/2005 concretiza essa transformação aprovando o seu regime jurídico e os seus estatutos (OPSS, 2006).

## 5.7. Conclusão

O conceito de governação é facilmente associado com atributos como a responsabilidade/prestação de contas, transparência e participação entre outros. No entanto, quando se trata de uma definição, a governação transforma-se num conceito bastante complexo e versátil conforme se pode avaliar pelos seus múltiplos campos de aplicação para onde é adoptada e adaptada. Um desses campos é o da governação hospitalar.

A governação hospitalar pode ser definida como o conjunto de estruturas e processos que definem a orientação estratégica para o hospital, e o meio pelo qual os recursos estão organizados e distribuídos para atingir as orientações estratégicas. A governação hospitalar diz respeito ao conjunto complexo de verificações e equilíbrios (sistema de pesos e contrapesos) que determinam a tomada de decisão dos órgãos de governo do hospital. É o processo de conduzir o funcionamento global e o desempenho efectivo de um hospital, através da definição da sua missão, da fixação de objectivos e do suporte e monitorização da sua realização a nível operacional.

Contudo, o hospital é uma organização extraordinariamente complicada representando a forma mais complexa de organização humana que alguma vez se tentou gerir. O hospital acaba por não ser uma organização mas quatro organizações distintas onde para além de ser necessário equilibrar estes diferentes elementos (curar, cuidar, comunidade, controlo) e os problemas organizacionais, é necessário ter em conta a resposta às necessidades em saúde da comunidade servida e, simultaneamente, as restrições orçamentais que condicionam a actividade do hospital. A confluência de profissões (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, administradores, etc.) e de outros interessados (doentes, governo, etc.) muitas vezes com interesses, perspectivas e horizontes temporais, aparentemente incompatíveis contribui também para a sua complexidade.

A forma específica da sua propriedade (públicos), a ausência do princípio de maximização do lucro, a substituição de accionistas por interessados com objectivos distintos e muitas vezes conflituantes, a menor transparência e a maior dificuldade em avaliar os resultados das suas transacções fruto da sua complexidade, o lócus dos processos de tomada de decisão em si mesmo mais difuso do que na maioria das

organizações e a existência de vários modelos de governação empresarial constituem diferenças que não permitem a adopção directa dos princípios e dos códigos de boa governação empresarial sem ajustamentos específicos.

Contudo, apesar destas diferenças, o enquadramento da governação empresarial, nomeadamente no que se refere ao sistema de controlos e verificações (de pesos e contrapesos) e aos princípios de transparência e prestação de contas, deve ser adoptado e adaptado aos hospitais. Se, a governação empresarial existe para encorajar o uso eficiente dos recursos e para igualmente exigir responsabilização pela salvaguarda desses recursos então os seus enquadramentos de referência são importantes para os hospitais (como organização), para o Estado (no seu papel de financiador e de definição das políticas de saúde) e para o público em geral (na resposta às suas necessidades e a garantia de prestação de contas e transparência na utilização de bens públicos).

Portugal possui um contexto de governação hospitalar que sofre das limitações do contexto geral de governação caracterizado por baixos níveis de eficácia e transparência da governação, por um baixo nível educativo da população, e por uma baixa percepção do nível e qualidade do conhecimento nas mudanças organizacionais e culturais quando comparado com os restantes países da União Europeia. Contudo, nos últimos dados têm sido dados passos relacionados com a empresarialização em curso dos hospitais públicos, a recuperação da contratualização e a adopção de práticas de bom governo no SEE que constituem bases importantes de alavancagem para a promoção da governação hospitalar e dos princípios da boa governação nos hospitais públicos.

No entanto, apesar dos estudos existentes sobre a realidade hospitalar, que focam sobretudo reflexões sobre o hospital, questões associadas ao estatuto e natureza do hospital, auditorias e avaliações diversas relacionadas com o desempenho, falta evidência sobre a governação hospitalar no que se refere às suas determinantes, aos seus processos e práticas bem como a interacção destas com o desempenho dos hospitais.

## **Parte empírica**

Apresenta a proposta conceptual de análise da governação hospitalar e incluiu a metodologia e o resumo dos resultados obtidos com o painel de peritos relativamente às determinantes, às práticas e às opiniões.



# 6. Metodologia

---

## 6.1. Introdução

Em Portugal, ao contrário do que acontece em alguns países, não existem estudos sobre questões associadas à governação hospitalar e às respectivas práticas de governação. Os estudos efectuados sobre a realidade hospitalar em Portugal abrangem sobretudo reflexões sobre o hospital, questões do estatuto jurídico e natureza do hospital, auditorias e avaliações diversas, nomeadamente de desempenho. Nestes estudos ressaltam a preocupação com o modelo de gestão, o respectivo estatuto jurídico, o desempenho e com recomendações para a política hospitalar do SNS.

A motivação para este trabalho de tese está relacionada com esta realidade relativamente a outros países — nomeadamente EUA, Nova Zelândia, Austrália e Bélgica. O trabalho desenvolvido pretende suprimir esta lacuna de investigação propondo uma abordagem conceptual e metodológica que permita estudar, explorar e caracterizar *as determinantes e as práticas de governação nos hospitais públicos portugueses*. O objectivo desta secção é apresentar a metodologia utilizada para esse fim.

Assim, começaremos por apresentar uma proposta conceptual para analisar a governação hospitalar nos hospitais públicos portugueses e que focará o modelo conceptual (6.2) e o instrumento de recolha de dados propostos (6.3). Depois, para demonstrar que a metodologia e a ferramenta são exequíveis focaremos a escolha da amostra dos hospitais e o procedimento das entrevistas (6.4), e a composição e caracterização do painel de peritos (6.5).

## 6.2. Modelo conceptual de análise

Para a construção da proposta de análise da governação hospitalar em Portugal foi considerada a literatura de investigação empírica existente sobre a governação hospitalar, apesar de como dito anteriormente, as referências serem ainda

muito poucas pelas razões já apontadas<sup>228</sup>. A evidência analisada orientou a metodologia de análise, a elaboração do questionário e a estruturação final da entrevista. O Quadro 70 apresenta os casos mais importantes considerados, os objectivos associados, os instrumentos utilizados e a razão da escolha dos mesmos.

Objectivos	Instrumentos	Escolha
<b>HGE</b> (Eeckloo et al., 2006, Eeckloo et al., 2007, HGE, 2007)		
Efectuar o levantamento das práticas de governação em diversos países europeus e o seu possível impacto no desempenho hospitalar.	Questionário aos gestores executivos (CEO) de diversos hospitais em cada país.	Portugal participou no estudo através do CEISUC.
<b>Bélgica</b> (Eeckloo et al., 2004)		
Caracterizar a prática de governação hospitalar dos hospitais belgas.	Questionário a uma amostra representativa dos hospitais belgas.	Realidade europeia. Metodologia utilizada.
<b>Nova Zelândia</b> (Barnett et al., 2000, Hornblow e Barnett, 2000, Perkins et al., 2000, Barnett et al., 2001)		
Avaliar as políticas de reforma efectuadas entre 1989-1998 com a passagem de um modelo de governação burocrático, para um modelo de governação empresarial, e para um modelo ligeiramente mais comercial.	Questionários aos directores do hospital Entrevistas ao Presidente de cada um dos CA Entrevistas com informadores chave Dados de desempenho e de outros relatórios	Sofreu um processo de reforma em termos empresariais com muitas similaridades ao caso português, embora mais vincado em termos comerciais.
<b>Austrália</b> (Victorian Public Hospital Governance Reform Panel, 2003, Metropolitan Public Health Services, 2007)		
Assegurar uma governação forte e prestação de contas/responsabilização dos CA para o desempenho.	Preocupações com questões relacionadas com a selecção, a integração e formação, a avaliação, as comissões e a remuneração dos CA.	Boas práticas para a efectividade dos CA.
<b>EUA</b> (Margolin et al., 2006)		
Proporcionar o estado da arte da governação hospitalar.	Questionários a vários gestores executivos (CEO) e presidentes do CA ( <i>board chair</i> ).	Modelo de governação adoptado

**Quadro 70** — Casos analisados, objectivos associados e principais instrumentos utilizados

Na nossa análise adoptámos, à semelhança do que foi feito nos estudos da Nova Zelândia (Barnett et al., 2000, 2001), uma perspectiva abrangente do hospital baseada num modelo que reflecte e confronta os vários interesses dos seus principais interessados. O Quadro 71 define 3 níveis diferentes de interesses (público, organizacional e profissional), identifica os principais grupos de interessados e os

<sup>228</sup> Ver a secção sobre Governação hospitalar, nomeadamente o ponto dedicado à evidência empírica.



interesses essenciais para cada um. Esta aproximação é aquela que melhor se coaduna com a definição mais lata de governação em termos organizacionais relativamente ao hospital.

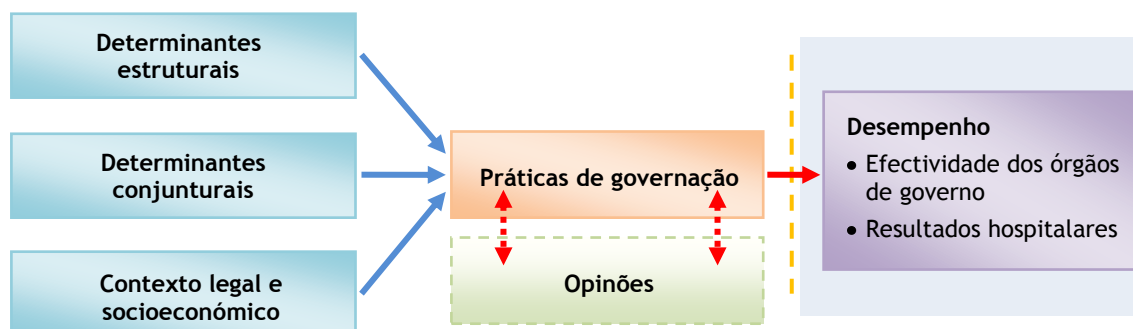
	Grupos de interessados	Interesses
Público	<b>Saúde da comunidade</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interesses da saúde da comunidade (cidadãos).</li> <li>• Governo como responsável pela definição das políticas de saúde públicas.</li> </ul>	Equidade, acessibilidade, qualidade dos serviços prestados, serve as necessidades da comunidade e é prestadora de contas/responsabilização.
Organizacional	<b>Quadros da administração</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Governo como dono dos activos.</li> <li>• Conselhos de Administração e gestores com responsabilidade perante o accionista.</li> </ul>	Atingir as expectativas de desempenho do accionista (Governo).  Liberdade para realizar o seu trabalho e tomar as decisões de gestão organizacional mais apropriadas.
Profissional	<b>Profissionais de saúde</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos.</li> <li>• Enfermeiros.</li> <li>• Outros.</li> </ul>	Proporcionar um serviço de qualidade, manter um nível elevado de autonomia em decisões clínicas e outras decisões.

**Quadro 71** — Modelo dos interessados da Nova Zelândia adaptado a Portugal

Em primeiro lugar, porque envolve múltiplos actores que articulam os seus interesses, que influenciam a forma como as decisões são tomadas, que estabelecem quem são os agentes de decisão e, por fim, que decisões são tomadas. Em segundo lugar, porque a governação em termos organizacionais surge como uma interface com os interessados representando a origem das decisões estratégicas que moldam a organização e o seu trabalho, e ultima a responsabilização e a prestação de contas das acções da organização. Em terceiro lugar, porque o hospital como organização pelas suas características intrínsecas, para além de instrumento das políticas de saúde e da necessária questão de autonomia em termos organizacionais, tem claramente uma importância preponderante em termos de responsabilidade social e de resposta às necessidades da comunidade onde está inserido.

Para modelo conceptual de análise adoptámos e adaptámos para a nossa proposta o modelo utilizado no estudo HGE que procurava proporcionar um melhor entendimento de como as características dos sistemas nacionais de saúde e outros determinantes socioeconómicos podem explicar as diferenças nas práticas de governação nos hospitais europeus e o seu possível impacto no desempenho hospitalar

(Eeckloo et al., 2007, HGE, 2007). A Figura 33 apresenta o modelo adoptado e as respectivas alterações efectuadas em termos de análise.



**Figura 33** — Modelo conceptual para a análise da governação hospitalar

À semelhança da abordagem feita pelo HGE, procurámos confrontar a perspectiva da governação empresarial, focada na estrutura e no funcionamento do modelo de governo do hospital, a perspectiva da teoria da organização, focada nas interacções entre os diferentes actores chave no hospital e fora dele, e a perspectiva formal ou legal que lida com as prerrogativas das diferentes formas e estatutos do hospital bem como com outros aspectos legais relacionados.

Contudo, tendo em conta as limitações existentes relacionadas com o pioneirismo do estudo, nomeadamente a falta de estudos sobre as práticas de governação hospitalar e as respectivas determinantes, foi decidido focar o âmbito deste trabalho de investigação nas determinantes da governação hospitalar e nas respectivas práticas de governação hospitalar. Para além da caracterização das determinantes e das práticas existentes, procurar-se-á estabelecer a relação entre as primeiras (estruturais, conjunturais, e legais e socioeconómicas) e as segundas.

Assim, ficam de fora neste primeiro estudo o possível impacto dessas práticas no desempenho hospitalar. Parece-nos contudo exequível que, depois de caracterizadas as determinantes e as práticas da governação hospitalar, se poderiam utilizar indicadores de desempenho financeiro e indicadores de desempenho não financeiros (actividade, eficiência e de satisfação), à semelhança da abordagem proposta pelos trabalhos da Nova Zelândia (Barnett et al., 2000, Perkins et al., 2000, Barnett et al., 2001).

De seguida apresentaremos com maior detalhe as questões relacionadas com as determinantes da governação hospitalar (6.2.1), as práticas de governação hospitalar (6.2.2), e as opiniões sobre questões relacionadas com a governação hospitalar (6.2.3).

### **6.2.1. Determinantes da governação hospitalar**

Com base na diversa literatura analisada e nos casos estudados agruparam-se as determinantes da governação hospitalar em quatro três categorias: as estruturais, as conjunturais, e as de contexto legal e sócio económico.

As determinantes de contexto representam o estado da arte do país em termos gerais de governação e as específicas de governação em saúde. As primeiras caracterizam-se tomando por base a percepção de várias organizações internacionais (Banco Mundial, Freedom House, Transparency International, etc.). As segundas estão relacionadas com os baixos níveis de eficácia e transparência da governação em Portugal quando comparado com os restantes países da União Europeia, bem como as debilidades dos ciclos políticos caracterizado pelo voluntarismo na tomada de decisões sobre a reforma da saúde e a ausência de mecanismos de avaliação, monitorização e aprendizagem (OPSS, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006).

As determinantes estruturais estão relacionadas, de uma forma geral, com as características do sistema de saúde relativamente ao papel do Estado, do modelo de financiamento, a caracterização da rede de prestação, e a interligação entre os diferentes serviços e instituições.

As determinantes conjunturais relacionam-se com os ciclos políticos englobando as orientações políticas (directivas recebidas directamente da tutela) e outras decisões políticas que definiram, directa ou indirectamente, alterações na governação do hospital. Aqui incluem-se também os problemas existentes nos hospitais em diversas áreas e que condicionam o governo destas instituições.

Por último, as determinantes legais e socioeconómicas estão relacionadas com a forma legal do hospital, a autonomia do hospital e as características do hospital e da comunidade onde este se insere.

O ponto relativo ao “Contexto das práticas de governação hospitalar em Portugal”, na secção “Governação hospitalar” permite traçar os contornos gerais do tabuleiro de jogo da governação hospitalar em Portugal, nomeadamente das determinantes estruturais, algumas das determinantes conjunturais, e das determinantes legais e socioeconómicas existentes em Portugal. Permite também caracterizar as determinantes de contexto, fornecendo um enquadramento preciso sobre grande parte dos condicionalismos associados à governação hospitalar.

No entanto, torna-se necessário conhecer e compreender com mais rigor algumas das determinantes que afectam a governação do hospital e a actuação dos CA quando tentam conciliar o duplo papel do hospital em termos de instrumento de política de saúde e como objecto de autonomia hospitalar. Aqui incluem-se as orientações recebidas da tutela (6.2.1.1), as dificuldades encontradas no hospital (6.2.1.2) e o impacto de decisões políticas passadas (6.2.1.3) bem como a identificação de um conjunto de problemas que possam afectar a governação hospitalar (6.2.1.4). Portanto é sobre esta lista de determinantes que o estudo incidirá.

### **6.2.1.1. As orientações, recomendações e directivas da tutela**

Os hospitais SPA são pessoas colectivas públicas dotadas de personalidade jurídica, de autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial, cuja capacidade jurídica abrange a universalidade dos direitos e obrigações necessários à prossecução dos seus fins<sup>229</sup>. Por seu turno os hospitais EPE são pessoas colectivas de direito público de natureza empresarial dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial<sup>230</sup>.

Autonomia, embora mais limitada no caso dos hospitais SPA, que não evita que o Ministro da Saúde exerça um conjunto de poderes sobre os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde e na parte das áreas e actividade, centros e serviços nela integrados<sup>231</sup> onde se destacam a definição das normas e dos critérios de actuação hospitalar, bem como a fixação de directrizes a que devem obedecer os planos

---

<sup>229</sup> Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 Agosto de 2003, art. 2.º.

<sup>230</sup> Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro de 2005, art. 5.º.

<sup>231</sup> Decreto-Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro de 2002, Anexo, art. 6.º.

e os programas de acção, bem como a avaliação da qualidade dos resultados obtidos nos cuidados prestados à população.

No caso dos hospitais EPE a autonomia do hospital está sujeita à superintendência do Ministro da Saúde<sup>232</sup> destacando-se: as orientações, recomendações e directivas para a prossecução das atribuições dos hospitais EPE, designadamente nos seus aspectos transversais comuns; determinar os aumentos e reduções do capital estatutário; autorizar a contracção de empréstimos de valor igual ou superior a 10% do capital estatutário; autorizar cedências de exploração de serviços hospitalares bem como a constituição de associações com outras entidades públicas; autorizar a participação dos hospitais EPE em sociedades anónimas que tenham por objecto a prestação de cuidados; e autorizar os demais actos que necessitem de aprovação tutelar de acordo com a legislação aplicável.

Daqui resulta que as orientações, recomendações e directivas recebidas da tutela podem influenciar, de forma positiva ou negativa, directamente a governação do hospitalar uma vez que limitam de alguma forma a autonomia administrativa, financeira e patrimonial do hospital reconhecida pelos respectivos estatutos. Desta forma é importante identificar que tipo de orientações, recomendações e directivas foram recebidas pela tutela e qual a sua influência na governação do hospital.

#### **6.2.1.2. Dificuldades encontradas**

Os hospitais são organizações complexas, que concentram recursos muito variados e sofisticados, cuja actividade tem um impacto económico significativo. O CA ao tomar posse tem que lidar simultaneamente com um conjunto de factores endógenos relacionados com constrangimentos internos do hospital e com um conjunto de factores exógenos relacionados com o ambiente externo ao hospital.

O Relatório Final do Grupo de Trabalho sobre o Estatuto Jurídico do Hospital (GTSEJH) identifica como constrangimentos internos do hospital a área dos recursos humanos, a área económico-financeira, as aquisições e a sua administração e organização interna (Ministério da Saúde, 1997). Este relatório estabelece uma relação

---

<sup>232</sup> Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro de 2005, art. 5º.

directa entre o estatuto jurídico do hospital e os constrangimentos identificados e, consequentemente, das ineficiências existentes.

Para além dos constrangimentos internos, o relatório identificou também no plano externo, como factor relevante de algumas das ineficiências, a situação de confusão entre a entidade que presta a maior parte dos cuidados (SNS) e a entidade que suporta maioritariamente os encargos financeiros com os cuidados prestados (o mesmo SNS). Esta mistura facilitaria equívocos e situações de desresponsabilização pelo privilégio dado às relações do tipo burocrático-administrativo fortemente hierarquizado em detrimento de relações fundadas em princípios de competição ou, pelo menos, de tipo contratual.

Na mesma linha, o CRES considera que os problemas de gestão dos hospitais públicos advêm da envolvente externa e da envolvente interna (CRES, 1998). Na envolvente externa destacam-se a insuficiência dos cuidados de saúde primários (transformando o hospital numa unidade polivalente que, de forma transversal, presta todo o tipo de cuidados: primários, secundários, terciários, de reabilitação e de evolução prolongada, etc.), o modelo de financiamento (inadequado e sujeito a flutuações significativas de acordo com o poder discricionário de quem decide), o estatuto jurídico burocrático (inadaptado face à necessidade de decisões rápidas, flexíveis, racionais e orientadas para o “cliente”), o estatuto dos recursos humanos (desincentivador, injusto e carreirista sendo a sua gestão, no essencial, externa à actividade hospitalar), a acumulação do exercício hospitalar com a actividade privada (dificultando a utilização plena das suas estruturas e dos seus equipamentos, podendo fazer aumentar as listas de espera e não permitindo a realização de economias de escala), e o empolamento dos serviços de urgência (que fazem aumentar significativamente os seus custos de exploração, de forma pouco racional e sem benefícios correspondentes).

Por seu turno, a envolvente interna considera a constituição e composição do CA (ditada simultaneamente por critérios políticos e corporativos onde a componente profissional da gestão está objectivamente desvalorizada), a direcção técnica dos serviços de acção médica (por vezes exercida por profissionais com pouca disponibilidade, sem conhecimentos suficientes de gestão e nem sempre com perfil de liderança), a estrutura produtiva pouco flexível (os serviços são geridos como territórios autónomos e por vezes rivais não permitindo a utilização flexível dos

recursos), o processo de produção de cuidados (desenvolvido segundo uma lógica voluntarista, individual e pouco uniforme, divorciada de um quadro basilar de regras de disciplina e racionalidade económica) e a ausência de mecanismos de avaliação das actividades desenvolvidas (não estando garantida de forma objectiva a qualidade dos cuidados prestados).

Na mesma linha, Delgado aponta factores externos e internos de entropia do hospital (Delgado, 1999). Os primeiros relacionados com o modelo de financiamento inadequado, com a ausência de mecanismos de concorrência, com o modelo burocrático de gestão, com a acumulação do exercício hospitalar público com a actividade privada e o peso dos serviços de urgência. Os segundos relacionados sobretudo com a coexistência de duas linhas de autoridade dentro do hospital, a formal e a técnica, e a própria composição do CA onde os elementos profissionalizados em gestão escasseavam com predominância da linha clínica.

Se esquecermos as questões ligadas com a constituição e a composição do CA e a coexistência de duas linhas de autoridade podemos questionar em que medida os constrangimentos internos identificados pelo GTSEJH, na área dos recursos humanos, na área económico-financeira, nas aquisições e na sua administração e organização interna, podem influenciar as práticas de governação.

### **6.2.1.3. Decisões políticas passadas**

Dez anos após as primeiras reflexões sobre o hospital público português (Ministério da Saúde, 1997, CRES, 1998, Delgado, 1999, Ministério da Saúde, 1999) foram ensaiadas várias experiências nos hospitais portugueses e iniciada, em 2002, a empresarialização:

- As experiências de quase empresarialização, onde se incluem a concessão da gestão do hospital público a privados através de contrato de gestão (Hospital Fernando da Fonseca, Amadora Sintra, 1995), a gestão pública utilizando regras do direito privado em diversas áreas (por exemplo o Hospital de São Sebastião, Feira, 1996), o modelo de organização dos serviços prestadores de cuidados primários e hospitalares com gestão pública utilizando regras do direito privado (por exemplo a Unidade Local

de Saúde de Matosinhos, 1999) e as tentativas de delegação de competências nas estruturas orgânicas de gestão intermédia (Centros de Responsabilidade Integrada, 1999);

- As experiências de desenvolvimento de uma cultura de contratualização e de responsabilização das unidades públicas (Agências de Contratualização, 1997); e
- A empresarialização iniciada em 2002 com a criação de 31 Hospitais SA e continuada em 2005 com a transformação dos Hospitais SA em Hospitais EPE e criação de novos hospitais EPE.

Tendo por base estas decisões políticas do passado, algumas delas podendo ser consideradas como verdadeiras reformas (nomeadamente as iniciadas em 2002 com a empresarialização), importa perceber qual o seu contributo para a governação do hospital quer em termos de autonomia quer em termos de organização interna nomeadamente no que se refere a delegação de competências na gestão intermédia, a contratualização interna e a sistema de incentivos. A importância destas questões prende-se com vários factores:

- Primeiro, com as conclusões do GTSEJH que estabelece uma relação directa entre o estatuto jurídico do hospital e os constrangimentos identificados e, consequentemente, das ineficiências existentes (Ministério da Saúde, 1997);
- Segundo, a evolução da experiência dos CRI que foi uma tentativa de reorganizar internamente o hospital prevendo contratualização interna, delegação de competências e sistema de incentivos. Embora não se tenha reafirmado o empenho no seu alargamento também não existiu a coragem política de terminar com a experiência (Barros, 2005);
- Terceiro, as ilações que apontam para o facto de apesar da empresarialização (com os SA e EPE o que mudou de facto foi a modalidade de posse, flexibilizou-se a política de aquisições e de contratação de recursos humanos, e houve algum desenvolvimento de ferramentas de informação) a generalidade dos hospitais manteve o seu desenho organizacional pouco mais que inalterado (OPSS, 2006).



Desta forma, 10 anos após as primeiras reflexões, várias experiências inovadoras de gestão, e um processo de empresarialização iniciado em 2002, importa perceber se o estatuto constituía a pedra de toque para a resolução dos constrangimentos e das ineficiências dos hospitais, ou se constituía apenas um elemento de alavancagem para a mudança tornando-se necessário uma intervenção pró-activa em outras áreas. Importa também perceber o que falhou na experiência dos CRI, nomeadamente se usarmos esta experiência como *proxy* para compreender o que aconteceu com a delegação de competências, a contratualização interna e os sistemas de incentivos.

#### **6.2.1.4. Problemas de governação**

Os hospitais são uma componente chave dos sistemas de saúde e ocupam um papel central, quer pelo seu significado quer pela sua evolução quer pelo seu papel e funções, na reforma dos sistemas de saúde. As pressões da procura (mudanças demográficas, padrões de doenças e expectativas da comunidade), as pressões da oferta (mudanças tecnológicas e de conhecimento clínico, recursos humanos) e outras de âmbito mais alargado à sociedade e à política (pressões financeiras, internacionalização dos sistemas de saúde, e mudanças globais no mercado de investigação e desenvolvimento clínico) constituem factores motores da mudança do sistema hospitalar (McKee e Healy, 2002).

Se a estes factores juntarmos os desafios associados às reformas para atacar as questões da produtividade, da eficiência, da qualidade e da responsabilidade dos utilizadores, nos sistemas de prestação pública (Harding e Preker, 2000, Preker e Harding, 2000, Harding e Preker, 2001, 2003) bem como as questões associadas à regulação (Busse et al., 2002, Saltman et al., 2002) temos um enquadramento que levanta diversos desafios à governação hospitalar.

As mudanças na constituição da administração dos hospitais, o aumento da sua escala, a passagem de organizações orientadas pela oferta e pela prestação para instituições orientadas pela procura e para os doentes, e a necessidade crescente de alinhar os objectivos e as acções dos gestores e dos profissionais prestadores de

cuidados dos hospitais são apontados como os grandes desafios à governação hospitalar (Eeckloo et al., 2004).

Desta forma, coloca-se a questão de saber quais os grandes desafios à governação hospitalar em Portugal e se estes estão de alguma forma alinhados com aquilo que é geralmente identificado ou se existem desafios específicos relacionados com a realidade nacional.

## **6.2.2. Práticas de governação hospitalar**

Nas práticas de governação hospitalar considerou-se relevante analisar a adopção de boas práticas em termos de transparência e de prestação de contas (6.2.2.1), a estrutura, funcionamento e actividades do CA (6.2.2.2), a integração dos médicos no CA e nos processos de decisão (6.2.2.3), e os instrumentos de apoio aos processos de decisão utilizados (6.2.2.4).

### **6.2.2.1. Adopção de boas práticas**

Portugal deu recentemente alguns passos na adopção de práticas de boa governação nas empresas do sector empresarial do Estado, seguindo as recomendações de alguns organismos internacionais, nomeadamente com a aprovação do novo estatuto do gestor público<sup>233</sup>, a aprovação de princípios de bom governo nas empresas do sector empresarial do Estado<sup>234</sup>, e a alteração do regime jurídico do sector empresarial do Estado e das empresas públicas para nele reflectir questões relacionadas com a governação empresarial<sup>235</sup>. Uma das consequências directas foi a criação de um sítio para a divulgação de informação relativa aos princípios de bom governo das empresas do sector empresarial do Estado<sup>236</sup>.

---

<sup>233</sup> Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março de 2007, Aprova o novo estatuto do gestor público e revoga o Decreto-Lei n.º 464/82, de 9 de Dezembro.

<sup>234</sup> Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março de 2007, Aprova os princípios de bom governo das empresas do sector empresarial do Estado.

<sup>235</sup> Decreto-Lei n.º 300/2007, de 23 de Agosto de 2007.

<sup>236</sup> Em <http://www.dgt.pt/see.htm>. Na Parte III, da Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março de 2007, relativa aos princípios relativos à divulgação de informação, na primeira parte do n.º 25 é dito que “Todas as informações que nos termos dos presentes princípios de bom governo devam ser divulgadas ao público devem estar disponíveis através de um sítio na Internet (“sítio das empresas do Estado”), a criar pela Direcção-Geral do Tesouro e Finanças, sem prejuízo do disposto na legislação aplicável às empresas integradas no sector empresarial do Estado e da divulgação em sítio da Internet da própria empresa ou de remissão para este”.

Desta forma, torna-se importante determinar até que ponto foram adoptadas essas práticas de boa governação dentro dos hospitais no sentido de uma maior transparência e prestação de contas em questões, não só relacionadas com os membros dos CA, nomeadamente conflitos de interesses, identidade e currículos, e remunerações e outros direitos, mas em aspectos mais gerais relacionados com o acesso à informação.

### 6.2.2.2. Estrutura, funcionamento e actividades do CA

Em termos de práticas é comum serem analisados diversos aspectos relacionados com a estrutura, o funcionamento e as actividades dos CA, bem como o envolvimento do corpo médico nos processos de tomada de decisão do hospital. Pela sua importância a questão da integração do corpo médico será discutida em ponto próprio.

Para o presente estudo decidiu-se analisar para cada os tópicos da estrutura, do funcionamento e das actividades os itens identificados no Quadro 72.

Estrutura	Composição	Como é composto o CA – quem são?
	Independência	Como são nomeados? Que relações se estabelecem com o accionista e com outras entidades? Relação com a gestão, existe separação de funções?
	Tamanho	Número de elementos do CA? Relação entre o tamanho e a dimensão do hospital?
	Proveniência	De onde vêm?
	Formação	Que tipo de formação possuem?
	Experiência na área	Qual a sua experiência na área?
Funcionamento	Reuniões	São apenas as formais, definidas por lei, ou existem mais, nomeadamente informais? Existe preparação prévia da agenda?
	Processo de tomada de decisão	Por maioria, por unanimidade, etc.?
	Autonomia na tomada de decisão	Qual a autonomia percebida em termos de marcação de objectivos de desempenho, planeamento estratégico, aprovisionamento, capital e recursos humanos?
Actividade	Divisão de competências	Quais as competências do CA e dos seus diferentes membros? Existe delegação de competências para os níveis intermédios de gestão?
	Actividades efectuadas	Qual a importância atribuída e o tempo despendido em diversas actividades como o planeamento estratégico, a gestão financeira; a gestão da qualidade, as relações externas e os processos mais burocráticos?

**Quadro 72** — Pontos analisados relativamente à estrutura, funcionamento e actividades do CA

Esta escolha foi orientada pelas referências associadas ao HGE (Eeckloo et al., 2006, Eeckloo et al., 2007, HGE, 2007), à Bélgica (Eeckloo et al., 2004), à Nova Zelândia (Barnett et al., 2000, Hornblow e Barnett, 2000, Perkins et al., 2000, Barnett et al., 2001), e aos EUA (Margolin et al., 2006).

### 6.2.2.3. Envolvimento do corpo médico

Relativamente ao envolvimento do corpo médico foram consideradas questões relacionadas com a integração dos médicos no CA e nos processos de decisão. As práticas analisadas estão representadas no Quadro 73.

Estrutura de consulta	Que tipo de estrutura de consulta é considerada na lei?
Integração	Que tipo de integração é feita – confrontação ou colaboração? Em que tipo de decisões?
Disseminação de informação	Acesso a fontes de informação?

**Quadro 73** — Envolvimento do corpo médico no CA e na tomada de decisão

Esta escolha foi sobretudo orientada pelas referências associadas ao HGE (Eeckloo et al., 2006, Eeckloo et al., 2007, HGE, 2007) e à Bélgica (Eeckloo et al., 2004).

### 6.2.2.4. Instrumentos de apoio aos processos de decisão

O objectivo principal das reformas organizacionais é melhorar a boa governação dos hospitais através de objectivos claros e bem delineados, da estrutura de supervisão profissionalizada, e do ambiente concorrencial (Harding e Preker, 2000, 2003). A importação das melhores práticas de gestão do sector privado e dos seus instrumentos de gestão constituem um requisito fundamental para o sucesso deste tipo de reformas NPM.

Tendo em conta o processo de empresarialização iniciado em 2002 considerou-se relevante fazer um levantamento primário dos principais instrumentos de apoio aos processos de decisão dos órgãos de governo, nomeadamente do CA. Para o efeito foram considerados os seguintes instrumentos:

- Indicadores de desempenho clínico
- Indicadores de desempenho financeiro,

- Relatório de satisfação dos doentes
- Relatório de satisfação dos profissionais de saúde
- Instrumentos de política organizacional integrada (por exemplo, *Balanced Scorecard*, CAF, EFQM, *Six Sigma*)
- Relatório de acreditação hospitalar (*King's Fund*, *Joint Comission* ou outro).

Os instrumentos escolhidos pretendem abarcar a perspectiva multi-dimensional do hospital (ver o Quadro 53), com a conseqüente responsabilidade do CA relativamente aos seus diversos interessados considerando diferentes tipos de indicadores (clínicos, financeiros e não financeiros onde se incluem a satisfação dos doentes e dos profissionais de saúde), e a “profissionalização” do CA e dos processos de decisão através da adopção de instrumentos de política organizacional integrada. O relatório de acreditação hospitalar é colocado na perspectiva de ser um instrumento útil na melhoria contínua da qualidade e de ser uma fonte fundamental de informação sobre as eventuais deficiências do hospital em determinadas áreas.

### **6.2.3. Opiniões**

Foi decidido também recolher um conjunto de opiniões sobre a avaliação geral do modelo de governação (6.2.3.1), dos acordos de desempenho e dos instrumentos de controlo (6.2.3.2), e da efectividade dos CA (6.2.3.3).

#### **6.2.3.1. Avaliação geral do modelo de governação**

Foi decidido procurar fazer uma avaliação geral dos órgãos do modelo de governação e das comissões que prestam apoio, directo ou indirecto, ao CA e ao hospital recorrendo às opiniões dos membros do CA. Para o efeito foram considerados os vários órgãos e comissões de acordo com o respectivo estatuto do hospital.

Os órgãos dos hospitais públicos, independentemente do estatuto SPA<sup>237</sup> ou EPE<sup>238</sup>, são praticamente os mesmos — CA, Fiscal Único, Conselho Consultivo e os

<sup>237</sup> Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto de 2003, regulamenta os artigos 9.º e 11.º do regime jurídico da gestão hospitalar (Hospitais SPA), aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

<sup>238</sup> Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro de 2005, transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro

órgãos de apoio técnico (comissões de Ética, Humanização e Qualidade dos Serviços, Controlo e Infecção Hospitalar, e Farmácia e Terapêutica) — e possuem na generalidade as mesmas funções.

Para os órgãos de governo dos hospitais públicos considerou-se importante a eficácia das reuniões, a actualização sobre a evolução do sistema de saúde e o impacto global no desempenho do hospital. Relativamente às comissões considerou-se importante o apoio destas aos processos de decisão, quer ao CA quer aos profissionais (médicos, enfermeiros, etc.) no dia-a-dia da prática clínica, e a sua contribuição para o desempenho global do hospital.

Considerou-se igualmente importante aprofundar a percepção do CA relativamente ao Conselho Consultivo, tendo em conta os seus objectivos em termos de modelo de governação nomeadamente o envolvimento da comunidade onde o hospital está integrado. Ambos os estatutos, SPA e EPE, conferem-lhe, entre outras competências, emitir recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis<sup>239</sup>.

O papel das comissões em termos de impacto e de funcionamento junto do hospital e dos seus profissionais foi também considerado importante para a avaliação geral do modelo de governação.

### **6.2.3.2. Acordos de desempenho e instrumentos de controlo**

A contratualização é uma prática recente em Portugal, tendo em conta os percalços sofridos em termos de percurso político, e o contrato-programa um instrumento recente e obrigatório para os hospitais públicos, quer sejam SPA quer sejam EPE. Assim, em termos de acordos de desempenho e instrumentos de controlo, considerou-se importante analisar várias questões relacionadas com o contrato-programa, nomeadamente com a sua negociação, os desafios colocados ao hospital e as suas consequências, para o hospital e para o respectivo CA, de não cumprimento.

---

Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos.

<sup>239</sup> Decreto-Lei nº 188/2003, art. 17º, alínea c) e Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção IV, art. 19º, alínea c), respectivamente.

### **6.2.3.3. Efectividade dos CA**

A efectividade dos CA está relacionada intimamente com os processos e os critérios de selecção dos seus membros, a sua integração e formação, a sua avaliação, as comissões que os suportam e a remuneração que lhes é atribuída (Victorian Public Hospital Governance Reform Panel, 2003, Metropolitan Public Health Services, 2007).

Assim, por último, foi decidido aprofundar de uma forma geral quais as percepções sobre questões relacionadas com a estrutura, o funcionamento e a actividade dos CA, a nomeação e a constituição das equipas dos CA, a estabilidade dos CA e os ciclos políticos, bem como a identificação dos principais critérios que devem presidir à nomeação dos CA e à constituição da respectiva equipa.

## **6.3. Instrumento de recolha de dados**

Tendo em conta a extensão do questionário desenvolvido e a possibilidade de taxas de resposta reduzidas decidiu-se aproveitar o questionário desenvolvido aplicando uma entrevista semi-estruturada a um painel de peritos<sup>240</sup>.

Para a elaboração do questionário foram considerados como ponto de partida e de definição das grandes áreas de análise os questionários utilizados no projecto HGE e os utilizados na Nova Zelândia (Barnett et al., 2000, 2001). Contudo, o primeiro apesar de incidir sobre as práticas de governação ao nível organizacional apresentava o inconveniente de ser muito generalista e o segundo apesar de ser mais específico apresentava o inconveniente de ser orientado para a avaliação das reformas hospitalares na perspectiva da governação empresarial com uma linguagem vincada para esta área.

Durante a aplicação do questionário do projecto HGE em Portugal, principalmente no processo de validação que contou com a participação da APAH, sentiu-se desde logo a necessidade de aprofundar alguns dos tópicos em análise, de eliminar outros que não se aplicavam ao caso português e de corrigir outros no sentido de os adaptar à realidade nacional. Contudo, a necessidade de manter um instrumento

---

<sup>240</sup> Esta decisão e os factores que a condicionaram serão abordados mais à frente (ponto 6.4 e 6.5).

coerente em todos os países levou a que apenas fossem feitos ajustamentos conceptuais e formais mantendo-se o questionário na sua essência.

Por seu turno, o questionário da Nova Zelândia, apesar de utilizar uma abordagem baseada nos interesses dos diferentes grupos de interessados (modelo dos interessados), apresentava questões específicas relacionadas com as reformas de empresarialização dos hospitais numa perspectiva de governação empresarial utilizando uma linguagem muito mais vincada em termos empresariais. São exemplo a utilização de conceitos como boas práticas de negócio, modelo de negócio, e desempenho financeiro suportado em indicadores empresariais. Para além destas questões, o objectivo do questionário era avaliar as reformas de empresarialização e não as práticas de governação hospitalar ao nível da organização.

As perguntas do questionário desenvolvido, apresentado em anexo, são agrupadas nas seguintes áreas:

- As determinantes das práticas da governação hospitalar (descritas no Quadro 74);
- As práticas de governação hospitalar (descritas no Quadro 76);
- As opiniões sobre temas relacionadas com a governação hospitalar;
- A caracterização pessoal e curricular dos entrevistados (descrita no Quadro 79);
- A caracterização do hospital (descrita no Quadro 80).

Cada uma destas áreas está dividida em secções, constituídas por perguntas abertas e fechadas, de acordo com os itens identificados no modelo teórico.

De seguida serão apresentadas com detalhe cada uma destas áreas, as respectivas secções e as perguntas associadas. Pela necessidade de integração das perguntas e acompanhamento das entrevistas optou-se, em algumas situações, por misturar as perguntas de cada de cada área. Por esta razão a numeração das perguntas não segue a lógica da sua arrumação dentro das respectivas áreas. Por exemplo, a área da caracterização pessoal e curricular inclui as perguntas 1 (logo no início do questionário) e 15 (no fim do questionário).



### 6.3.1. Determinantes da governação hospitalar

Nas determinantes da governação o questionário foca as orientações emanadas da tutela, as dificuldades encontradas no hospital, a avaliação de decisões políticas do passado e a identificação dos problemas associados à governação hospitalar. Para cada um destes tópicos foram utilizadas essencialmente perguntas abertas, com excepção do tópico dificuldades encontradas onde foram utilizadas perguntas fechadas. O Quadro 74 apresenta os pontos associados a cada tópico considerado.

Tópico	#	Descrição	Tipo
Orientações da tutela	2	Orientações emanadas da tutela que maior influência tiveram na governação hospitalar	Aberta
Dificuldades encontradas	3	3.1. Recursos humanos	Duas escalas ordinais (evolução vs actualidade)
		3.2. Económico-financeira	
		3.3. Aprovisionamento	
		3.4. Administração e organização interna	
		3.5. Comentários	Aberta
Avaliação de decisões políticas passadas	4	4.1. Preocupação com o estatuto jurídico	Aberta
		4.2. Falhanços dos CRI	
		4.3. Delegação de competências	
		4.4. Comentários sobre diversos pontos Concessão da gestão do hospital público a privados (contrato de gestão) Gestão pública utilizando regras do direito privado em diversas áreas Desenvolvimento de uma cultura de contratualização e de responsabilização das unidades públicas Modelo de organização dos serviços prestadores de cuidados primários e hospitalares com gestão pública utilizando regras do direito privado Estruturas orgânicas de gestão intermédia Empresarialização (SA e EPE)	
Problemas da governação	13	Grandes problemas associados à governação hospitalar em Portugal	Aberta

**Quadro 74** — Pontos considerados nas determinantes da governação hospitalar

#### 6.3.1.1. As orientações, recomendações e directivas da tutela

Nesta secção procura-se identificar as principais orientações, recomendações e directivas emanadas da tutela. Para tal foi incluída a seguinte pergunta aberta:

*“Das grandes orientações, recomendações e directivas emanadas do Ministério da Saúde, durante o último ano ou desde que está em funções no Conselho de Administração, indique, por favor, as que maior influência tiveram na governação do seu hospital”.*

### 6.3.1.2. Dificuldades encontradas

Nesta secção procurou-se identificar quais as principais dificuldades encontradas pelo CA quando assumiu o hospital em quatro grandes áreas de governação do hospital: recursos humanos, económico-financeira, aprovisionamento, e administração e organização interna.

Para cada uma destas áreas foram escolhidas actividades específicas e foi pedida uma avaliação bidimensional utilizando escalas ordinais entre a evolução (piorou, manteve-se, melhorou) e a avaliação da situação actual (défice, aceitável, muito bom). O Quadro 75 apresenta as actividades para cada uma das áreas seleccionadas.

Recursos humanos	Económico-financeira
Flexibilidade na contratação de recursos humanos Sistemas de incentivos e complementos de remuneração Adaptação dos recursos humanos às necessidades do hospital e à sua organização interna Formação profissional contínua de acordo com as necessidades do hospital	Instrumentos de monitorização da actividade económico-financeira do hospital Processos de facturação Processos de cobrança Capacidade de auto financiamento para investimentos de substituição Situação financeira
Aprovisionamento	Administração e organização interna
Processos de aquisição e de adjudicação (consulta aos fornecedores, abertura de concursos, exigências de fiscalização prévia, documentos para fornecedores habituais, etc.) Capacidade de negociação com os fornecedores Prazos de entrega efectiva de acordo com as necessidades do hospital Prazos médios de pagamentos a fornecedores	Ferramentas de gestão da informação das actividades clínicas, administrativas e de gestão Organização interna do hospital de acordo com as necessidades Adequação do nível de autonomia do hospital às necessidades de gestão Sistema de qualidade dos serviços e cuidados prestados

**Quadro 75** — Actividades consideradas para as principais dificuldades encontradas pelo CA

A Figura 34 apresenta um exemplo da pergunta do questionário.

3. Da lista seguinte de áreas de governação do seu hospital indique, por favor, como analisa a sua evolução, relativamente à situação existente quando foi nomeado, e apresente a sua avaliação da situação actual.

Não se esqueça que em cada linha deve sempre seleccionar duas respostas: uma para a evolução e outra para a situação actual.

Para um melhor esclarecimento do que se pretende, considere o exemplo com a seguinte afirmação e as respectivas respostas:

Económico-financeira	Nesta coluna assinala a			Nesta coluna assinala a situação		
	↓			↓		
	Evolução			Actual		
	Melhorou	Manteve-se	Piorou	Défice	Aceitável	Muito bom
Processos de facturação	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Estas respostas significam que em termos de “processos de facturação” considera que houve uma melhoria relativamente à situação existente quando foi nomeado e que actualmente a situação é aceitável.

**Figura 34** — Exemplo da pergunta para as dificuldades encontradas

Para além destes grupos de perguntas fechadas foi decidido incluir uma pergunta aberta, pedindo comentários, de modo a capturar possíveis elementos não presentes nas áreas e actividades escolhidas.

### 6.3.1.3. Decisões políticas passadas

Nesta secção procura-se obter a percepção dos entrevistados relativamente a um conjunto de decisões políticas que influenciaram, de forma directa ou indirecta, a governação dos hospitais<sup>241</sup> relacionadas com as experiências inovadoras de gestão, as experiências de contratualização e a empresarialização.

Inicialmente pensou-se pedir uma avaliação entre o impacto positivo e o impacto negativo para cada uma destas áreas em diversos itens como a satisfação do cidadão, a produção, a qualidade, a satisfação de necessidades em saúde, a autonomia da gestão nos processos de decisão, a cooperação entre serviços, a delegação de

<sup>241</sup> Para maior detalhe consultar a secção “Governação hospitalar”, nomeadamente o ponto ao contexto da governação hospitalar em Portugal.

competências de gestão aos níveis intermédios, a satisfação profissional dos profissionais, o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão e a articulação com os cuidados primários. A Figura 35 mostra um exemplo do que se pretendia inicialmente.

4. Considere agora o conjunto de decisões políticas a seguir indicadas que, directamente ou indirectamente, afectaram a governação hospitalar em Portugal desde 1995 até à actualidade.

Para cada uma delas pedimos que assinale os itens que considera terem tido um impacto positivo e os que considera terem tido um impacto negativo. Se o impacto foi positivo assinale a coluna 😊, se o impacto for negativo assinale a coluna ☹.

Para um melhor esclarecimento do que se pretende, considere o exemplo da seguinte decisão política e uma possível resposta:

<b>Empresarialização I</b>	😊	☹
Ex: Criação de 31 Hospitais SA, iniciada em 2002.		
Produção	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articulação com os cuidados primários	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Estas respostas significam que no caso da decisão de empresarialização, com a criação de 31 Hospitais SA, considera como um impacto positivo a “*produção*” e como um impacto negativo a “*articulação com os cuidados primários*”.

Tenha em conta que para cada decisão política poderá escolher mais do que um impacto positivo e mais do que um impacto negativo.

**Figura 35** — Exemplo da pergunta para a avaliação de decisões políticas do passado

Contudo no processo de validação do questionário foi dito pela maioria dos elementos pertencentes ao painel restrito de validação que este tipo de avaliação era confuso e as respostas poderiam ser ambíguas. Por outro lado, este tipo de avaliação justificava-se mais caso se pretendesse avaliar o impacto das reformas em termos de governação hospitalar ao nível de sistema do que em termos da governação hospitalar ao nível da organização.

Desta forma, considerou-se mais adequado a utilização de um conjunto de perguntas abertas que procurasse estabelecer uma relação entre o contributo das decisões políticas para a governação do hospital quer em termos de autonomia, quer em termos de organização interna nomeadamente no que se refere à delegação de competências na gestão intermédia, à contratualização interna e aos sistemas de incentivos. Para os pontos relacionados com a organização interna, a delegação de

competências, a contratualização interna e o sistema de incentivos foi utilizada como *proxy* a experiência dos CRI.

Assim foram consideradas para o efeito as seguintes perguntas abertas:

*“Na sua opinião considera que as reformas efectuadas em termos hospitalares se preocuparam mais com o estatuto jurídico, tendo esquecido a reorganização interna do hospital e a sua adaptação às novas realidades e exigências?”*

*“Na sua opinião o que é que explica o facto dos CRI, segundo dados de várias fontes, não terem sido assumidos ou implantados na maioria dos hospitais?”*

*“Na sua opinião a delegação de competências esgota-se nos CRIs ou existem formas alternativas de a fazer?”*

#### **6.3.1.4. Problemas de governação**

Nesta secção procuram-se identificar os grandes problemas, quer de sistema quer organizacionais, associados à governação hospitalar em Portugal. Para tal foi incluída a seguinte pergunta aberta:

*“Na sua opinião quais são os grandes problemas associados à governação hospitalar em Portugal?”*

#### **6.3.2. Práticas de governação hospitalar**

As práticas de governação hospitalar focaram-se na adopção de práticas de boa governação, na estrutura, funcionamento e actividades do CA, na integração do corpo médico no CA e a sua participação nos processos de decisão, e nos instrumentos de apoio aos processos de decisão. O Quadro 76 resume as principais práticas analisadas.

Tópico	#	Descrição	Tipo
Autonomia na tomada de decisão em áreas chave	5	5.1. Marcação de objectivos de desempenho 5.2. Planeamento estratégico 5.3. Aprovisionamento 5.4. Capital 5.5. Recursos humanos	Escala visual analógica
		5.6. Comentários	Aberta

Tópico	#	Descrição	Tipo
Actividades dos CA	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planeamento estratégico</li> <li>Gestão financeira</li> <li>Gestão da qualidade</li> <li>Relações externas</li> <li>Processo burocrático</li> </ul>	Duas escalas de Likert (importância vs tempo)
		6.1. Comentários	Aberta
Adopção de práticas de boa governação	7	7.1. Procedimentos legais para lidar com conflitos de interesses 7.2. Conflitos de interesses são públicos 7.3. Identidade é pública 7.4. Currículos são públicos 7.5. Remuneração e outros direitos são públicos 7.6. Acesso a fontes de informação	Escala nominal
		7.7. Comentários	Aberta
Integração dos médicos	8	8.1. Relação com o CA	Escala nominal
		8.2. Participação em geral	Escala de Likert
		8.3. Participação em algumas áreas de decisão	Escala de Likert
		8.4. Comentários	Aberta
Instrumentos de apoio aos processos de decisão	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desempenho clínico</li> <li>Desempenho financeiro</li> <li>Satisfação dos doentes</li> <li>Satisfação dos profissionais</li> <li>Reclamações do hospital</li> <li>Política organizacional</li> <li>Relatório de acreditação</li> </ul>	Escala nominal
		10.1. Comentários	Aberta

**Quadro 76** — Práticas de governação hospitalar consideradas

### 6.3.2.1. Adopção de boas práticas de governação

Nesta secção incluíram-se perguntas que focam a adopção de boas práticas de governação, no sentido de melhorar a transparência e prestação de contas/responsabilização do hospital, relacionadas com os membros do CA bem como de acesso a informação.

No primeiro ponto foram consideradas questões relacionadas com os conflitos de interesse, a identidade e currículos, bem como a remuneração e outros direitos dos membros do CA. As perguntas consideradas são:

*“No seu entender existem procedimentos legais que lidem com questões de conflitos de interesses dos membros dos Conselhos de Administração?”*

*“Os eventuais conflitos de interesses dos membros dos Conselhos de Administração são públicos?”*

*“A identidade dos membros dos órgãos de governo do hospital é pública?”*

*“Os currículos dos membros dos órgãos de governo do hospital são públicos?”*

*“A remuneração (variável e fixa) e outros direitos (seguros de saúde, utilização de viatura e outros benefícios) dos membros dos órgãos de governo do hospital são públicos?”*

A resposta a cada uma pergunta é fechada tendo sido consideradas as seguintes possibilidades de resposta: sim; sim, e não deviam existir; não; não, e deviam existir. A Figura 36 mostra um exemplo desta pergunta utilizada no questionário.

7. Adopção de práticas de boa governação
7.1 No seu entender existem procedimentos legais que lidem com questões de conflitos de interesses dos membros dos Conselhos de Administração?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Sim, e não deviam existir <input type="checkbox"/> Não, e deviam existir
7.2 Os eventuais conflitos de interesses dos membros dos Conselhos de Administração são públicos?
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Sim, e não deviam ser <input type="checkbox"/> Não, e deviam ser

**Figura 36** — Exemplo da pergunta relacionada com a adopção de boas práticas relativas ao CA

No ponto relativo ao acesso às fontes de informação é pedido para ser indicado quem tem acesso a um conjunto de fontes de informação. Como fontes de informação foram consideradas as actas do CA, o Relatório de Contas, o Relatório de Actividades, o Plano de Actividades, os indicadores de acompanhamento do desempenho do hospital, a distribuição do orçamento pelos vários sectores do hospital e relatórios externos de avaliação. Em termos de acesso foi considerado o público em geral, o acesso restringido aos profissionais do hospital, e o acesso exclusivo aos membros do CA. A Figura 37 mostra um exemplo desta pergunta utilizada no questionário.

7.6. Para cada uma das seguintes fontes de informação indique quais são os níveis de acesso disponibilizados.

Fontes de informação	Público em geral	Acesso restrito aos profissionais do hospital	Acesso exclusivo aos membros do Conselho de Administração
Actas do Conselho de Administração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relatório de contas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relatório de actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Figura 37** — Exemplo da pergunta relacionada com o acesso a fontes de informação

Para além das perguntas mencionadas foi decidido incluir uma pergunta aberta, pedindo comentários, de modo a capturar outros possíveis elementos relacionados com a adopção de boas práticas de governação.

### 6.3.2.2. Estrutura, funcionamento e actividades do CA

#### Estrutura

A estrutura do CA, de acordo com o Quadro 72, será analisada recorrendo à legislação relativa ao estatuto de cada um dos hospitais (SPA ou EPE) e aos dados obtidos com a entrevista. Para os itens relacionados com o tamanho do CA, a proveniência, a formação e a experiência dos seus membros serão utilizadas as perguntas relativas à caracterização do entrevistado (ver o ponto 6.3.4 relativo à caracterização pessoal e curricular).

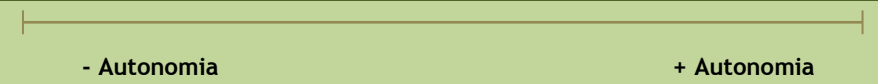
#### Funcionamento

O número de reuniões e o processo de tomada de decisão são definidos pelo próprio estatuto jurídico. Relativamente à autonomia na tomada de decisão em áreas chave foi construída uma secção própria que procura obter qual é a percepção do CA em termos da autonomia que detêm na tomada de decisão relativamente à marcação de objectivos de desempenho, ao planeamento estratégico orientado para a resposta às



necessidades em saúde da população, ao aprovisionamento (incluindo medicamentos e material de consumo clínico), às operações de capital (gestão patrimonial ou seja, investimento, e venda de activos) e aos recursos humanos.

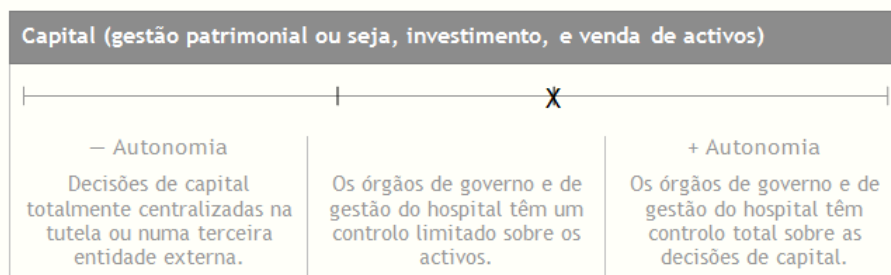
Para o efeito foi desenvolvida uma escala visual analógica, sendo pedido ao entrevistado para marcar numa recta (entre menos autonomia e mais autonomia; o valor 0 representa o mínimo de autonomia, enquanto o valor 15 representa o máximo de autonomia) a sua percepção de autonomia naquelas áreas. Para cada uma das áreas foi definido o que se entendia por menos autonomia (totalmente centralizado) e mais autonomia (totalmente ao nível do hospital) sendo indicado uma área intermédia de autonomia (envolvendo a participação do hospital). O Quadro 77 mostra as áreas consideradas e a definição de menos autonomia até mais autonomia considerada. A Figura 38 mostra um exemplo de uma questão utilizada no questionário.

Área			
	- Autonomia		+ Autonomia
Marcação de objectivos de desempenho	Fixação de objectivos totalmente centralizados na tutela ou numa terceira entidade externa, sem qualquer intervenção do hospital.	A definição de objectivos, envolve participação do hospital	Definição de objectivos totalmente ao nível do hospital.
Planeamento estratégico orientado para a resposta às necessidades em saúde da população	Planeamento estratégico totalmente centralizados na tutela ou numa terceira entidade externa.	Planeamento estratégico pelos órgãos de governo e de gestão do hospital, com orientações da tutela ou de uma terceira entidade externa.	Os órgãos de governo e de gestão do hospital têm autonomia total para o planeamento estratégico.
Aprovisionamento (incluindo medicamentos e material de consumo clínico)	Aprovisionamento centralizado, sendo a decisão relativa à selecção e ao volume de produtos feita pela tutela ou outra terceira entidade externa.	Poder discricionário limitado ao nível do hospital no que respeita à selecção e ao volume de produtos.	Aprovisionamento completamente sob o controlo dos órgãos de governo e de gestão do hospital.
Capital (gestão patrimonial ou seja, investimento, e venda de activos)	Decisões de capital totalmente centralizadas na tutela ou numa terceira entidade externa.	Os órgãos de governo e de gestão do hospital têm um controlo limitado sobre os activos.	Os órgãos de governo e de gestão do hospital têm controlo total sobre as decisões de capital.
Recursos humanos	Contratação e remuneração dos recursos humanos completamente centralizadas na tutela ou numa terceira entidade externa.	Recursos humanos contratados pelo hospital, com poder discricionário limitado quanto ao número, qualificações e/ou remuneração.	Recursos humanos contratados pelo hospital, com total autonomia quanto ao número, qualificações e/ou remuneração.

**Quadro 77** — Áreas de autonomia e definição dos diferentes níveis de autonomia

5. Indique, por favor, para cada área de decisão a autonomia do hospital (como é exercida pelos órgãos de governo do seu hospital).

Para tal, marque um ponto na recta que varia entre menos autonomia e mais autonomia. Se quiser corrigir a resposta, coloque um X por cima e marque um novo ponto. Para um melhor esclarecimento do que se pretende, considere o exemplo da seguinte área de decisão e a autonomia assinalada.



**Figura 38** — Exemplo da pergunta relacionada com a autonomia do hospital

Para além das perguntas referentes às diversas áreas foi decidido incluir uma pergunta aberta, pedindo comentários, de modo a capturar outros possíveis elementos.

## Actividades

Esta secção procura verificar quais as actividades que são desempenhas pelo CA e qual o tempo que lhe é atribuído. O Quadro 78 apresenta o conjunto de actividades consideradas para as áreas de planeamento estratégico, de gestão financeira, de gestão da qualidade, de relações externas e de processo burocrático.

Planeamento estratégico	Gestão financeira
Desenvolvimento de questões estratégicas com a gestão	Monitorização do desempenho financeiro
Planeamento da resposta do hospital às necessidades em saúde da população	Monitorização da estrutura de custos
Discussão relativa à melhoria e desenvolvimento dos serviços de saúde na região servida pelo hospital	Monitorização da execução orçamental
Monitorização do desempenho da gestão	Monitorização dos processos de cobrança de dívidas
Discussão sobre melhorar a eficiência do hospital	Monitorização dos planos de investimento
Definição de políticas de formação profissional, de adaptação e de mobilidade dos recursos humanos, de acordo com as necessidades do hospital e a sua organização interna	<b>Gestão da qualidade</b>
Definição de políticas para a partilha de informação relativa ao doente com outros hospitais, cuidados primários, comunidade e outras entidades	Acompanhamento da gestão da qualidade
Definição de políticas de articulação dos	Monitorização do desempenho clínico
	Monitorização da acessibilidade, e da equidade dos serviços hospitalares
	Determinação de medidas sobre queixas e reclamações apresentadas pelos utentes
	<b>Relações externas</b>
	Prestação de contas às autoridades governamentais
	Poder de influência sobre as autoridades governamentais

serviços do hospital e a sua integração com outros cuidados externos ao hospital Definição de políticas relativas à gestão do risco e da segurança Definição de políticas e estratégias para a gestão da mudança Definição de políticas e estratégias relacionadas com a gestão da informação e do conhecimento Delinear, desenvolver e criar serviços e estruturas internas na organização	Representação e manutenção de relações públicas
	<b>Processo burocrático</b> Aprovar e/ou propor alterações ao regulamento do hospital Arbitrar conflitos internos, servindo como entidade de recurso Aprovar compras, criação ou aquisição de serviços e/ou contratos de crédito de maior dimensão Autorização de trabalho extraordinário

**Quadro 78** — Actividades desempenhadas pelo CA consideradas para cada área

A Figura 39 mostra um exemplo da pergunta utilizada no questionário.

6. Nas questões seguintes procuramos verificar quais as actividades que desempenha e de que modo é distribuído o seu tempo no Conselho de Administração. A avaliação proposta consiste num conjunto de afirmações relacionadas com algumas destas actividades. Pedimos que leia cuidadosamente cada afirmação e que responda de acordo com:

a) **Nível de tempo despendido** – até que ponto considera que o tempo com essa actividade é o mais indicado;

b) **Nível de importância** – até que ponto considera que a actividade mencionada é importante para as funções do Conselho de Administração.

Não se esqueça que em cada afirmação deve sempre seleccionar duas respostas: uma para o *nível de tempo despendido*, e outra para o *nível de importância*.

Para um melhor esclarecimento do que se pretende, considere a seguinte afirmação e as respectivas respostas:

	Nesta coluna assinala o nível de tempo despendido				Nesta coluna assinala o nível de importância			
	↓				↓			
	Tempo				Importante			
	Mais do que necessário	O adequado	Insuficiente	Muito insuficiente	Extremamente	Muito	Pouco	Nada
Desenvolvimento de questões estratégicas com a gestão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Figura 39** — Exemplo da pergunta relacionada com as actividades do CA

Para cada uma das actividades é pedido ao entrevistado para avaliar o nível de

tempo despendido (até que ponto considera que o tempo com essa actividade é o mais indicado) e o nível de importância (até que ponto considera que a actividade mencionada é importante para as funções do CA). Para o processo de avaliação recorreu-se a escalas de Likert para o nível de tempo despendido (mais do que necessário, o adequado, insuficiente, e muito insuficiente) e para o nível de importância (extremamente, muito, pouco, nada).

Para além das perguntas referentes às diversas áreas foi decidido incluir uma pergunta aberta, pedindo comentários, de modo a capturar outros possíveis elementos.

### 6.3.2.3. Envolvimento do corpo médico

Esta secção pretende aprofundar qual a relação que se estabelece entre o CA e os médicos na governação do hospital.

Numa abordagem geral é pedido aos entrevistados para identificarem a estratégia que melhor descreve a relação entre o CA e os médicos. As possibilidades de resposta são de confrontação (sem participação dos médicos) e de colaboração (com a participação dos médicos). De seguida é pedido para detalhar esta resposta questionando até que ponto os médicos participam na governação do hospital. A resposta a esta pergunta utiliza uma escala de Likert com as seguintes possibilidades: sem participação, o estritamente necessário de acordo com os regulamentos, sempre que existam benefício para as duas partes, e o mais possível. A Figura 40 seguinte mostra um exemplo das perguntas utilizadas.

<p>8. Relação entre o Conselho de Administração e os médicos na governação do hospital</p> <p>8.1. Qual a descrição que mais se adapta à relação entre o Conselho de Administração e os médicos na governação do hospital?</p> <p><input type="checkbox"/> Confrontação – Sem a participação dos médicos</p> <p><input type="checkbox"/> Colaboração – Com a participação dos médicos</p> <p>8.2. Até que ponto os médicos participam na governação do hospital?</p> <p><input type="checkbox"/> O menos possível</p> <p><input type="checkbox"/> O estritamente necessário de acordo com os regulamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Sempre que existam benefícios para as duas partes</p> <p><input type="checkbox"/> O mais possível</p>
---

**Figura 40** — Exemplo da pergunta relacionada com os aspectos gerais do envolvimento dos médicos

De seguida, procura-se conhecer com mais detalhe em aspectos específicos qual a participação dos médicos em algumas áreas de decisão, nomeadamente:

- Programação dos tempos de utilização do bloco operatório e outras áreas comuns;
- Comissões de escolha relativa a consumíveis clínicos, equipamentos, tecnologias e outros investimentos;
- Planeamento da resposta do hospital às necessidades em saúde da população;
- Planeamento da formação profissional contínua, da adaptação e mobilidade do corpo médico tendo em conta as necessidades dos serviços e do hospital;
- Contratação de outros recursos humanos.

A resposta a estas perguntas é fechada utilizando uma escala de Likert com as seguintes alternativas: sem participação, pouca participação, participação elevada, e tomam decisões. A Figura 41 mostra um exemplo da pergunta utilizada no questionário.

8.3. Como descreveria a participação dos médicos do seu hospital nas seguintes áreas de decisão:

	Sem participação	Pouca participação	Participação elevada	Tomam decisões
Programação dos tempos de utilização do bloco operatório e outras áreas comuns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comissões de escolha relativa a consumíveis clínicos, equipamentos, tecnologias e outros investimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Figura 41** — Exemplo da pergunta relacionada com os aspectos específicos do envolvimento dos médicos na tomada de decisão

Para além das perguntas mencionadas foi decidido incluir uma pergunta aberta, pedindo comentários, de modo a capturar outros aspectos sobre a relação entre o CA e os médicos na governação do hospital.

#### 6.3.2.4. Instrumentos de apoio aos processos de decisão

Esta secção procura identificar que tipos de instrumentos são mais utilizados pelos órgãos de governo do hospital, nomeadamente o CA, na tomada de decisão.

Para o efeito foram considerados os indicadores de desempenho clínico, os indicadores de desempenho financeiro, o relatório de satisfação dos doentes, o relatório de satisfação dos profissionais de saúde, instrumentos de política organizacional integrada (por exemplo, *Balanced Scorecard*, CAF, EFQM, Six Sigma) e o relatório de acreditação hospitalar (*King's Fund*, *Joint Comission* ou outro). A Figura 42 mostra um exemplo da pergunta.

10. Quais dos seguintes instrumentos são usados pelos órgãos de governação do seu hospital na tomada de decisão? (indique todos os que se aplicam)

- Indicadores de desempenho clínico
- Indicadores de desempenho financeiro
- Relatório de satisfação dos doentes
- Relatório de satisfação dos profissionais de saúde
- Relatório das reclamações do hospital
- Instrumentos de política organizacional integrada (por exemplo, *Balanced Scorecard*, CAF, EFQM, Six Sigma)
- Relatório de Acreditação Hospitalar (*King's Fund*, *Joint Comission* ou outro)

**Figura 42** — Exemplo da pergunta relacionada com os instrumentos utilizados na tomada de decisão

Para além da identificação destes instrumentos, de escolha simples, foi decidido incluir uma pergunta aberta, pedindo comentários, de modo a capturar outros aspectos sobre a utilização de instrumentos na tomada de decisão.

### 6.3.3. Opiniões

As opiniões focam a avaliação geral do modelo de governação, dos acordos de desempenho e dos instrumentos de controlo, e da efectividade dos CA.

#### 6.3.3.1. Avaliação geral do modelo de governação

Esta secção pretende obter uma avaliação geral dos órgãos do modelo de governo e aprofundar o papel dos Conselhos Consultivos (órgão que em qualquer dos

estatutos tem como objectivo integrar as necessidades da comunidade e a sua voz no governo do hospital) e das comissões.

Assim, é pedido ao entrevistado para classificar cada um dos órgãos do hospital na forma como considera que eles conseguem cumprir um conjunto de objectivos em termos de eficácia das reuniões, da actualização sobre a evolução do sistema de saúde, e do impacto global no desempenho do hospital

A resposta fechada a estas questões utiliza uma escala de Likert com as seguintes possibilidades: mau, suficiente, bom, e excelente. A Figura 43 mostra um exemplo da avaliação pedida no questionário.

11. Avaliação geral dos órgãos do modelo de governo

11.1. Classifique cada um dos seguintes órgãos do hospital na forma como considera que conseguem cumprir cada um dos objectivos:

Eficácia das reuniões	Mau	Suficiente	Bom	Excelente
Conselho de Administração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiscal único	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conselho Consultivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Órgãos de apoio técnico (ética, humanização e qualidade dos serviços, controlo e infecção hospitalar, farmácia e terapêutica, outros...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Figura 43** — Exemplo da pergunta relacionada com a avaliação dos órgãos do modelo de governo

Para as comissões definidas por lei no modelo de governação (ética, humanização e qualidade dos serviços, controlo e infecção hospitalar, e farmácia e terapêutica) foi pedida o mesmo tipo de avaliação utilizada na pergunta anterior em termos do seu impacto no apoio aos processos de decisão do CA, no apoio aos processos de decisão dos profissionais de saúde no dia-a-dia da prática clínica, e na contribuição das comissões para o desempenho global do hospital. A Figura 44 mostra um exemplo da pergunta utilizada.

11.3. Das comissões que indicou anteriormente como classifica, de uma forma geral, o seu impacto em termos de:

Apoio aos processos de decisão do Conselho de Administração	Mau	Suficiente	Bom	Excelente
Comissão de ética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comissão de humanização e qualidade dos serviços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comissão de controlo e infecção hospitalar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comissão de farmácia e terapêutica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Figura 44** — Exemplo da pergunta relacionada com a avaliação das comissões

Para além destas perguntas foram incluídas perguntas abertas sobre o Conselho Consultivo e as comissões com o objectivo de capturar aspectos específicos de cada um deles.

Assim, para o Conselho Consultivo foi incluída a seguinte questão:

*“Qual a sua opinião sobre o Conselho Consultivo, os objectivos subjacentes à sua criação e o seu funcionamento?”*

Para as comissões foi incluída a seguinte pergunta:

*“Qual a sua opinião sobre o trabalho das comissões e a sua respectiva utilização por parte profissionais?”*

Para além destas perguntas abertas foi decidido incluir uma outra, pedindo comentários, de modo a capturar outros elementos relacionados com os itens anteriores e que de alguma forma não foram focados nas perguntas feitas.

### **6.3.3.2. Acordos de desempenho e instrumentos de controlo**

Esta secção pretende capturar os contributos do contrato-programa, e do processo de contratualização associado, em vários aspectos relacionados com a governação do hospital. As perguntas abertas consideradas foram as seguintes:

*“Na sua opinião quais são as consequências previsíveis se o contrato-programa com a tutela não atingir por defeito os valores contratualizados?”*

*“E se exceder os valores contratualizados?”*



“Na sua opinião quais os desafios que o contrato-programa colocou ao hospital?”

“Na sua opinião o contrato-programa é negociado ou é de alguma forma imposto?”

Para além destas perguntas foi incluída uma outra pergunta aberta para comentários relacionados com o contrato-programa e o processo de contratualização não focado nas perguntas anteriores.

### 6.3.3.3. Efectividade dos CA

Esta secção pretende capturar a percepção dos entrevistados em aspectos de índole geral, e não relacionada com o hospital em si, dos CA relacionados com competências, processos de nomeação, e adaptação dos CA a um novo hospital.

Assim, numa primeira pergunta procura-se a percepção dos entrevistados relativamente às competências do CA nas áreas da economia e da gestão, a integração de elementos externos à saúde, a mistura de funções de administração com funções de gestão executiva, a integração do corpo clínico no CA, e a intervenção política na actividade do CA. A Figura 45 mostra um exemplo da pergunta utilizada.

12. Percepção sobre pontos relativos aos CA e à governação hospitalar.

12.1. Nas afirmações seguintes procuramos obter a sua percepção sobre alguns pontos relativos à constituição, estrutura, nomeação e funcionamento dos Conselhos de Administração dos hospitais em Portugal

	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
O Conselho de Administração deve possuir uma maior representatividade de competências na área da gestão e da economia da saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Figura 45** — Exemplo da pergunta relacionada com aspectos gerais do CA

Para o efeito foram utilizadas declarações (alternadas na positiva e na

negativa) com resposta fechada utilizando uma escala de Likert com as seguintes possibilidades de resposta: discordo fortemente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo fortemente.

As declarações sobre as áreas mencionadas foram as seguintes:

*“O Conselho de Administração deve possuir uma maior representatividade de competências na área da gestão e da economia da saúde”*

*“O Conselho de Administração não deve integrar pessoas vindas de outras áreas de actividade (externas à saúde), nomeadamente indústria, comércio, finanças ou banca”*

*“O Conselho de Administração do hospital, no figurino actual, mistura funções de direcção com funções de gestão executiva”*

*“Os médicos e enfermeiros que integram o Conselho de Administração do hospital devem ter funções executivas”*

*“A actividade hospitalar é executada mais correctamente se os políticos intervirem na actividade do Conselho de Administração”*

Para além destas perguntas fechadas foram incluídas perguntas abertas relacionadas com o processo de nomeação dos CA, a influência dos ciclos políticos na actividade dos CA e a adaptação dos CA a um novo hospital, nomeadamente:

*“Na sua opinião considera que a intervenção de políticos e burocratas na nomeação do Conselho de Administração pode ser prejudicial para a actividade e a autonomia do hospital?”*

*“Na sua opinião a equipa nomeada para o CA é escolhida pelo Presidente do CA ou imposta pela tutela?”*

*“Na sua opinião os ciclos políticos afectam a estabilidade e a actividade dos CA e do hospital?”*

*“Em resumo, na sua opinião quais os critérios que considera mais importantes para a nomeação dos membros do Conselho de Administração?”*

Para além destas perguntas específicas foi incluída uma pergunta aberta para obter outros comentários sobre o tema em discussão.

### 6.3.4. Caracterização pessoal e curricular

Esta área tem por objectivo caracterizar pessoal e curricularmente o entrevistado. O Quadro 79 resume as questões associadas a esta secção.

#	Descrição	Tipo
1	1.1. Há quanto tempo está no CA	Aberta
	1.2. Funções actuais	Escala nominal
	1.3. Funções anteriores	Aberta
15	Idade	Numérica
	Sexo	Escala nominal
	Experiência efectiva em termos de administração hospitalar	Aberta
	Experiência em outros sectores (de onde vem se não for da saúde)	Aberta
	Formação de base (ano de conclusão)	Aberta
	Experiência em outros lugares de gestão	Aberta
	Formação relevante na área (mestrado, pós-graduação, outros cursos)	Aberta

Quadro 79 — Caracterização pessoal e curricular

### 6.3.5. Caracterização do hospital

Esta última área tem por objectivo caracterizar de forma sumária o hospital. O Quadro 80 resume as principais questões presentes no questionário.

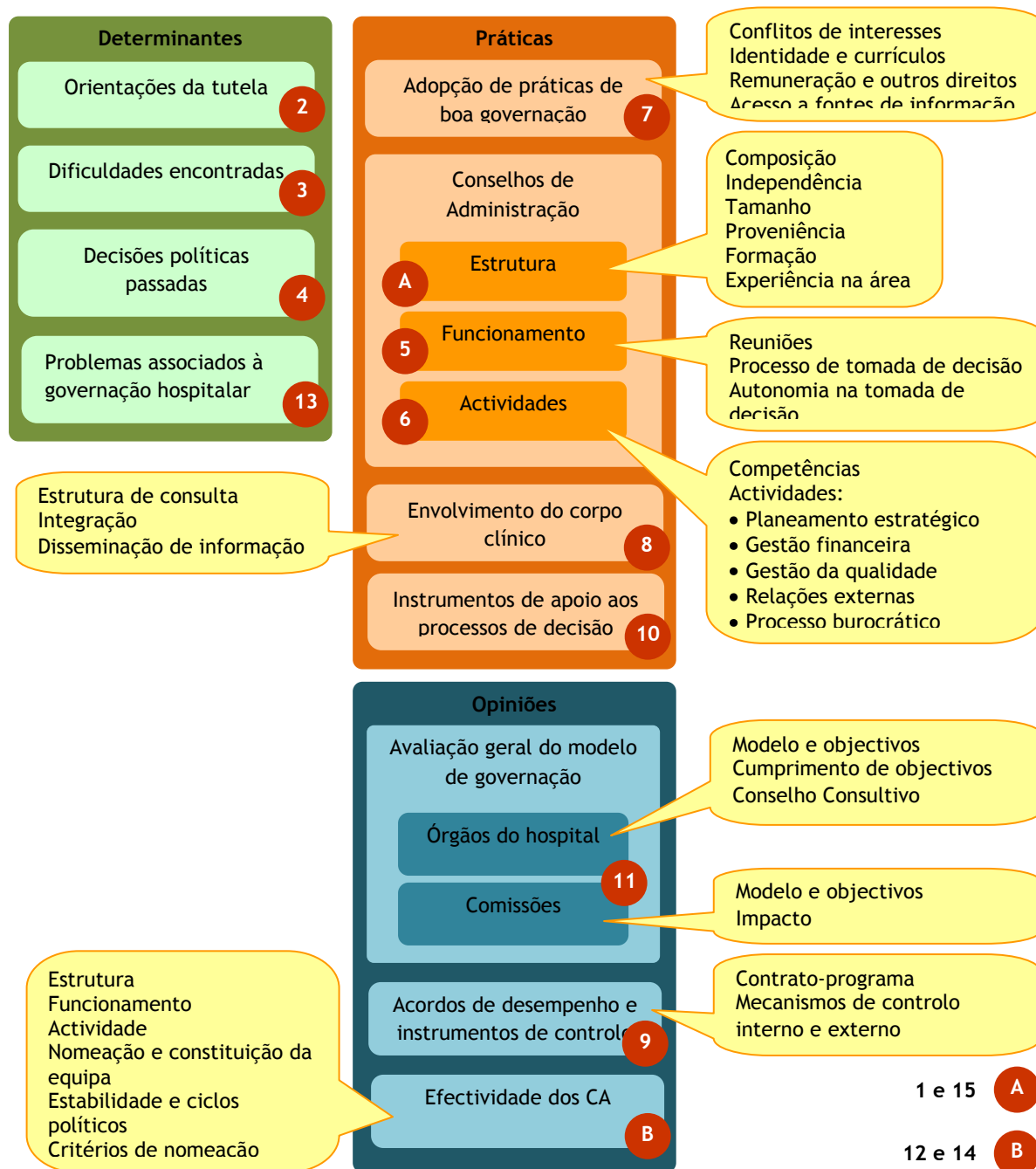
#	Descrição	Tipo
16	Tipo	Escala nominal
	Características específicas	Escala nominal
	Número de camas	Numérica
	Número de doentes atendidos (urgências, internamentos, ambulatório)	
	Estatuto do hospital	Escala nominal
	Estatuto anterior	Escala nominal
	Forma de organização interna	Escala nominal
	Dados económico-financeiros	Numérica

Quadro 80 — Caracterização do hospital

### 6.3.6. Ligação entre o modelo conceptual e o questionário

Tendo por base o modelo conceptual definido e a estrutura do questionário

utilizado na entrevista na Figura 46 estão representados os principais tópicos a considerar na análise — rectângulos — tendo em conta as determinantes da governação, as práticas de governação existentes e as opiniões. Cada análise tem associada uma ou várias perguntas da entrevista — círculos — e um conjunto de itens analisados — chamadas.



**Figura 46** — Modelo conceptual, tópicos e respectivos itens a analisar

Complementarmente será utilizada legislação diversa (relacionada com a gestão hospitalar, com as diferenças formas de estatuto jurídico, e outra que suportam

grande parte das determinantes da governação nas suas várias vertentes) e de documentos de várias entidades (relatórios de contas, avaliações externas, comunicação social, documentos sobre o hospital e sítios institucionais de várias entidades como o Ministério da saúde, o Tribunal de Contas, as Unidades de Missão, etc).

## 6.4. Os hospitais e as entrevistas

Para demonstrar que o modelo conceptual e o instrumento de recolha de dados são exequíveis foi decidido constituir um painel de peritos em administração e gestão hospitalar e aplicar o questionário desenvolvido em formato de entrevista. Nos pontos seguintes abordaremos a selecção da amostra dos hospitais e as respectivas entrevistas.

### 6.4.1. Selecção da amostra

Para o nosso estudo decidimos seleccionar 8 hospitais utilizando os seguintes critérios:

- Dois hospitais SPA — um grande e um pequeno;
- Um hospital que no seu percurso tenha sido uma experiência inovadora de gestão (EIG)<sup>242</sup>, tenha sido transformado em SA e posteriormente em EPE;
- Cinco hospitais empresarializados que tenham passado por percursos diferentes, isto é, que de SPA foram transformados em SA e posteriormente em EPE ou que tenham sido transformados directamente de SPA para EPE.

O peso dos hospitais empresarializados nesta amostra justifica-se pelo percurso histórico do processo de empresarialização iniciado em 2002 com a transformação de 34 hospitais públicos em 31 Hospitais SA<sup>243</sup>. Recordamos que a

---

<sup>242</sup> Nesta categoria tivemos apenas 2 hospitais: o Hospital de São Sebastião na Feira e o Hospital do Barlavento Algarvio. Ambos os hospitais utilizaram o mesmo modelo gestão pública utilizando regras do direito privado em diversas áreas. A Unidade Local de Saúde de Matosinhos constitui uma experiência ligeiramente diferente, porque utilizava um modelo de organização dos serviços prestadores de cuidados primários e hospitalares com gestão pública utilizando regras do direito privado.

<sup>243</sup> Apesar das experiências de quase empresarialização do passado que podiam constituir base de evidência para a reforma a seguir. Por exemplo, o estudo PAUS (INA, 2002), que nunca conheceu a divulgação pública comparava o Hospital Fernando da Fonseca na Amadora (concessão da gestão do hospital público a privados através de contrato de gestão, em 1995), o Hospital de São Sebastião na Feira (gestão pública utilizando regras do direito

implementação passou pela selecção de um conjunto de unidades hospitalares que teve por base um conjunto de critérios dos quais se destacam (OPSS, 2003):

- Dimensão — média dos hospitais, medida pelo número de camas, oscilando, em regra, entre as 150 e as 600 camas;
- Antiguidade dos edifícios ou imóveis — foram seleccionados preferencialmente os hospitais a funcionar em edifícios relativamente mais recentes;
- Critério de ordem económica — hospitais que potencialmente teriam saldo positivo se estivessem a ser financiados pela produção total e não por um valor histórico;
- Distribuição geográfica — preocupação em envolver hospitais de todo o país;
- Manifestação de vontade — sempre que possível, acolhendo as candidaturas apresentadas pelos CA;
- Obrigatoriedade dos valores dos défices não ultrapassar uma percentagem de 30%.

Conforme se pode avaliar, os critérios escolhidos privilegiaram a probabilidade futura de obter um bom desempenho e conseqüentemente de reflectir o “sucesso” do processo de empresarialização visto que de fora ficaram os hospitais mais problemáticos. Deve-se ter também em conta que o processo iniciado esqueceu as experiências de quase empresarialização existentes, tendo estas, com excepção do Hospital Fernando da Fonseca (concessão da gestão do hospital público a privados através de contrato de gestão), sido transformadas em hospitais SA. Desta forma, o processo de selecção dos hospitais para o nosso estudo recolhe parte do enviesamento iniciado com o processo de empresarialização uma vez que os hospitais com maior viabilidade foram incluídos neste lote.

---

privado em diversas áreas, em 1996), e a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (modelo de organização dos serviços prestadores de cuidados primários e hospitalares com gestão pública utilizando regras do direito privado, em 1999) e pretendia através da análise do modelo de gestão de cada instituição, identificar os constrangimentos e as potencialidades passíveis de poderem vir a ser replicadas noutros hospitais do SNS.

## 6.4.2. Procedimento das entrevistas

Numa primeira hipótese de trabalho pretendeu-se aplicar o questionário desenvolvido a todos os membros dos CA dos hospitais seleccionados. Nesta hipótese inicial, os questionários seriam enviados para os membros dos CA de cada hospital acompanhados de uma carta de apresentação e de um sobrescrito RSF para o envio do questionário preenchido.

Contudo, após a elaboração do questionário e durante a sua discussão para validação, por um grupo restrito de peritos ligados à administração hospitalar, concluiu-se que o questionário era muito extenso, tendo em conta a abrangência do tema e dos tópicos que se pretendia analisar, e que se corria o risco das taxas de resposta serem baixas. A experiência passada com outro tipo de questionários em projectos desenvolvidos pelos CEISUC e a experiência recente relacionada com o projecto HGE em Portugal constituíam forte evidência desta relação. Assim, decidiu-se aproveitar o questionário aplicando uma entrevista semi-estruturada a um painel de peritos.

Esta abordagem garante um maior número de respostas e a captura adicional de dados, nomeadamente através dos comentários feitos durante a entrevista, que dificilmente seriam obtidos pela mera aplicação do questionário. Contudo, apesar da riqueza adicional de dados que proporciona é uma técnica que consome mais tempo, que obriga a deslocações (não desprezível quer em termos de distância, tendo em conta a distribuição geográfica dos hospitais, quer em termos de número devido à diversidade de agenda dos membros dos CA e a consequente possibilidade de obrigar a mais do que uma deslocação ao mesmo hospital) e que exige um maior esforço relativamente ao tratamento de conteúdo, nomeadamente o necessário para o processo de transcrição para posterior análise.

A marcação das entrevistas foi feita através do secretariado dos CA ou então através de contacto directo. Foi difícil conciliar a agenda dos diferentes membros dos CA para a realização das entrevistas. Em alguns casos foi necessária mais do que uma deslocação ao mesmo hospital. Noutros casos, apesar da entrevista marcada não foi possível realizá-la devido a assuntos urgentes e inadiáveis do entrevistado.

Foram realizadas 22 entrevistas entre 4 de Junho de 2007 e 10 de Julho de 2007 num total de 27 horas. Em média cada entrevista durou 1 hora e 13 minutos, com

um mínimo de 45 minutos e um máximo de 2 horas e 15 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas exceptuando uma devido a pedido expresso do entrevistado. Para esta entrevista foram tiradas notas para posterior tratamento.

As entrevistas foram posteriormente transcritas entre 20 de Julho de 2007 e 14 de Agosto de 2007 tendo sido despendido um total de 59 horas. Em média cada transcrição demorou 2 horas e 39 minutos, com um mínimo de 1 hora e 45 minutos e um máximo de 5 horas e 35 minutos.

As entrevistas transcritas foram depois objecto de tratamento de conteúdo utilizando a aplicação ATLAS.ti.

## **6.5. Painel de peritos**

Nos pontos seguintes é apresentada a composição e a caracterização do painel de peritos.

### **6.5.1. Composição**

Para constituir o painel de peritos foi decidido formular um convite aos membros dos CA dos hospitais seleccionados. O convite foi feito directamente através da apresentação do estudo e dos seus objectivos. Com a aceitação por parte do CA foi marcada a respectiva entrevista. Prevendo a impossibilidade de realizar a entrevista a todo o CA, foi desenvolvido um questionário pequeno e simples para ser aplicado por telefone ou *e-mail* aos membros do CA que não puderam ou não quiseram ser entrevistados de modo a obter a caracterização pessoal e curricular. Os dados obtidos com este pequeno questionário permitem caracterizar alguns dos itens da estrutura do CA, nomeadamente a proveniência, a formação e a experiência dos seus membros.

Para além dos membros do CA destes hospitais foi decidido convidar quatro personalidades externas com reconhecida competência, técnica e profissional, e conhecimento em termos de administração hospitalar com um percurso de experiência em hospitais públicos, em hospitais públicos e actualmente em hospitais privados, e em hospitais públicos e actualmente na administração central de saúde:



- Dois deles, com experiência na administração de hospitais públicos, desempenham actualmente funções de gestão executiva em dois grupos privados distintos na área da saúde: um deles é gestor executivo de um hospital privado (tendo já passado por outros hospitais privados); outro tem funções executivas ao nível do grupo onde está, tendo também já desempenhado funções ao nível executivo em hospitais privados, e possui experiência activa em termos de ensino relacionado com a administração hospitalar.
- Os restantes, possuem experiência em termos de ensino e formação na área da administração hospitalar. Um deles integrou já diversos CA de hospitais, com diferentes estatutos e diferente dimensão, e conhece internamente, em termos nacionais e internacionais, os problemas associados à administração e à gestão hospitalar. O outro possui experiência em vários hospitais públicos e integra a administração central neste momento, tendo tido responsabilidades relacionadas com o processo de contratualização entre a tutela e os hospitais.

Tendo em conta a estrutura do questionário que suporta a entrevista e o facto de determinadas perguntas estarem relacionadas com a realidade do próprio hospital e do respectivo CA, essas questões não foram aplicadas aos peritos externos:

- Na área das determinantes da governação hospitalar não foram utilizadas as questões relacionadas com as dificuldades encontradas;
- Na área das práticas de governação hospitalar não foram aplicadas as questões relacionadas com a autonomia na tomada de decisão em áreas chave, as actividades dos CA, a adopção de práticas de boa governação, o envolvimento do corpo médico, e os instrumentos de apoio aos processos de decisão;
- Na área das opiniões não foram aplicadas a avaliação geral dos órgãos e das comissões inerentes ao modelo de governo.

As secções mencionadas, e que foram excluídas na sua forma original, foram substituídas por perguntas abertas onde foi pedida a opinião dos entrevistados sobre cada um dos pontos mencionados.

## 6.5.2. Caracterização

O painel de peritos é constituído por 22 personalidades com competência, técnica e profissional, conhecimento em termos de administração hospitalar e experiência de gestão em hospitais públicos e privados. Deste painel 18 são membros dos CA dos 8 hospitais seleccionados, designados doravante por painel interno, e 4 são peritos externos, designados doravante por painel externo.

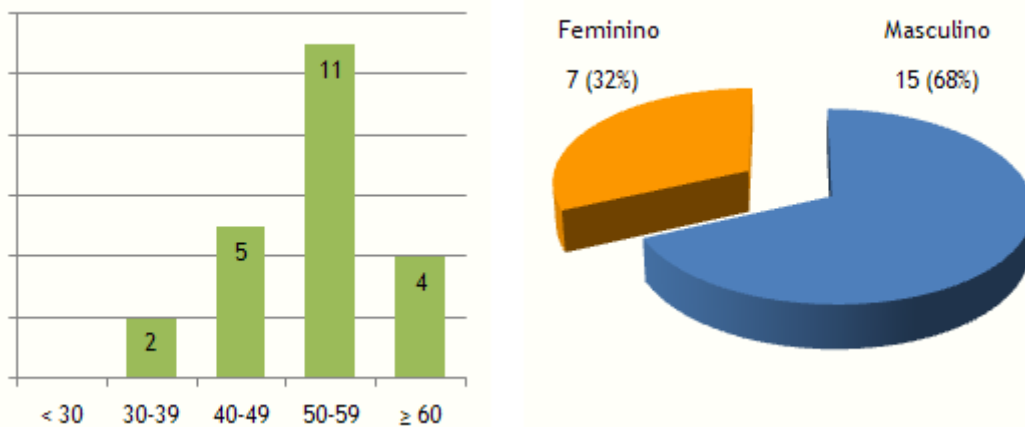
O Quadro 81 apresenta a constituição do painel interno, focando a sua origem e o cargo que desempenham no CA.

Evolução	Hospital	N	Entrevistados	
SPA	A <sub>1</sub>	2	PCA, VE	
	A <sub>2</sub>	1	VE	
SPA → EPE	A <sub>3</sub>	5	PCA, VE, VE, DC, ED	
SPA → SA → EPE	A <sub>4</sub>	3	PCA, VE, ED	
	A <sub>5</sub>	3	VE, DC, ED	PCA Presidente do CA
	A <sub>6</sub>	1	PCA	VE Vogal executivo
	A <sub>7</sub>	2	PCA, VE	DC Director clínico
EIG → SA → EPE	A <sub>8</sub>	1	PCA	ED Enfermeiro director

**Quadro 81** — Resumo das características do painel interno

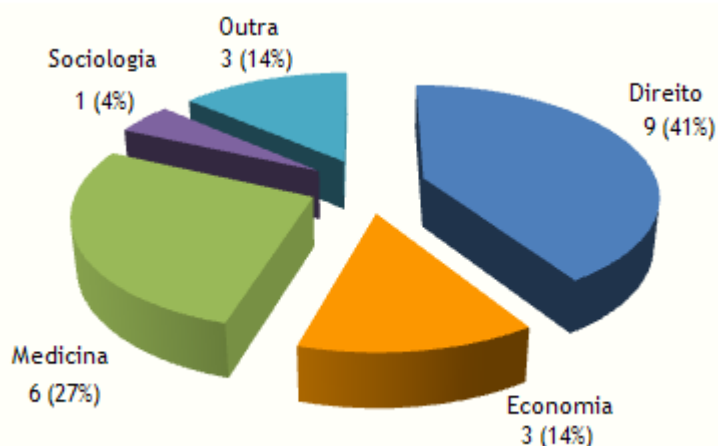
Foram entrevistados seis Presidentes do CA (PCA), sete Vogais executivos (VE), dois directores clínicos e três enfermeiros directores. Dos entrevistados nove (41%) pertencem a três hospitais e um centro hospitalar que evoluíram de hospital SPA para hospital SA e posteriormente para hospital EPE, cinco (23%) pertencem a centro hospitalar que passou de hospital SPA para hospital EPE, três (14%) pertencem a dois hospitais SPA, e um (5%) pertence a um hospital que constituiu uma experiência inovadora de gestão passando a hospital SA e posteriormente a hospital EPE.

O painel é constituído por 15 homens (68%) e sete mulheres (32%), com uma idade média de 51,7 anos (com um mínimo de 33 anos, um máximo de 65 anos e um desvio padrão de 7,5 anos). A Figura 47 apresenta a distribuição por idade e sexo do painel de peritos.



**Figura 47** — Distribuição dos entrevistados por idade e sexo

Todos os elementos do painel possuem formação superior, com predominância do direito (41%), da medicina (27%), da economia (14%) e outras (14%) relacionadas com a carreira de enfermagem, conforme se pode observar pela Figura 48



**Figura 48** — Distribuição dos entrevistados por licenciatura

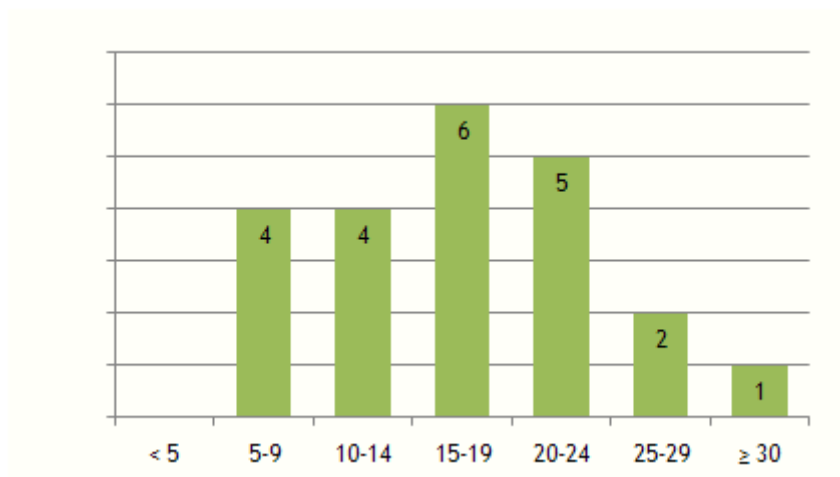
Para além desta formação de base, o painel possui formação específica diversificada na área da saúde. A pós-graduação é o tipo de formação específica mais relevante (42%), onde se destaca a Administração Hospitalar (36%), seguida dos cursos de especialização (24%), onde se destaca o curso de Engenharia Industrial Aplicada aos Hospitais (15%), e dos mestrados (18%) onde se destaca o Mestrado de Gestão e Economia da Saúde (9%). O Doutorado (3%) e os Outros (12%) são os menos representativos.

O Quadro 82 apresenta a formação específica do painel de peritos o na área da saúde por tipo.

Tipo	Descrição	N	%
Doutoramento	Gestão	1	3%
Mestrado	Gestão e Economia da Saúde	3	9%
	Gestão de Unidades de Saúde	1	3%
	Gestão Estratégica	1	3%
	Gestão de Serviços de Saúde	1	3%
Pós-graduação	Administração Hospitalar	12	36%
	Direito da Medicina	1	3%
	MBA	1	3%
Curso de especialização	Engenharia Industrial Aplicada aos Hospitais	5	15%
	Administração em enfermagem	1	3%
	Gestão hospitalar	1	3%
	Gestão de Unidades de Saúde	1	3%
Outros	Auditoria Externa em termos de acreditação	1	3%
	Gestão de projectos e Métodos Quantitativos de Gestão	1	3%
	Não oficiais em gestão	2	6%
<b>Total</b>		<b>33</b>	<b>100%</b>

**Quadro 82** — Formação específica do painel de peritos

O painel de peritos possui uma experiência média efectiva em administração em saúde de 16,6 anos (com um mínimo de 5 anos, um máximo de 32 anos e um desvio padrão de 7,3 anos). Na Figura 49, que representa a distribuição dos anos de experiência efectiva em administração em saúde, constata-se que 6 dos elementos (23%) possuem entre 15 a 19 anos de experiência, 5 (23%) possuem entre 20 a 24 anos de experiência, 4 (18%) possuem entre 10 a 14 anos de experiência, 4 (18%) possuem entre 5 a 9 anos de experiência, e apenas um (5%) possui 32 anos de experiência.



**Figura 49** — Distribuição dos entrevistados por anos de experiência efectiva em administração em saúde

Nenhum dos entrevistados do painel interno trabalhou em outro sector que não o da saúde antes de integrar o Conselho Administração. Por seu turno os entrevistados do painel externo sempre desempenharam funções no sector da saúde.

O Quadro 83 apresenta o código de cada entrevistado de forma a facilitar a leitura dos comentários nas subsecções seguintes relativas aos resultados.

Internos		Externos	
Presidente do CA	1, 8, 14, 19, 20, 22	Perito em Administração Hospitalar	7
Vogal executivo	2, 3, 6, 10, 12, 18, 21	Gestão executiva em hospitais privados com experiência anterior em hospitais públicos	15, 16
Director clínico	5, 13		
Enfermeiro director	4, 9, 11	Administração central	17

**Quadro 83** — Código associado a cada entrevistado



# 7. Resultados e discussão

---

## 7.1. Introdução

Neste ponto é apresentado o resumo dos resultados obtidos com as entrevistas bem como a sua discussão. O facto de não existirem estudos associados à governação hospitalar em Portugal tornou difícil o trabalho desenvolvido não só pela ausência de um enquadramento conceptual, que teve de ser formulado conjuntamente com um instrumento de recolha de dados, mas também pela ausência de evidência com resultados nacionais que permitisse uma discussão mais aprofundada resultante da comparação dos resultados obtidos com resultados anteriores.

O resumo aqui apresentado resulta da análise mais abrangente que foi efectuada e que se encontra apresentada no Anexo II. O trabalho aí desenvolvido, de índole bastante exploratória, constituiu um exercício do que poderia ser uma análise dos resultados quando aplicada a uma amostra maior. Este exercício teve como objectivos mostrar a exequibilidade da proposta metodológica apresentada e definir diferentes perspectivas de análise dos dados obtidos de modo a definir um molde (*template*), um escantilhão, que orientasse a análise futura dos dados obtidos com uma amostra maior e funcionasse como linha de orientação na composição (*layout*) de apresentação dos resultados. Este trabalho é especialmente útil na análise de conteúdo, nomeadamente na definição de categorias.

A análise funcionou como uma linha de orientação — para a definição de categorias para a análise de conteúdo, para a definição de quadros e gráficos para apresentar resultados, para relações possíveis a serem estabelecidas, etc. — que em muitos casos foi levada ao extremo tendo em conta o tamanho da amostra. O Anexo II apresenta uma análise exaustiva e detalhada dos diversos itens considerados no estudo apresentando gráficos e quadros que sintetizam os resultados obtidos e apresentam os comentários mais significativos seleccionados na análise de conteúdo. Por esse motivo não apresentaremos aqui qualquer quadro com comentários fazendo apenas referência à sua localização no anexo mencionado. Devido ao carácter exploratório do trabalho e

ao tamanho da amostra, não foram aplicadas metodologias estatísticas específicas que permitissem extrapolar os resultados da amostra para a população.

Começaremos por apresentar as determinantes (7.2) relacionadas com as orientações, recomendações e directivas da tutela, as dificuldades encontradas nos hospitais, as decisões políticas passadas, e os problemas da governação hospitalar. De seguida, apresentaremos as práticas de governação hospitalar (7.3) focando a adopção de práticas de boa governação, a estrutura, funcionamento e actividades do CA, o envolvimento do corpo médico nos CA e a sua integração nos processos de decisão, e os instrumentos de apoio aos processos de decisão. Terminaremos com a apresentação das opiniões dos entrevistados (7.4) sobre o modelo de governação dos hospitais, os acordos de desempenho e instrumentos de controlo, e a efectividade do CA.

## **7.2. Determinantes da governação hospitalar**

Neste ponto é apresentado o resumo dos resultados relacionados com as determinantes da governação hospitalar. Começaremos por apresentar as orientações, recomendações e directivas da tutela identificadas (7.2.1). Depois focaremos as dificuldades encontradas reconhecidas pelos entrevistados (7.2.2) e as decisões políticas passadas mais marcantes em termos de governação hospitalar (7.2.3). Terminaremos, apresentando os principais problemas da governação hospitalar identificados pelo painel (7.2.4).

### **7.2.1. As orientações, recomendações e directivas da tutela**

Para a pergunta *“Das grandes orientações, recomendações e directivas emanadas do Ministério da Saúde, durante o último ano ou desde que está em funções no Conselho de Administração, indique, por favor, as que maior influência tiveram na governação do seu hospital”* foram obtidos 70 comentários dos 22 entrevistados<sup>244</sup>.





O Quadro 84 apresenta os principais itens associados às orientações, recomendações e directivas da tutela identificadas. São identificadas como maiores

---

<sup>244</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada das orientações, recomendações e directivas da tutela (ponto 1.1.) complementado com exemplos dos comentários obtidos. A análise é depois estendida ao plano interno (ponto 1.1.1.) e ao plano externo (ponto 1.1.2).



orientações a contenção da despesa (24%), a valorização de áreas a desenvolver (14%), a responsabilização dos CA (13%) e a contratualização (10%).

• Contenção da despesa		• Limites à produção	• Elaboração de planos estratégicos
• Valorização de áreas a desenvolver		• Mudança de estatuto	• Orçamento da saúde
• Responsabilização dos CA		• Empresarialização	• Rede de cuidados continuados
• Contratualização		• Relógio de ponto	• Rede de maternidades
• Acréscimo de eficiência		• Horas extraordinárias	• Rede de urgências
		• Médicos internos	

**Quadro 84** — Principais orientações, recomendações e directivas da tutela identificadas

No seu conjunto os quatro itens mencionados agrupam 61% dos comentários obtidos enquanto os restantes 12 itens identificados agrupam apenas 39% dos comentários. O Quadro 85 apresenta as descrições a eles associados.

Item	Descrição
Contenção da despesa	Condicionalismos associados ao contrato-programa para 2007 de custos com pessoal, consumos, e fornecimentos e serviços externos.
Valorização de áreas a desenvolver	Valorização da actividade em termos de ambulatório, áreas relacionadas com o Plano Nacional de Saúde (PNS), nomeadamente VIH/SIDA e diagnóstico pré-natal, valorização da produção adicional no âmbito do SIGIC e a ligação aos cuidados continuados.
Responsabilização dos CA	Preocupações do acompanhamento mais cuidado das linhas de produção e dos diversos indicadores e da resposta perante a tutela se não forem cumpridos os objectivos traçados
Contratualização	Nova filosofia de contratualização associados numa primeira fase com a tutela, através da negociação externa do contrato-programa, e numa segunda fase internamente no hospital, através da negociação interna do contrato-programa replicando-os pelas suas unidades orgânicas

**Quadro 85** — Descrições associadas aos principais itens identificados

Os itens obtidos foram agrupados em cinco categorias distintas. O Quadro 86 apresenta a descrição de cada uma dessas categorias e o respectivo número de comentários. Os itens do contrato-programa dizem respeito aos objectivos, pressupostos e condicionalismos definidos pela Comissão para a Contratualização em Saúde para o contrato-programa de 2007 (Ministério da Saúde, 2006). Por seu turno os itens da mudança de paradigma focam questões de contexto ou de ambiente externo do hospital, embora o afectem, que traduzem várias mudanças relativamente ao anterior modelo de governação administrativo burocrático.

	<b>Categoria</b>	<b>Itens agrupados</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Interno</b>	Contrato-programa	Contenção da despesa, valorização de áreas a desenvolver, acréscimo de eficiência e limites de produção.	37	53%
	Legislação e determinações superiores	Horas extraordinárias, internos e relógio de ponto.	4	6%
	Mudança de estatuto		4	6%
<b>Externo</b>	Mudança de paradigma	Responsabilização do CA, contratualização, empresarialização, elaboração de planos estratégicos, e orçamento da saúde.	22	31%
	Reestruturação da rede de serviços	Rede de cuidados continuados, rede de urgências e rede de maternidades	3	4%
<b>Total</b>			<b>70</b>	<b>100%</b>

**Quadro 86** — Categorias e descrição resultantes do agrupamento dos itens identificados

O agrupamento efectuado permite identificar dois planos distintos de influência. O plano interno diz respeito às orientações identificadas pelo painel que se reflectem directamente na governação do hospital quer através dos condicionalismos e dos pressupostos do contrato-programa, quer através de formas alternativas de organização interna, quer através do reflexo em termos de recursos humanos, financeiros ou materiais. O plano externo diz respeito ao ambiente de contexto geral traduzido por mudanças de paradigma, relativo a uma nova filosofia em termos da administração e gestão hospitalar, ou relativo a outras mudanças provocadas por reformas em termos da reestruturação da rede de serviços e que afecta o plano interno do hospital. A maioria dos comentários (65%) dizem respeito ao plano interno do hospital

Relativamente ao plano interno, destacam-se as questões relacionadas com o contrato-programa (53%), nomeadamente a contenção da despesa, seguindo-se a valorização de áreas a desenvolver, os limites à produção (que não poderá exceder a realizada em 2006), e, em último, o acréscimo de eficiência. Os restantes comentários prendem-se com a mudança de estatuto jurídico do hospital — relacionadas com as necessidades de reestruturação dos hospitais, de trabalhar com novos instrumentos (plano de negócio, plano de sustentabilidade financeira, etc.), de novas capacidades de gestão, e do desenvolvimento de formas de controlo interno e acompanhamento da produção — e com a legislação ou outras directivas — relacionados com o pagamento de horas extraordinárias aos médicos, determinações superiores relacionadas com os internos, e o relógio de ponto.

Quanto ao plano externo, destacam-se a mudança de paradigma relacionada com a responsabilização dos CA, a contratualização, a empresarialização, nomeadamente a mudança de estatuto jurídico (como permitindo uma gestão mais alinhada com interesses mais bem definidos e alargando a autonomia em algumas áreas de gestão), os Orçamentos da Saúde (nomeadamente a sua aproximação aos custos hospitalares) e a elaboração de planos estratégicos (definir a visão, a missão e os objectivos dos hospitais).

Ainda no plano externo, são também mencionados, embora com menos peso, as questões relacionadas com as políticas de saúde em curso, nomeadamente no que se refere à reestruturação da rede de serviços, nomeadamente com a nova rede de urgências e maternidades (que obrigou a concentrar em alguns hospitais, provocando um aumento de procura, e em outros a desconcentrar, provocando uma diminuição da procura), e a criação da rede de cuidados continuados que pode permitir a prestação de cuidados em outras unidades e a libertação de camas.

Terminamos este ponto observando que o peso dado no plano interno às orientações associados ao contrato-programa, nomeadamente a contenção da despesa, reflectem claramente o ambiente de austeridade relacionado com a contenção do défice público que trespassa o país internamente o que, num ambiente de negociação que constitui a base da contratualização, se afigura como um constrangimento ao processo negocial.

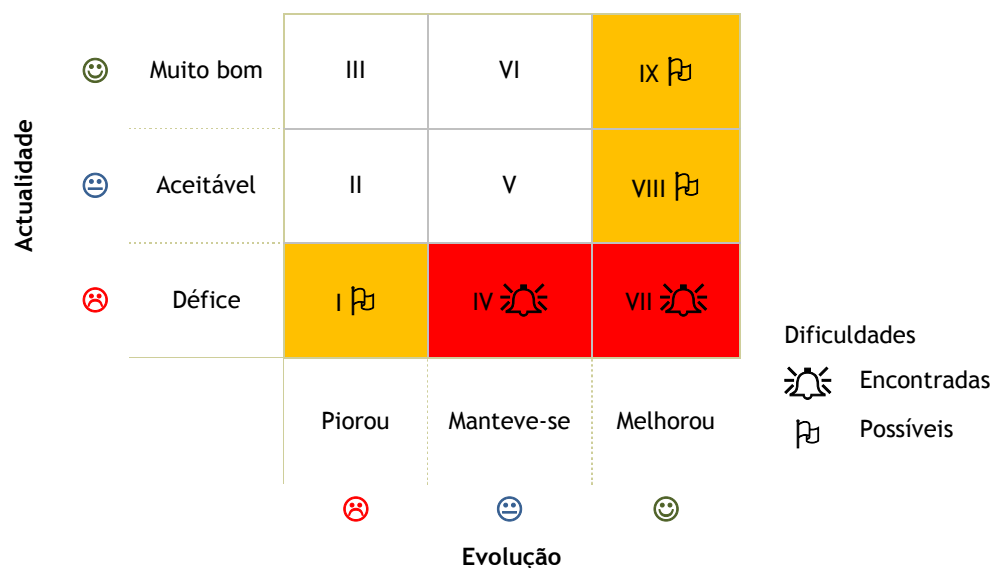
### **7.2.2. Dificuldades encontradas**

O resumo dos resultados obtidos com o painel interno é apresentado de seguida considerando a evolução, a situação actual e o cruzamento destas duas dimensões (7.2.2.1). A avaliação bidimensional, em termos de evolução e de estado actual, para quatro áreas distintas da governação (recursos humanos, económico-financeira, aprovisionamento e administração e organização interna) do hospital foi efectuada apenas pelos entrevistados do painel interno.

Por último será apresentado o resumo dos resultados da análise de conteúdo feita aos comentários de todos os membros do painel (7.2.2.2).

### 7.2.2.1. Evolução, situação actual e dificuldades identificadas

O confronto entre as duas dimensões analisadas, evolução e situação actual, permite construir uma matriz para avaliar a forma como o CA lidou com a situação herdada e as dificuldades que foram encontradas quando este tomou posse. A Figura 50 apresenta para essa matriz as regiões que identificam dificuldades encontradas e possíveis dificuldades encontradas.



**Figura 50** — Matriz de comparação entre a evolução e a situação actual

O Quadro 87 apresenta a percentagem de respostas obtidas para cada área nas duas dimensões consideradas<sup>245</sup> bem como a percentagem de respostas nas zonas críticas identificadas. As células com fundo rosa assinalam a percentagem maior e as células com fundo amarelo a segunda maior percentagem.

Área	Evolução			Situação actual			Dificuldades	
	☹	😊	☺	☹	😊	☺	🔔	📌
RH Recursos humanos	3%	47%	50%	33%	61%	6%	47%	53%
EF Económico-financeira	5%	28%	67%	42%	55%	2%	44%	56%
AP Aprovisionamento	3%	34%	63%	19%	74%	7%	23%	77%
AO Administração e organização	2%	38%	60%	38%	54%	7%	47%	53%

**Quadro 87** — Percentagem de respostas obtidas para a evolução, para a situação actual e para as dificuldades

O Quadro 88 resume relativamente à evolução e à situação actual os principais

<sup>245</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada da evolução (ponto 1.2.1.) e da situação actual (ponto 1.2.2.) de cada uma das áreas consideradas bem como dos itens das respectivas áreas (pontos 1.2.1.1. a 1.2.1.4. para a evolução e pontos 1.2.2.1. a 1.2.2.4. para a situação actual).

resultados encontrados. No geral, considerando a evolução e a situação actual, houve uma evolução positiva em todas as áreas e a situação é aceitável em todas elas. Saliente-se, no entanto, que algumas delas apresentam, em alguns casos, situações de défice.

Dimensão	Resumo
Evolução	A maior percentagem de respostas encontra-se na coluna melhoria. A segunda maior percentagem de respostas na evolução aparece na coluna manteve-se. A área onde é considerado existir mais melhoras é a económico-financeira, seguida do aprovisionamento e da administração e organização interna. A área em que esta percepção é menor é a área dos recursos humanos. Na manutenção da situação herdada aparece em primeiro os recursos humanos, seguido da administração e organização interna, do aprovisionamento e, por último, da económico-financeira.
Situação actual	A maior percentagem de respostas encontra-se na coluna aceitável. A segunda maior percentagem de respostas na situação actual aparece na coluna défice. A área onde é considerado existir mais melhoras é a económico-financeira, seguida do aprovisionamento e da administração e organização interna. A área em que esta percepção é menor é a área dos recursos humanos. Na manutenção da situação herdada aparece em primeiro os recursos humanos, seguido da administração e organização interna, do aprovisionamento e, por último, da económico-financeira.

**Quadro 88** — Resumo da evolução e da situação actual para as diversas áreas

Foram encontradas dificuldades, em maior ou menor grau, em todas as áreas consideradas. As áreas onde foram identificadas mais dificuldades encontradas, traduzidas pelo número de repostas obtidas em cada quadrante, são a administração e organização interna, recursos humanos e económico-financeira. O aprovisionamento é a área que apresenta menos dificuldades encontradas.

Tendo em conta o cenário descrito foi decidido definir dois pontos de corte para a identificação das dificuldades encontradas: o primeiro com um número de repostas igual ou superior a 50%; o segundo com um número de repostas superior a 40%.

O Quadro 89 apresenta para cada item das respectivas áreas a percentagem de repostas obtidas nas duas dimensões consideradas bem como a percentagem de repostas nas zonas críticas. As células com fundo verde-escuro assinalam os itens com uma percentagem de repostas acima de 50% (primeiro ponto de corte), enquanto as células assinaladas a verde-claro assinalam os itens com uma percentagem de repostas acima dos 40% (segundo ponto de corte). Na coluna das dificuldades, as células com fundo mais escuro incluem as células com fundo mais claro, isto é, as dificuldades identificadas utilizando o segundo ponto de corte também são identificadas pelo primeiro ponto de corte.

Área e itens associados		Evolução			Situação actual			Dificuldades	
RH	Flexibilidade de contratação	0%	56%	44%	17%	78%	6%	25%	75%
	Incentivos e complementos	0%	44%	56%	39%	50%	11%	91%	9%
	Adaptação às necessidades	6%	67%	28%	56%	44%	0%	50%	50%
	Formação para as necessidades	6%	22%	72%	22%	72%	6%	30%	70%
EF	Instrumentos de monitorização	12%	41%	47%	47%	47%	6%	18%	82%
	Processos de facturação	12%	35%	53%	65%	29%	6%	31%	69%
	Processos de cobrança	0%	38%	63%	63%	38%	0%	77%	23%
	Auto financiamento	0%	24%	76%	24%	76%	0%	56%	44%
	Situação financeira	0%	6%	94%	17%	83%	0%	46%	54%
AP	Processos de aquisição	6%	41%	53%	29%	59%	12%	13%	87%
	Capacidade de negociação	0%	53%	47%	18%	76%	6%	19%	81%
	Prazos de entrega efectiva	0%	24%	76%	18%	71%	12%	30%	70%
	Prazos médios de pagamentos	6%	18%	76%	12%	88%	9%	33%	67%
AO	Ferramentas de gestão	0%	35%	65%	29%	59%	12%	23%	77%
	Organização interna	6%	56%	39%	44%	56%	0%	75%	25%
	Adequação autonomia/gestão	0%	60%	40%	60%	33%	7%	67%	33%
	Sistema de qualidade	0%	6%	94%	22%	67%	11%	38%	62%

**Quadro 89** — Comparação para os dois pontos de corte considerados nas dificuldades encontradas

O Quadro 90 apresenta o resumo da evolução e da situação actual para a área dos recursos humanos. Nesta área são identificadas como dificuldades encontradas os sistemas de incentivos e complementos de remuneração e a adaptação dos recursos humanos às necessidades do hospital e à sua organização interna. Estes itens aparecem, nos dois pontos de corte.

Evolução	Situação actual
Mantém a percepção geral obtida anteriormente para as quatro áreas, embora mais equilibrada, porque no conjunto dos itens que a compõem a evolução em cada um deles conduziu a melhorias (adaptação às necessidades e flexibilidade de contratação) ou então manteve-se (formação para as necessidades e incentivos e complementos). O item onde houve uma evolução com mais melhorias é o da flexibilidade de contratação de recursos humanos.	Mantém na generalidade a percepção obtida anteriormente para as quatro áreas no sentido de a situação ser aceitável em praticamente todos os itens com excepção do item incentivos e complementos. Na situação aceitável, os itens com maior percentagem de respostas são a formação para as necessidades e a flexibilidade de contratação. Por seu turno, o item que apresenta um maior défice é os incentivos e complementos.

**Quadro 90** — Resumo da evolução e da situação actual para a área dos recursos humanos

O Quadro 91 apresenta o resumo da evolução e da situação actual para a área económico-financeira. Na área mencionada, considerando o primeiro ponto de corte, são identificados os processos de cobrança e a capacidade de autofinanciamento para

investimentos de substituição. Se considerarmos o segundo ponto de corte, para além dos itens já mencionados, aparece também a situação financeira.

Evolução	Situação actual
<p>Mantém a percepção geral obtida anteriormente para as quatro áreas, porque no conjunto dos itens que a compõem a evolução em cada um deles conduziu maioritariamente a melhorias ou então manteve-se. A evolução dos itens associados a esta área é maioritariamente positiva, principalmente na melhoria dos instrumentos de monitorização, dos processos de facturação, e dos processos de cobrança. A situação financeira apresenta uma percentagem de respostas praticamente equilibrada entre a melhoria e a manutenção.</p>	<p>Esta área afasta-se um pouco da percepção geral obtida anteriormente para as quatro áreas. Se de facto nos itens processos de facturação e instrumentos de monitorização a tendência é próxima da percepção geral para as quatro áreas, maioritariamente aceitável e com algum défice, já nos restantes itens tal não se verifica. A situação actual dos itens instrumentos de monitorização da actividade económico-financeira do hospital e processos de facturação é considerada maioritariamente aceitável. Por seu turno, a situação actual na capacidade de auto financiamento para investimentos de substituição e nos processos de cobrança é considerada maioritariamente em situação de défice. A situação financeira na actualidade apresenta uma percentagem de respostas praticamente equilibrada entre o défice e a manutenção.</p>

**Quadro 91** — Resumo da evolução e da situação actual para a área económico-financeira

O Quadro 92 apresenta o resumo da evolução e da situação actual para a área do aprovisionamento. É interessante constatar que utilizando os dois pontos de corte mencionados, a área do aprovisionamento configura-se como a área à qual foram atribuídas menos dificuldades.

Evolução	Situação actual
<p>Esta área mantém a percepção geral obtida anteriormente para as quatro áreas, porque no seu conjunto a evolução em cada um dos itens conduziu maioritariamente a melhorias ou então manteve-se. Os itens que mais melhoraram foram os processos de aquisição e a capacidade de negociação. Os itens prazos médicos de pagamento a fornecedores e prazos de entrega efectiva de acordo com as necessidades do hospital possuem uma avaliação muito próxima.</p>	<p>Esta área mantém na generalidade a percepção obtida anteriormente para as quatro áreas no sentido de a situação ser maioritariamente aceitável em todos os itens. A maioria das respostas obtidas considera a situação actual como aceitável para os processos de aquisição e de adjudicação, para os prazos de entrega efectiva de acordo com as necessidades do hospital, para a capacidade de negociação com os fornecedores e para os prazos médios de pagamentos a fornecedores. As respostas obtidas para situações de défice são baixas sendo os prazos médios de pagamento o item onde é considerado existir mais défice.</p>

**Quadro 92** — Resumo da evolução e da situação actual para a área do aprovisionamento

O Quadro 93 apresenta o resumo da evolução e da situação actual para a área da administração e organização interna. Nela surgem como maiores dificuldades encontradas a organização interna do hospital de acordo com as necessidades e a adequação do nível de autonomia do hospital às necessidades de gestão. Estes itens aparecem, nos dois pontos de corte.

Evolução	Situação actual
Mantém a percepção geral obtida anteriormente para as quatro áreas, embora mais equilibrada, porque no conjunto dos itens que a compõem a evolução em cada um deles conduziu a melhorias (sistema de qualidade e ferramentas de gestão) ou então manteve-se (adequação autonomia/gestão e organização interna). As ferramentas de gestão da informação das actividades clínicas, administrativas e de gestão e o sistema de qualidade dos serviços e cuidados prestados são os itens com mais melhorias. Os itens organização interna do hospital de acordo com as necessidades e a adequação do nível de autonomia do hospital às necessidades de gestão são apresentados maioritariamente como tendo-se mantido.	Mantém na generalidade a percepção obtida anteriormente para as quatro áreas, porque no a situação é aceitável em praticamente todos os itens com excepção do item organização interna do hospital de acordo com as necessidades. As ferramentas de gestão da informação das actividades clínicas, administrativas e de gestão, o sistema de qualidade dos serviços e cuidados prestados, e a adequação do nível de autonomia do hospital às necessidades de gestão são os itens considerados como mais aceitáveis. A organização interna de acordo com as necessidades aparece como o item com maior défice. A adequação do nível de autonomia do hospital às necessidades de gestão, o sistema de qualidade dos serviços e cuidados prestados, e as ferramentas de gestão da informação das actividades clínicas, administrativas e de gestão também apresentam algum défice.

**Quadro 93** — Resumo da evolução e da situação actual para a área da administração e organização interna

### 7.2.2.2. Análise dos comentários

Os 23 comentários obtidos de 14 dos entrevistados (10 internos e 4 externos) foram agrupados em três categorias. O Quadro 94 apresenta a descrição genérica de cada uma e o número de comentários obtidos<sup>246</sup>.

Categoria	Descrição	N	%
Outras dificuldades encontradas	Falta de competências de gestão nas chefias intermédias, dificuldade de recrutamento de lideranças para as unidades orgânicas, problemas relacionados com a manutenção de equipamentos e instalações, e a necessidade de garantir a qualidade dos registos clínicos.	13	57%
Itens das áreas consideradas		8	35%
Gerais sobre as áreas consideradas		2	9%
<b>Total</b>		<b>23</b>	<b>100%</b>

**Quadro 94** — Distribuição dos comentários relacionadas com as dificuldades encontradas

Relativamente a outras dificuldades encontradas, que não as mencionadas no questionário para cada área, os comentários incidem sobre a falta de competências de gestão nas chefias intermédias (69%), a dificuldade de recrutamento de lideranças para as unidades orgânicas (15%), a necessidade de manutenção de equipamentos e instalações (8%) face ao estado de degradação de muitos hospitais e o consequente

<sup>246</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada dos comentários obtidos com as dificuldades encontradas (ponto 1.2.4.) complementado com exemplos dos mesmos.



esforço financeiro necessário, e a qualidade dos registos clínicos (8%) que é necessária para a facturação correcta.

Quanto aos itens das áreas consideradas, a área mais comentada é a económico-financeira (38%), mencionando a melhoria dos sistemas de facturação e de cobrança (explicando que na realidade não se produziu mais que se registou mais) e os problemas de autofinanciamento para investimentos de substituição. No aprovisionamento (25%) são mencionados os prazos médios de pagamento longos (que relativamente a outra administração pública, nomeadamente autarquias, acabam por ser muito bons). Nos recursos humanos (25%) é focada a facilidade de contratação sem a devida contrapartida em termos de despedimento e a falta de ferramentas que permitam adequar as necessidades de formação. Na administração e organização interna é mencionado o afastamento que existe entre a autonomia de gestão prevista na lei e a realidade existente face ao papel demasiado interventivo e controlador do accionista.

Por último, no que diz respeito aos comentários gerais sobre as áreas utilizadas os entrevistados consideraram que os itens escolhidos para cada uma das áreas pareciam os mais fundamentais e que a selecção destes itens constituiu um trabalho bastante exaustivo. Não obstante esta apreciação geral foi sugerido por dois entrevistados que o exercício podia incluir uma área de gestão clínica e uma área mais aprofundada de gestão estratégica. Estes últimos comentários bem como os relacionados com as outras dificuldades constituem pontos de interesse para a melhoria do questionário desenvolvido e para ajudar a consolidar os contornos de investigação da governação hospitalar.

### **7.2.3. Decisões políticas passadas**

O resumo dos resultados será apresentado em duas perspectivas. A primeira, denominada enquadramento legal do hospital (7.2.3.1), foca o papel do enquadramento legal do hospital, nomeadamente no que se refere ao estatuto jurídico e a sua importância na organização interna. A segunda, foca a organização interna do hospital (nomeadamente a delegação de competências, a contratualização interna e o sistema de incentivos, tomando como ponto de partida a experiência dos CRI) será apresentada nos

pontos experiência dos CRI (7.2.3.2) e formas alternativas de delegação de competências (7.2.3.3).

Finalmente, será apresentado o resumo dos resultados da análise de conteúdo dos comentários relativos a outras decisões políticas (7.2.3.4).

### 7.2.3.1. O enquadramento legal do hospital

Para a questão *“Na sua opinião considera que as reformas efectuadas em termos hospitalares se preocuparam mais com o estatuto jurídico, tendo esquecido a reorganização interna do hospital e a sua adaptação às novas realidades e exigências?”* foram obtidos 30 comentários que foram agrupados em três categorias. O Quadro 95 apresenta um breve resumo de cada uma delas<sup>247</sup> bem como o número de respostas obtidas<sup>248</sup>.

Categoria	Descrição	N	%
Estatuto com facilitador	Funciona como uma alavanca para obter melhores formas de trabalhar, como uma abertura à criatividade de organização, como uma condição prévia para iniciar a mudança, como um elemento potenciador da mudança, ou como trazendo flexibilidade à gestão.	14	64%
Estatuto como enquadrador	Define as fronteiras de actuação perante entidades terceiras, perante a tutela e perante a regulação.	10	45%
Problemas e limitações	Existência de problemas e limitações relacionados com questões de violação de autonomia, de perda de autonomia, de tratamento diferenciado, de regulamentação excessiva e da falta de competências.	6	27%
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100%</b>

**Quadro 95** — Resumo dos comentários obtidos para o enquadramento legal

A resposta ‘estatuto como facilitador’ foca o plano interno do hospital relativamente à sua organização não fazendo esta depender unicamente do estatuto do hospital. Por seu turno, a resposta ‘estatuto como enquadrador’ foca o plano externo do hospital e para a definição das suas fronteiras de actuação. A resposta ‘problemas e limitações’ considera o estatuto que detêm no momento e as limitações que enfrenta ou então para outros potenciais problemas que fogem da alçada do estatuto jurídico não se

<sup>247</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada dos comentários obtidos com o enquadramento legal do hospital (ponto 1.3.1.) complementado com exemplos dos mesmos.

<sup>248</sup> Alguns dos entrevistados aparecem em mais do que uma linha do quadro, porque o conteúdo da sua resposta é múltiplo. Por exemplo, podem ter respondido no sentido do estatuto ser um facilitador e de identificarem outros problemas e limitações.

resolvendo apenas com a sua aplicação. O Quadro 96 apresenta um breve resumo das apreensões associadas a esta última categoria.

- Desconforto dos entrevistados dos hospitais SPA, nomeadamente no que se refere aos instrumentos de gestão e à flexibilidade permitidas pelo estatuto EPE e que os leva a falar de “concorrência desleal”.
- Desconforto do presidente do CA do hospital que constituiu uma experiência inovadora de gestão, detendo “uma cultura consolidada de empresa”, e que considera estar a perder sistematicamente autonomia.
- Violação de autonomia dos CA, através de intervenções directas na actividade do CA, e da excessiva regulamentação (“leis, portarias e diplomas”) que esquece a diversidade e as diferenças existentes entre hospitais.
- Falta de competências de gestão nas organizações de saúde e a falta de iniciativa dos CA na reorganização interna do hospital.

**Quadro 96** — Resumo das apreensões associados aos problemas e limitações

### 7.2.3.2. A experiência dos CRI

Para a pergunta “*Na sua opinião o que é que explica o facto dos CRI, segundo dados de várias fontes, não terem sido assumidos ou implantados na maioria dos hospitais?*” os 126 comentários obtidos foram agrupados em três categorias. O Quadro 97 apresenta um breve resumo de cada uma delas<sup>249</sup> bem como o número de comentários obtidos.

Categoria	Descrição	N	%
Explicações para o insucesso	Foca causas relacionadas com os CA, a falta de competências, questões culturais, excesso de regulamentação e normativismo, falta de vontade política, falta ou insuficiência de ferramentas, falta de lideranças e outros.	101	80%
Gerais	Foca questões relacionadas com o diploma dos CRI, com as características dos CRI existentes, daquilo que os impulsionou e sobre o seu número reduzido.	18	14%
Pressupostos para o processo de mudança da organização interna do hospital.		8	6%
<b>Total</b>		<b>126</b>	<b>100%</b>

**Quadro 97** — Resumo dos comentários obtidos com os CRI

A maioria dos comentários está relacionada com explicações para o falhanço dos CRI. Os restantes comentários focam questões gerais e os pressupostos sobre o processo de mudança.

<sup>249</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada dos comentários obtidos com os CRI (ponto 1.3.2.) complementado com exemplos dos mesmos.

## Comentários gerais

O ponto mais focado diz respeito ao número reduzido de CRI existentes (39%) salientando que “na prática conhece-se um” e que a execução do diploma dos CRI “era difícil em termos hospitalares [...] daí que tenham existido adaptações e poucos CRI a funcionarem na prática”. Apesar disso é reconhecida a bondade do diploma (11%) em si no sentido de tentar “implementar instrumentos de gestão para alavancarem os resultados, ou seja, produzir mais com menos recursos mantendo a qualidade” e que os “CRI pretendiam pegar num hospital e dividi-lo em parcelas com autonomia relativamente grande em relação ao hospital” fazendo “aquilo que os hospitais sempre quiseram relativamente à tutela que era ter mais autonomia”.

O factor que melhor explica a existência de alguns dos CRI (28%) é a liderança, sendo mencionado que “muitos deles partiram do voluntarismo dos envolvidos [...] outros vingaram apenas por causa das pessoas neles envolvidos e no estilo de liderança imposto”, que “os que existem são muito vistos à luz dos seus líderes, caso da cardiorácica” ou que “apenas vingaram os CRI com lideranças mais vincadas”. No entanto é também considerado que os CRI existentes (22%) “não são CRI na verdadeira definição do conceito” sendo apenas adaptações (“a cardiorácica dos HUC não é um CRI na íntegra, apenas tem alguns aspectos que o podem caracterizar como CRI”) e que “aproveitam apenas as vantagens e declinam as responsabilidades”.

## Explicações para o insucesso

As explicações para o insucesso foram agrupadas em oito categorias. O Quadro 98 (página seguinte) apresenta para cada uma delas os itens mencionados bem como o número de comentários associado. As categorias ‘problemas associados ao CA’, ‘falta de competências’ e ‘questões culturais’ englobam 62% dos comentários. Por seu turno as restantes categorias englobam 38% dos comentários.

Categoria	Itens mencionados	N	%
Problemas associados ao CA	Medo de delegar, modelo de decisão centralizado, falta de confiança nas chefias intermédias, rotina e burocracias, medo de enfrentar poderes instalados, falta de pensamento estratégico, falta de capacidade de gestão e resposta a novos desafios.	27	27%
Falta de competências	Gestão intermédia, gestão de topo e estruturas externas.	22	22%

Categoria	Itens mencionados	N	%
Questões culturais	Cultura hospitalar, motivação dos profissionais, cultura da administração pública.	14	14%
Regulamentação e normativismo		11	11%
Falta de vontade política		8	8%
Falta ou insuficiência de ferramentas		8	8%
Outras explicações		6	6%
Falta de lideranças		5	5%
<b>Total</b>		<b>101</b>	<b>100%</b>

**Quadro 98** — Resumo dos comentários obtidos para as explicações que explicam o insucesso dos CRI

É importante salientar que, segundo os vários entrevistados, o que explica o falhanço dos CRI não é só por si uma das categorias identificadas no quadro, mas a sua conjunção e a interdependência simultânea de várias delas.

Relativamente aos ‘problemas associados ao CA’, o insucesso dos CRI foi provocado por factores maioritariamente relacionados com o medo de delegar (33%), a forma de funcionar dos CA assente num modelo de decisão centralizado no próprio (19%) e a falta de confiança nas chefias intermédias (15%). Os restantes factores de insucesso relacionados com CA dizem respeito à rotina do dia-a-dia do CA em assuntos operacionais e burocracias (11%), a falta de pensamento estratégico (7%), o medo de enfrentar poderes instalados dentro do hospital (7%), a falta de capacidade de gestão (4%) e o medo de enfrentar novos desafios (4%).

Pelo teor dos comentários é notória a existência de relações entre estes diferentes elementos. Por exemplo, o medo de delegar competências está relacionado com a falta de confiança nas chefias intermédias, porque “não têm confiança suficiente ou não reconhecem competência suficiente nas direcções técnicas ou de gestão para assumirem as responsabilidades”, com a rotina e as burocracias, porque vai interiorizando “pequenos poderes de autorizar isto ou aquilo” e são “assoberbadas por um conjunto de burocracias do dia-a-dia que as impede de ter uma visão mais estratégica da organização”, e com a resposta a novos desafios, porque a “delegação de competências cria novas situações para os quais os CA não estão preparados”.

A ‘falta de competências’ manifesta-se em três patamares distintos: na gestão intermédia, nomeadamente ao nível dos serviços (54%) quer por formação de base deficiente quer pelo sistema de evolução na carreira; na gestão de topo, nomeadamente

nos CA e outros administradores (32%), devido a uma formação de banda larga, proveniente sobretudo do direito e com pouco enfoque nos novos modelos de gestão; e externamente, nomeadamente ao nível do Ministério e das ARS (14%) relativamente ao acompanhamento e controlo. O Quadro 99 apresenta um breve resumo das lacunas identificadas nestes diferentes níveis.

Nível	Resumo
Gestão intermédia	A tónica é colocada na falta de competências de gestão ao nível das chefias dos serviços (devido à sua preparação de base, iminente técnica, e às deficiências do sistema de formação, nomeadamente das falhas das “faculdades de medicina não preparam os médicos para terem competências de gestão”), e à forma como se atinge o patamar de direcção de serviço (caracterizado por um desfasamento existente entre a “evolução na carreira”, e a consequente chegada a director de serviço, e as “necessidades de gestão dos serviços”)
Gestão de topo	Problemas relacionados com a preparação dos CA e dos administradores hospitalares cuja formação assenta sobretudo numa perspectiva de “banda larga”, provenientes “fundamentalmente da área de direito” e com poucas competências na “área da gestão e da economia”, posicionada sobretudo na administração dura e com pouco enfoque nos “novos modelos de gestão empresarial”;
Gestão externa	Problemas relacionados com a falta de competências técnicas ao nível das estruturas intermédias da administração central, nomeadamente as ARS, “no acompanhamento e no incentivo à mudança” e do próprio Ministério da Saúde para “fazerem o controlo do sistema” e, consequentemente, “atribuir responsabilidades às suas próprias estruturas”.

**Quadro 99** — Resumo das lacunas de competências identificadas nos diferentes níveis de gestão

Quanto às ‘questões culturais’, a maioria dos comentários incide sobre a cultura hospitalar (79%) que se manifesta a vários níveis: ao nível da gestão com o confronto de uma estrutura funcional, suportada no serviço, nos departamentos ou em outro tipos de unidades, e outra gestonária “que não têm os mesmos contornos e obedecem a lógicas diferentes”; a “existência de duas linhas de autoridade”, uma hierárquica e outra técnica, em que a última é quem “tem um forte poder de decisão sobre os meios”; e, não menos importante, “a organização de poder à volta dos serviços” e do seu director. Por seu turno, a motivação dos profissionais está sobretudo relacionada com a dificuldade em assumirem responsabilidade “por aquilo que é feito e por aquilo que respeita ao serviço”, enquanto a cultura de Administração Pública se prende sobretudo com as progressões automáticas e a falta de definição de objectivos.

Por seu turno, para a ‘regulamentação e o normativismo’ (11%), é apontada a excessiva preocupação regulamentadora e a faceta marcadamente normativista da sociedade portuguesa. Tenta-se resolver os “problemas por diploma legislativo que não podem ser resolvidos por diploma legislativo”, tenta-se “reorganizar por decreto” esquecendo que as soluções têm “que ser forçosamente diferente de organização para

organização” e que a excessiva regulamentação “acaba por criar algumas dificuldades na gestão porque retira graus de liberdade à gestão nalguns aspectos”.

No que diz respeito à ‘falta de vontade política’, esta parece esgotar-se no esforço legislativo, faltando depois “alguma pilotagem na sua implementação”, a passagem “do normativo para a acção” e o acompanhamento “de perto os processos de mudança”. A “descontinuidade política do modelo”, pela passagem de diferentes governos e diferentes ciclos políticos também são considerados<sup>250</sup>.

Quanto à ‘falta ou insuficiência de ferramentas’, apesar de mencionada, ela é pouco explícita relativamente ao tipo de ferramentas ou instrumentos que não existem ou que sofrem de alguma insuficiência, nomeadamente ao nível económico-financeiro. Identifica-se claramente a questão da determinação dos “custos com rigor” e a insuficiência da contabilidade analítica que constitui “uma lacuna nos hospitais”.

Por sua vez, a ‘falta de lideranças’ repercute-se em dois planos: por um lado o facto de não existirem dentro dos hospitais pessoas, com determinado tipo de características e competências, tendo espírito de liderança para serem “a cabeça dos CRI”, e por outro lado a dificuldade do “recrutamento de lideranças” externamente.

Por último, os outros problemas identificados, com poucos comentários associados, focam as “dificuldades financeiras” dos hospitais, a “legislação pouco clara no que se refere à definição de incentivos e de responsabilidades”, e a lentidão dos processos de mudança que exigem “alterações burocráticas ou administrativas com várias pessoas a apreciar a sua estrutura”.

As explicações adiantadas pelos entrevistados para o falhanço dos CRI focam essencialmente as características do contexto geral da governação e da governação em saúde<sup>251</sup> (OPSS, 2001, 2002, 2003, 2004) bem como aspectos particulares dos problemas associados aos CA (essencialmente o medo de delegar, o modelo de decisão centralizado e a falta de confiança nas chefias intermédias), à falta de competências nos

---

<sup>250</sup> Os CRI foram criados pelo Decreto-Lei nº 374/99, de 18 de Setembro de 1999, durante o XIII Governo do Eng. António Guterres (Partido Socialista) sendo na altura Ministra da Saúde a Dra. Maria de Belém. Com o XIV Governo, também liderado pelo Eng. António Guterres, houve uma mudança de orientação política dentro do Ministério da Saúde com a saída da Dra. Maria de Belém e a entrada da Dra. Manuela Arcanjo. O XIV Governo é aliás caracterizado pela passagem de 2 Ministros da Saúde e 4 Secretários de Estado da Saúde. Com o XVI Governo, de maioria PSD e CDS/PP, é iniciada a empresarialização com a criação de 31 Hospitais SA. Embora não se tenha reafirmado o empenho no alargamento dos CRI também não existiu a coragem política de terminar com a experiência.

<sup>251</sup> Já focados na secção relativa à governação hospitalar, nomeadamente no ponto dedicado ao contexto da governação hospitalar em Portugal.

vários níveis da gestão (quer ao nível interno quer ao nível externo), às questões relacionadas com a cultura hospitalar e dos profissionais, o excesso de regulamentação e normativismo que não é acompanhado devidamente pela vontade política, e à falta de lideranças.

Os factores aqui identificados estão em consonância com algumas das conclusões formuladas anteriormente pelo OPSS relativamente aos CRI que mencionavam o insucesso dos CA face às competências que lhe foram atribuídas (nomeadamente no que se refere a “aprovar o organograma e a identificação dos respectivos centros de responsabilidade a integrar no regulamento interno do hospital”), o desconhecimento das acções das várias tutelas (nomeadamente Ministério da Saúde e ARS) no controlo de execução dos diplomas em vigor nesta área, o baixo número de CRI existentes sendo de estranhar o funcionamento de CRI em situações em que estes constituem apenas uma ilha e tudo à sua volta se mantém na mesma (OPSS, 2006).

### **Pressupostos sobre o processo de mudança**

O processo de mudança deveria ser equilibrado (*balanced*) no seu conjunto com decorrências do topo para a base (*top-down*) e ao mesmo tempo com alterações da base para o topo (*bottom-up*). A mudança de cima para baixo compreenderia o apoio dado pelo Ministério da Saúde e pelas ARS em termos de acompanhamento e ajuda na resolução de conflitos. A mudança de baixo para cima deveria ser feita pelos CA e pela gestão intermédia, nomeadamente as direcções de serviços, a reorganizarem o hospital e a prepararem a mudança.

Os CA deveriam ter no processo um papel preponderante de negociação, suportado numa liderança forte e coesa, com pensamento estratégico e com competência, procurando alinhar os diversos interesses existentes dentro do hospital, nomeadamente ao nível das suas unidades orgânicas, com a estratégia global do hospital.

### **7.2.3.3. Formas alternativas de delegação de competências**

Para a pergunta “Na sua opinião a delegação de competências esgota-se nos



*CRIs ou existem formas alternativas de a fazer?*” os 33 comentários foram agrupados em quatro categorias<sup>252</sup>: existência de necessidades diferentes para cada hospital, as formas alternativas de delegação de competências, a violação da autonomia hospitalar existente, e os desafios associados à delegação de competências

As necessidades de cada hospital são diferentes (37%) relativamente ao modelo de organização interna que deve ser “adequado à sua dimensão, à sua cultura, ao seu ambiente e aos seus condicionalismos”, porque “cada organização é uma individualidade”, “cada organização é que sabe como é que se organiza, como é que agarra nos serviços, como é que os interliga” e “vai dando graus de liberdades maiores ou menores aos serviços consoante os próprios actores que tem nos serviços”.

Para as formas alternativas de organização interna (33%), são identificados os departamentos (“através dos departamentos fizemos delegações de competências maiores do que aquelas que são enunciadas nos CR”) ou as unidades clínicas autónomas (“que são agrupamentos de serviços que terão lideranças, delegação de competências, fixação de objectivos de desempenho em colaboração estrita com administradores hospitalares”). Estas formas alternativas não se esgotam nos CRI que foram “apenas uma ideia”, “uma nomenclatura técnica”, para a delegação de competências, para acordos de desempenho e para a definição de incentivos.

A tutela viola a autonomia dos hospitais (18%), porque demonstra uma preocupação excessiva de regulamentação directa da organização interna do hospital, definindo “figurinos jurídicos únicos para a generalidade dos hospitais e para a organização interna do hospital”, esquecendo-se de “deixar autonomia aos CA para definirem a sua estrutura organizativa tendo em conta as suas características”.

Por último, a organização interna traz desafios (12%) ao hospital e principalmente aos CA pelo “confronto com alguns poderes instalados”, a necessidade “de desenvolver outras formas de trabalhar” e “de mudar os seus processos”, nomeadamente a “controlar monitorizar se de facto essas novas competências e responsabilidades estão a ser executadas”, a criação de uma “cultura de co-responsabilização” com as unidades orgânicas, e perceber que “é muito mais um fórum

---

<sup>252</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada dos comentários para as formas alternativas de delegação de competências (ponto 1.3.3.) complementado com exemplos dos mesmos.

negocial” do que uma linha hierárquica dura que “têm o comando sobre os meios do hospital”.

#### **7.2.3.4. As várias decisões políticas**

Pode constatar-se pelos pontos anteriores que, para além da organização interna do hospital relativa ao diploma dos CRI, a discussão incidu essencialmente sobre o processo de empresarialização, iniciada com os Hospitais SA e continuada com passagem e a criação de Hospitais EPE, e a nova filosofia de contratualização existente que provoca alterações internas no hospital e mudança de comportamento dos CA no que se refere à negociação externa do contrato-programa e internamente à sua replicação interna com as unidades orgânicas em termos de negociação<sup>253</sup>.

O desenvolvimento de uma cultura de contratualização e de responsabilização das unidades públicas através das Agências de Contratualização foi uma das decisões políticas mencionadas. Apesar de “feita a um nível muito académico, como uma espécie de exercício” criou “conhecimento”, “envolvimento dos profissionais” e “uma nova mentalidade”, mas infelizmente não teve “repercussões significativas, até por descontinuidade política”.

Para além da contratualização há alguns comentários, embora poucos, sobre os Hospitais SA, sobre as experiências de quase empresarialização, nomeadamente a concessão da gestão do hospital público a privados através de contrato de gestão<sup>254</sup>, e a gestão pública utilizando regras do direito privado em diversas áreas<sup>255</sup>.

#### **7.2.4. Problemas da governação hospitalar**

Para a pergunta “*Na sua opinião quais são os grandes problemas associados à governação hospitalar em Portugal?*” foram obtidos 58 comentários que, depois de codificados, identificam vários problemas da governação hospitalar<sup>256</sup>. O Quadro 100

---

<sup>253</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada dos comentários para as várias decisões políticas (ponto 1.3.3.) complementado com exemplos dos mesmos.

<sup>254</sup> O Hospital Fernando da Fonseca, Amadora Sintra, em 1995.

<sup>255</sup> O Hospital de São Sebastião, Feira, em 1996; e o Hospital do Barlavento Algarvio, em 1998.

<sup>256</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada dos comentários para os problemas da governação hospitalar (ponto 1.4.) complementado com exemplos dos mesmos.

apresenta esses problemas identificados. No seu conjunto os primeiros oito itens agrupam 72% dos comentários obtidos, enquanto os restantes agrupam apenas 28% dos comentários.

• Problemas estruturais dos hospitais		• O financiamento do hospital
• Política de saúde não coerente e os ciclos políticos		• Cultura predominante de não responsabilização
• Falta de requisitos mínimos nos CA		• Existência de diferentes estatutos
• Processo de nomeação do CA		• Falta de ferramentas no hospital
• Escassez de recursos		• Promiscuidade público/privado
• Resposta e a intervenção da tutela		• Escolha do pessoal de apoio pelo CA
• Autonomia do hospital		• Modelo centralista e excesso de regulamentação
• A evolução da ciência e tecnologia		

**Quadro 100** — Principais problemas associados à governação hospitalar identificados

Os problemas (itens) do quadro anterior foram agrupados em quatro categorias. O Quadro 101 apresenta a descrição de cada uma dessas categorias e o respectivo número de comentários.

Categoria	Problemas agrupados	N	%
Hospital	Problemas estruturais do hospital, a autonomia do hospital, o financiamento do hospital, a falta de ferramentas adequadas e a existência de estatutos jurídicos diferentes.	20	34%
Contexto	Escassez de recursos, a evolução da ciência e da tecnologia, a cultura predominante, a promiscuidade entre público e privado e a sustentabilidade do SNS.	13	22%
Tutela	Políticas de saúde não coerente e os ciclos políticos, a resposta e intervenção da tutela, o modelo centralista e o excesso de regulamentação.	13	22%
CA	Itens directamente relacionados com os CA, nomeadamente a falta de requisitos mínimos nos seus membros do CA, o seu processo de nomeação e a escolha da sua equipa de apoio.	12	21%
<b>Total</b>		<b>58</b>	<b>100%</b>

**Quadro 101** — Resumo dos comentários associados aos problemas da governação hospitalar

A categoria 'hospital' agrupa os itens directamente relacionados com a organização. O Quadro 102 (página seguinte) apresenta uma breve descrição baseada nos comentários efectuados para cada um destes itens. Os problemas estruturais (nomeadamente o desperdício, a estrutura de custos pesada, o desperdício e a baixa produtividade) e a autonomia limitada ou insuficiente e muitas vezes violada (por directivas da tutela), são os mais comentados. Seguem-se a falta de ferramentas (instrumentos para a gestão, indicadores, sistemas de informação, instrumentos de

política organizacional), o financiamento do hospital (nomeadamente a imposição do contrato-programa) e a existência de diferentes estatutos que não permite uniformização ao nível dos instrumentos de gestão.

Problema	Descrição
Problemas estruturais	Existência de “uma margem de ineficiência estrutural”; uma estrutura de custos pesada; os atrasos nos pagamentos; as dificuldades em “racionalizar custos”; o desperdício elevado (na ordem dos 30% a 40%); a baixa produtividade, nomeadamente a “produção médica” medida mais “em horas de urgências e menos em consultas, em cirurgias e outros actos que se traduzem no cumprimento do contrato-programa e nos resultados do hospital”; a falta de recursos humanos, “nomeadamente a falta de médicos” que cria problemas de contratação.
Autonomia	É insuficiente ou violada devido à “existência de directivas da tutela que coarctam a autonomia e a liberdade da governação, à intervenção ao nível da organização interna do hospital pela tutela que mais do que intervir deveria “no fundo dar aos CA autonomia suficiente para ele próprio gerir o hospital”.
Falta de ferramentas	Relativas à “implementação de indicadores e técnicas de benchmarking”, a “instrumentos credíveis de monitorização da actividade em termos de custo benefício”, a “instrumentos para a gestão, nomeadamente ao nível da informação para a gestão, programas informáticos para obter informação condensada” e com “instrumentos de política organizacional”.
Financiamento	Imposição do contrato-programa, que não são verdadeiramente negociados e que impõe um conjunto de orientações, recomendações e directivas. A “definição de preços justos” para aquilo que o hospital produz.
Diferentes estatutos (SPA e EPE)	Não permite a “uniformização ao nível dos instrumentos de gestão” o “que implica falar linguagens, procedimentos e regras diferentes”. Esta situação traduz-se em hospitais “a trabalhar para o mesmo fim e para o mesmo dono” de forma diferenciada, a concorrer de forma diferente sem a possibilidade de utilizar os mesmos instrumentos.

**Quadro 102** — Resumo dos comentários obtidos com a categoria ‘hospital’

A categoria ‘contexto’ agrupa os itens directamente relacionados com o ambiente mais geral que rodeia o hospital. O Quadro 103 apresenta uma breve descrição baseada nos comentários efectuados para cada um destes itens.

Problema	Descrição
Escassez de recursos	Os limites financeiros que reflectem a situação económica do país e as políticas de austeridade em curso, nomeadamente no que se refere à contenção da despesa.
Evolução da ciência e da tecnologia	Os “meios postos à nossa disposição para tratar os doentes” provocam “pressões na despesa”, porque “os instrumentos, os medicamentos e as técnicas são cada vez mais caros”. Esta evolução provocou alterações demográficas, a “longevidade das pessoas”, que modificou os “gastos em saúde” que não foi respectivamente “acompanhado por uma evolução em termos da gestão em saúde, da organização em saúde e dos cuidados a ter na saúde”.
Cultura predominante	Falta de responsabilização, “não há responsabilização dos CA, da gestão intermédia, etc.”, e a “mentalidade do funcionalismo público” presente nos vários actores do hospital que “complica bastante a mudança”.
Promiscuidade entre público e privado	A “fuga dos médicos para o privado” e a diferenças de produtividade do mesmo médico em sistemas distintos (“a produção na privada é superior à do público para o mesmo médico”). O conflito de interesses é também implícito no que diz respeito às “listas de espera em patologias que são as mais lucrativas no privado” e no poder de pressão dos médicos.

**Quadro 103** — Resumo dos comentários obtidos com a categoria ‘contexto’

A escassez de recursos (traduzido pelos limites financeiros e pela política de austeridade corrente) e a evolução da ciência e da tecnologia (com a respectiva pressão na despesa) são os itens mais comentados. Recorde-se que a contenção da despesa foi um dos itens mais mencionados nas orientações, recomendações e directivas emanadas na tutela. Seguem-se as questões culturais (falta de responsabilização aos vários níveis que constituem entraves à mudança) e a promiscuidade entre público/privado (a fuga para o privado, o conflito de interesses e as diferenças de produtividade, principalmente dos médicos).

A categoria ‘tutela’ agrupa os itens relacionados com a tutela e a sua influência. O Quadro 104 apresenta uma breve descrição baseada nos comentários efectuados para cada um destes itens.

Problema	Descrição
Política de saúde não coerente com os ciclos políticos	<p>“Instabilidade estratégica dos programas e dos planeamentos da saúde” que podem “ocorrer pela mudança de governos mas também pela mudança de ministros dentro do mesmo governo”;</p> <p>“Falta de planeamento estratégico ao nível macro e meso” referente ao investimento em hospitais (quantos hospitais queremos, onde devem estar localizados), em equipamentos (que equipamentos precisamos, onde devem estar localizados), e em especialidades (quais as especialidades necessárias num determinado hospital) e a respectiva interligação entre eles. Esta lacuna torna difíceis operações de reorganização, porque não existindo “planeamento estratégico há grande dificuldade política em as encerrar e isto exige coisas”;</p> <p>Falta de “uma política, um modelo coerente para os hospitais”, tendo em conta a empresarialização iniciada com o modelo SA e a passagem para um modelo EPE (não esquecendo outras experiências de quase empresarialização não totalmente avaliadas);</p> <p>“Falta de uma definição clara da missão e dos objectivos dos hospitais no cumprimento das políticas de saúde” traduzida em “objectivos estratégicos exequíveis” e não meramente conjunturais relacionados com o controlo da despesa</p>
Resposta e intervenção da tutela	<p>“Cumprimento de compromissos” assinados (a tutela deve cumprir a sua parte do contrato-programa fazendo “os seus pagamentos”, porque isso pode levar à perda de “capacidade negocial” com os fornecedores, à perda de descontos, etc.), as “múltiplas alterações do quadro legal de funcionamento” que provoca mudanças no hospital, e a “morosidade ao nível da resposta por parte da tutela em vários domínios”.</p>
Modelo centralista e excesso de regulamentação	<p>“Demasiado presa a medidas ou a um modelo muito centralista” sendo “precisos decretos-lei para tudo, para a coisa mais ínfima, para a coisa mais miserável é preciso um decreto-lei ou um despacho do Ministro”.</p>

**Quadro 104** — Resumo dos comentários obtidos com a categoria ‘tutela’

A existência de políticas de saúde não coerentes (caracterizada por instabilidade estratégica dos programas e dos planeamentos da saúde, falta de planeamento estratégico ao nível macro e meso dos investimentos nos hospitais, falta de uma política, um modelo, coerente para os hospitais, e a falta de uma definição clara

da missão e dos objectivos dos hospitais no cumprimento das políticas de saúde) e a resposta e intervenção da tutela (cumprimento das suas obrigações perante os compromissos assumidos com os hospitais, as múltiplas alterações do quadro legal de funcionamento e a morosidade da resposta em vários domínios) são os itens mais comentados. O modelo centralista (que torna a administração dos hospitais demasiado dependente do poder central) e o excesso de regulamentação (que torna necessário diplomas legais ou a intervenção da tutela para o mais pequeno pormenor) são os itens menos comentados.

Por último, a categoria 'CA' agrupa os itens relacionados com o CA. O Quadro 105 apresenta uma breve descrição baseada nos comentários efectuados para cada um destes itens.

Problema	Descrição
Falta de requisitos mínimos nos seus membros	Falta da “formação necessária e os conhecimentos necessários para a governação de estruturas e instituições tão complicadas”, com “grande défice nas áreas de economia e gestão na administração hospitalar”.e a falta de experiência traduzida em “competência intrínseca já adquirida anteriormente”. Isto faz com que “as questões da deficiência de visão estratégica e de planeamento estratégico, da insuficiência ao nível dos instrumentos de gestão financeira, de instrumentos de medição do desempenho do hospital, da gestão da informação” seja “um pouco consequência da insuficiência de formação dos membros dos CA”.
Processo de nomeação	Falta de “mecanismos que garantissem que os administradores têm a competência necessária para o cargo para que foram nomeados” e a “intromissão político-partidária” levam a colocar “pessoas que foram nomeadas não pela sua competência na gestão hospitalar, mas por outras razões”. Assim, “para além de termos um contexto que já é de si complicado ainda estamos eventualmente a nomear as pessoas erradas para esse contexto ou que seriam erradas em qualquer contexto”. A “não confiança nas pessoas que se colocam à frente dos CA” é também mencionado no sentido de se inverter o processo normal de nomeação, porque enquanto “qualquer CA de um banco ou de uma empresa é nomeado em função do plano estratégico que tem” os CA dos hospitais são precedidos por “um convite e depois vai-se pensar naquilo que se pretende fazer”.
Escolha do pessoal de apoio	Escolha errada do pessoal de apoio, porque face às suas deficiências o CA tem a tendência de ir “buscar pessoas com conhecimentos na área da gestão hospitalar deficientes ou pouco consolidados que se reflectem em défices acumulados enormes”

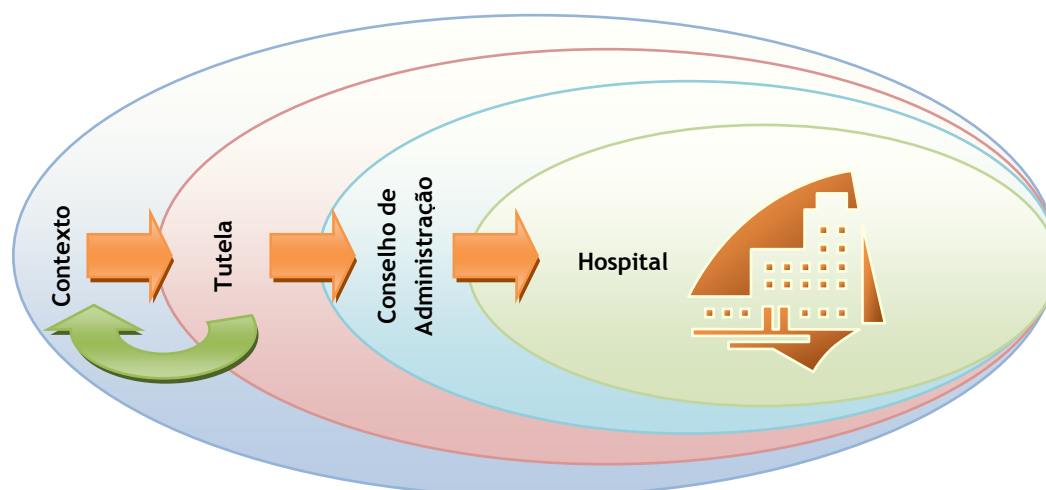
**Quadro 105** — Resumo dos comentários obtidos com a categoria ‘Conselhos de Administração’

A falta de requisitos essenciais no CA (conhecimento, competências e experiência) e o processo de nomeação (caracterizado pela falta de mecanismos e critérios de selecção e pela intromissão política) são os itens mais comentados. O primeiro item explica as deficiências de visão estratégica e de planeamento estratégico, a insuficiência ao nível dos instrumentos de gestão financeira, de instrumentos de medição do desempenho do hospital e da gestão da informação (“um pouco

consequência da insuficiência de formação dos membros dos CA”). O segundo item, associado a problemas de contexto já de si problemáticos, conduz à nomeação das pessoas erradas para os CA. A escolha errada do pessoal de apoio resulta do cumulativo destes factores.

É interessante notar que no conjunto os itens que agrupam mais comentários são aqueles que não estão directamente relacionados com o hospital, mas que o rodeiam, nomeadamente o contexto (tabuleiro de jogo) a tutela (desempenhando papéis múltiplos — accionista, interessado, regulador, financiador, protector, salvaguarda, etc. — e que pode exercer alterações no contexto) e o CA que comanda o destino do hospital mas que é uma variável dependente da tutela.

A Figura 51 mostra as múltiplas instâncias dos problemas de governação hospitalar identificados pelos entrevistados e a influência que cada instância exerce sobre a outra.



**Figura 51** — As múltiplas instâncias e inter-relações dos problemas de governação hospitalar identificados

Apesar de os comentários por categorias separadas incidirem sobretudo na categoria hospital (34%), no seu conjunto as categorias contexto, tutela e CA somam mais comentários (66%).

### 7.3. Práticas de governação hospitalar

Neste ponto é apresentado o resumo dos resultados relacionados com as práticas de governação hospitalar. Começaremos pela adopção de práticas de boa

governança (7.3.1), seguindo-se a estrutura, funcionamento e actividades do CA (7.3.2) e o envolvimento do corpo médico (7.3.3). Terminaremos com os instrumentos de apoio aos processos de decisão (7.3.4).

Para além dos dados obtidos com a entrevista, foram utilizados dados de outras fontes para recolher informações sobre a estrutura do CA, o número de CA desde 2000 e outras características consideradas relevantes<sup>257</sup>.

### 7.3.1. Adopção de práticas de boa governação

O resumo dos resultados relativos à adopção de práticas de boa de governação<sup>258</sup> é apresentado considerando as boas práticas nos órgãos de governo do hospital (7.3.1.1), o acesso disponibilizado a determinadas fontes de informação (7.3.1.2) e, finalmente a análise de comentários (7.3.1.3).

#### 7.3.1.1. Boas práticas nos órgãos de governo do hospital

O Quadro 106 apresenta a percentagem das respostas relativas à adopção de princípios de boa governação respeitantes aos membros dos CA.

Área		Sim	Sim, e não deviam existir	Não	Não, e deviam ser	NR
Procedimentos legais		55%	—	14%	14%	18%
Carácter público	Conflitos de interesses	32%	5%	9%	23%	32%
	Identidade dos membros do CA	86%	—	—	—	14%
	Currículos dos membros do CA	77%	9%	—	—	14%
	Remuneração e outros direitos	64%	5%	—	18%	14%

**Quadro 106** — Percentagem das respostas relativas à adopção de princípios de boa governação

<sup>257</sup> Nomeadamente, sítio relativo ao Sector Empresarial do Estado referente aos Hospitais EPE (<http://www.dgt.pt/see.htm>), sítio dos Hospitais EPE (<http://www.hospitalsepe.min-saude.pt>), sítio da Administração Central dos Serviços de Saúde (<http://www.acss.min-saude.pt>), Anuário da Saúde (2001 a 2006), Administração Regional de Saúde do Centro, e diplomas legais, nomeadamente os relacionados com o estatuto dos Hospitais SPA e dos Hospitais EPE.

<sup>258</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada dos pontos relacionados com as boas práticas (ponto 2.1.) complementado com a análise de conteúdo dos comentários efectuados onde são apresentados exemplos dos mesmos. Neste documento o texto relativo aos pontos relacionados com a adopção de boas práticas nos órgãos de governo do hospital e do acesso a fontes de informação é praticamente o mesmo do anexo (pontos 2.1.1. e 2.1.2., respectivamente).



O Quadro 107 apresenta o resumo das respostas para cada um dos pontos analisados nas diferentes práticas de boa governação.

Prática		Descrição
Existência de procedimentos legais para lidar com conflitos de interesses		A maioria considera existirem procedimentos legais que lidam com questões de conflitos de interesses dos membros dos CA: 12 (55%) responderam que sim, 6 (27%) responderam que não e 4 (18%) não respondeu à questão. É interessante verificar que 3 (14%) consideram não existir procedimentos legais para lidar com as questões de conflitos de interesses e que deviam existir.
Carácter público	Conflitos de interesses	As respostas encontram-se divididas: 8 (36%) responderam que sim, 7 (32%) responderam que não, e outros 7 (32%) não responderam à questão. Verifica-se que 5 (23%) entrevistados consideram não serem públicos e que deviam ser.
	Identidade dos membros do CA	A larga maioria dos entrevistados, 19 (86%), considera que a identidade é pública. Apenas 3 (14%) não responderam.
	Currículos dos membros do CA	A larga maioria dos entrevistados, 19 (86%), considera que a identidade é pública. Apenas 3 (14%) não responderam.
	Remuneração e outros direitos	A maioria dos entrevistados, 15 (68%), consideram que sim, 4 (18%) responderam que não, e 3 (14%) não responderam. Um dos entrevistados considera que estes elementos são públicos e não deviam ser.

**Quadro 107** — Resumo das respostas relacionadas com as boas práticas nos órgãos de governação

No geral, o panorama de adopção de boas práticas nos órgãos de governo do hospital, nomeadamente no CA, aparenta ser positivo<sup>259</sup>. A excepção a esta tendência está relacionada com o carácter público dos conflitos de interesses cujas respostas estão mais divididas e onde existem mais entrevistados a não responder.

### 7.3.1.2. Acesso a fontes de informação

O Quadro 108 apresenta a distribuição das respostas relativas ao tipo de acesso a diversas fontes de informação.

Fontes de informação	Público em geral	Restringido aos profissionais	Exclusivo ao CA	NR
Actas do CA	32%	27%	27%	14%
Relatório de contas	73%	9%	—	18%
Relatório de actividades	55%	27%	—	18%
Plano de actividades	55%	27%	—	18%
Indicadores de acompanhamento	36%	36%	9%	18%
Distribuição do orçamento	5%	55%	18%	23%
Relatórios externos	45%	18%	14%	23%

**Quadro 108** — Percentagem das respostas relativas ao tipo de acesso a fontes de informação

<sup>259</sup> Esta interpretação está relacionada com a análise dos comentários efectuados pelos entrevistados. Esta análise será apresentada mais à frente.

O acesso ao relatório de contas, ao relatório de actividades, ao plano de actividades e aos relatórios externos de avaliação é considerado, pela maioria dos entrevistados, como estando aberto ao público em geral. Relativamente à distribuição do orçamento pelos vários sectores do hospital, aos indicadores de acompanhamento do desempenho e às actas do CA as respostas consideram maioritariamente que o acesso não é ao público em geral, sendo restringido aos profissionais do hospital ou exclusivamente aos membros do CA.

### 7.3.1.3. Análise dos comentários

Sobre a adopção de boas práticas de governação foram obtidos 49 comentários de 17 dos entrevistados (14 internos e 3 externos) que, depois de codificados, foram agrupados em três categorias.

O Quadro 109 apresenta um breve resumo de cada uma delas<sup>260</sup> bem como o número de comentários.

Categoria	Itens agrupados	N	%
Aspectos gerais	Conceito de público, formas de disponibilizar e importância das práticas	28	57%
Boas práticas nos órgãos de governo do hospital	Conflito de interesses, identidade e currículos, remunerações e outros direitos	11	22%
Acesso a fontes de informação	Actas do CA, distribuição do orçamento e relatórios externos de avaliação	10	21%
<b>Total</b>		<b>49</b>	<b>100%</b>

**Quadro 109** — Resumo dos comentários obtidos para a adopção de boas práticas de governação

A maioria dos comentários incide sobre a interpretação que é dada ao conceito de público, às diferentes formas de disponibilizar elementos ao público e aos profissionais, e a importância que as boas práticas de governação assumem. Os restantes comentários reflectem percepções sobre os itens escolhidos para as boas práticas nos órgãos de governo do hospital e o acesso às fontes de informação.

De seguida apresentamos o resumo dos principais resultados associados a cada uma das categorias mencionadas.

<sup>260</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada dos comentários obtidos com a adopção de práticas de boa governação (ponto 2.1.3.) complementado com exemplos dos mesmos.

## Aspectos gerais

Relativamente ao conceito de público existem pelo menos três entendimentos distintos: relacionado com os aspectos legais e formais, relacionado com a forma de acesso, e relacionado com a divulgação nos meios de comunicação. O Quadro 110 apresenta um breve resumo para cada uma destas interpretações.

Interpretação	Descrição
Aspectos legais e formais	Considera que algo é público se publicado em Diário da República, se presente em algum tipo de legislação, se regulamentado ou se pode ser feito a pedido de acordo com a existência de leis para o efeito.
Forma de acesso	Considera o local de acesso, nomeadamente em locais de fácil acesso como o sítio do hospital ou outro local centralizado ou então desde que pedido pelo interessado.
Divulgação nos meios de comunicação	Considera a divulgação nos <i>media</i> (rádio, televisão, jornais, etc.) que torna público no sentido de as relações serem conhecidas na região, as pessoas saberem quem são os nomeados e as suas ligações.

**Quadro 110** — Interpretação do conceito de público

É interessante verificar que são reconhecidos limites a alguns destes entendimentos (“infelizmente vivemos ainda num conceito de o público coincidir com a publicação em Diário da República [...] publicar no Diário da República é tornar público [...] tal não é verdade” ou “porque estão em local de fácil consulta, por exemplo o *site* do hospital [...] mesmo isso não garante o acesso fácil, porque se levanta a questão da infoexclusão”).

Quanto à forma de disponibilizar o acesso a fontes de informação, em termos gerais, são mencionadas duas preocupações distintas. Por um lado, o acesso externo pelo grande público, nomeadamente através da *Internet* recorrendo aos sítios dos hospitais ou outro local centralizado. Por outro lado, o acesso interno dos profissionais do hospital através da *intranet*. A *Internet*, e as suas tecnologias<sup>261</sup>, são mencionadas, desta forma, como uma plataforma primordial na facilidade de acesso às fontes de informação.

Por último, a importância das práticas foca aspectos relacionados com o alerta para algumas questões nunca pensadas, a necessidade de quadro formais de requisitos

---

<sup>261</sup> Neste ambiente de rápida mudança e de afirmação da informação e do conhecimento a *Internet* tem vindo a desempenhar um papel cada vez mais importante. A *Internet* e todas as suas tecnologias derivadas oferecem o potencial que fornece o acesso integrado à informação — *anywhere, anytime, anyplace* — necessário para a tomada de decisão (Wiberg e Ljungberg, 2001). A *Internet*, os seus serviços e tecnologias relacionadas, são reconhecidas por muitos autores como uma ferramenta das mais utilizadas nos processos relacionados com a gestão do conhecimento (Skyrme, 1997, Brooking, 1999, Book, 2000, Skyrme, 2000, Marwick, 2001).

para os gestores públicos, a importância dos diplomas aprovados recentemente e o reconhecimento que apesar de serem diplomas importantes, só por si não são suficientes. O Quadro 111 apresenta um breve resumo de cada um destes aspectos.

Prática	Descrição
Alerta para as questões da boa governação	O alerta para questões nunca pensadas das práticas associadas à boa governação e a consciencialização da sua importância quando se afirma “há aqui questões que nunca foram pensadas” ou “pela minha parte nunca as pensei e são importantes”.
Existência de um quadro formal de requisitos	A necessidade da existência de um quadro formal de requisitos para os gestores públicos tendo em conta a natureza das empresas públicas e as consequentes necessidades de responsabilização e de prestação de contas.
Importância dos diplomas recentes	A importância dos diplomas, aprovados recentemente, relativos ao novo estatuto do gestor público e aos princípios de boa governação nas empresas públicas em questões de transparência, responsabilização e prestação de contas
A legislação é importante mas só por si não é suficiente	O reconhecimento de que estes diplomas, sendo necessários, só por si não são suficientes, tendo em conta “a governamentalização e um certo descuido com a preocupação de qualidade dos CA que podem levar a maus desempenhos e sobretudo a uma insuficiente aplicação dos instrumentos adequados”, sendo necessário procurar critérios de nomeação para os CA baseados em competência (“dizer a toda a gente, a todo o quadro partidário, a quem quer que governa, que existe uma obrigação de procurar competência”).

**Quadro 111** — Resumo dos comentários sobre as boas práticas nos órgãos de governo do hospital

### Boas práticas nos órgãos de governo do hospital

A maioria dos comentários incide sobre o conflito de interesses, seguindo-se a identidade e os currículos e, por último, a remuneração e outros direitos. O Quadro 112 apresenta um breve resumo para as práticas comentadas.

Prática	Resumo dos comentários
Conflitos de interesses	A concordância com a existência de legislação sobre estes aspectos e a sua publicitação. A importância de explicitar os conflitos de interesses ao assumir um determinado CA de modo a evitar especulações e suspeitas relacionadas com futuras decisões do CA. Os conflitos de interesses devem funcionar como factor de ponderação na aceitação do cargo, abdicando de algumas situações que criem esses conflitos caso seja necessário.
Currículos dos membros do CA	É reconhecido que devem ser públicos, nomeadamente nos sítios dos hospitais ou em outros locais centralizados. É mencionada também a obrigatoriedade de enviar os currículos quando se aceita ser nomeado, a publicação pelos jornais de algumas notas biográficas e curriculares sobre o nomeado, e a publicação do currículo em Diário da Republica junto com a nomeação.
Remunerações e outros direitos	A publicitação não se deveria limitar aos membros dos órgãos de governo do hospital. Alguns CA prescindiram do direito de compra e utilização de viatura.

**Quadro 112** — Resumo dos comentários sobre a adopção de práticas de boa governação

Relativamente à publicação dos currículos em DR junto com a nomeação,

conforme mencionado pelos entrevistados, refira-se que dos 36 membros dos diversos CA nomeados para os hospitais da amostra considerada apenas 11 (31%) possuem o seu currículo publicado no despacho que procede à nomeação e apenas para dois hospitais (25%) são publicados os currículos de todos os membros do CA. Apenas quatro dos hospitais EPE estão presentes no sítio do SEE e, relativamente ao currículo dos membros dos respectivos CA, apenas um deles tem, parcialmente, os currículos.

É importante mencionar que as questões relativas ao conflito de interesses foram as que mais reacções provocaram, quer pelos pedidos de explicações sobre o que se pretendia com as perguntas, quer pelos pedidos para enquadrar o que se entendia por conflitos de interesses, quer pelo facto de nunca terem pensado no assunto e pretenderem saber mais, nomeadamente em termos de governação empresarial.

### **Acesso a fontes de informação**

A maioria dos comentários está relacionada com o acesso às actas do CA, seguindo-se a distribuição do orçamento pelos vários sectores do hospital, e os relatórios externos de avaliação. O Quadro 113 apresenta o resumo dos principais comentários associados a estas fontes de informação.

<b>Fonte</b>	<b>Resumo dos comentários</b>
Actas do CA	É público, desde que pedido pelo interessado, não existindo a prática de divulgar as actas, embora fosse interessante fazê-lo. Muitas vezes essas actas possuem informação que pode ser confidencial (por exemplo, relativo a algum processo disciplinar).
Distribuição do orçamento	É algo que não existe nos hospitais, pelo menos com a precisão exigida, sobretudo devido aos problemas relacionados com a contabilidade analítica.
Relatórios externos de avaliação	A organização é muito pouco transparente em alguns aspectos, porque alguns dos documentos ficam retidos em alguns elementos dos CA e outros não os conhecem.

**Quadro 113** — Resumo dos comentários sobre o acesso às fontes de informação

## **7.3.2. Estrutura, funcionamento e actividades dos CA**

O resumo dos resultados relativos à estrutura (7.3.2.1), ao funcionamento (7.3.2.2) e à actividade (7.3.2.3) dos CA será apresentado de seguida. Aproveitaremos para apresentar os contornos gerais do panorama dos CA dos hospitais da amostra tendo em conta os pontos analisados.

### **7.3.2.1. Estrutura**

A caracterização da estrutura dos CA<sup>262</sup> focará a composição e tamanho, a rotação dos CA, a proveniência dos seus membros, o tempo de integração no CA, a formação dos seus membros e a sua experiência na área.

Na impossibilidade de realizar a entrevista a todo o CA foi aplicado um questionário simples para obter a caracterização pessoal e curricular dos restantes membros<sup>263</sup>.

#### **Composição e tamanho**

Verifica-se que quatro (50%) dos CA são constituídos por dois vogais enquanto os restantes apenas possuem um vogal na sua composição. O presidente do CA é médico em seis (75%) dos hospitais. Dos 36 membros dos diversos CA nomeados apenas 11 (31%) possuem a sinopse curricular publicada no despacho que procede à nomeação. Para apenas dois hospitais (25%) são publicadas as sinopses curriculares de todos os membros do CA.

Os CA seguem a matriz normal definida para os hospitais SPA e hospitais EPE em função da complexidade, dimensão e volume de recursos a gerir. Em nenhum dos casos o presidente do CA está a assumir as funções de um vogal e nenhum dos hospitais EPE integra um vogal não executivo relativo ao município onde se situa a sede do hospital.

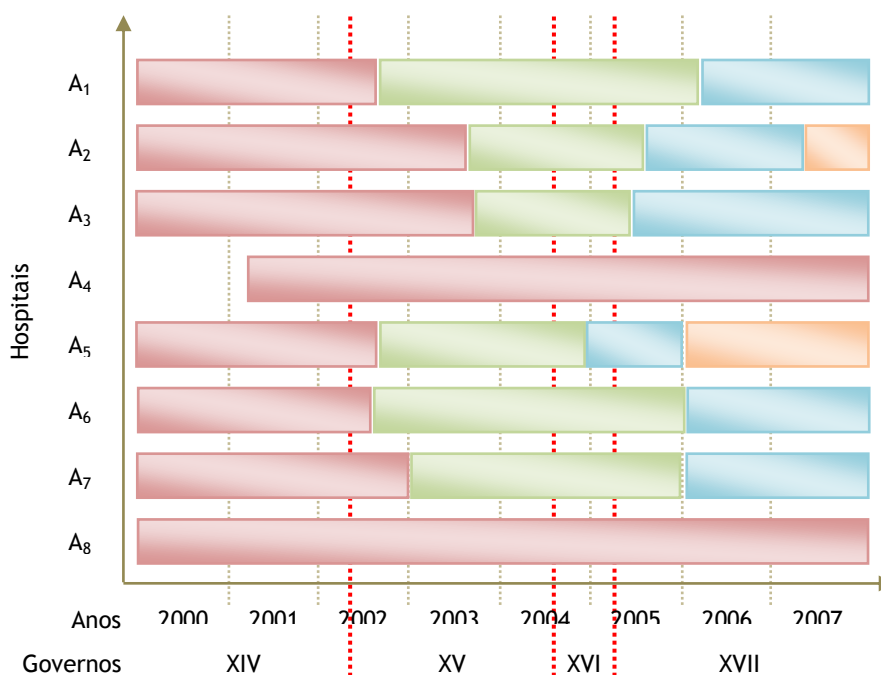
#### **Rotação dos Conselhos de Administração**

A Figura 52 apresenta os CA, desde 2000 até 2007, para os hospitais da amostra considerada confrontados com os respectivos governos. Cada rectângulo representa um CA diferente.

---

<sup>262</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada dos pontos relacionados com a estrutura dos CA (ponto 2.2.1.) relativamente à sua composição e tamanho, rotação, proveniência, tempo de integração, formação e experiência na área (pontos 2.2.1.1. a 2.2.1.6., respectivamente).

<sup>263</sup> Para o efeito foram enviados 18 questionários tendo sido obtidas 12 respostas (67%). Os 6 (33%) restantes membros não se mostraram interessados em responder ao questionário simples. No final ficámos com dados de 30 elementos dos vários CA.



**Figura 52** — Conselhos de Administração dos hospitais da amostra desde 2000 até 2007

De 2000 até 2007 passaram pelos oito hospitais 22 CA<sup>264</sup>, 21 presidentes do CA e 37 vogais diferentes<sup>265</sup>. Apenas dois hospitais (25%), o A<sub>4</sub> e o A<sub>8</sub>, mantêm o mesmo CA, quatro hospitais (50%) tiveram três CA, e dois hospitais (25%) tiveram quatro CA. Em sete hospitais (87,5%) o número de presidentes do CA coincide com o número de CA e apenas em um hospital (12,5%), o hospital A<sub>7</sub>, existe um presidente que esteve em mais do que um CA em períodos diferentes.

O número de vogais que passou pelos sucessivos CA varia entre um mínimo de dois vogais (hospital A<sub>4</sub>), e um máximo de oito vogais (hospital A<sub>7</sub>). Os hospitais A<sub>2</sub> e A<sub>5</sub> tiveram seis vogais diferentes. No ano de 2004, quer o hospital A<sub>5</sub> quer o hospital A<sub>8</sub>, tiveram um vogal não executivo para além dos vogais normais. Regra geral os CA mantiveram na sua constituição o número de vogais indicados nos respectivos diplomas, com exceção do hospital A<sub>5</sub>, que no 3º CA teve três vogais (sendo um não executivo), e do hospital A<sub>7</sub> que no 1º CA teve quatro vogais.

Constata-se que excepto os hospitais A<sub>4</sub> e A<sub>8</sub>, cujos CA apresentam uma grande longevidade relativamente aos outros, as mudanças de CA coincidem, com algum desfazamento temporal, com a mudança de governos. Para agravar a situação, existem

<sup>264</sup> Para efeitos de contabilização do número de CA considerou-se que um CA é o mesmo se mantiver o presidente do CA e pelo menos um dos vogais executivos em períodos consecutivos

<sup>265</sup> O número de vogais diz respeito ao número de vogais diferentes que passaram pelos sucessivos CA. Desta forma, um vogal executivo que tenha passado por mais de CA só é contabilizado uma vez.

hospitais cujo CA muda dentro do mesmo governo: hospital A<sub>5</sub> no XVI Governo e hospital A<sub>2</sub> no XVII Governo.

### Proveniência

Os membros dos CA dos hospitais públicos provêm todos do sector público. Apenas dois hospitais, o A<sub>2</sub> e o A<sub>5</sub>, possuem, cada um, um vogal executivo com alguma experiência no privado em sectores não directamente ou apenas lateralmente ligados à saúde.

Dos hospitais considerados, três dos Presidentes do CA já ocupavam esse cargo anteriormente. Pela análise do ponto anterior relativa à rotação dos CA verificamos que são os presidentes do CA dos hospitais A<sub>4</sub> e A<sub>8</sub>. O terceiro elemento, do hospital A<sub>3</sub>, com a experiência de um ano transitou do CA do antigo estatuto SPA para o novo estatuto EPE. Dois deles ocuparam cargos de presidente de uma ARS e de director distrital da Segurança Social.

Na sua maioria os vogais executivos desempenhavam funções de administrador hospitalar. Quatro dos vogais executivos integravam anteriormente CA e um deles era director financeiro do IEFP. Na sua maioria os directores clínicos desempenhavam funções de direcção de serviço e os enfermeiros directores o cargo de enfermeiro/a chefe.

### Tempo de integração no CA

Para a pergunta “*Há quanto tempo integra o CA*” foram obtidas as estatísticas apresentadas no Quadro 114.

	Presidente do CA	Vogal executivo	Director clínico	Enfermeiro director
Média	4,60	2,20	2,88	2,71
Desvio padrão	5,78	1,90	3,02	1,55
Mínimo	0,50	0,50	0,50	0,50
Máximo	16,00	6,00	7,92	4,75
<i>N</i>	7	11	5	7

**Quadro 114** — Anos de integração por função desempenhada no CA



Constata-se que em média o tempo de integração do presidente do CA é superior ao tempo de integração do vogal executivo, do director clínico e do enfermeiro director. Para este resultado contribuem a longevidade do CA dos hospitais A<sub>4</sub> e A<sub>8</sub>. Por seu turno, o director clínico e o enfermeiro director apresentam em média um tempo de integração maior do que os vogais executivos.

O pouco tempo de integração dos vários elementos do CA (com excepção do presidente do CA pelos motivos mencionados), face à elevada rotação dos CA verificada, aponta para a juventude dos CA dentro dos hospitais e para a sua experiência recente.

### Formação

O Quadro 115 apresenta a percentagem de membros do CA, no geral e por função desempenhada, que possuem uma determinada licenciatura.

Licenciatura	CA	Presidente do CA	Vogal executivo	Director clínico	Enfermeiro director
Medicina	33%	72%	—	100%	—
Enfermagem	23%	—	—	—	100%
Direito	20%	14%	46%	—	—
Economia	10%	14%	18%	—	—
Gestão	7%	—	18%	—	—
Sociologia	7%	—	18%	—	—

**Quadro 115** — Formação de base do CA e por função desempenhada no CA

Conforme se pode verificar todos os elementos dos CA possuem formação superior, com predominância da Medicina (33%), da Enfermagem (23%) e do Direito (20%). As licenciaturas menos representadas são a Economia (10%), a Gestão (7%) e a Sociologia (7%).

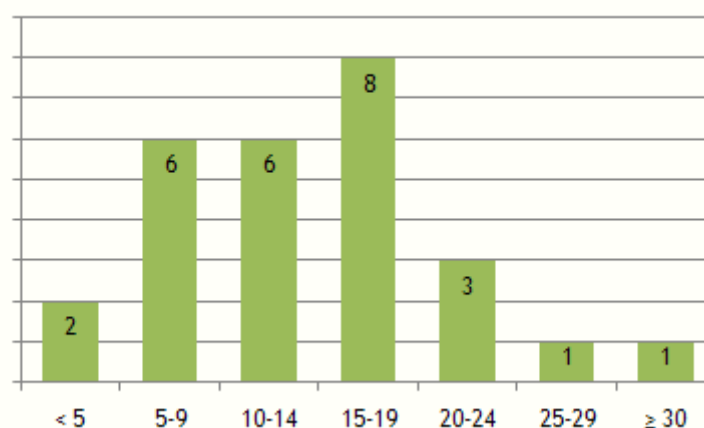
Para além desta formação de base, os membros dos CA possuem formação específica diversificada na área da saúde. A pós-graduação é o tipo de formação específica mais relevante (37%), onde se destaca a Administração Hospitalar (31%), seguida dos cursos de especialização (29%), onde se destaca a administração em enfermagem (9%), e dos mestrados (20%) onde se destaca o Mestrado de Gestão e Economia da Saúde (11%).

A formação de base dos Presidentes do CA é maioritariamente a Medicina (72%) com pouca representatividade da Economia e do Direito (14%). Por seu turno, os Vogais Executivos possuem maioritariamente formação de base em Direito (46%). A Economia, a Gestão e a Sociologia possuem a mesma representatividade (18%). Pelas suas características próprias, o Director Clínico e o Enfermeiro Director apresentam como formação base a medicina e a enfermagem, respectivamente.

Os cursos de especialização (50%) são maioritariamente a formação específica dos Presidentes do CA com predominância da gestão de unidades de saúde (33%). A pós-graduação (58%) é maioritariamente a formação específica dos Vogais Executivos com predominância, como seria de esperar, da administração hospitalar (53%). Os mestrados (51%) são maioritariamente a formação específica dos Enfermeiros Directores, com predominância da gestão e da economia da saúde (25%), e o curso de especialização de administração em enfermagem com um peso significativo relativo (38%).

### Experiência na área

Os membros do CA apresentam uma experiência média efectiva em administração em saúde de 13,87 anos (com um mínimo de 0 anos, um máximo de 32 anos e um desvio padrão de 7,4 anos). A Figura 53 apresenta a distribuição dos anos de experiência efectiva em administração em saúde.



**Figura 53** — Distribuição dos membros dos CA por anos de experiência efectiva

Constata-se que oito dos elementos (30%) possuem entre 15 a 19 anos de experiência, seis (22%) possuem entre seis a nove anos de experiência, seis (22%)

possuem entre 10 a 14 anos de experiência, três (11%) possuem entre 20 a 24 anos de experiência, e dois (8%) possuem mais de 24 anos de experiência. Apenas dois (7%) não possuem qualquer experiência. O Quadro 116 apresenta os anos de experiência efectiva por função desempenhada no CA.

	Presidente do CA	Vogal executivo	Director clínico	Enfermeiro director
Média	10,79	15,73	11,00	15,50
Desvio padrão	4,43	10,38	1,00	3,73
Mínimo	5,50	0,00	10,00	9,00
Máximo	16,00	32,00	12,00	20,00
<i>N</i>	7	11	3	6

**Quadro 116** — Anos de experiência efectiva em administração em saúde por função desempenhada no CA

Verifica-se que em média os vogais executivos e o enfermeiro director apresentam uma experiência efectiva superior aos presidentes do CA e aos directores clínicos. O director clínico seguido do enfermeiro director são aqueles que apresentam o desvio padrão mais baixo em termos de experiência efectiva (um e 3,73 anos, respectivamente). Os vogais executivos são quem apresenta o desvio padrão mais elevado (10,38 anos).

### 7.3.2.2. Funcionamento

Na impossibilidade de efectuar entrevistas a todos os membros do CA, considerou-se que a percepção dos entrevistados desse CA é representativa de todo o CA<sup>266</sup>. Na autonomia para além dos resultados associados às perguntas referentes a cada uma das áreas, no geral e por hospital, foi feita uma análise de conteúdo aos comentários obtidos.

#### Reuniões

O número de reuniões e o processo de tomada de decisão são definidos pelo próprio estatuto jurídico. O CA dos hospitais SPA reúne semanalmente e, ainda, sempre

<sup>266</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada dos pontos relacionados com o funcionamento dos CA (ponto 2.2.2.) relativamente às suas reuniões, ao processo de tomada de decisão e a autonomia na tomada de decisão em áreas chave (pontos 2.2.2.1. a 2.2.2.3., respectivamente). O ponto relativo à autonomia é completado com a análise de conteúdo dos comentários feitos pelos entrevistados.

que convocado pelo presidente ou por solicitação de dois membros do CA ou do fiscal único. As regras do seu funcionamento são fixadas pelo próprio CA na sua primeira reunião e constam do regulamento interno do hospital. Das reuniões devem ser lavradas actas, a aprovar na reunião seguinte.

O CA dos hospitais EPE reúne, pelo menos, semanalmente e, ainda, sempre que convocado pelo presidente ou por solicitação de dois dos seus membros ou do fiscal único. As regras de funcionamento são fixadas pelo próprio conselho na sua primeira reunião e constam do regulamento interno do hospital. Das reuniões do conselho de administração devem ser lavradas actas, a aprovar na reunião seguinte.

### Processo de tomada de decisão

No modelo SPA o presidente do CA tem voto de qualidade no processo de decisão. No modelo EPE, à semelhança do modelo SPA, o presidente do CA tem voto de qualidade no processo de decisão.

### Autonomia na tomada de decisão em áreas chave

Para cada uma das áreas foi definido o que se entendia por menos autonomia (totalmente centralizado) e mais autonomia (totalmente ao nível do hospital) sendo indicado uma área intermédia de autonomia (envolvendo a participação do hospital). O valor zero representa o mínimo de autonomia, enquanto o valor 15 representa o máximo de autonomia. A Figura 54 apresenta as zonas de autonomia consideradas utilizando como exemplo a área dos recursos humanos. Este exemplo é replicado para as restantes áreas.

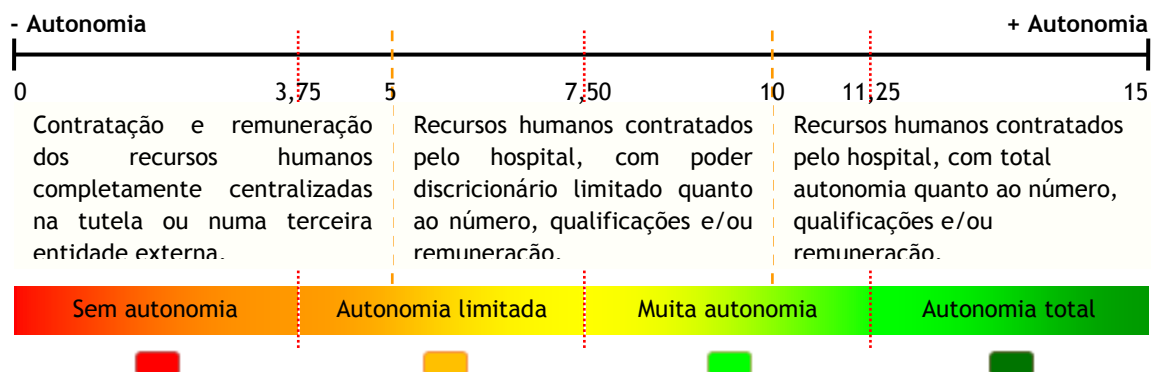
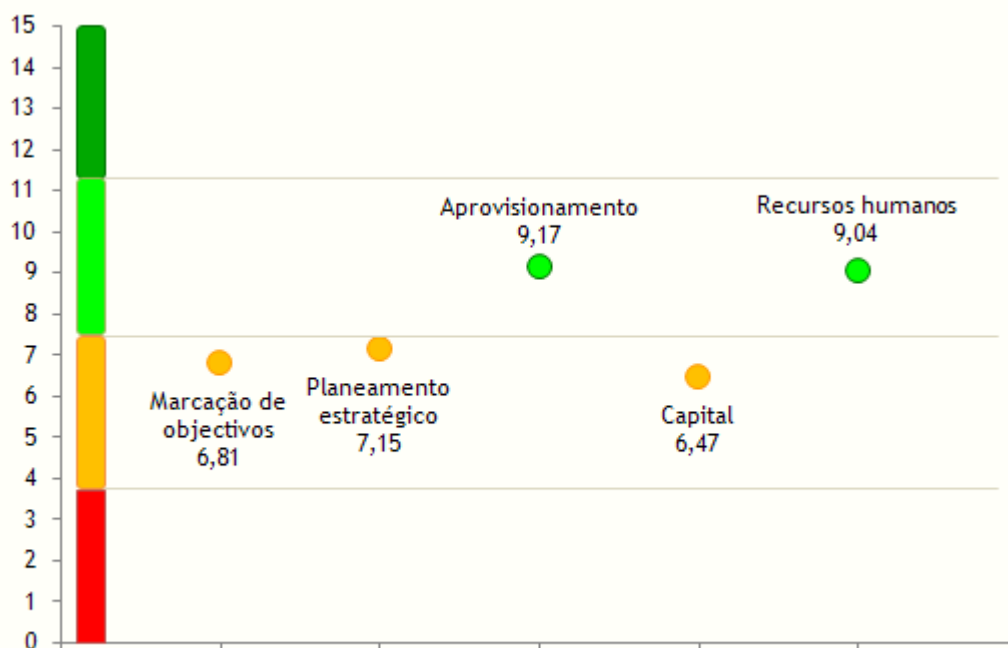


Figura 54 — Zonas de autonomia para interpretação de resultados

Para classificar a autonomia sentida foram consideradas quatro zonas de autonomia. Desconhecendo-se a curva de preferências dos entrevistados fez-se uma divisão simples em quatro zonas todas com a mesma amplitude. Para além desta classificação, procurou-se perceber as áreas em que os entrevistados sentem que possuem mais autonomia calculando o *ranking* das resposta dadas em cada uma das áreas.

A Figura 55 apresenta a distribuição da autonomia por cada uma das áreas. O aprovisionamento e os recursos humanos aparecem na zona de muita autonomia, enquanto a marcação de objectivos de desempenho, o planeamento estratégico e o capital aparecem na zona de autonomia limitada<sup>267</sup>. Considerando a média em cada uma das áreas analisadas verifica-se que o aprovisionamento e os recursos humanos são as áreas com maior autonomia. Seguem-se, por ordem decrescente, o planeamento estratégico, a marcação de objectivos e o capital.



**Figura 55** — Distribuição da autonomia média por cada uma das áreas

<sup>267</sup> No anexo II para além de uma análise geral foi feito um exercício de comparação da autonomia por hospital e tendo em conta o seu estatuto. Os resultados obtidos foram na generalidade coincidentes com os obtidos no contexto geral. Não os apresentamos aqui, porque o tamanho da amostra nos obriga a ser prudentes nas inferências daí retiradas. Contudo, acreditamos que os resultados obtidos não estão muito longe da realidade e traduzem de facto a situação existente. Por exemplo, os entrevistados dos CA dos hospitais SPA percebem uma menor autonomia nas diversas áreas relativamente aos entrevistados dos CA dos hospitais EPE; observa-se também que enquanto nos hospitais EPE é percebida uma maior autonomia na área dos recursos humanos e do aprovisionamento relativamente às outras áreas, já nos hospitais SPA a percepção de autonomia situa-se praticamente ao mesmo nível com excepção da área do aprovisionamento.

O Quadro 117 apresenta a percentagem de respostas de cada área que estão num determinado *ranking*.

Rank	Recursos humanos	Capital	Aprovisionamento	Planeamento estratégico	Marcação de objectivos
1	33%	17%	50%	17%	6%
2	44%	6%	28%	11%	22%
3	17%	17%	11%	11%	22%
4	0%	28%	6%	39%	22%
5	6%	33%	6%	22%	28%
	100%	100%	100%	100%	100%

**Quadro 117** — Percentagem de respostas de cada área num determinado *ranking*.

Quanto mais alta a posição no *ranking* maior será a autonomia. Considerando como indicativo a maior percentagem obtida para cada área, verifica-se que as áreas com maior autonomia percebida são o aprovisionamento e os recursos humanos. As áreas onde os entrevistados sentem menos autonomia são o planeamento estratégico, o capital e, por último a marcação de objectivos.

Os comentários obtidos sobre a autonomia, 29 comentários de 11 dos entrevistados (9 internos e 2 externos), foram codificados e agrupados em duas categorias. O Quadro 118 apresenta um breve resumo de cada uma delas<sup>268</sup> bem como o número de respostas obtidos para uma<sup>269</sup>.

Categoria	Descrição	N	%
Áreas analisadas	Planeamento estratégico, recursos humanos, capital e objectivos de desempenho	16	55%
Autonomia em geral	Estatuto, limites existentes, e intervenção do Estado	13	45%
	<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100%</b>

**Quadro 118** — Resumo dos comentários obtidos para a autonomia do hospital

A maioria dos comentários está relacionada com as áreas analisadas, nomeadamente o planeamento estratégico onde é realçado o facto de este depender fortemente das orientações emanadas da tutela. O Quadro 119 apresenta um breve resumo dos comentários feitos para cada uma das áreas.

<sup>268</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada dos comentários obtidos com o enquadramento legal do hospital (ponto 1.3.1.) complementado com exemplos dos mesmos.

<sup>269</sup> Alguns dos entrevistados aparecem em mais do que uma linha do quadro, porque o conteúdo da sua resposta é múltiplo. Por exemplo, podem ter respondido no sentido do estatuto ser um facilitador e de identificarem outros problemas e limitações.

Área	Resumo dos comentários
Planeamento estratégico	<p>O hospital é um objecto da política de saúde, porque “grande parte do planeamento estratégico está centrado na tutela e está relacionado com os objectivos de política de saúde”.</p> <p>A menor autonomia prende-se com o facto do planeamento estratégico do hospital depender das “orientações emanadas da tutela e de intervenções e indicações dadas pelas ARS”.</p> <p>É necessário redefinir o sentido do planeamento estratégico no hospital no sentido de “definir o posicionamento do hospital perante as necessidades definidas pela administração central” adequando a “oferta às necessidades” e na preocupação com “a cultura organizacional e com a atmosfera do hospital” nomeadamente “com os instrumentos adequados, com envolvimento, com responsabilização, com descentralização”.</p> <p>Identificação de alguns factores importantes para o planeamento estratégico, nomeadamente a aposta em “sistemas de informação credíveis” e no “benchmark de boas práticas”<sup>270</sup>.</p>
Recursos humanos	<p>Melhoria da autonomia em termos de contratação (“temos autonomia de contratação” ou “podemos contratar quem quisermos”) confrontada com limitações relacionadas com o acordo colectivo de trabalho, porque “há cinco anos que temos uma comissão centralizada que negocia o acordo colectivo de trabalho e que não tem resultados” e “a sua não existência diminui os horizontes dos contratados” fazendo-os sentir “uma certa estagnação”.</p> <p>Problemas associados aos recursos em termos de escassez (“existe défice em determinadas especialidades tendo nós que recorrer ao mercado espanhol”), facilidade de mobilidade (“a cultura instalada facilita a mobilidade entre instituições o que provoca a perda de profissionais”) e diferentes formas de contrato que necessitam de ser harmonizados (“temos todos de trabalhar por igual porque grandes hospitais, como os HUC, atraem os recursos por causa do contrato dentro da função pública”).</p>
Capital	<p>Relativa autonomia de investimento em algumas áreas exceptuando para grandes projectos onde se torna necessário “pedir autorização à tutela”.</p> <p>Reconhecimento da necessidade de “alguma restrição de autonomia” no que diz respeito ao capital, porque “demasiada autonomia de investimento gera aberrações” tomando como exemplo o que “aconteceu ao capital social de alguns hospitais SA” e à avaliação feita pelo Tribunal de Contas<sup>271</sup>.</p>
Objectivos de desempenho	<p>“Fortemente dependentes da tutela”, numa referência clara aos objectivos contratualizados através da negociação do contrato-programa e ao facto de o hospital ser objecto da política de saúde em termos dos principais objectivos definidos centralmente.</p>

**Quadro 119** — Resumo dos comentários sobre as áreas de autonomia analisadas

Os restantes comentários estão relacionados com a autonomia em termos gerais, nomeadamente com a autonomia permitida com o estatuto (com a manifestação

<sup>270</sup> Esta separação aponta para um planeamento estratégico de responsabilidade externa, sobretudo relacionado com os objectivos das políticas de saúde, e para um planeamento estratégico interno preocupado sobretudo com a organização em si.

<sup>271</sup> O Tribunal de Contas publicou em 2006, no âmbito dos Programas de Fiscalização do Tribunal de Contas de 2005 e 2006, o Relatório n.º 20/06 – Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais do SEE, Período 2001 a 2004. A auditoria abrangeu os anos de 2001 a 2004, para os 32 hospitais que integravam o Sector Público Administrativo (SPA) e que passaram para o Sector Empresarial do Estado (SEE) adquirindo a forma de sociedades anónimas (SA). O relatório procedeu à avaliação do modelo de gestão empresarial em três dimensões: eficiência, qualidade de serviço e equidade no acesso, com o objectivo de identificar o impacto médio da transformação em SA (diferenciando o período anterior à transformação de estatuto com o período após a transformação). O mesmo relatório efectuou também uma comparação internacional com o Reino Unido e Espanha.

de posições antagónicas e intermédias). O Quadro 120 apresenta um breve resumo dos comentários feitos para cada uma das áreas.

Prática	Resumo dos comentários
Estatuto	<p>A autonomia diminuiu com a mudança de estatuto, nomeadamente de SA para EPE (“o modelo SA permitia mais autonomia que o modelo EPE” ou “tenho menos liberdade, menos autonomia para a gestão do hospital como empresa”).</p> <p>A autonomia é suficiente para atingir os objectivos pretendidos (“é a suficiente para atingirmos os fins aquilo que se espera de nós”) e recorrer ao argumento de falta de autonomia é apenas uma justificação (“aqueles que dizem ter pouca autonomia escondem-se atrás das suas próprias insuficiências e das suas incapacidades”).</p> <p>O estatuto concede autonomia em algumas áreas mas que depois é constringida por outra legislação específica</p>
Limites existentes	<p>Relativamente ao Estado devido, por um lado, ao seu papel na definição das políticas de saúde e das grandes linhas estratégicas e, por outro lado, à sua responsabilidade inalienável no desempenho desse papel (“o Estado não pode deixar de comandar e orientar a saúde, senão demite-se da sua principal função”).</p> <p>Relativamente ao CA focando, por um lado, a necessidade da limitação de autonomia como uma segurança para evitar problemas maiores em consequência das suas acções (“às vezes a limitação de autonomia é importante, para não surgirem aberrações”) e, por outro lado, a retirada de autonomia do Estado ao CA quando os afasta de processos (por exemplo “a concentração das maternidades e das urgências” em que “nenhum CA discutiu isto com o governo”) que envolvem directamente o hospital e os objectivos assumidos por estes (“Nenhum PCA falou, explicando o que era o hospital, quais os serviços que estavam em causa, os riscos e as vantagens de fechar ou abrir, como funcionam, etc. Nem os que ficaram com a nova procura, nem os que ficaram sem os serviços”) em benefício de outros interlocutores (“Nesta situação os CA são, quando menos se espera, os autarcas e a população”).</p>
Intervenção do Estado	<p>Focam as suas áreas de intervenção no hospital (“o Estado pode e deve intervir na definição de redes de referência de algumas doenças; pode e deve intervir na definição da carteira de serviços de cada hospital”) e a necessidade de uma estratégia de planeamento dos investimentos no sector hospitalar para utilizar de forma mais eficaz os recursos escassos e reforçar o carácter de “complementaridade entre hospitais”.</p>

**Quadro 120** — Resumo dos comentários sobre a autonomia em geral

### 7.3.2.3. Actividades

Começaremos por apresentar o resumo dos resultados para o nível de tempo despendido e a importância atribuída. Finalmente o resumo dos resultados referentes aos comentários obtidos.





#### **Tempo despendido e importância atribuída**

Foi calculado uma média ponderada para cada uma das áreas consideradas, que serve de indicador para o tempo despendido e para a importância atribuída, e um



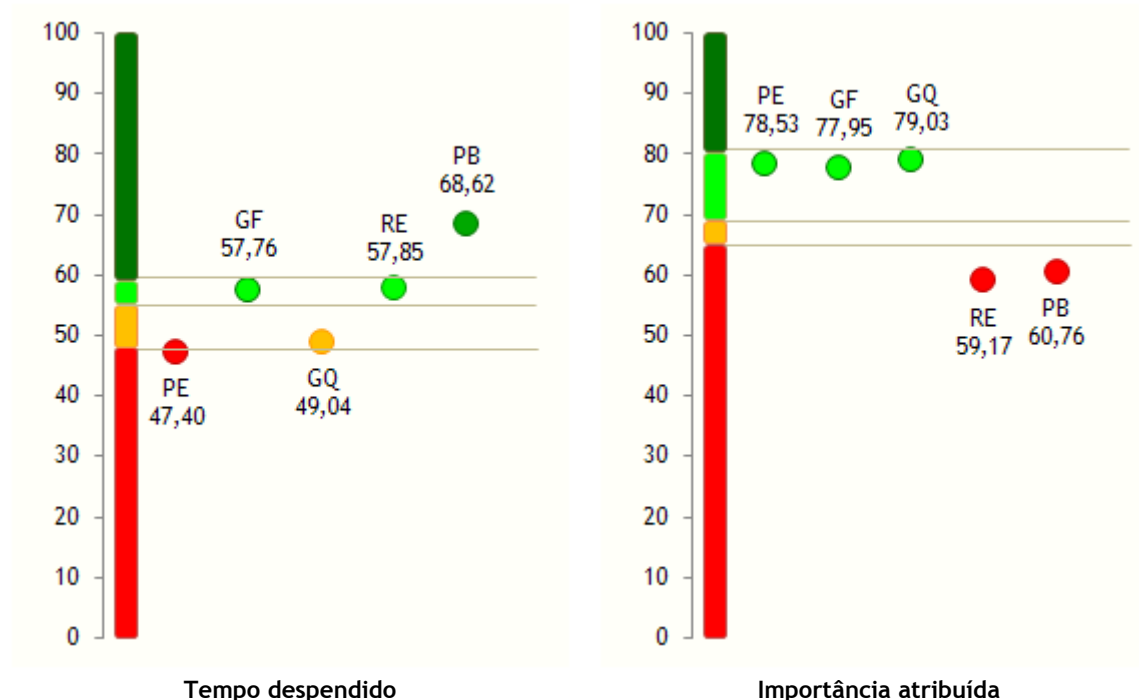
indicador geral englobando todas as áreas nas duas dimensões mencionadas. No resumo aqui efectuado apenas será considerado o indicador geral<sup>272</sup>.

Com base nos quartis foi criado um sistema de classificação com critérios para o indicador do tempo despendido e importância atribuída em cada área. O Quadro 121 apresenta os critérios de classificação utilizados.

Cor	Tempo despendido	Importância atribuída	Indicador do tempo despendido
	Muito pouco	Muito pouca	Menor que o quartil 25 (<)
	Pouco	Pouca	Entre o quartil 25 e 50 ( $\geq e <$ )
	Adequado	Muita	Entre o quartil 50 e 75 ( $\geq e <$ )
	Demasiado	Extremamente	Acima do percentil 75 ( $\geq$ )

**Quadro 121** — Critérios de classificação para o tempo despendido e para a importância atribuída

A Figura 56 apresenta a distribuição do indicador tempo despendido e importância atribuída em cada área bem como as respectivas zonas de classificação (etiqueta mais à esquerda) utilizando os quartis do indicador geral.

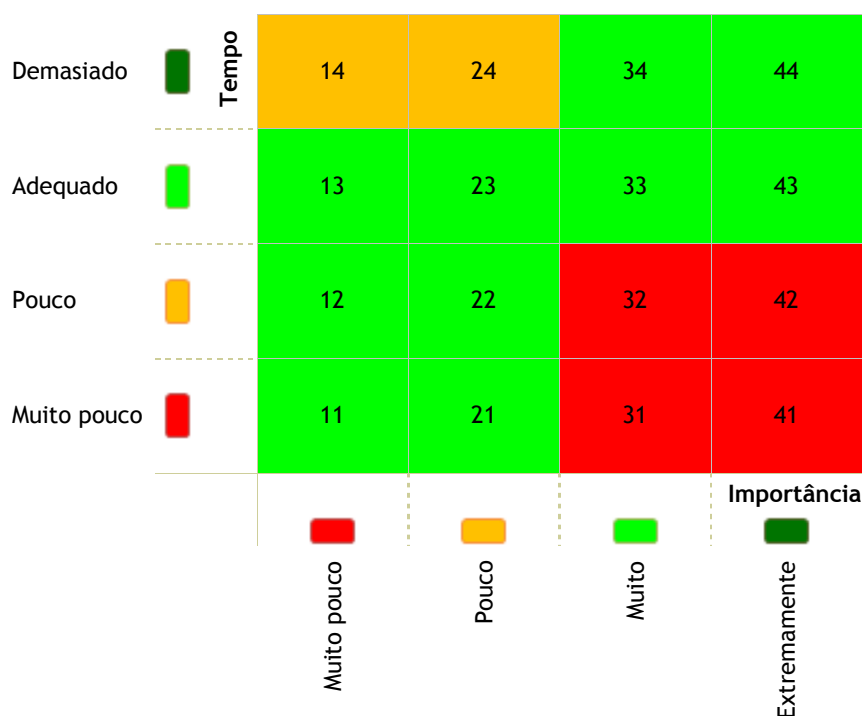


**Figura 56** — Distribuição do indicador ‘tempo despendido’ e ‘importância atribuída’ em cada área

<sup>272</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada das actividades relativamente ao tempo despendido (ponto 2.2.3.1.), à importância atribuída (ponto 2.2.3.2.) e ao tempo despendido vs importância atribuída (ponto 2.2.3.3.). Para além das estatísticas que permitem realizar as classificações são efectuadas comparações utilizando a classificação baseada na média ponderada para cada uma das áreas e a média geral para todas as áreas. São também apresentadas análises para cada uma das actividades das áreas consideradas.

Relativamente ao tempo despendido, os entrevistados consideram que em média despendem menos tempo com as actividades das áreas do planeamento estratégico (PE) da gestão da qualidade (GQ) e mais tempo com as actividades da área do processo burocrático (PB), das áreas da gestão financeira (GF) e das relações externas (RE). Utilizando os quartis da distribuição do indicador geral os entrevistados consideram o tempo despendido com o planeamento estratégico como muito pouco, o tempo despendido com a gestão da qualidade como pouco, o tempo despendido com a gestão financeira e as relações externas como o adequado, e o tempo despendido com o processo burocrático como demasiado.

Quanto à importância atribuída, os entrevistados consideram em média mais importante a gestão da qualidade o planeamento estratégico e a gestão financeira. As áreas menos importantes são o processo burocrático e as relações externas. Utilizando os quartis da distribuição do indicador geral os entrevistados consideram como muito importante o planeamento estratégico, a gestão financeira e a gestão da qualidade e como muito pouco importantes as relações externas e o processo burocrático.






**Figura 57** — Matriz de comparação entre a importância atribuída e o tempo despendido

Considerando as duas dimensões analisadas, tempo despendido e importância atribuída, bem como o respectivo sistema de classificação definido para cada uma delas, obtemos a matriz representada na Figura 57. Na mesma figura estão representadas três

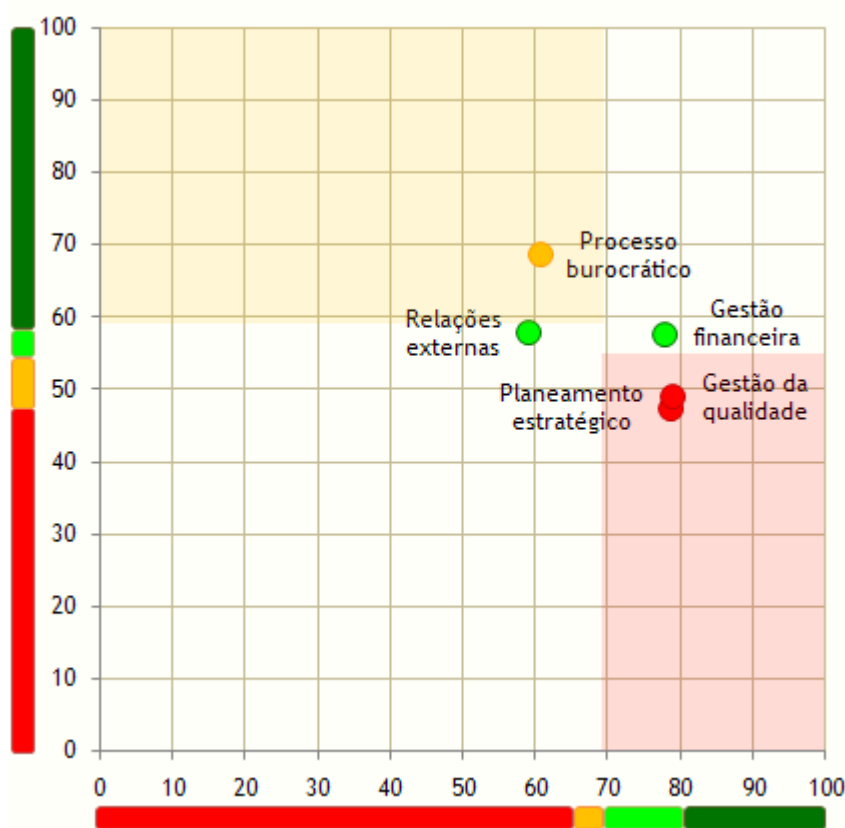
zonas distintas de análise.

O Quadro 122 apresenta a interpretação associada a cada uma delas.

Zona	Descrição
	Zona crítica, tendo em conta que são actividades consideradas muito importantes ou extremamente importantes sendo despendido muito pouco tempo ou pouco tempo com elas
	O tempo despendido está de acordo com a importância atribuída à actividade considerada.
	Zona crítica pelas razões inversas à da zona vermelha. Para actividades consideradas muito pouco importantes ou pouco importantes é despendido demasiado tempo.

**Quadro 122** — Interpretação de cada zona da matriz de comparação entre tempo despendido e importância atribuída

Pela leitura, as zonas que interessa analisar são as zonas a vermelho (mais escura) e a laranja (mais clara). A Figura 58 mostra para cada uma das áreas a respectiva zona a que pertence (o ponto toma a cor da zona). Os quartis considerados foram os do indicador geral para ambas as dimensões (representados nos respectivos eixos).



**Figura 58** — Importância vs Tempo para as diversas áreas utilizando o indicador geral

Assim, para as áreas do planeamento estratégico e da gestão da qualidade os entrevistados consideram que despendem muito pouco tempo ou pouco tempo a estas

aéreas tendo em conta a sua importância (muito importante ou extremamente importante). Por seu turno, consideram que despendem muito tempo ou demasiado tempo com a área do processo burocrático que consideram muito pouco ou pouco importantes.

Assim, tendo em conta as zonas definidas verifica-se que na zona crítica vermelha (mais escura), caracterizada por ter actividades consideradas muito importantes ou extremamente importantes sendo despendido muito pouco tempo ou pouco tempo com elas, temos o planeamento estratégico e a gestão da qualidade. No planeamento estratégico, isto é mais evidente nas actividades de desenvolvimento de questões estratégicas com a gestão, no planeamento da resposta do hospital às necessidades em saúde da população, na definição de políticas de formação profissional, na definição de políticas de articulação dos serviços do hospital e a sua integração com outros cuidados externos, na definição de políticas de gestão do risco e de segurança, na definição de políticas e estratégias para a gestão da mudança, e no delineamento, desenvolvimento e criação de serviços e estruturas internas. Na gestão da qualidade, a situação é mais evidente no acompanhamento da gestão da qualidade, na monitorização do desempenho clínico, e na monitorização da acessibilidade e da equidade.

Por seu turno, na zona crítica amarela (mais clara), caracterizada por ter actividades consideradas muito pouco importantes ou pouco importantes sendo despendido demasiado tempo, temos o processo burocrático. É interessante verificar que todas as actividades consideradas para esta área estão nesta situação.

Por último, a área das relações externas e da gestão financeira estão situadas na zona verde. Apesar disso, é curioso verificar que para as relações externas, a actividade prestação de contas às autoridades governamentais surge na zona crítica amarela (mais clara), isto é, os entrevistados consideram que despendem demasiado tempo tendo em conta a sua importância. De igual forma, para a gestão financeira, as actividades de monitorização dos processos de cobrança de dívidas, e de monitorização dos planos de investimento aparecem na zona crítica vermelha (mais escura).

O Quadro 123 apresenta para cada actividade das respectivas áreas a sua classificação relativamente à importância atribuída (I), ao tempo despendido (T) e a

zona onde está posicionado (Z)<sup>273</sup>.

Actividade		I	T	Z
Planeamento estratégico	Desenvolvimento de questões estratégicas com a gestão			
	Planeamento da resposta do hospital às necessidades em saúde da população			
	Discussão relativa à melhoria e desenvolvimento dos serviços de saúde na região servida pelo hospital			
	Monitorização do desempenho da gestão			
	Discussão sobre melhorar a eficiência do hospital			
	Definição de políticas de formação profissional			
	Definição de políticas para a partilha de informação			
	Definição de políticas de articulação dos serviços do hospital e a sua integração com outros cuidados externos ao hospital			
	Definição de políticas de gestão do risco e de segurança			
	Definição de políticas e estratégias para a gestão da mudança			
	Definição de políticas e estratégias relacionadas com a gestão da informação e do conhecimento			
	Delinear, desenvolver e criar serviços e estruturas internas			
	Gestão financeira	Monitorização do desempenho financeiro		
Monitorização da estrutura de custos				
Monitorização da execução orçamental				
Monitorização dos processos de cobrança de dívidas				
Monitorização dos planos de investimento				
Gestão da qualidade	Acompanhamento da gestão da qualidade			
	Monitorização do desempenho clínico			
	Monitorização da acessibilidade, e da equidade			
	Determinação de medidas sobre queixas e reclamações			
Relações externas	Prestação de contas às autoridades governamentais			
	Poder de influência sobre as autoridades governamentais			
	Representação e manutenção de relações públicas			
Processo burocrático	Aprovar e/ou propor alterações ao regulamento do hospital			
	Arbitrar conflitos internos, servindo como entidade de recurso			
	Aprovar compras, criação ou aquisição de serviços e/ou contratos de crédito de maior dimensão			
	Autorização de trabalho extraordinário			

**Quadro 123** — Classificação das actividades para o tempo despendido, importância atribuída e zona crítica

<sup>273</sup> Consultar o Quadro 121 e a Figura 57 para relembrar as classificações definidas.

Estes resultados sustentam a ideia que grande parte do tempo útil de trabalho<sup>274</sup> de um CA se destina a cumprir e a fazer cumprir procedimentos legais, regulamentares ou meramente administrativos, deixando pouco tempo para actividades de planeamento estratégico, reorganização de estruturas e serviços, coordenação, controlo e avaliação dos planos de acção operacionais (Delgado, 1999)<sup>275</sup>.

### **Análise dos comentários**

A maioria (58%) dos comentários obtidos<sup>276</sup> (17 de nove entrevistados internos e um externo) diz respeito às áreas analisadas nomeadamente ao planeamento estratégico, às relações externas e à estratégia interna. Os restantes comentários (42%) dizem respeito às condicionantes da resposta dada, a outras actividades do CA consideradas importantes e ao tempo que é consumido em algumas actividades.

Relativamente ao planeamento estratégico e à estratégia interna consolidam-se algumas questões já discutidas anteriormente e que, pela sua importância, são apresentadas na íntegra:

- O papel fundamental dos CA no planeamento estratégico e a importância da comunidade servida bem como a resposta às suas necessidades (“a missão, quer a visão, quer os objectivos estratégicos com orientações estratégicas em termos de política de saúde” devem definidos “pelo CA tendo em conta a comunidade que serve” e o hospital deve “dar resposta às necessidades da população”);
- O condicionamento do planeamento estratégico que reforça o facto de o hospital ser um objecto da política de saúde e a respectiva coarctação em termos da respectiva autonomia (as “linhas orientadoras da política de saúde existente para Portugal” provocam “constrangimentos a essa visão e a essa missão”, “não faz sentido que unidades que não têm grande autonomia de gestão também não precisam de ter grande estratégia, porque a estratégia vem de cima”, “no fundo são uns pauzinhos que o

---

<sup>274</sup> Segundo Delgado, cerca de 70% do tempo útil de trabalho (Delgado, 1999).

<sup>275</sup> Esta posição de Delgado refere-se ao modelo burocrático de gestão e é citada por outros autores neste mesmo aspecto incluindo o tempo estimado (Simões, 2004, Barros, 2005).

<sup>276</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada de conteúdo relacionado com os comentários associados às actividades dos CA (ponto 2.2.3.4.) complementado com exemplos dos comentários obtidos.

Ministério usa para manter as pessoas no caminho, uns mais efectivos outros menos efectivos”);

- O planeamento estratégico ser utilizado da forma errada (“tudo se mantém na área da ficção”), nomeadamente para “planos de beneficiação dos hospitais ou do crescimento do hospital em determinado tipo de especialidades em termos de oferta”. Por outro lado é mencionado o facto da execução do contrato-programa, procurando “adequar os meios para responder aos objectivos definidos”, ser confundido com o planeamento estratégico. Esta postura, preocupada “com a resposta directa à tutela e ao contrato-programa”, constitui um “problema da maioria dos hospitais que só pensam no curto prazo, na resposta do dia-a-dia e não têm uma visão de longo prazo”;
- A importância do planeamento estratégico em termos externos e internos. Na vertente externa assente na resposta às necessidades da população que é servida (“as minhas prioridades são definidas pela minha procura externa, pela resposta às necessidades da população”), procurando adequar os meios disponíveis para essa resposta (“utilizar os instrumentos e os recursos que me deram para responder a essas necessidades”). Na vertente interna, procurando equilibrar diversas áreas como os recursos humanos, económico-financeira, etc. (“conseguir controlar a despesa com medicamentos, as políticas de recursos humanos”, “os incentivos para os médicos nem sempre são económicos, querem desenvolver a sua técnica, a sua prática, a sua vaidade em termos de necessidade de se afirmarem como bons técnicos”), no sentido de conseguir melhorar a eficiência.

Nas relações externas é mencionado o papel confuso de relação com a tutela e com outras entidades (“Em termos da tutela às vezes não percebemos muito bem para quem estamos a dar informação. Cada entidade pede dados, mapas, etc. que consome muito tempo e às vezes os resultados não são visíveis”).

Os entrevistados mencionam também outras actividades do CA que focam alguns aspectos já mencionados anteriormente no ponto relativo às dificuldades encontradas, nomeadamente a manutenção de equipamentos e instalações e a qualidade dos registos clínicos. Paralelamente, referindo-se à ocupação do seu tempo,

focam duas questões pertinentes: por um lado o reconhecimento de que se perde muito tempo com questões menores e pouco com questões de índole mais estratégica (como vimos anteriormente); por outro lado, a dificuldade de separar a rotina e a burocracia daquilo que é o planeamento estratégico, uma vez que é esse envolvimento que muitas vezes pode ajudar a identificar problemas potenciais e promover a sua resolução ou, pelo menos, antecipá-los e procurar uma solução.

Por último, os entrevistados mencionam que as suas respostas estão de acordo com as funções que lhe foram atribuídas (desta forma “as respostas podem ser díspares, porque existe delegação de competências e é natural que uns dediquem mais tempo que outros”) ou que não podem “responder a algumas, porque não são da minha competência”. Não sendo comentários importantes para as actividades do CA são de extrema importância para a melhoria do questionário desenvolvido e para ajudar a consolidar os contornos de investigação da governação hospitalar.

#### **7.3.2.4. Notas finais relativas aos CA**

Em resumo, os CA apresentam uma composição multidisciplinar, constituída por administradores, médicos e enfermeiros onde existem, quando muito, dois elementos profissionais de administração hospitalar na equipa. Esta composição multidisciplinar tem a vantagem de permitir gerir as instituições hospitalares focando várias perspectivas, atenuar divergências e encontrar plataformas de entendimento para se decidir com algum consenso. Contudo, tendo em conta as funções executivas inerentes ao CA, apresenta a desvantagem de não incluir profissionais em número suficiente com competências na área da gestão<sup>277</sup>.

Tendo em conta a formação de base existente, onde predomina a baixa representatividade da Economia e da Gestão<sup>278</sup>, a proveniência dos directores clínicos e

---

<sup>277</sup> Delgado, afirma que um dos argumentos utilizados para esta composição multidisciplinar está relacionado com a indecifrábilidade da “coisa médica”, como método, ciência e prática, que inviabiliza a possibilidade de se ter nos CA um forte ou exclusivo peso de gestores, mesmo que especializados nas matérias da Saúde (Delgado, 1999). Desta forma, segundo o autor, é difícil tomar decisões necessárias quando elas entram em conflito com interesses instalados ou põem em causa práticas ou objectivos de natureza exclusivamente corporativa.

<sup>278</sup> No total de 420 Administradores Hospitalares formados pela ENSP desde o ano lectivo 1987/1988 a 2002/2003, verifica-se que a formação de base predominante dos candidatos é o Direito (39%), a Economia (11%), a Gestão (11%) e a Sociologia (9%). O Direito é a única formação de base presente em todos os anos do curso. A partir 2000/2001 o número de candidatos de Direito tem vindo a diminuir assistindo-se a um aumento dos candidatos da Economia e da Gestão (em várias vertentes). Os dados aqui mencionados foram gentilmente cedidos pela ENSP.



dos enfermeiros directores, sobretudo directores de serviço ou direcção de enfermagem (a gestão intermédia na gíria hospitalar), a falta de competências da gestão intermédia identificadas anteriormente<sup>279</sup>, e a formação de banda larga dos administradores hospitalares<sup>280</sup>, os CA, numa primeira abordagem, apresentam lacunas, quer de capacidades quer de competências, que não se coadunam com as necessidades inerentes à administração e gestão de um hospital.

A maior experiência na área dos vogais executivos e sua preparação em administração hospitalar, ainda que com as limitações que foram mencionadas, contribuem para o atenuamento destas lacunas. Na nossa opinião, o problema dos CA não está tanto na sua composição multidisciplinar<sup>281</sup>, com a qual concordamos devido ao papel de ligação do corpo clínico com a actividade do hospital, mas sim nas competências e capacidades associadas aos seus membros. Cabe ao Estado, pelo seu papel de salvaguarda, de principal accionista e com responsabilidades na sua nomeação, definir o perfil (conhecimento, capacidades, competência e experiência) que carece nos CA e às escolas, de medicina, gestão e administração, contribuir para uma formação mais adequada às necessidades de gestão (de topo, intermédia e operacional) dos hospitais<sup>282</sup>.

Os CA apresentam uma rotatividade elevada que coincide, com algum desfaseamento temporal natural<sup>283</sup>, com os ciclos políticos, isto é, com a saída e entrada de novos governos. Para agravar a situação, dentro do mesmo ciclo político, alguns hospitais vêm passar pela sua administração mais do que um CA. Esta mudança

---

<sup>279</sup> Nas determinantes de governação, nomeadamente no ponto relativo decisões políticas passadas (experiência dos CRI) e ponto relativo aos problemas da governação hospitalar.

<sup>280</sup> Igualmente identificada nas determinantes da governação. Segundo os entrevistados os administradores apresentam como formação base o Direito e possuem lacunas relativamente aos novos modelos de gestão empresarial.

<sup>281</sup> O modelo adoptado para os hospitais, quer SPA quer EPE, contempla a multidisciplinaridade. Nos SPA há claramente uma separação técnica quando se define membros executivos e não executivos, sendo o corpo clínico não executivo. Nos EPE os membros são todos executivos. Contudo, quando se comparam as competências do corpo clínico verificamos que elas são praticamente as mesmas. A potencialidade deste modelo e a clara separação de funções precisa de ser esclarecida e clarificada. Saliente-se, no entanto, que começam a surgir modelos organizacionais novos, nomeadamente nos cuidados de saúde primários relativamente aos Agrupamentos de Centros de Saúde, que contemplam formas de funcionamento diferentes. Estes modelos adoptam uma filosofia próxima da governação integrada das organizações de saúde do Reino Unido que procuram integrar numa mesma plataforma, embora a operarem de forma independente, a governação empresarial e a governação clínica. Sendo o foco de cada uma diferente, uma iminente preocupada com a organização e a outra com a prática clínica, o seu objectivo final é a eficiência e o desempenho das organizações de saúde.

<sup>282</sup> Esta necessidade passa por colocar em diálogo diferentes Ministérios e a coordenação de políticas e de acções conjuntas.

<sup>283</sup> Relacionado com o tempo que medeia a tomada de posse do novo governo, a demissão dos CA existentes e a nomeação de novos.

sistemática de CA provoca necessariamente instabilidade nas organizações não criando as condições de estabilidade necessárias para o CA pensar, desenvolver, implementar e monitorizar a sua estratégia (partindo do pressuposto que teve tempo ou capacidade para a pensar e que a desenvolveu ou pelo menos iniciou).

Relativamente ao seu funcionamento, os CA possuem um número de reuniões fixadas pelo próprio estatuto<sup>284</sup> e o presidente do CA tem voto de qualidade nos processos de tomada de decisão. As áreas onde é percebida uma maior autonomia são o aprovisionamento e os recursos humanos, e, por seu turno, as áreas onde os entrevistados sentem menos autonomia são o planeamento estratégico, o capital (gestão patrimonial, ou seja, investimento e venda de activos) e, por último a marcação de objectivos de desempenho. Autonomia que, em muitas situações, é coarctada fruto de legislação vária e determinações superiores que constituem violações, na opinião dos entrevistados, à autonomia do hospital<sup>285</sup>. Saliente-se, no entanto, que os entrevistados reconhecem que em muitos casos esta acção funciona como uma segurança para evitar problemas maiores em consequência acções do CA.

Quanto às actividades, os CA despendem demasiado tempo com o processo burocrático, que consideram muito pouco importante ou pouco importante, e despendem muito pouco tempo ou pouco tempo no planeamento estratégico e na gestão da qualidade, que consideram muito importantes ou extremamente importantes. Grande parte do tempo útil de trabalho de um CA destina-se assim a cumprir, e a fazer cumprir, procedimentos legais, regulamentares ou meramente administrativos, deixando pouco tempo para actividades relacionadas com o planeamento estratégico e a gestão da qualidade.

### **7.3.3. Envolvimento do corpo médico**

Primeiro será apresentado que tipo de estrutura é considerado na lei relativa ao tipo de estatutos dos hospitais (7.3.3.1). De seguida, focaremos a integração dos médicos na governação do hospital e a sua participação em áreas de decisão específicas (7.3.3.2). Depois será feita uma breve interpretação sobre a disseminação de informação

---

<sup>284</sup> Com reuniões informais de trabalho pelo meio, conforme mencionado por alguns dos entrevistados e que, na maioria dos casos não possuem qualquer registo (actas) do que foi decidido.

<sup>285</sup> Conforme identificado nos comentários relativos aos vários pontos das determinantes da governação e nos comentários associados à autonomia na tomada de decisão em áreas chave.

existente para os médicos (7.3.3.3). Finalmente apresentarmos o resumo da análise de conteúdo efectuada aos comentários obtidos (7.3.3.4).

### 7.3.3.1. Estrutura de consulta

Conforme já mencionado, qualquer um dos estatutos dos hospitais públicos atribui grande importância ao corpo médico do hospital, quer através da sua integração no CA (que lhe atribuem um elevado grau de participação na governação do hospital, nomeadamente na vertente técnica), quer através dos directores de departamentos e dos directores de serviço (cujas competências atribuídas antevêm também uma elevada participação dos médicos nos níveis intermédios da gestão nos hospitais), quer através da sua participação nos órgãos de apoio técnico.

### 7.3.3.2. Integração e participação

Todos os entrevistados (100%) responderam que a melhor estratégia que descreve a relação entre o CA e os médicos é a estratégia de colaboração que conta com a participação dos médicos. A estratégia de confrontação, sem participação dos médicos, não teve qualquer resposta. A maioria das respostas (83%) considera que os médicos participam o mais possível na governação do hospital. Apenas dois entrevistados (11%) consideram que a participação ocorre sempre que existam benefícios para as duas partes e um entrevistado (6%) considera o estritamente necessário de acordo com os regulamentos. Nenhum entrevistado considera que essa participação ocorre o menos possível.

O Quadro 124 apresenta a percentagem de respostas tendo em conta o nível de participação dos médicos em algumas áreas específicas de decisão.

Área de decisão	Sem participação	Pouca participação	Participação elevada	Tomam decisões
Bloco operatório	—	—	67%	33%
Comissões de escolha	—	6%	89%	6%
Planeamento da resposta	—	39%	61%	—
Planeamento da formação	—	17%	78%	6%
Contratação de RH	—	56%	44%	—

**Quadro 124** — Percentagem das respostas relativas ao nível de participação

A maioria das respostas considera que a participação dos médicos é elevada nas diversas actividades com excepção da contratação de outros recursos humanos. No que diz respeito ao bloco operatório os médicos, para além da participação elevada, tomam mesmo decisões. A área da contratação de outros recursos humanos e a área do planeamento da resposta do hospital às necessidades em saúde da população são aquelas que apresentam mais respostas relativas à pouca participação dos médicos.

### 7.3.3.3. Disseminação de informação

As respostas dadas na adopção de boas práticas de governação no ponto relativo ao acesso a fontes de informação (7.3.1.2) apontam para que os médicos, quer como público em geral quer como profissionais do hospital, têm acesso às diversas fontes de informação mencionadas: actas do CA, relatório de contas, relatório de actividades, plano de actividades, indicadores de acompanhamento do desempenho do hospital, distribuição do orçamento pelos vários sectores do hospital e relatórios de avaliação externa.

### 7.3.3.4. Análise dos comentários

Os 42 comentários obtidos de 16 dos entrevistados (14 internos e 2 externos) foram classificados em duas categorias. O Quadro 125 apresenta um breve resumo de cada uma delas<sup>286</sup> bem como o número de comentários obtidos.

Categoria	Itens agrupados	N	%
Relação entre o CA e os médicos na governação do hospital	Envolvimento dos médicos, relação com o CA, integração no CA, participação na governação e formação dos médicos	34	71%
Participação dos médicos em áreas de decisão específicas	Planeamento da formação, bloco operatório, planeamento da resposta, outras áreas de participação e contratação de RH	14	29%
<b>Total</b>		<b>42</b>	<b>100%</b>

**Quadro 125** — Resumo dos comentários obtidos para o corpo médico

A maioria dos comentários está relacionada com a relação entre o CA e os médicos na governação do hospital e a importância estratégica do seu envolvimento. É

<sup>286</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada dos comentários obtidos com o envolvimento do corpo médico (ponto 2.3.4.) complementado com exemplos dos mesmos.

dado especial destaque ao seu envolvimento na negociação das metas de desempenho (contratualização interna) e na delegação de competências. O Quadro 126 apresenta um resumo dos comentários relacionados com este ponto.

- 
- A importância de negociar as metas de desempenho dos serviços, a contratualização interna, com os médicos, porque “sentem-se empenhados e implicados quando são confrontados com números de actividade de produção que eles próprios negociaram”.
  - A importância da delegação de competências nos directores dos departamentos e dos serviços constituindo “pilares fundamentais para a prossecução dos objectos do hospital e consequentemente para os resultados”;
  - O reconhecimento que o modelo de participação e envolvimento é mais sensato do que “um modelo de governação estritamente normativo”, “do procedimento administrativo” e do “cumprimento do regulamento” em virtude de uma linha de produção dependente dos médicos “que determinam praticamente a esmagadora maioria do consumo dos recursos”.
  - O desenvolvimento de uma cultura de co-responsabilização e de partilha (“sentem depois a partilha dos resultados, sentem que contribuíram para eles”, “uma cultura diferente daquela que confunde o serviço como sendo de acção médica restrita”, “os médicos sentem-se empenhados e implicados”).
- 

**Quadro 126** — Resumo dos comentários associados ao envolvimento dos médicos

A importância estratégica do seu envolvimento reforça a necessidade da consciencialização conjunta de mudar a atitude e a mentalidade de todos os envolvidos (CA e médicos) suportados em modelos de governação mais descentralizados e participativos que promovam o envolvimento de todas as partes na definição dos objectivos do hospital e na prossecução dos seus resultados. O Quadro 127 apresenta o resumo dos principais comentários associados à relação dos médicos com o CA.

- 
- A necessidade do envolvimento dos profissionais (“é de colaboração mas deveria ser maior no sentido de envolver os profissionais”), considerando-o até como estratégico (“esta preocupação com o envolvimento dos profissionais deveria fazer parte da discussão estratégica do hospital”), a sua importância “para manter a paz social dentro do hospital”, e o desenvolvimento da cultura de partilha e co-responsabilização (“é muito importante a colaboração dos médicos, nomeadamente dos directores dos serviços de modo a incentivar uma cultura que promova os seus contributos e accentue também as suas responsabilidades”).
  - Existe falta desta cultura de ambas as partes: os CA muitas vezes pouco dispostos a apelarem à participação e ao envolvimento dos médicos (“é voluntarista, porque os CA, com algumas excepções cada vez menores, percebem que têm de ter o poder dos médicos do seu lado”) e os médicos que “por si só não participam”.
- 

**Quadro 127** — Resumo dos comentários associados ao envolvimento dos médicos e a relação dos médicos com o CA

Quanto à integração são mencionados dois modelos distintos de integração: um que considera o médico (e o enfermeiro) apenas com um papel consultivo por razões independência e autonomia corporativa face aos valores e expectativas das corporações decisivas na prestação de cuidados; um que considera a sua inclusão no CA com funções executivas. É interessante verificar o reconhecimento do seu papel de

facilitar a ligação do CA à actividade do hospital e de humanizar a gestão. O Quadro 128 apresenta o resumo dos comentários associados ao modelo de integração.

- 
- Um modelo que considera que o médico (e o enfermeiro) devem ter apenas um papel consultivo, sobretudo por questões de independência e autonomia corporativa face aos valores e expectativas das corporações decisivas na prestação de cuidados (“porque muito isentas que sejam as pessoas é-lhes sempre muito complicado ter uma visão desapaixonada de determinadas matérias”, “a visão corporativista inquina sempre a visão das coisas”).
  - Um modelo que considera fundamental a sua inclusão no CA com funções executivas (“os médicos e os enfermeiros devem fazer parte integrante do CA e com funções executivas”).
  - O papel do médico (e o enfermeiro) no CA é facilitar a ligação do último ao hospital e à sua actividade (“são fundamentais, essenciais, para ligarem o CA ao hospital e à sua actividade que é tratar a doença nas suas várias formas”), mas também para humanizar a gestão (“o director clínico traz para o CA a humanização daquilo que é a desumanização com que a gestão lida em termos económico-financeiros e da macroeconomia do hospital”, “se os médicos não fizessem parte do CA a situação seria muito pior, porque muitos administradores estão mais preocupados com os aspectos económicos e financeiros do que com os aspectos assistenciais e as necessidades da população abrangida pelo hospital”).
  - A figura do presidente deve ser, para alguns, sempre um médico (“o PCA deve ser sempre um médico”, “um hospital deve ser gerido por um médico”, “esta tarefa é facilitada se o PR for um médico”), porque é ele que melhor conhece a linguagem do hospital e desta forma facilita a ligação do CA ao hospital.
- 

**Quadro 128** — Resumo dos comentários relativos ao modelo de integração dos médicos no CA

Por seu turno, relativamente à participação dos médicos, nomeadamente através dos directores dos departamentos e dos directores de serviços, é mencionada a importância do seu envolvimento na definição do plano estratégico, na elaboração dos planos de actividade e nos processos de contratualização internos. O Quadro 129 apresenta o resumo dos comentários relativos à participação dos médicos.

- 
- A sua importância, relacionada com o envolvimento, na definição do plano estratégico (“muito do que é o nosso plano estratégico é feito de forma *bottom-up*, isto é, resulta na auscultação dos serviços em relação àquilo que são as potencialidades de desenvolvimento”), na elaboração dos planos de actividade (“A sua participação ampla a várias instâncias, em termos de áreas funcionais [...] na elaboração dos planos de actividade é fundamental, porque cria uma cultura de actividade em conjunto e não dos serviços separadamente”) e de toda a contratualização (quer externa quer interna) resultante da auscultação e da negociação (“as apostas são feitas de acordo com as potencialidades referenciadas no processo de auscultação”).
  - A pouca participação dos médicos por falta de competências de gestão (“tenho a ideia que eles percebem pouco sobre a gestão do hospital, não têm a consciência de ele é gestor e que o seu trabalho é gerir os recursos que tem e que ao fazê-lo está a contribuir para os resultados do hospital e a sua participação é mais em moldes paroquiais”).
  - Este último ponto não é consensual. Um entrevistado menciona a falta de competências de gestão dos médicos que deveria ser colmatada com disciplinas específicas nas faculdades de medicina (“as faculdades de medicina deviam ter disciplinas de gestão tal como nos EUA no primeiro ano”). No sentido contrário, um outro entrevistado, aponta para a existência de boa capacidade de gestão nos médicos (“os médicos têm grande sensibilidade para as questões da gestão, porque eles são os próprios gestores da sua medicina privada”) e para o facto de a falta de competências ao nível dos directores de departamento ou dos directores de serviço estar relacionada com a forma de progressão na carreira (“não o fazem no público porque não estão acostumados a fazê-lo e também porque chegam a director de serviços, não aqueles que estão mais bem preparados, mas sim aqueles que ascendem por carreira, pelo tempo que passam na carreira”).
- 

**Quadro 129** — Resumo dos comentários relativos à participação dos médicos

É, no entanto, mencionado que a pouca participação dos médicos resulta da falta de competências de gestão. Este último ponto não é consensual, porque enquanto um dos entrevistados, por exemplo, menciona que ela existe e deveria ser colmatada com disciplinas específicas nas faculdades de medicina, outro dos entrevistados aponta para a existência de boa capacidade de gestão nos médicos e para o facto de a falta de competências ao nível dos directores de departamento ou dos directores de serviço estar relacionada com a forma de progressão na carreira.

Os comentários feitos nas áreas de decisão específicas consolidam as respostas dadas pelos entrevistados nas perguntas fechadas. É interessante verificar que comentários feitos, sugerem a necessidade de uma maior participação do CA no planeamento da formação profissional contínua e na programação do tempo de utilização do bloco operatório e outras áreas comuns, e um maior envolvimento dos profissionais no planeamento da resposta do hospital às necessidades em saúde da população. A área do medicamento, nomeadamente a definição de protocolos terapêuticos, é indicada como extremamente importante e onde os médicos deveriam ter uma participação mais activa pelo volume de despesas que envolve.

#### **7.3.4. Instrumentos de apoio aos processos de decisão**

A Figura 59 apresenta a distribuição das respostas dos entrevistados relativamente à utilização de instrumentos pelos órgãos de governo do hospital nos processos de apoio à tomada de decisão<sup>287</sup> e a distribuição do número de hospitais que os utilizam<sup>288</sup>.

---

<sup>287</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada dos instrumentos de apoio aos processos de decisão (ponto 2.4.), bem como a análise de conteúdo efectuada com os comentários com exemplos dos mesmos.

<sup>288</sup> Para o efeito considerou-se pelo menos a existência de uma resposta de utilização por um dos membros do CA.



**Figura 59** — Distribuição das respostas por entrevistado e por hospital de acordo com os instrumentos utilizados no apoio aos processos de decisão

De acordo com as respostas dos entrevistados os instrumentos mais utilizados são os indicadores de desempenho clínico e os indicadores de desempenho financeiro (100%), o relatório de reclamações do hospital (94%), o relatório de satisfação dos doentes (67%) e, em menor grau, o relatório de acreditação hospitalar (50%). Os menos utilizados são o relatório de satisfação dos profissionais (22%), e os instrumentos de política organizacional (17%). Tendo em conta o número de hospitais verificamos uma distribuição em tudo semelhante à anterior.

Saliente-se que esta perspectiva é genérica faltando definir em concreto, por exemplo, quais são os indicadores de desempenho utilizados (quer clínicos quer financeiros) e como são utilizados. Com grande probabilidade, o cenário resultante desta análise mais aprofundada seria mais precário. Os comentários efectuados pelos diversos entrevistados, internos e externos, ajudam a compreender melhor o panorama de utilização dos instrumentos indicados nos processos de apoio à decisão.

Foram obtidos 52 comentários de 17 dos entrevistados (15 internos e dois externos). A Figura 60 apresenta a distribuição dos comentários por instrumentos utilizados no apoio aos processos de decisão.





**Figura 60** — Distribuição dos comentários por instrumentos utilizados no apoio aos processos de decisão

O maior número de comentários está relacionado com os instrumentos de política organizacional (25%), o relatório de satisfação dos profissionais (21%), o relatório de acreditação hospitalar (17%) e o relatório de satisfação dos doentes (13%). Os restantes comentários (23%) dizem respeito aos outros instrumentos mencionados.

Os comentários confirmam a utilização dos indicadores de desempenho clínico, mas apontam também para as lacunas existentes, para o seu carácter rudimentar em alguns dos casos e no investimento que está a ser feito em sistemas de informação<sup>289</sup> com preocupações alargadas, nomeadamente de comparabilidade e de difusão de boas práticas. O panorama repete-se para os indicadores de desempenho financeiro com a menção aos investimentos em sistemas de informação e os problemas relacionados com a contabilidade analítica. De salientar que as questões da contabilidade analítica, nomeadamente as suas debilidades, já apareceram por mais do que uma vez ao longo deste trabalho.

Quer o relatório de satisfação dos doentes quer o relatório de satisfação dos profissionais são considerados fundamentais, um barómetro do que se passa do hospital, se bem que não utilizados ou utilizados esporadicamente. Esta lacuna é maior nos relatórios de satisfação dos profissionais sendo a sua importância conotada sobretudo com motivação e os resultados produzidos. O relatório de reclamações do hospital aparece quase sempre associado ao Gabinete do Utente sendo mencionado o seu carácter obrigatório e a sua utilização em larga escala. É interessante verificar o

<sup>289</sup> Em 2007 foi apresentado um memorando sobre a análise e diagnóstico da situação actual dos Sistemas de Informação da Saúde, realizado pela *PricewaterhouseCoopers*, que, apesar de alguns aspectos positivos, confirma as lacunas e deficiências existentes nos sistemas de informação (PricewaterhouseCoopers, 2007).

reconhecimento da importância destes instrumentos de avaliação da satisfação e a intenção de os aplicar.

Os instrumentos de política organizacional integrada são os menos utilizados (apenas por dois hospitais) sendo mencionado a sua não existência ou o seu carácter muito embrionário. O *Balanced Scorecard* é o instrumento mais mencionado, quer por aqueles que já o utilizam, quer por aqueles que já o têm implementado, ou mesmo por aqueles que pretendem vir a utilizá-lo.

Quanto ao relatório de acreditação são mencionados o *King's Fund* e a *Joint Commission*. Um dos hospitais é acreditado pelo *King's Fund*, dois hospitais pela *Joint Commission* e um deles pretende avançar para a acreditação. Um dos hospitais suspendeu a acreditação pelo *King's Fund*. É também mencionado o facto de a acreditação e das certificações ISO estarem muito divulgadas.

Por último são indicados outros instrumentos de apoio aos processos de tomada de decisão, nomeadamente as reuniões com as estruturas gestionárias macro e as auditorias da Inspeção Geral de Finanças, da Inspeção Geral da Saúde e do Tribunal de Contas. É reconhecido o carácter público destes documentos, a sua seriedade bem como os ensinamentos retirados para o hospital, lamentando-se o facto de muitas das medidas correctivas serem meramente burocrático administrativas.

## **7.4. Opiniões**

Neste ponto é apresentado o resumo dos resultados relacionados com opiniões obtidas sobre a avaliação geral do modelo de governação (7.4.1), os acordos de desempenho e os instrumentos de controlo (7.4.2), e a efectividade dos CA (7.4.3).

### **7.4.1. Avaliação geral do modelo de governação**

Neste ponto é apresentado o resumo dos resultados obtidos para a avaliação geral dos órgãos e das comissões do modelo de governo. Primeiro, apresentaremos a avaliação geral dos órgãos em termos do cumprimento de um conjunto de objectivos definidos (7.4.1.1). Depois, a avaliação das comissões e do seu impacto em várias dimensões (7.4.1.2). Finalmente, a análise de conteúdo feita com a pergunta aberta

relativa ao Conselho Consultivo (7.4.1.3).

### 7.4.1.1. Órgãos do hospital

O Quadro 130 apresenta para cada um dos órgãos a percentagem de respostas obtida para a classificação bom e excelente nos diferentes objectivos considerados<sup>290</sup>.

Órgãos	Eficácia das reuniões	Actualização sobre a evolução do sistema de saúde	Impacto global no desempenho do hospital
CA	83%	94%	83%
Fiscal Único	39%	50%	39%
Conselho Consultivo	6%	0%	6%
Apoio Técnico	50%	50%	50%

**Quadro 130** — Percentagem de respostas (bom e excelente) obtidas pelos órgãos do hospital para os diferentes objectivos

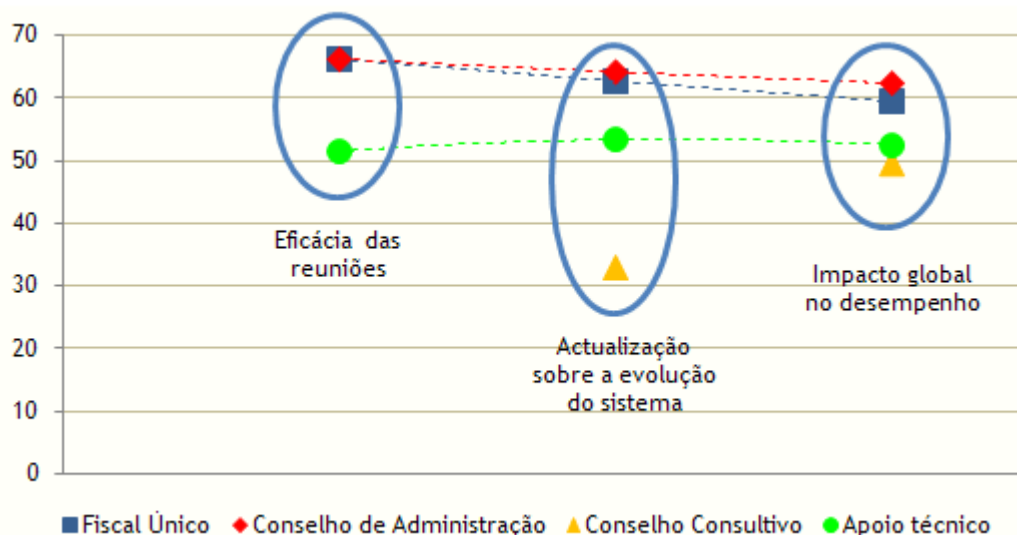
Conforme se pode avaliar o CA e os Órgãos de Apoio Técnico são os órgãos mais bem classificados seguidos do Fiscal Único. Por último, com má classificação aparece o Conselho Consultivo. De salientar que relativamente ao Conselho Consultivo muito poucos entrevistados responderam<sup>291</sup>, porque o Conselho Consultivo não existe ou nunca funcionou.

A Figura 61 (página seguinte) apresenta a percentagem máxima atingível (PMA)<sup>292</sup> para a forma como os órgãos do hospital atingem determinados objectivos. Esta figura confirma a análise anterior. Conforme se pode avaliar o CA e o Fiscal Único são os órgãos mais bem classificados pelos entrevistados em todos os objectivos. Os Órgãos de Apoio Técnico têm praticamente a mesma avaliação em todos os objectivos. O Conselho Consultivo é o órgão mais mal classificado em qualquer dos objectivos (para o objectivo eficácia das reuniões não houve respostas).

<sup>290</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada da avaliação dos órgãos do hospital nos diferentes objectivos considerados (ponto 3.1.1.) completada com uma análise dos comentários efectuados pelos entrevistados.

<sup>291</sup> Foi feita uma pergunta aberta sobre o Conselho Consultivo. A análise de conteúdo dos comentários será feita mais à frente e explica as respostas obtidas.

<sup>292</sup> Desconhecendo-se as curvas de valor associadas às preferências dos entrevistados foi feita uma conversão linear (zero para mau, 33 para suficiente, 66 para bom e 100 para excelente), calculando-se depois um valor médio relativamente ao cumprimento dos objectivos.



**Figura 61** — PMA relativamente à forma como os órgãos atingem determinados objectivos

Desta análise, sobressai o facto dos elementos do CA avaliarem-se a si mesmo como os melhores e, simultaneamente, valorizarem também o papel do Fiscal Único. Esta última avaliação configura a prevalência da perspectiva financeira sobre a perspectiva da prestação de cuidados que constitui a verdadeira missão do hospital.

Os comentários obtidos para a eficácia das reuniões dizem respeito sobretudo ao Conselho Consultivo, realçando a sua importância na função de “representar a comunidade e constituir um elo de ligação fundamental com essa mesma comunidade”. Contudo, para além de mencionarem a não existência (“ainda não temos” ou “ainda não foi nomeado”) do Conselho Consultivo é também mencionado o facto de não funcionar quando existe (“não funciona [...] é melhor dizermos que não existe” ou “se existem são mera cosmética”) e da sua nomeação ser um “processo demasiado internalizado”. Os Presidentes de dois CA fazem duas observações curiosas sobre o Conselho Consultivo quando dizem “apesar de termos, nunca foi necessário utilizar” e “não tenho [...] não sei se estou a cometer algum crime”.

Os comentários obtidos para a actualização sobre a evolução do sistema de saúde incidem sobre o Fiscal Único e os Órgãos de Apoio Técnico. O Fiscal Único é uma figura nova no CA, a sua proveniência é dos revisores oficiais de contas ou de sociedades de revisores oficiais de contas, não sendo de estranhar o número de entrevistados que não responderam (44%). No entanto, alguns dos comentários referem o esforço de actualização que notam, por parte destes profissionais, à medida que o tempo passa. Por

seu turno, relativamente aos Órgãos de Apoio Técnico é referida a sua actualização parcelar, incidindo sobretudo nas áreas que dominam.

Por último, os comentários obtidos sobre o impacto global no desempenho do hospital incidem novamente sobre o Fiscal Único e os Órgãos de Apoio Técnico. A importância atribuída ao Fiscal Único está sobretudo relacionada com aspectos ligados ao controlo e à legalidade do que propriamente ao desempenho do hospital. Por seu turno, relativamente aos Órgãos de Apoio Técnico eles são considerados importante mais pelo apoio técnico que dão ao CA do que pelo seu impacto directo no desempenho global do hospital, até porque as comissões não têm poder de decisão.

#### 7.4.1.2. Comissões

O Quadro 131 apresenta para cada um dos órgãos a percentagem de respostas obtida para a classificação bom e excelente nos diferentes objectivos considerados<sup>293</sup>.

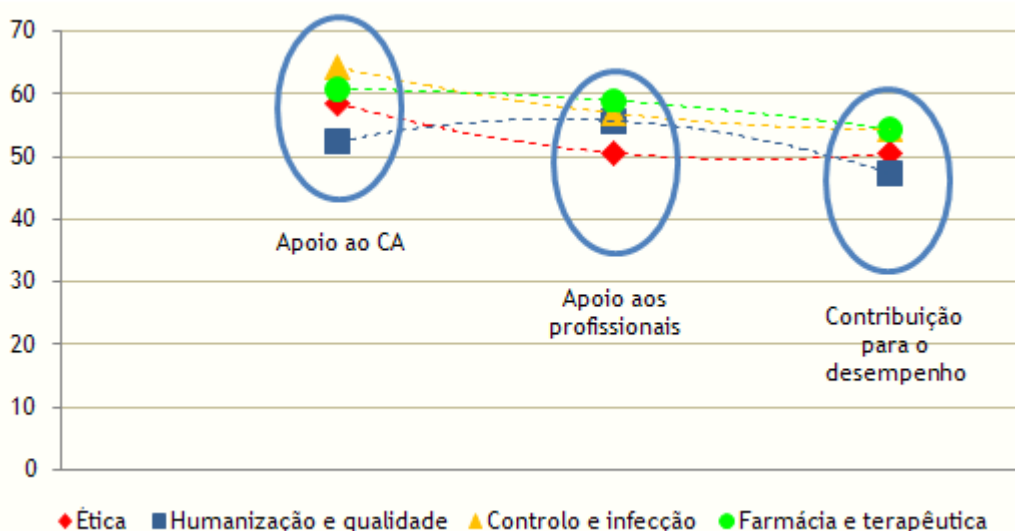
Comissão	Apoio ao CA	Apoio aos profissionais	Contribuição para o desempenho
Ética	61%	44%	50%
Humanização e qualidade dos serviços	56%	56%	39%
Controlo e infecção hospitalar	67%	56%	56%
Farmácia e terapêutica	67%	56%	50%

**Quadro 131** — Percentagem de respostas (bom e excelente) obtidas pelas comissões para os diferentes objectivos

Na maioria das situações, apesar da percentagem máxima não ultrapassar os 67%, os entrevistados consideram que o comportamento das comissões é bom ou excelente, com excepção da Comissão de Ética no apoio aos profissionais e da Comissão de Humanização e Qualidade dos Serviços na contribuição para o desempenho do hospital. As comissões mais bem classificadas, em praticamente todos os objectivos, são a de Farmácia e Terapêutica e a de Controlo e Infecção Hospitalar. O apoio dado ao CA é o objectivo para o qual todas as comissões obtêm melhor classificação.

A Figura 62 apresenta a PMA para a forma como as comissões do hospital atingem determinados objectivos<sup>294</sup>.

<sup>293</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada da avaliação das comissões nos diferentes objectivos considerados (ponto 3.1.2.) completada com uma análise dos comentários efectuados pelos entrevistados.



**Figura 62** — PMA relativamente ao impacto das comissões

Os entrevistados consideram que o impacto das comissões é maior no apoio aos processos de decisão do CA e menor na contribuição das comissões para o desempenho global do hospital. No entanto, o impacto de cada comissão varia dentro de cada dimensão. As comissões com maior impacto dentro de cada dimensão são a comissão de Controlo e Infeção Hospitalar e a comissão de Farmácia e Terapêutica. A comissão de Humanização e Qualidade dos Serviços é considerada a que menos impacto tem no apoio ao CA e na contribuição para o desempenho global do hospital.

Os comentários obtidos para a pergunta “Qual a sua opinião sobre o trabalho das comissões e a sua respectiva utilização por parte profissionais?” ajudam a compreender as respostas dadas pelos entrevistados.

Pelo conteúdo dos comentários os entrevistados reconhecem maioritariamente a importância das comissões (“as comissões são muito importantes para a gestão do hospital e para o trabalho dos profissionais” ou “as comissões são essenciais [...] podem ajudar o CA baseados na sua competência técnica orientando o CA e transmitindo informação para os profissionais”).

Contudo, é também reconhecido que as mesmas apresentam limitações segundo duas perspectivas distintas:

- As comissões não cumprem o papel técnico que actualmente lhes está reservado (“muitas deles não cumprem o papel técnico para a qual foram constituídas” ou “as comissões são muito passivas”);

<sup>294</sup> À semelhança do que foi realizado na análise relativa aos órgãos do hospital.

- O seu papel devia ser mais interventivo, mais pró-activos em algumas áreas, junto dos serviços e dos profissionais (“deviam deixar de ser um órgão de consulta, para passarem a ter poderes mais interventivos”, “o seu papel deveria ser repensado, nomeadamente na aproximação aos profissionais”, “outras deviam estabelecer mais ligações com os serviços e estabelecerem protocolos” ou “outras, como a de ética deveriam ir além da análise do expediente e serem mais criativos relativamente a determinadas situações”).

As duas perspectivas partilham de alguma forma os mesmos factores relativamente ao seu mau funcionamento considerando que são demasiado alargadas quer na sua composição (“muitas vezes as comissões são demasiado alargadas em termos do número de profissionais que a compõem”) quer no objecto de intervenção devido à pouca disponibilidade dos profissionais (até porque muitas vezes não são libertados das suas funções principais) e à falta de recursos (“nomeadamente pela falta de recursos e pelas limitações de tempo dos elementos que a constituem uma vez que muitas vezes não são libertados das suas actividades” ou “o seu trabalho depende muito das pessoas para elas nomeadas e na sua disponibilidade”).

É interessante verificar que alguns dos entrevistados mencionam também o papel preponderante do CA, nomeadamente no que se refere à nomeação das pessoas para essas comissões mas também o que pretende fazer com elas no hospital (“o seu funcionamento depende muito das pessoas nomeadas e daquilo que o CA pretende fazer com elas”). O facto de o hospital ser acreditado e os mecanismos de controlo associados são mencionados como um factor importante para o seu bom funcionamento (“as nossas comissões funcionam bem também como consequência do processo de acreditação [...] envolve mecanismos de controlo que obrigam ao bom funcionamento das comissões”).

As comissões de Farmácia e Terapêutica, de Controlo e Infecção Hospitalar e a de Ética são as mais mencionadas. As duas primeiras recebem críticas positivas e negativas, enquanto última é mencionada sobretudo no aspecto de ser repensada e de entrar em outras áreas como a interrupção voluntária da gravidez, situações da fase terminal da vida, situações relacionados com a decisão de reanimar ou não, etc. A

comissão de Farmácia e Terapêutica é sobretudo referida pelas implicações que poderia ter no que diz respeito às despesas do hospital relacionadas com medicamentos.

As classificações e os comentários aqui analisados ajudam a explicar os resultados obtidos pelos Órgãos de Apoio Técnico relativamente ao cumprimento dos objectivos da subsecção anterior.

#### 7.4.1.3. O Conselho Consultivo

A classificação obtida para o Conselho Consultivo relativamente ao cumprimento de objectivos e os comentários relacionados permitem constatar que este, apesar de ser considerado um órgão fundamental de ligação com a comunidade, ou não existe ou então não funciona.

Os 41 comentários efectuados pelos entrevistados (10 internos e quatro externos) para pergunta “Qual a sua opinião sobre o Conselho Consultivo, os objectivos subjacentes à sua criação e o seu funcionamento?” ajudam a explicar este entendimento. O Quadro 133 representa a distribuição dos comentários para as categorias nas quais os comentários foram agrupados<sup>295</sup>.

Categoria	N	%
Existência do Conselho Consultivo	11	27%
Actores que o integram	9	22%
Resultados desfavoráveis para o hospital	8	19%
Aspectos gerais da sociedade	7	17%
Importância do Conselho Consultivo	6	15%
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100%</b>

**Quadro 132** — Distribuição dos comentários relativos ao Conselho Consultivo pelas respectivas categorias

A não existência deste órgão ou o seu funcionamento precário são mais uma vez confirmados apesar de abstractamente, como já foi dito atrás, este órgão ser considerado importante para o hospital.

A sua importância está relacionada com a representação e integração dos vários interesses e necessidades da comunidade no hospital e o seu contributo para que

---

<sup>295</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada dos comentários efectuados relativamente ao Conselho Consultivo (ponto 3.1.3.) completada exemplos dos comentários efectuados pelos entrevistados.



o CA esteja sensibilizado, não apenas para os seus problemas internos, mas também para as necessidades da comunidade e a respectiva resposta a essa mesma comunidade. Para além destas funções este órgão poderia ser também, segundo os comentários dos entrevistados, um agente de sensibilização para os decisores políticos fazendo a ponte entre o nível central e o nível local funcionando, desta forma, como grupo de pressão e, ao mesmo tempo, como embaixadores.

Esta importância reflecte-se nos seguintes comentários: pode representar “a voz dos utilizadores” mantendo “o hospital focado nos seus objectivos e na sua finalidade”; pode dar o seu “contributo interno para os problemas” tendo por base “uma perspectiva sobre os aspectos estruturais, estratégicos, assistenciais, funcionais ou orçamentais do hospital”; ajuda “em termos de planeamento quer em termos de integração externa do hospital com a comunidade”; fornece “*inputs* de forma a ajustar o posicionamento do hospital às necessidades da comunidade que serve”; e pode “ser também um órgão de sensibilização para os decisores políticos”.

É declarado que as funções desempenhadas pelo Conselho Consultivo dependem muito dos actores que são integrados no Conselho Consultivo, nomeadamente as suas características — o conhecimento daquilo que é discutido, o interesse em participar na vida e na governação do hospital e na ligação entre o hospital e os seus utilizadores, representar os interesses da comunidade e ter como objectivos essenciais tratar da integração do hospital na comunidade, a disponibilidade — e a forma como ele é constituído (mais representantes externos do que internos). Estes factores influenciam definitivamente o seu funcionamento e o cumprimento dos seus objectivos.

O estado actual dos Conselhos Consultivos, a forma como estes são constituídos e o conseqüente mau funcionamento, na opinião dos entrevistados, produz resultados desfavoráveis para o hospital traduzidos na sua captura política e corporativa e conseqüente instrumentalização, porque o tornam foco de notícias. Os interesses da comunidade são assim substituídos pela luta partidária (“acabando por ser correias de transmissão dos poderes políticos”), pelo prolongamento da discussão de problemas internos do hospital (“tinha uma forte participação interna o que levava a um prolongamento das discussões internas, da vida interna do hospital”) e por

funcionar como um contrapoder (“muitas vezes funcionam como contrapoder, tentando até boicotar o trabalho dos CA e não apoiar como seria a sua função”).

No entanto, esta captura e conseqüente instrumentalização é, na opinião de alguns dos entrevistados, um problema maior de contexto relacionado com a sociedade em geral e com a maturidade democrática do país. O formalismo cosmético, assente no cumprimento da formalidade ainda que suportada depois numa forte informalidade, uma sociedade civil pouco forte e estruturada e sem capacidade de intervenção, o fraco exercício da cidadania traduzida por baixos índices de participação e o facto de termos uma democracia ainda pouco estabilizada e em desenvolvimento são as principais causas identificadas como estando na base do mau funcionamento dos Conselhos Consultivos. Estes problemas de contexto tornam os resultados desfavoráveis enunciados anteriormente como sintomas daquilo que é, segundo um dos entrevistados, um indicador de mau exercício de cidadania.

## **7.4.2. Acordos de desempenho e instrumentos de controlo**

Neste ponto é apresentado o resumo dos resultados obtidos com a análise dos comentários às perguntas abertas relativas ao incumprimento do contrato-programa (7.4.2.1), os desafios que o contrato-programa trouxe aos hospitais (7.4.2.2), e a forma como decorreu o processo de negociação do contrato-programa (7.4.2.3).

### **7.4.2.1. Consequências do incumprimento**

Para as perguntas “*Na sua opinião quais são as conseqüências previsíveis se o contrato-programa com a tutela não atingir por defeito os valores contratualizados?*” e “*E se exceder os valores contratualizados?*” foram obtidos 64 comentários que foram agrupados em duas categorias relacionadas com as conseqüências associadas ao não cumprimento do contrato-programa e com a nova filosofia a ele inerente<sup>296</sup>.

O Quadro 133 apresenta a distribuição dos comentários pelas categorias mencionadas.

---

<sup>296</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada dos comentários efectuados ao não cumprimento do contrato-programa (ponto 3.2.1.) completada com exemplos dos comentários efectuados pelos entrevistados.

Categoria	Subcategoria	N	%
Consequências	Hospital	22	34%
	CA	20	32%
Contrato-programa	Filosofia	13	20%
	Riscos	9	14%
<b>Total</b>		<b>64</b>	<b>100%</b>

**Quadro 133** — Distribuição dos comentários por categorias e subcategorias relacionadas com as consequências do incumprimento do contrato-programa

A maioria dos comentários (66%) está relacionado com as consequências para o hospital (34%), quer pelo incumprimento por defeito quer por excesso, e com as consequências para o CA (32%). Os restantes comentários (34%) estão relacionados com a nova filosofia a ele inerente (20%) e os riscos associados a esta nova filosofia (14%). É de salientar que enquanto todos os entrevistados internos focam as consequências para o hospital e para o CA os entrevistados externos, apesar de focarem estes aspectos, preferem focar as questões relacionadas com o contrato programa.

Os entrevistados reconhecem que o incumprimento dos contratos-programa traz consequências financeiras e económicas para o hospital apesar da flexibilidade que existe em termos da produção marginal definidos nos pressupostos<sup>297</sup> do contrato-programa. Importante também, ainda que mencionado apenas por um dos entrevistados é o carácter público dos contratos-programa<sup>298</sup>. O Quadro 134 apresenta o resumo das consequências do não cumprimento por defeito e por excesso.

Cumprimento	Resumo
Defeito	A consequência mais identificada está relacionada com a verba de convergência dependente dos objectivos contratados a nível nacional e dos objectivos específicos entre a Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS) e os hospitais de acordo com as particularidades de cada região.
Excesso	Ao aumento da despesa, com reflexos financeiros, não corresponderá o respectivo pagamento na sua totalidade, com reflexos económicos. As consequências por excesso não são consideradas se esse aumento ocorreu no ambulatório, porque “consomem menos recursos ao hospital” e é uma área “que a tutela pretende desenvolver de modo a melhorar a eficiência”.

**Quadro 134** — Resumo das consequências associadas ao não cumprimento do contrato-programa para o hospital

<sup>297</sup> A Comissão para a Contratualização em Saúde definiu pressupostos para a produção por defeito e por excesso. Para a produção por defeito menos de 50% do volume contratado, por linha de produção, não dá direito a qualquer pagamento e para as urgências é feito o pagamento de 50% dos custos fixos devido aos custos associados à estrutura relativamente fixa que o hospital mantém. Para a produção por excesso até 10% da actividade contratada, em todas as linhas de produção, é tudo pago não sendo a actividade em ambulatório considerado; nas linhas de produção cirúrgica programada a produção adicional resultante do SIGIC é acrescida de um valor 45% do preço do GDH do episódio (Ministério da Saúde, 2006).

<sup>298</sup> Disponíveis no sítio da Administração Central dos Serviços de Saúde.

Ao nível das consequências para o CA os entrevistados fazem uma clara distinção entre o formal, isto é, as consequências que estão previstas na lei, nomeadamente no estatuto hospitalar associado, e a prática, isto é, as consequências que são visíveis e que se traduzem na prática em muito pouco.

O Quadro 135 apresenta o resumo das consequências do não cumprimento para o CA.

Consequência	Resumo
Formal	Os estatutos de cada hospital (SPA ou EPE) definem claramente as diversas situações que podem levar à exoneração ou dissolução do CA sendo naturalmente o incumprimento do contrato programa uma delas (“o que está na lei é que existe, que os CA podem ser destituídos por incumprimento das metas fixadas”, “à partida os maus resultados do hospital constituem motivo para a destituição do CA” ou “porque o estatuto prevê a avaliação do CA e a sua dissolução”).
Prática	As consequências para o CA não são claramente visíveis (“qual foi o CA que foi demitido?”, “não tenho visto consequências nenhuma até agora” ou “apesar depois de nada acontecer porque nunca vi ninguém penalizado”) traduzindo-se sobretudo em informalidades na relação com a tutela (“um mal-estar entre a tutela e o CA que não é agradável principalmente para quem está do lado do hospital” ou “uma censura numa sala, numa reunião, um comentário”) e/ou na diminuição da capacidade negocial para os anos seguintes (“ficará com menos poder negocial para o ano seguinte para a obtenção de recursos e o novo contrato-programa” ou “o não cumprimento do contrato-programa no primeiro ano fragiliza o CA na negociação do ano seguinte”)

**Quadro 135** — Resumo das consequências associadas ao não cumprimento do contrato-programa para o CA

A justificação para a diferença entre o formal e a prática assenta nos critérios demasiado flexíveis do contrato-programa (“passados três anos e apesar de todo o discurso em termos de responsabilização os critérios ainda são muito flexíveis”), da sua negociação deficitária (“é consequência da própria forma como o processo está inquinado à partida, servindo desta forma como atenuante [...] quando não se negociaram as metas e elas foram impostas” ou “a margem de manobra dos CA é mínima [...] não há uma negociação”), e da prevalência da avaliação política dos CA em detrimento da avaliação técnica (“às vezes os critérios de responsabilização dos CA são mais políticos que técnicos e deveriam ser sempre técnicos” ou “tenho visto CA serem afastados mais por questões políticas ou por quezílias internas”). Um dos entrevistados externos, envolvido no processo de contratualização, confirma que de facto não existem penalizações até ao momento para os CA incumpridores (“não há durante 2007 nenhuma penalização para o gestor não cumpridor”) sendo as consequências apenas institucionais.

Contudo, apesar do reconhecimento desta prática, são mencionados aspectos de mudança positivos, nomeadamente o facto de o CA assumir que podem ser demitidos por não cumprir o contrato-programa e a tutela alertar para esta situação (“a prática deste ministério é alertar os CA para este facto e os novos CA têm a noção dessas consequências”). O acompanhamento e o controlo do contrato-programa (“passou-se a mensagem para dentro dos hospitais, pelo menos começou-se a mostrar que havia controlo”), e a intenção de ligar o cumprimento do contrato-programa com a avaliação de desempenho do CA (“um contrato de gestão para o CA com consequências para o CA que estão articuladas com os resultados da instituição e várias componentes para a instituição”) consolidam esta mensagem e constituem passos importantes para a construção de uma cultura de responsabilização/prestação de contas.

Relativamente à filosofia do contrato-programa, os comentários, na sua maioria de entrevistados externos, apontam para a importância do contrato-programa, nomeadamente o facto de ser a primeira vez que os hospitais têm um sinal daquilo que é a gestão estratégica dos hospitais. Na opinião dos entrevistados o principal accionista, o Estado, pela primeira vez diz o que pretende dos hospitais, fugindo da lógica tradicional de crescimento assente nas especialidades<sup>299</sup>, e traça os seus objectivos. A sua importância reflecte-se em termos externos e internos:

- Externamente, porque existem objectivos traçados e negociados que permitem à organização orientar-se na sua prossecução;
- Internamente, porque a contratualização pode ser replicada com os serviços ou departamentos e desta forma exigir responsabilidades.

No entanto, é reconhecido que o instrumento e o processo apresentam ainda lacunas e deficiências e que tudo depende, mais uma vez, da sua efectiva negociação, a forma como é utilizado e dos riscos inerentes à sua utilização: o incumprimento por uma ou por ambas as partes; a forma como é utilizada, nomeadamente como instrumento de controlo da despesa<sup>300</sup>; o sucesso dependente do processo de negociação e a participação quer interna quer externa; os constrangimentos relacionados sobretudo com os sistemas de informação; e as deficiências de negociação

---

<sup>299</sup> Esta lógica já foi identificada na secção relativa aos problemas da governação hospitalar em Portugal.

<sup>300</sup> Como já vimos na análise relativa às principais orientações, recomendações e directivas da tutela.

da Administração Pública<sup>301</sup>; e crise económico-financeira existente.

O Quadro 136 apresenta o resumo dos riscos associados ao contrato-programa.

Riscos	Resumo
Incumprimento	Associados ao incumprimento não só por parte do Estado mas também por parte dos CA. Por parte do Estado será “desastrosa a prazo, porque desgasta o instrumento porventura mais importante na contratualização”. Por parte dos CA, porque eles não sentem que o contrato programa seja um instrumento de avaliação do seu desempenho mas sim um instrumento para o controlo da despesa.
Utilização	Mais do que uma ferramenta com fins estratégicos definidos e com o sentido de criar uma cultura de responsabilização corre o risco de ser utilizado como ferramenta com fins marcadamente políticos relacionados com o clima de austeridade existente e as restrições orçamentais, nomeadamente o controlo da despesa.
Negociação e participação	O sucesso do contrato-programa está directamente relacionado com o processo de negociação e a participação existente, quer interna quer externa, procurando reflectir no hospital aquilo que é os “seus constrangimentos e as suas oportunidades para o hospital”. Como afirma um dos entrevistados, “a dificuldade está em encontrar o equilíbrio justo entre as diversas actividades e os diversos tipos de cuidados que o hospital presta”.
Sistemas de informação	Constrangimentos relacionados com os sistemas de informação precários que impõem limitações ao nível da negociação e do seu acompanhamento. A falta de informação fiável, nomeadamente ao nível das necessidades das regiões e das populações servidas pelo hospital inquina o processo de negociação (a tutela desconhece as verdadeiras necessidades e impõe e o hospital não tem informação fiável para contrapor) e as falhas dos sistemas de informação dentro dos hospitais limitam o acompanhamento e o controlo da execução do contrato-programa.
Deficiências de negociação da Administração Pública	Resultante, por um lado, da descontinuação do processo de contratualização e a consequente desmotivação dos que neles estiveram envolvidos e a descrença da sua efectividade que conduzem a um menor controlo e a um maior relaxamento. Resultante, por outro lado, do facto de a contratualização ser uma prática recente, e como tal uma experiência que requer aprendizagem, correcções e investimentos.
Crise económico-financeira existente	Por um lado, limita o volume de investimentos que se torna necessário fazer neste novo ambiente de contratualização (formação, aprendizagem, sistemas de informação, etc.) mas também que leva à tentação de utilizar o contrato-programa como um instrumento de controlo da despesa no lugar de um instrumento destinado a provocar uma mudança de paradigma.

**Quadro 136** — Resumo dos riscos inerentes à utilização do contrato-programa




Alguns dos riscos aqui mencionados já apareceram em pontos analisados anteriormente, nomeadamente nas orientações, recomendações e directivas da tutela e nas decisões políticas passadas. Como afirma um dos entrevistados, “o pior momento

<sup>301</sup> A contratualização foi um processo descontinuado e retoma pelo actual governo. Foi iniciada durante o XIII Governo (Partido Socialista) com a Dra. Maria de Belém, através das Agências de Contratualização. A sua substituição pela Dra. Manuela Arcanjo durante o XIV (Partido Socialista) levou à suspensão da actividade destas agências. Com a mudança para o XV Governo (Partidos Social Democrata e Partido Popular) e o XVI Governo (idem) a contratualização ficou completamente esquecida e as Agências foram esvaziadas de funções, apesar de continuarem a existir e de terem pessoas nomeadas para a sua direcção e funcionários nelas a trabalhar. Foi retomada novamente com o actual governo. Neste processo a mudança de ciclo político em termos de política de saúde processou-se quer pela mudança de Ministro da Saúde dentro de governos com a mesma cor partidária quer pela mudança de governo pela tomada de posse de outros partidos. Esta questão da contratualização já foi focada pelos entrevistados no ponto relativo às decisões políticas passadas.

para se fazer reformas é quando estamos perante uma crise económico-financeira que é o caso” perpassando a ideia que a origem (o retomar) da contratualização está mais relacionada com a necessidade do governo tomar medidas pressionado externamente para controlar o défice do que de uma verdadeira estratégia de empresarialização e de desenvolvimento da contratualização. A verificar-se esta premissa urge corrigi-la, porque, na nossa opinião, a repetição dos percalços da história recente da contratualização, da desmotivação dos que nela estiveram envolvidos e a descrença da sua efectividade poderá contribuir irremediavelmente para o seu fracasso.

#### 7.4.2.2. Desafios colocados ao hospital

Para a pergunta “Na sua opinião quais os desafios que o contrato-programa colocou ao hospital?” os entrevistados emitiram um conjunto de comentários que foram agrupados em várias categorias que traduzem os principais desafios (e simultaneamente oportunidades) que o contrato-programa veio colocar e possibilitar ao hospital<sup>302</sup>. O Quadro 137 apresenta os principais desafios (e oportunidades) identificados.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento da contratualização interna</li> <li>• Definição de objectivos e um orçamento para os cumprir</li> <li>• Desenvolvimento de uma cultura de responsabilização</li> </ul>	  	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento de uma cultura de monitorização interna</li> <li>• Recuperação da contratualização</li> <li>• Utilização de terminologia padronizada</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolvimento da gestão intermédia</li> <li>• Desenvolvimento dos sistemas de informação</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar as necessidades</li> <li>• Reforço dos processos de cobrança e de facturação</li> <li>• Potenciar boas práticas</li> </ul>

**Quadro 137** — Principais desafios (e oportunidades) associados ao contrato-programa para o hospital

O desenvolvimento da contratualização interna, a existência de objectivos definidos e um orçamento para os cumprir, e o desenvolvimento de uma cultura de responsabilização são os pontos mais focados pelos comentários dos entrevistados (63%). Os restantes comentários (37%) incidem sobre o desenvolvimento da gestão intermédia, o desenvolvimento dos sistemas de informação, o desenvolvimento de uma cultura de monitorização interna, a recuperação da contratualização, a utilização de

<sup>302</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada dos comentários efectuados com os desafios colocados ao hospital (ponto 3.2.2.) completada com exemplos dos comentários efectuados pelos entrevistados.

terminologia padronizada, a determinação de necessidades, o potencial de boas práticas e o reforço dos processos de cobrança e de facturação.

A maioria dos comentários (28%) incide sobre o desenvolvimento da contratualização interna (“os directores de serviços hoje exigem a presença de administradores hospitalares para os ajudarem na elaboração do contrato-programa interno” ou “a realização de reuniões no sentido de identificar os principais obstáculos e/ou constrangimentos que eles reconhecem nas suas organizações para a adequada implementação deste tipo de instrumentos de gestão”). A contratualização interna, feita junto das linhas de produção, permite, por um lado, a identificação das necessidades e, por outro lado, a identificação dos principais obstáculos e/ou constrangimentos do hospital contribuindo, desta forma, para o reforço da contratualização externa. O “desenvolvimento de uma cultura de proximidade do CA” com os serviços é fundamental no processo.

A existência de objectivos definidos, qualitativos e quantitativos, e a existência de um orçamento para os cumprir é o segundo ponto mais mencionado (20%). Estes resultados reforçam o já discutido no ponto anterior a este sobre a filosofia do contrato-programa e a sua importância em termos internos e externos (“com os contrato-programa há pelo menos linhas, há orientações, os hospitais percebem o que é que o MS, as ARS, as agências de contratualização, ou quem quer que negoceia com eles, esperam deles ou que façam” ou “é bom que as pessoas tenham essas directivas, que tenham essas bases que saibam o que têm de fazer”).

Os entrevistados mencionam também o desenvolvimento de uma cultura de responsabilização (15%) que não existia anteriormente. Essa nova cultura reflecte-se não só nos CA (que respondem pelos resultados), mas também por toda a organização, nomeadamente os serviços que participaram no processo de contratualização interna. Esta nova postura quebra com o paradigma da antiga prática dos hospitais públicos. É contudo reconhecido que o processo está no início, que existiram percalços pelo meio, nomeadamente a descontinuidade do processo de contratualização, que é um processo que exige aprendizagem e que, como tal, “existe muito espaço para melhorar”. A nova cultura de monitorização e acompanhamento, quer interno quer externo, tem contribuído para vincar este novo paradigma, embora muitas vezes sem consequências visíveis (“tem existido um maior controlo por parte das Agências [...] passou-se a



mensagem para dentro dos hospitais, pelo menos começou-se a mostrar que havia controlo apesar depois de nada acontecer porque nunca vi ninguém penalizado”).

O desenvolvimento da gestão intermédia, fruto das novas exigências em termos de contratualização interna, recolhe também alguns comentários (8%). Esta expansão está sobretudo relacionado com a necessidade de novas competências e ao aparecimento de outras “por força do esforço desenvolvido e o rigor serem muito maiores”.

A par deste desenvolvimento surge também a necessidade de desenvolver os sistemas de informação (8%), sendo reconhecido que em muitos hospitais os sistemas não estavam suficientemente desenvolvidos (“os sistemas de informação que as instituições têm são pouco fidedignos”) levantando problemas quer em termos de negociação externa (valores diferentes dos da tutela) quer depois em termos de acompanhamento interno do próprio contrato-programa. O desenvolvimento de uma cultura de monitorização e acompanhamento, outro ponto mencionado pelos entrevistados (5%), precisa necessariamente de bons sistemas de informação.

Fruto de todo este novo paradigma é também indicado o facto de se começar a utilizar uma linguagem normalizada relativamente aos conceitos empregados (5%), de as boas práticas serem potenciadas (3%), e de existir um reforço dos processos de facturação e de cobrança (3%). Contudo, continuam ainda a existir problemas associados à determinação das necessidades (3%), que contrasta com o cunho empresarial que se quer (“não passa pela cabeça de ninguém que uma empresa não conheça as necessidades dos seus clientes e que não procure instrumentos para colmatar esta lacuna”), tornando-se necessário procurar instrumentos que colmatem essa insuficiência.

Por último, é também mencionado que todo este processo é o recuperar da contratualização iniciada no passado e que infelizmente sofreu alguns percalços até à actualidade. Estes comentários recuperam novamente a questão dos ciclos políticos e a inexistência de linhas estratégicas comuns para a política de saúde, nomeadamente no que se refere aos hospitais.

### 7.4.2.3. O processo de negociação

Para a pergunta “*Na sua opinião o contrato-programa é negociado ou é de alguma forma imposto?*” foram obtidas três tipos de resposta<sup>303</sup>: imposto, negociado parcialmente, e imposto em alguns casos e negociado noutros.

A maioria (50%) considera que o contrato-programa é apenas negociado parcialmente, enquanto cinco (23%) consideram que é imposto e dois (9%) consideram que será imposto em alguns casos e negociado noutros. Apenas quatro entrevistados (18%) não emitiram opinião sobre a negociação do contrato-programa.

Para além da opinião emitida sobre a negociação dos contratos-programa, os entrevistados apresentaram também alguns comentários relacionados com explicações sobre o processo de negociação entre os CA e a tutela bem como algumas críticas relativas à utilização do contrato-programa. O Quadro 138 apresenta a distribuição dos comentários efectuados por estas duas categorias.

Categoria	N	%
Explicações sobre o processo de negociação	11	58%
Críticas ao processo de contratualização	8	42%
Total	40	100%

**Quadro 138** — Distribuição dos comentários por categorias relacionadas com a negociação do contrato-programa

A maioria dos comentários (58%) incide sobre explicações para a forma como decorre actualmente o processo de negociação do contrato-programa, enquanto os restantes comentários (42%) incidem sobre críticas ao processo de contratualização.

Apesar de os comentários de cada entrevistado estarem relacionados com o tipo de resposta que deu (imposto, negociado parcialmente, as duas coisas), as explicações utilizadas são as mesmas. Assim, a análise dos comentários relativos às explicações para a forma como o processo decorre identifica os seguintes aspectos:

- O Ministério da Saúde é o responsável pela definição da estratégia em saúde. Tendo em conta que o hospital é um instrumento da política de saúde, no sentido de operacionalizar determinados aspectos dessa política, faz todo o sentido que estes objectivos sejam impostos no contrato-

<sup>303</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada dos comentários efectuados com o processo de negociação (ponto 3.2.3.) completada com exemplos dos comentários efectuados pelos entrevistados.

programa e que outros objectivos sejam balizados (“há legitimidade para um governo fazê-lo em função de uma visão de rede global e de uma planificação de serviços”);

- Os processos de negociação tendem a deteriorar-se quando existem pressões financeiras. A actual conjuntura é caracterizada por um défice económico-financeiro sendo as orientações recebidas da tutela sobretudo no sentido da contenção da despesa (“é fruto, possivelmente, da actual conjuntura financeira e dos orçamentos do SNS”, “como sabe as ordens foram para controlar, conter a despesa” ou “de alguma forma estão relacionados com a contenção orçamental”);
- Nas circunstâncias actuais da conjuntura a margem de negociação torna-se menor e as imposições por parte da tutela maiores. Por outro lado, essa margem depende também do CA, da sua experiência e da sua predisposição para a negociação (“em complemento negocia-se melhor nuns sítios do que noutros [...] este processo depende muito do *know-how*, da predisposição do negociador”);
- Os problemas de informação fidedigna existem a vários níveis o que também contribui para a redução da margem de negociação. As deficiências dos sistemas de informação nos hospitais e os dados existentes ao nível central, IGIF e Ministério, contribuem para esta situação (“face aos dados que existem não se pode exigir mais ao IGIF e ao Ministério”);

Estes aspectos reforçam um dos pontos já mencionados anteriormente relacionado com a forma como o contrato-programa está a ser utilizado. Mais do que uma ferramenta para a definição de objectivos concretos e de um orçamento para os atingir, e a criação de uma cultura de responsabilização parece estar a ser utilizado como uma ferramenta para o controlo do défice. Esta abordagem pode inquinar todo o processo de contratualização e diminuir o alcance do instrumento contrato-programa.

As críticas obtidas dos comentários dos entrevistados focam os seguintes aspectos:

- O não cumprimento por parte da tutela dos compromissos assumidos, nomeadamente da cláusula de convergência (“a exiguidade do orçamento e o não cumprimento da cláusula de convergência”). Este facto pode levar à

desacreditação do contrato e da filosofia a ele inerente, tal como já foi mencionado nos pontos anteriores;

- A existência de lacunas no plano estratégico do contrato-programa em consequência dos dados deficientes existentes ao nível da tutela;
- O facto do preço do GDH ser constante, independentemente do hospital, quando as estruturas de custos dos hospitais são díspares. Nesta situação é sugerido que “seria um papel interessante para a agência a tentativa de harmonizar esta estrutura e que servisse de interface com os hospitais para corrigir estas discrepâncias”;
- O défice de planeamento existente com prazos muito curtos em termos de negociação (“é tudo feito em cima do joelho [...] tudo muito amador”);
- O risco de transformar o processo de negociação num processo burocrático e administrativo e consequentemente metamorfosear o contrato-programa numa nota de encomenda ao CA. Nesta situação a tutela estará a dar um mau exemplo aos próprios CA que podem cair na tentação de replicar o processo inquinando por completo a contratualização interna. Por outro lado, o contrato-programa “perde eficácia, porque as pessoas sentem-se obrigados àquele contrato mas têm pouca participação e sentem que não é deles”.

Um último aspecto, não directamente relacionado com o contrato-programa e mais com a empresarialização, diz respeito à concessão do contrato de gestão a privados e às vantagens que tal modelo poderá ter: “porque a liberdade de actuação do CA é total, porque o CA não tem de responder à tutela, porque a base do contrato é firmada entre a empresa que explora e a tutela, porque terá uma duração definida ao fim do qual pode ser renegociado ou cessado e entregue a outra empresa, porque não é influenciável por razões políticas, porque não há demissões nem contratação de CA por influência política”.

### **7.4.3. Efectividade dos CA**

Neste ponto é apresentado o resumo dos resultados relativos à percepção de todos os entrevistados (internos e externos) sobre pontos relativos aos CA relacionadas

com as competências, a proveniência, as funções, a integração do corpo clínico e a intervenção política relativa ao CA (7.4.3.1), da análise de conteúdo aos comentários relativos à nomeação dos CA (7.4.3.2) e à rotatividade e estabilidade dos CA (7.4.3.3).

### 7.4.3.1. Estrutura do CA

O Quadro 139 apresenta a percentagem das respostas para cada uma das afirmações relativas aos itens do CA<sup>304</sup>.

Itens associados	Discordo fortemente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo fortemente
Competências	—	5%	9%	50%	36%
Proveniência externa	9%	50%	23%	9%	9%
Mistura de funções	—	18%	—	77%	5%
Integração do corpo clínico	—	27%	14%	55%	5%
Intervenção política	50%	32%	18%	—	—

**Quadro 139** — Percentagem das respostas relativas a vários itens dos CA

A maior concordância (concordo e concordo fortemente) é nas competências (86%), na mistura de funções (82%) e na integração do corpo clínico (59%). Por seu turno a maior discordância (discordo e discordo fortemente) é na proveniência externa dos membros do CA (59%) e na intervenção política na actividade dos CA (82%).

Para estas perguntas foram obtidos 44 comentários de 19 entrevistados (15 internos e quatro externos). A distribuição dos comentários está apresentada no Quadro 143.

Categorias		N	%
Itens do CA	Proveniência externa	17	39%
	Mistura de funções	6	14%
	Intervenção política	6	14%
	Integração do corpo clínico	5	11%
	Competências	4	8%
Actualização e formação		6	14%
<b>Total</b>		<b>44</b>	<b>100%</b>

**Quadro 140** — Distribuição dos comentários relativos aos itens do CA

<sup>304</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada das respostas e dos comentários efectuados com a estrutura do CA (ponto 3.3.1.) completada com exemplos dos comentários efectuados pelos entrevistados para os diversos itens analisados.

A maioria dos comentários (86%) está relacionada com as afirmações relativas aos vários itens do CA. Os restantes comentários (14%) estão relacionados com aspectos da actualização de conhecimentos e de formação dos administradores hospitalares e dos directores clínicos.

A maioria das respostas concorda com a afirmação “*O Conselho de Administração deve possuir uma maior representatividade de competências na área da gestão e da economia da saúde*”. Dos entrevistados, 11 (50%) concordam com a afirmação e oito (36%) concordam fortemente enquanto apenas uma resposta discorda e duas não concordam nem discordam. Os comentários reconhecem a necessidade do CA integrar mais competências nas áreas da gestão e da economia da saúde apontando para a necessidade do CA ser um conjunto equilibrado, que vale pelo seu conjunto, e pela ligação que consegue estabelecer com a gestão intermédia. A necessidade de mais competências na área da gestão e da economia da saúde depende muito da formação dos administradores hospitalares pertencentes ao CA.

A maioria dos entrevistados discorda com a afirmação “*O Conselho de Administração não deve integrar pessoas vindas de outras áreas de actividade (externas à saúde), nomeadamente indústria, comércio, finanças ou banca*”. Dos entrevistados, 11 (50%) discordam com a afirmação, dois (9%) discordam fortemente, dois (9%) concordam e dois (9%) concordam fortemente enquanto apenas cinco (23%) não concordam nem discordam. A maioria das repostas concorda com a vinda de pessoas de outras áreas fora da saúde para o CA. Pelos comentários, percebe-se que esta posição assenta nas vantagens que possam trazer em termos de experiências, metodologias, técnicas e instrumentos de gestão ligados à actividade empresarial. Contudo, são feitos vários alertas para a necessidade de ser necessário conhecer o sector da saúde, o hospital e a sua actividade, porque o hospital é uma organização complexa com um objecto social muito próprio cuja actividade e funcionamento se afastam das empresas tradicionais.

Nota-se uma posição corporativista, relativamente aos que discordam da vinda de pessoas externas, porque não possuem formação especializada em administração hospitalar, e uma posição mais neutral relacionada sobretudo com o desconhecimento dos externos sobre o sector da saúde e os hospitais. É também mencionado o facto dos administradores hospitalares existentes estarem preparados e

que a sua procura por parte dos privados é um bom indicador desse facto. Saliente-se, no entanto, que também aparecem críticas relacionadas com a formação de banda larga e pouca prática, principalmente nas áreas da gestão, dos administradores hospitalares<sup>305</sup>.

A maioria dos entrevistados concorda com a afirmação “*O Conselho de Administração do hospital, no figurino actual, mistura funções de direcção com funções de gestão executiva*”. Dos entrevistados, 17 (77%) concordam com a afirmação e um (5%) concorda fortemente, enquanto apenas quatro (18%) discordam da afirmação. Os comentários feitos abordam sobretudo as questões relacionadas com a gestão executiva que se encontra integrada dentro do próprio CA relacionando este facto com a delegação de competências e com a dificuldade de encontrar competências ao nível da gestão intermédia que permitissem separar as funções<sup>306</sup>. É também mencionado o facto da composição do CA poder variar consoante a dimensão, isto é, em hospitais maiores justifica-se a existência de uma comissão executiva, enquanto em hospitais mais pequenos tal não se justifica.

A maioria dos entrevistados concorda com a afirmação “*Os médicos e enfermeiros que integram o Conselho de Administração do hospital devem ter funções executivas*”. Dos entrevistados, 12 (55%) concordam com a afirmação, um (5%) concorda fortemente, seis (27%) discordam e apenas três (18%) não concordam nem discordam. É entendido pela maioria dos entrevistados que o director clínico e o enfermeiro director devem ter funções executivas. Uma das explicações está relacionada com a ligação às áreas técnicas do hospital bem como aos seus profissionais. No entanto, é apontado que as suas funções são de direcção técnica e que

---

<sup>305</sup> Se tivermos em conta comentários já feitos em questões abertas anteriores e os comentários de todo o conjunto obtido para cada uma das afirmações.

<sup>306</sup> Se consideramos os modelos de governo das empresas, verificamos que o legislador adoptou para os CA dos hospitais, esquecendo a particularidade do número de vogais executivos diferente em cada estatuto, o modelo continental monista. Recordamos que, neste modelo, a separação da gestão quotidiana das decisões estratégicas é frequente através da criação de uma comissão de administradores executivos a tempo inteiro (Comissão Executiva) dentro do CA. Este tem como funções a submissão da aprovação de contas à Assembleia Geral, a aprovação da política estratégica e algumas das decisões mais importantes relacionadas com a sua implementação. Por seu turno, à Comissão Executiva, nomeada pelo CA compete a gestão da empresa no dia-a-dia de acordo com os poderes delegados pelo CA. A existência da Comissão Executiva acaba por criar uma dupla instância de tomada de decisões e condições para que a instância superior, o CA, supervisione e controle a instância inferior (Comissão Executiva). As figuras de Presidente do CA (*Chairman*) e de Presidente da Comissão Executiva (*Chief Executive Officer*) podem coincidir ou não. A separação dos papéis é importante para evitar a concentração de poderes, mas apenas produz resultados na protecção dos pequenos accionistas se o Presidente do Conselho de Administração for independente do Presidente da Comissão Executiva e dos accionistas mais influentes.

a razão da sua integração no CA está sobretudo relacionada com a necessidade de se responsabilizarem pelas decisões tomadas no CA.

A larga maioria dos entrevistados discorda com a afirmação “*A actividade hospitalar é executada mais correctamente se os políticos intervirem na actividade do Conselho de Administração*”. Dos entrevistados, 11 (50%) discordam fortemente, sete (32%) discordam e apenas quatro (18%) não concordam nem discordam. A larga maioria dos entrevistados não acredita que a intervenção política na actividade do CA permita uma execução mais correcta da actividade hospitalar. Os comentários fazem a distinção entre a intervenção política relacionada directamente com o Ministério e a relacionada com as máquinas partidárias. A primeira, distingue entre as orientações da política da saúde por parte do Ministério e em questões da sua competência relativamente ao hospital, que são desejáveis e devem existir, e a intervenção da tutela em áreas de gestão corrente que são da competência do CA que violam a autonomia do hospital, que não são desejáveis nem deveriam existir. A segunda, foca os aspectos relacionados com a partidarização dos CA e a instrumentalização do hospital com a tomada de decisões que beneficie a política local ligada ao partido do governo.

Foram também obtidos comentários relacionados a actualização de conhecimentos e de formação dos administradores hospitalares e dos directores clínicos. Um dos entrevistados acentua que a insuficiência de instrumentos existente a vários níveis resulta da insuficiência de actualização dos membros dos CA que não sentem a sua necessidade (“é quase tautológico, não sentem necessidade porque não estão despertos para eles e como não estão despertos não sentem essa necessidade”). Por outro lado, os restantes entrevistados acentuam o facto de a fase de maior actualização de conhecimentos dos elementos dos CA coincidir com a sua estadia no próprio CA, porque despertam para as lacunas que possuem na sua formação, que é muito enquadradora e teórica, faltando-lhe uma componente prática adequada às verdadeiras necessidades da organização.

Por outro lado, são mencionadas as lacunas de formação existentes na Administração Hospitalar caracterizada por ser excessivamente de banda larga, predominantemente com formação base de Direito, com pouca formação nas áreas da gestão e a quem falta experiência de campo. É também mencionada a falta de competências da gestão intermédia, nomeadamente dos directores clínicos, e as lacunas



de formação existente, nas licenciaturas de medicina, nas áreas de gestão onde é sugerida a leccionação de disciplinas de gestão durante o internato<sup>307</sup>.

#### 7.4.3.2. Nomeação dos Conselhos de Administração

Neste ponto é apresentado o resumo dos resultados<sup>308</sup> relativos à análise de conteúdo das perguntas abertas referentes à intervenção política e burocrática (0), ao processo de escolha e formação (0) e aos critérios de nomeação do CA (0).

##### Intervenção política e burocrática

Para a pergunta “*Na sua opinião considera que a intervenção de políticos e burocratas na nomeação do Conselho de Administração pode ser prejudicial para a actividade e a autonomia do hospital?*” foram obtidos 48 comentários que foram agrupados em quatro categorias. O Quadro 141 apresenta a distribuição dos comentários obtidos por categoria.

Categoria	N	%
Definição de intervenção política	22	46%
Formas distintas de nomeação	6	13%
Consequências da intervenção na nomeação	9	19%
Elementos de interferência	11	23%
Total	48	100%

**Quadro 141** — Distribuição dos comentários por categorias relativas à intervenção política e burocrática

Relativamente à intervenção política, os comentários recuperam a distinção entre dois tipos de intervenção política já apresentada no ponto anterior: a relacionada directamente com o Ministério (orientações da política da saúde e em questões da sua competência relativamente ao hospital) e a relacionada com as máquinas partidárias.

Com base nesta distinção, os entrevistados são unânimes em concordar com a nomeação política relacionada com a execução da política de saúde (“é ele que faz a governação dos hospitais e que define as grandes linhas estratégicas”) pelo accionista

<sup>307</sup> Já anteriormente surgiram comentários relacionados com as competências e a formação, nomeadamente nas dificuldades encontradas, nos problemas de governação hospitalar e no envolvimento dos médicos.

<sup>308</sup> No Anexo II encontra-se uma análise detalhada dos comentários efectuados com a nomeação dos CA nos seus diversos itens (ponto 3.3.2.1 a 3.3.2.3.) completada com exemplos dos comentários efectuados pelos entrevistados.

desde que suportada na competência e no perfil adequado (“desde que a qualidade e as competências sejam prioritárias não vejo problema” ou “qualquer Ministro quando nomeia o CA deve atender ao perfil da pessoa que está a nomear”). Nesta situação é reconhecido que a confiança política, no sentido de partilhar a estratégia e as orientações definidas para a saúde, facilitam o relacionamento entre o CA e a tutela. A confiança política não deve ser confundida com militância ou apoio ao partido do governo (“para executar políticas de saúde não precisam de ser militantes, de ser apoiantes ou partidários do partido do governo [...] precisam é de ser isentos” ou “o que não pode ser prioritário é o cartão de eleitor”).

Os mesmos entrevistados também são unânimes em discordar da nomeação política influenciada pelas máquinas partidárias e pelos seus representantes (“se fala de politiquice, a distrital que fala com a concelhia porque aquele é bom, está desempregado, é do partido, então não concordo” ou “não deve haver intervenção política quando eles nomeiam uma pessoa e depois vem o Presidente da Autarquia ou o Governador Civil a dizer que não, que para aquele CA tem de ser alguém da cor deles”).

Contudo, é reconhecido que esta separação entre definições de político e nomeação se torna difícil, porque os governos são composições de forças partidárias (“mas também não consigo dizer que a nomeação por parte do Ministérios não tem componentes políticas, porque acabam por ter porque os governos são composições de forças partidárias”). Apesar da preocupação que possa existir em não nomear pela segunda definição de política, os entrevistados reconhecem a sua existência (“é um facto que muitos CA foram partidarizados” ou “uma vez quisera-me pôr um político”) e implicitamente a sua influência na actividade e na autonomia do hospital<sup>309</sup> (“os CA são um bocado manipulados por interesses políticos e por interesses paroquianos que podem provocar algumas chatices”). Uma das razões apontadas está relacionada com as diferentes agendas que movem os políticos e burocratas que não coincidem com os critérios de nomeação necessários (“a agenda que os move nada tem a ver com os critérios de nomeação do CA [...] a nomeação deve ser determinada pelo perfil, pela competência e pelos resultados que se pretendem atingir [...] as motivações dos políticos e dos burocratas raramente é esta. Só por milagre as duas coincidem”).

---

<sup>309</sup> Esta ideia é reforçada se atendermos aos comentários que serão apresentados nas categorias formas distintas de nomeação, consequências da intervenção na nomeação e elementos de interferência.

Quanto à forma de nomeação, os comentários identificam quatro formas distintas de nomeação: o modelo de concurso público para os lugares de direcção, o modelo de recrutamento público feito exteriormente ao Estado, o modelo de nomeação local pelos principais interessados, e o modelo actual de nomeação política. Qualquer um dos defensores dos diferentes modelos define como critérios base de selecção o perfil adequado com base nas competências e na experiência e a necessidade de não existir interferência política, nomeadamente a apropriação do processo de nomeação pelos partidos.

A defesa dos dois primeiros assenta na definição de critérios rigorosos de avaliação para a selecção dos candidatos aos CA e para, de alguma forma, tornarem a nomeação mais independente e imune às pressões partidárias. A defesa do terceiro assenta na resposta às necessidades da comunidade servida pelo hospital, dando desta forma primazia à nomeação pelos seus interessados directos. A defesa da nomeação política assenta na posição de accionista do Estado e na sua responsabilidade de definição da estratégia e das orientações políticas em matéria de saúde. Para este modelo de nomeação a consonância ideológica com o ministério pode até constituir um factor de facilitação. No entanto, os critérios de competência devem ser ressalvados e todo o processo deve ser público e transparente, o que muitas vezes não acontece tal como é reconhecido.

Surge também um outro elemento que recupera uma questão, já abordada previamente<sup>310</sup>, relacionada com a autonomia e a independência do CA. Anteriormente um dos aspectos mencionados dizia respeito à não integração do corpo clínico no CA, defendida por uma corrente da administração hospitalar, por questões de independência e autonomia corporativa face aos valores e expectativas das corporações decisivas na prestação de cuidados. Agora surgem as questões de autonomia e independência do CA face aos interesses políticos conjunturais e também, relacionada com a anterior mas com peso suficiente para se considerar à parte, ao nível pessoal (“neste modelo do público há uma insuportável dependência não só pessoal — a pessoa que nos nomeia, que dá, o nosso amigo, que é nosso correligionário — como efectivamente depois isso vai prejudicar a nossa posição relativamente aos accionistas, porque estamos por favor e quem está por favor deve alguma coisa a alguém”).

---

<sup>310</sup> Tendo em conta a análise de conteúdo feita aos comentários sobre a integração do corpo médico no CA.

No que diz respeito às consequências da intervenção política, a instrumentalização do hospital em questões de política local, mencionada anteriormente<sup>311</sup>, é agora reforçada relativamente a políticas que são transitórias (“instrumentaliza o hospital ao serviço de determinadas forças que são temporárias — hoje é o PS, amanhã é o PSD, se calhar é o PS porque também não temos grandes alternativas —, a políticas que são transitórias”). A questão da autonomia e da independência do CA face aos interesses políticos conjunturais é mais uma vez mencionada.

Para além destas duas questões, surgem outros dois aspectos de especial relevo. Por um lado, a fragilização do ambiente interno do hospital com o aumento de conflitos e da instabilidade (“fragilização do hospital, criação de um clima de relacionamentos insustentável, quadro de conflitos interno agravado [...] face a este desconhecimento foi fácil criar relações privilegiadas dentro do hospital e criar um clima de espartilho interno e conflitual”). Por outro lado, a instabilidade dos CA<sup>312</sup> gerada por tal situação que afecta os resultados do hospital (“notamos que os hospitais que têm conseguido manter os CA ao longo do tempo são casas mais bem geridas, porque tem existido estabilidade [...] ajuda a produzir melhores resultados”).

Por último, relativamente aos elementos de interferência, forma-se a ideia do poder das distritais e das concelhias, independentemente dos partidos, nas escolhas para as empresas públicas e para os respectivos CA (“têm interferências perturbadoras nas escolhas para as empresas que com frequência gerem milhões de euros”) e as consequências desastrosas que esta prática tem tido, nomeadamente para os hospitais (“quando o Ministro nomeia alguém indicado pela distrital ou pela concelhia do partido, uma pessoa que nem conhece pela sua capacidade técnica, normalmente dá-se mal e isso têm-se visto ao longo dos anos, independentemente dos partidos [...] os resultados em alguns casos estão à vista”). Estes relatos consolidam alguns indicadores<sup>313</sup> de

---

<sup>311</sup> Tendo em conta as percepções obtidas dos entrevistados relativamente a um conjunto de afirmações relacionadas com as competências, a proveniência, a mistura de funções, a integração do corpo clínico e a intervenção política.

<sup>312</sup> Como vimos, no ponto relativo aos resultados da estrutura dos CA a rotação dos CA, é elevada. Desde 2000 até 2007 passaram pelos 8 hospitais 22 CA, 21 presidentes do CA e 37 vogais diferentes. Apenas dois hospitais mantiveram o mesmo CA, quatro hospitais tiveram três CA, e dois hospitais tiveram quatro CA.

<sup>313</sup> Em 2002, aproveitando os Relatórios do *World Competitiveness Yearbook* de 2001 do *Institute for Management Development*, o Prof. Veiga Simão e outros no livro “Ensino Superior uma visão para a próxima década” apresentam um conjunto de indicadores de eficácia e transparência da governação em cinco países europeus — Portugal, Espanha, Grécia, Irlanda e Finlândia. Os indicadores apresentados foram a eficácia da administração pública, o peso do mercado paralelo, o grau de corrupção, o grau de evasão fiscal, a influência política na administração pública, a burocracia, a eficiência do governo, a política legislativa adequada ao desenvolvimento e

eficácia e transparência da governação, nomeadamente os que apontam para a influência política na administração pública, e indiciam uma distorção do processo democrático e da gestão da coisa pública.

### Processo de escolha e formação do CA

Para a pergunta “*Na sua opinião a equipa nomeada para o CA é escolhida pelo Presidente do CA ou imposta pela tutela?*” foram obtidos 40 comentários que foram agrupados em quatro categorias. O Quadro 142 apresenta a distribuição dos comentários obtidos por categoria.

Categoria	N	%
Diferença de estatuto hospitalar	8	20%
Prática de nomeação	17	43%
Composição e funcionamento	12	30%
Avaliação do desempenho do CA	3	8%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Quadro 142** — Distribuição dos comentários por categorias relativas ao processo de escolha e formação do CA

Relativamente à diferença de estatuto, os comentários escolhidos apontam para duas questões distintas relativas ao estatuto hospitalar. A primeira relacionada com a nomeação do CA (quem nomeia e como é feita a nomeação) e a segunda relacionada com exoneração e dissolução do CA que reflectem os aspectos legais actualmente em vigor para cada um dos estatutos<sup>314</sup>.

Quanto à prática de nomeação, os comentários mostram que existe a prática de impor a equipa para o CA ao presidente escolhido (“pode haver a delicadeza de perguntar ao presidente de quem é que ele quer na sua equipa ou pode não haver”, “é provável que possa acontecer em alguns CA”, “sei que nalguns casos existe alguma pressão partidária para nomear os membros do CA”, “sei que noutros hospitais se procede à nomeação do presidente e se lhe diz de seguida aqui estão os restantes membros”, “a regra é que é imposta”, “infelizmente a prática neste país é ele já estar

---

a política económica aplicada ao desenvolvimento. Portugal e a Grécia eram os países que apresentavam piores resultados em todos estes indicadores. O indicador onde esse resultado era pior era exactamente a influência política na administração pública.

<sup>314</sup> Estes aspectos foram tratados no ponto relativo ao contexto da governação hospitalar em Portugal, nomeadamente no ponto relacionado com os CA.

escolhido, pelo Ministro ou por alguém que o indicou e tem de ser aceite, tem de ser assumido” ou “a mim tentaram-me fazer isso”). Essa imposição varia na razão indirecta das provas dadas, do mérito reconhecido e da experiência do escolhido para presidente, isto é, quanto maiores forem estes factores mais difícil se torna impor um CA, porque este tende a querer ser ele a escolher a equipa (“alguém com provas dadas, reconhecido e com experiência escolherá sempre o seu CA e não aceitará imposições” ou “alguns presidentes com mais peso não aceitarão outra situação que não a de escolherem a sua equipa”).

Dos presidentes entrevistados todos dizem ter escolhido a sua equipa. Alguns mencionam que essa é a condição de partida para aceitarem o cargo proposto (não o aceitando se tal não acontecer), enquanto outros mencionam que apesar disso podem aceitar sugestões de pessoas a integrar o CA (tendo a última palavra na sua escolha) ou serem auscultados (não tendo uma palavra impositiva) sobre determinado elemento que se pretende colocar na equipa. Um dos entrevistados (externo) menciona o facto de muitas vezes os presidentes nomeados desconhecerem o mundo dos administradores hospitalares pedindo sugestões de nomes para ocupar esses cargos (“muitas vezes pergunta nomes de administradores hospitalares com quem eu possa falar para o CA [...] mais por desconhecimento do que por qualquer imposição política”).

No que diz respeito ao funcionamento da equipa, os comentários apontam para a necessidade de o CA funcionar como uma equipa equilibrada e coesa cujos elementos se complementam (“a equipa deve ser formada de acordo com a forma como os elementos se complementam uns aos outros” ou “tenho de escolher aqueles que se potenciam uns aos outros, podem não ser os melhores individualmente mas completam-se em grupo [...] têm que se potenciar uns aos outros, que sejam simbióticos”). Para funcionar como uma verdadeira equipa não precisa de ter obrigatoriamente os melhores devendo procurar as competências necessárias em cada área, nomeadamente pessoas da área da administração hospitalar (“formação em administração hospitalar [...] o que obviamente considere, até porque não tinha este tipo de formação [...] isso é relevante para o próprio hospital” ou “tenho de procurar soluções e aí posso aceitar sugestões [...] não conhecendo procuro junto da área e recebo sugestões, falo com as pessoas e depois escolho de acordo com o que acho mais indicado”) e da área clínica, director clínico e enfermeiro director, que fazem a ligação

com as áreas principais de actividade do hospital (“tenho de escolher um director clínico e um enfermeiro director que sejam reconhecidos junto dos seus profissionais, que tenham provas dadas, que sejam credíveis”).

Se não existir esta preocupação, e os comentários da categoria prática de nomeação dizem que não há, na escolha da equipa pelo presidente (“acho é que as pessoas têm alguma dificuldade em não aceitar, as pessoas ficam um bocadinho encantadas, ficam um bocadinho obnubiladas com o fascínio de serem presidentes de seja do que for [...] acabam por aceitar tipos que não lhe dizem nada, pessoas que não conhecem, pessoas que não têm as competências adequadas ou necessárias, pessoas com quem se vão dar mal no futuro”) temos na realidade um conjunto de pessoas que para além de poderem desconhecer a instituição para onde vão não se conhecem uns aos outros (“o problema é que se desconhecem umas às outras e muito menos a instituição para onde vão”). Isto representa, segundo um dos entrevistados, depois do erro da interferência partidária na escolha do presidente, o erro de importar para dentro do hospital a falta de coesão quando não se dá ao presidente a possibilidade de escolher a sua equipa.

É reconhecido que é possível que um CA formado nestas condições adversas ultrapasse o desconhecimento do terreno em virtude da competência e da formação das pessoas que o constituem (“pode ser ultrapassado desde que as pessoas possuam uma formação de base que lhes permita suprir algum desconhecimento do terreno”). Mas o mais certo é que esteja à partida destinado ao fracasso (“o CA nomeado à partida está destinado ao fracasso”) em virtude da falta de coesão e de relacionamento pessoal (“o que não conseguem é dar a volta em termos de relacionamento pessoal, nas diferentes metodologias de trabalho”).

Por último, sobre a avaliação do desempenho do CA, quanto a nós um dos factores críticos associados à governação hospitalar, são feitas sugestões sobre dois tipos de avaliação:

- Uma avaliação interna que permita avaliar como está a funcionar o CA, no seu todo e cada um dos seus membros individualmente, considerando as competências e as responsabilidades inerentes. Esta avaliação funcionaria como elemento de correcção para a equipa, podendo levar à substituição de alguns dos seus membros;

- Uma avaliação externa relativa ao desempenho do CA, nomeadamente através dos resultados obtidos. Esta avaliação funcionaria como elemento de selecção dos melhores para os CA e, simultaneamente, como elemento dissuasor da intervenção política na escolha dos CA e na imposição de equipas. Em última análise, funcionaria como inibidor ou redutor da quantidade de alterações determinadas pela mudança dos ciclos políticos contribuindo para a melhoria dos resultados dos hospitais.

Neste último aspecto é importante mencionar aquilo que pode ser o contributo do contrato-programa para esta prática. Para tal, e pela sua importância, transcrevemos alguns dos comentários:

- “Quanto mais tivermos a capacidade de avaliarmos o desempenho das equipas, e o contrato programa é uma forma de o ter, de acordo com critérios objectivos ou pelo menos mais objectivos que a mera simpatia política ou do cartão do partido que se tem, mais fácil é pelo menos inibir ou tentar reduzir a quantidade de alterações que são determinadas apenas porque muda o ministro ou porque muda o partido do governo”;
- “Talvez esta nova política de contratualização e a sua credibilização tendam a afastar os maus (quer porque não se querem submeter à prestação de contas, quer pela responsabilização daqueles que embarcaram na aventura; deixam de estar no anonimato e passam a ser conhecidos pelos maus resultados), atrair os melhores (dando visibilidade aos que produzem resultados, mostrando a possibilidade de sucesso, mostrando que a nomeação passa a ser baseada em critérios sérios e bem definidos), e reconhecer os bons (“aqueles que produzem resultados”);
- “Talvez daqui saia também uma nova escola de Administração Hospitalar”.

### **Critérios de nomeação**

Para a pergunta *“Em resumo, na sua opinião quais os critérios que considera mais importantes para a nomeação dos membros do Conselho de Administração?”* foram obtidos 117 comentários posteriormente agrupados em duas categorias. O Quadro 143 apresenta a descrição genérica de cada uma e o número de comentários obtidos.



<b>Categoria</b>	<b>Itens mencionados</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Características individuais	Experiência, capacidades, competências, características pessoais e outras.	103	88%
Características do CA	Equipa, Presidente, vogais, corpo clínico e equipa.	14	12%
<b>Total</b>		<b>117</b>	<b>100%</b>

**Quadro 143** — Distribuição dos comentários relacionados com os critérios de nomeação

Relativamente às características individuais, e considerando o número de comentários para cada item, a nomeação dos membros do CA deve ser feita tendo em conta: maioritariamente (23%) a experiência (conhecimento na área, conhecimento da instituição, resultados obtidos no passado, provas dadas e reconhecimento no sector), seguido (19%) das capacidades (liderança, relacionamento interpessoal, gestão de conflitos, entendimento de conjunto, motivação, negociação e trabalhar em equipa), as suas competências (19%), e as características pessoais (19%) que possui (bom senso, maturidade, honestidade, equilíbrio emocional, bom feitio, sensatez, seriedade, transparência). Para além destes factores são também mencionados outros aspectos, com menor peso, relacionados com a disponibilidade para trabalhar, espírito de missão, espírito de serviço público, boa relação com a tutela e independência face ao poder político.

Por seu turno, quanto às características do CA os comentários apontam para alguns dos principais traços da equipa e dos seus membros. O CA deve estar sempre presente. As características dos membros da equipa devem constituir um sistema que se complementa, que tem facilidade em estabelecer relações interpessoais e que passem uma imagem de credibilidade e de solidez para a instituição, para os utilizadores e para a região onde este está implantado.

O presidente deve possuir conhecimento e experiência na área e uma personalidade forte em termos de liderança. É mencionado que para grandes hospitais, tendo em conta o orçamento que movimenta, o presidente deverá ser alguém com conhecimentos sólidos de gestão empresarial. Os vogais devem possuir competências específicas, nomeadamente nas áreas da gestão financeira e conhecer bem a área da saúde. Por último, o corpo clínico é fundamental para ligar o CA à actividade do hospital e devem ser pessoas com competência e o reconhecimento das respectivas classes, porque estes factores ajudam a relação com os vários sectores do hospital.

### 7.4.3.3. Rotatividade e estabilidade dos Conselhos de Administração

Para a pergunta “*Na sua opinião os ciclos políticos afectam a estabilidade e a actividade dos CA e do hospital?*” os entrevistados emitiram um conjunto de comentários que foram codificados em duas categorias. O Quadro 144 apresenta a distribuição dos comentários para cada uma das categorias.

Categoria	N	%
Ciclos políticos	22	55%
Estabilidade e duração do mandato do CA	18	45%
Total	40	100%

**Quadro 144** — Distribuição dos comentários associados à rotatividade e estabilidade dos CA

Relativamente aos ciclos políticos, os entrevistados reconhecem maioritariamente que as mudanças dos ciclos políticos afectam a estabilidade do CA e actividade do hospital (“provocam atrasos e percalços na vida do hospital, porque tudo muda” ou “imenso, porque param uma série de meses até o CA fazer alguma coisa [...] avança, pára novamente [...] quando se começava a fazer alguma coisa há novas mudanças”).

É feita a distinção entre dois aspectos dos ciclos políticos: a mudança de governo pela entrada de outro partido e as mudanças que ocorrem dentro do mesmo governo, nomeadamente pela substituição dos titulares da pasta da saúde (“repare que os ciclos podem dizer respeito a partidos diferentes, mas também, e infelizmente, a mudanças dentro do mesmo partido” ou “as mudanças muitas vezes não têm a ver com as mudanças de partidos, mas mais com a mudança de ministro dentro do mesmo partido”). O segundo tipo de mudanças é considerado muitas vezes mais fracturante que o primeiro (“veja-se a mudança da Belém para a Arcanjo [...] um autêntico desastre [...] não se percebia o que a senhora queria fazer [...] parece que a sua única intenção era destruir o trabalho da antecessora” ou “a mudança do Filipe Pereira para Correia de Campos foi provavelmente menos marcada em relação aos grandes objectivos estratégicos do Ministério do que a mudança da Manuela Arcanjo dentro do governo PS”).

A principal razão apontada para as fragmentações provocadas está relacionada com a falta de uma estratégia coerente para a saúde, nomeadamente no que

diz aos hospitais e ao seu papel nessa estratégia de saúde<sup>315</sup> (“deveria existir uma linha estruturante e uma ideia para a saúde [...] que existe noutros países, nomeadamente na Inglaterra apesar de depois haverem grandes mudanças” ou “era importante que se definam linhas estratégicas fundamentais”). Neste último ponto um dos entrevistados considera que “as políticas de saúde relacionadas com os hospitais resultam mais do impulso político do que da análise da evidência”<sup>316</sup>. A existência de linhas estratégicas fundamentais ajudaria a atenuar os efeitos das mudanças provocadas pelos ciclos políticos.

Ao nível macro, o discurso dos entrevistados confirma a instabilidade que existe em termos de governação em saúde, nomeadamente pela ausência de linhas estratégicas comuns partilhada pelos diferentes partidos (“cada partido terá depois a sua abordagem” ou “não sendo um defensor dos pactos acho que a definição de linhas de intervenção estratégica seria fundamental para a estabilidade e para terminar com muita da desarticulação que ocorre com as mudanças dos ciclos políticos”), pela decisão nas políticas de saúde mais baseada no impulso político do que na evidência, e pelas mudanças que ocorrem sistematicamente nos gabinetes da saúde relacionadas com a entrada e saída de Ministros e Secretários de Estado<sup>317</sup> (“fui aqui colocado por um governo [...], já passei por governos [...], trabalhei com praticamente nove Ministros da Saúde”).

Ao nível micro, as repostas dos entrevistados confirmam a rotatividade dos CA provocadas pelas mudanças dos ciclos políticos e a necessidade de estabilidade para atingir bons resultados<sup>318</sup>. Esta relação é tautológica no sentido de que estabilidade ajuda a produzir bons resultados e os bons resultados suportados por uma equipa forte e coesa ajudam à estabilidade (“se o hospital tiver uma equipa coesa e uma equipa forte com bons resultados julgo que não terá problemas”). Como diz um entrevistado, apesar de todas estas oscilações é de admirar que, apesar de tudo, os hospitais ainda funcionem

---

<sup>315</sup> Esta questão já foi abordada relativamente aos grandes problemas associados à governação hospitalar em Portugal.

<sup>316</sup> Na caracterização do contexto da governação hospitalar vimos que existe a tendência para instrumentalizar a evidência na decisão política.

<sup>317</sup> Se contabilizarmos os Ministros e os Secretários que passaram pelo Ministério desde o XII Governo (do Partido Socialista, que tomou posse em 28/10/1995) e o XVII Governo (do mesmo Partido Socialista, que tomou posse em 12/03/2005) temos quatro Ministros da Saúde diferentes (o actual Ministro da Saúde foi também Ministro no final de mandato do XIV Governo) e 10 Secretários de Estado diferentes (os actuais Secretários de Estado já passaram por outros governos do Partido Socialista).

<sup>318</sup> Esta questão foi discutida relativamente à intervenção política na nomeação dos CA e no ponto relativo aos resultados da estrutura dos CA.

(“é de admirar que apesar de tudo isto os hospitais, apesar de tudo, continuem a funcionar”).

Quanto à estabilidade e duração do mandato do CA, a questão relativa aos ciclos políticos e à duração do próprio mandato é reforçada com estes comentários que para além de referirem os desafios que se colocam ao novo CA fala das consequências relacionadas com essa mudança. Para o CA, conhecer o hospital, desenvolver as ideias, consolidá-las e implementá-las é incompatível com a falta de estabilidade e com a duração do mandato, não só porque tem que passar por estas fases como, ao mesmo tempo, tem de tomar decisões imediatas sobre determinados problemas. Estes problemas são minimizados com a estabilidade dos CA. Esta instabilidade provoca o adiar de decisões, a suspensão ou atraso de projectos fundamentais para o hospital, bem como a tomada de decisões erradas baseadas em maus diagnósticos devido à ânsia de fazer alguma coisa.

Por último é focado a influência política na administração pública já mencionada anteriormente<sup>319</sup> (“isto também acontece em consequência de uma menor distância ao poder entre o governo e a administração pública [...] em países com um afastamento maior existe uma maior autonomia da administração pública [...] no nosso caso governo e administração às vezes parecem a mesma coisa”).

---

<sup>319</sup> Esta questão foi discutida relativamente à intervenção política na nomeação dos CA.

# 8. Conclusões

---

## 8.1. Descrição da abordagem

O presente trabalho constituiu o primeiro estudo que abordou o tema da governação hospitalar em Portugal, dando início a uma linha de investigação que o autor considera ser necessária e urgente em Portugal.

O facto deste trabalho académico ser pioneiro nesta área, constituindo a primeira aproximação à governação em saúde em Portugal, nomeadamente a governação hospitalar, tornou necessário a clarificação de conceitos e de enquadramentos conceptuais relacionados com a governação em vários contextos, porque na sua maioria todos os conceitos, de governação em saúde e de governação hospitalar, não nasceram especificamente na saúde indo beber a outras ciências e sofrendo influências das grandes organizações internacionais (BM, PDNU e da OCDE entre outras) relativas à governação e à governação empresarial.

Depois desta clarificação e do respectivo enquadramento conceptual, propusemos uma abordagem conceptual e metodológica para estudar, caracterizar e relacionar as determinantes e as práticas de governação nos hospitais públicos portugueses. Do modelo conceptual proposto construímos um questionário constituído por várias perguntas, abertas e fechadas, que aborda diferentes dimensões da governação hospitalar que considerámos mais relevantes.

Procurámos também, demonstrar a sua exequibilidade aplicando o instrumento de recolha de dados a um painel de peritos em administração hospitalar constituído por membros dos CA de uma amostra de hospitais públicos portugueses (SPA e EPE) e por personalidades externas com reconhecida competência, técnica e profissional, e conhecimento em termos de administração hospitalar e com percurso de experiência em hospitais públicos e em hospitais privados. Para tal foi aplicada uma entrevista semi-estruturada utilizando o questionário desenvolvido.

O trabalho desenvolvido constituiu um exercício do que poderá ser uma análise dos resultados quando aplicada a uma amostra maior. A análise funcionou como

uma linha de orientação — para a definição de categorias para a análise de conteúdo, para a definição de quadros e gráficos para apresentar resultados, para relações possíveis a serem estabelecidas, etc. — que em muitos casos foi levada ao extremo tendo em conta o tamanho da amostra. Devido ao carácter exploratório do trabalho, não foram aplicadas metodologias estatísticas específicas que permitissem extrapolar os resultados da amostra para a população.

## 8.2. Dificuldades encontradas

Para além das dificuldades associadas ao tema, que obrigaram a um esforço adicional de enquadramento recolhendo conceitos de várias áreas, o presente trabalho de investigação enfrentou outras dificuldades relacionadas sobretudo com a recolha de dados, nomeadamente sobre os CA, e as entrevistas aos membros dos CA.

De facto, não existe informação armazenada de forma sistemática sobre os CA e a sua passagem pelos hospitais. Por exemplo, quando pedimos, ao Departamento de Modernização e Recursos da Saúde (DMRS), a lista com os nomes dos membros dos CA de um conjunto de hospitais, desde o XV Governo Constitucional (incluído), com a indicação do cargo ocupado, as datas de nomeação e de cessação de funções, bem como o despacho que procedeu à sua nomeação, a resposta foi de que essa informação nunca foi tratada pelo Ministério da Saúde da forma que pretendíamos para investigação e que a informação existente de forma mais estruturada (sendo um processo recente com quatro anos) era sobretudo nominal e destinava-se à gestão corrente. Desta forma, esta informação nominal precisou de ser confrontada com os Anuários de Saúde e os despachos de nomeação.

Quanto às entrevistas com os membros dos CA, para além da necessidade de conciliar as diferentes agendas relativas às disponibilidades individuais de cada um (o que nos obrigou a mais do que uma deslocação ao mesmo hospital) deparamos com alguma desconfiança, relativamente às perguntas e aos motivos associados ao questionário, e algum medo de mostrar desconhecimento perante alguns assuntos e de estarem a ser avaliados. Por exemplo, foram vários os pedidos, por *e-mail* e por contacto telefónico (por parte dos secretariados), se não seria possível enviar o questionário de modo a preparar a entrevista. Essa desconfiança apenas foi atenuada, nalguns casos,

através de contactos informais. Apesar disso, um dos membros não permitiu a gravação da entrevista e outro teve sempre impedimentos de agenda sucessivos, relacionados com assuntos inadiáveis e urgentes do hospital, que não lhe permitiram dar a entrevista, apesar da marcação feita anteriormente por mais do que uma vez e confirmada.

Pensamos que os problemas de acesso aos CA se resolverão, no contexto de um projecto de âmbito mais alargado, através do apoio formal de uma instituição pública — Administração Central do Sistema de Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Direcção-Geral da Saúde ou mesmo a Entidade Reguladora da Saúde — que poderá facilitar bastante o acesso aos CA e a outras fontes de informação, que de outra forma se tornam difíceis de obter.

### **8.3. Limitações do trabalho empírico**

Uma das limitações principais prende-se com o tamanho da amostra utilizada. De facto, a dimensão do país e o número de hospitais públicos existentes quase que exige que trabalhemos com a população toda. Contudo, um trabalho desta dimensão exige mais recursos (materiais, financeiros, humanos e de tempo) e uma equipa multidisciplinar, para abordar com mais detalhe algumas das áreas da governação hospitalar, que ultrapassavam de longe os nossos recursos iniciais. Julgamos, que este é um projecto que merece o financiamento de uma das entidades mencionadas anteriormente ou então um projecto que pode ser financiado no âmbito da FCT.

O trabalho desenvolvido na análise de resultados foi de índole bastante exploratória e, em muitos casos, foi levada ao extremo tendo em conta o tamanho da amostra. Não foram também aplicadas metodologias estatísticas específicas que permitissem extrapolar os resultados da amostra para a população quer devido ao tamanho da amostra quer devido ao trabalho exploratório realizado. No entanto, embora a amostra não seja representativa em relação ao número dos CA dos hospitais públicos é-o provavelmente em relação às diferentes abordagens feitas pelos dirigentes à governação hospitalar.

Uma última limitação prende-se com a quase ausência de comparação dos resultados obtidos com estudos e contextos relativos a outros países. No entanto, tal

tarefa pareceu-nos impossível de levar a cabo, por um lado, pelo presente estudo não ser uma réplica de qualquer um dos outros, mas principalmente, porque o contexto em que a governação hospitalar se processa e a cultura organizacional são completamente diferentes em Portugal, na Bélgica, etc.

Este último ponto é sobretudo importante quando analisamos a filosofia por trás de tais estudos e dos conceitos envolvidos em que ressaltam, por um lado, as questões associadas à transparência e à responsabilização/prestação de contas e, por outro lado, com a eficiência, nomeadamente relacionada com a efectividade dos CA, que no nosso país são recentes, designadamente a adopção de boas práticas de governação no sector público, e pouco usuais ficando, tendo em conta a evidência passada, muitas vezes apenas plasmadas na legislação e não sendo aplicadas na prática.

## **8.4. Investigação futura**

A avenida de investigação criada permitiu identificar temas que não foram naturalmente tratados neste trabalho, mas que o investigador se compromete a levar a cabo no futuro. Algumas dessas linhas prendem-se com a proposta metodológica e que não puderam ser desenvolvidos nesta fase inicial do trabalho (por exemplo, a área relativa ao desempenho hospitalar), outras estão relacionadas com necessidades que surgiram depois da primeira análise exploratória ou com outro tipo de abordagens feitas noutros países (por exemplo, o caso da Bélgica). Assim, entre muitas, identificamos como prioritárias as seguintes áreas:

- Relacionar as práticas de governação hospitalar com o desempenho hospitalar, analisando sobretudo os resultados. A abordagem, já apresentada, da Nova Zelândia é conceptualmente válida e exequível. Existem já instrumentos, quer na área da satisfação dos doentes quer na área da satisfação profissional, que permitem obter indicadores de satisfação dos doentes e dos profissionais. Existe também uma parafernália de indicadores de eficiência que podem igualmente ser utilizados. Contudo, na nossa opinião, seria também interessante aplicar uma análise de indicadores financeiros e económicos aos hospitais, quer EPE quer SPA, utilizando indicadores normais das empresas. Estes últimos completariam



a análise do desempenho;

- Levantamento da tipologia relativa às decisões tomadas pelos CA recorrendo à análise das actas do CA. O estudo da Bélgica estabelece uma tipologia de intervenções tendo por base a selecção aleatória de um conjunto de actas dos CA e a respectiva análise de conteúdo. Parece-nos, contudo, que tal tarefa enfrentará dois tipos de problemas que urge resolver: por um lado, a burocracia necessária para proceder à recolha das actas e, por outro lado, o seu próprio conteúdo (nem todas as decisões são reproduzidas nas actas e o conteúdo das actas é muitas vezes virtual);
- Levantamento, tal como feito para os oito hospitais da amostra, dos CA dos hospitais públicos, desde o início da empresarialização até à actualidade, de modo a poder definir em traços gerais a sua caracterização no que se refere à sua composição, tamanho e rotatividade;
- Levantamento da forma de funcionamento relativa às reuniões existentes, formais e informais, e à sua preparação bem como uma análise mais detalhada dos instrumentos de apoio aos processos de decisão que são utilizados;
- Estender o trabalho realizado a outro tipo de hospitais: concessionados, PPP e privados de forma a caracterizar o seu modelo de governo, a sua forma de funcionamento, o tipo de decisões que cada órgão toma, os conhecimentos, capacidades e competências dos membros dos seus órgãos de governo, etc;
- Estudo de modelos alternativos de governação hospitalar, comparando quer os existentes noutros países quer os que começam a ser delineados para os cuidados primários em Portugal que abraçam o conceito de governação integrada do Reino Unido;

## **8.5. Contributos desta investigação**

Com este trabalho de investigação, apesar das dificuldades encontradas e das limitações mencionadas, cremos firmemente que estamos a contribuir para:

- A promoção e o desenvolvimento do estudo da governação hospitalar em

Portugal, proporcionando a clarificação de conceitos e de enquadramentos conceptuais, um modelo conceptual de análise e um instrumento de recolha de dados;

- A transparência, o rigor e a modernização do sector hospitalar público e, ao mesmo tempo, promover, estimular e facilitar a discussão e a reflexão à volta dos temas e dos desafios que a boa governação dos hospitais coloca no dia-a-dia;
- A geração de conhecimento e evidência sobre a governação hospitalar que ajude os decisores políticos, com responsabilidades na definição das políticas de saúde e das respectivas estratégias de implementação, a formularem melhores políticas de saúde relacionadas com a governação hospitalar nomeadamente no que se refere à efectividade dos CA;
- A optimização do desempenho dos hospitais, nomeadamente em termos de resposta à comunidade que servem, e favorecer todas as pessoas cujos interesses estão envolvidos na sua actividade — público em geral, utilizadores, profissionais de saúde, decisores políticos, etc.;
- Melhorar os mecanismos de prestação de contas e de transparência perante os seus interessados e melhorar a participação destes na vida do hospital, nomeadamente através dos seus órgãos de governo.

Conhecer o estado da arte da governação hospitalar, as suas determinantes e as suas práticas (e as suas consequências em termos de desempenho) são essenciais para a democratização da saúde, para os processos de tomada de decisão relacionados, para o desempenho do sector hospitalar e, em última análise, para o enriquecimento da democracia resultante da introdução de elementos de boa governação nas instituições públicas.

Apesar do pioneirismo do estudo, das limitações que possa apresentar e das correcções que obrigatoriamente terá de sofrer julgamos que esta é uma primeira aproximação ao tema que no futuro será enriquecida com toda a discussão que ela venha a gerar. As pessoas que estão bem-intencionadas no terreno precisam de ser confrontadas com o que está feito, como está a ser feito, e, sobretudo, o que devia estar feito. Este é apenas o primeiro passo da aventura de investigação que precede muitos outros.

## 9. Bibliografia

---

- ABEL-SMITH, B. & MOSSIALOS, E. (1994) *Cost Containment and Health Care Reform - A study of the European Union, USA*, Published in association with The London School of Economics and Political Science, Jane Lewis Editor.
- ALEXANDER, MORRISEY & SHORTELL, S. M. (1986) Physician Participation in the Administration and Governance of System and Freestanding Hospitals: A Comparison by Type of Ownership. IN GRAY, B. (Ed.) *For-profit Enterprise in Health Care*. Washington, D.C., National Academy Press.
- ALEXANDER, J. A., MORLOCK, L. L. & GIFFORD, B. D. (1988) The Effects of Corporate Restructuring on Hospital Policy-Making. *Health Services Research*, 23(2), 311-337.
- ALEXANDER, J. A., WEINER, B. J. & BOGUE, R. J. (2001) Changes in the Structure, Composition, and Activity of Hospital Governing Boards, 1989-1997: Evidence from Two National Surveys. *The Milbank Quarterly*, 79(2), 253-279.
- ALLAN, J. (1999) Public-private partnership: a review of literature and practice. Toronto, Saskatchewan Institute of Public Policy.
- ALLEN, P. (2000) Accountability for clinical governance: developing collective responsibility for quality in primary care. *British Medical Journal*, 321(9).
- ALLEN, R. (1999) "New Public Management": Pitfalls for Central and Eastern Europe. Public Management Forum.
- ANNAN, K. (1998) Partnerships for Global Community. *Annual Report on the Work of the Organization*. United Nations.
- ARGANDOÑA, A. (1998) The Stakeholder Theory and the Common Good. *Journal of Business Ethics*, 17, 1093-1102.
- ARROW, K. (1971) *Essays in the theory of risk bearing*, Chicago, Markham.
- ARROW, K. J. (1951) *Social Choice and Individual Values*, New York, John Wiley and Sons.
- ARROW, K. J. (1963) Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*, LIII(5), 941-973.
- ATKINSON, M. & COLEMAN, W. (1992) Policy networks, policy communities and the problems of governance. *Governance*, 5(February), 154-180.

- BACHE, I. & FLINDERS, M. (2004) *Multi-level governance*, Oxford, Oxford University Press.
- BARBOSA, P. A. A. (2005) Política social e observatórios sociais e de saúde - que relação? *Relatório de Estágio no OPSS*. Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- BARNETT, P., PERKINS, R. & POWELL, M. (2000) Been there, done that... where to now? Stakeholder perspectives on corporate governance of health services in New Zealand. *Health Manager*, 7(2), 10-13.
- BARNETT, P., PERKINS, R. & POWELL, M. (2001) On a hiding to nothing? Assessing the corporate governance of hospital and health services in New Zealand 1993-1998. *International Journal of Health Planning and Management*, 16(2), 139-154.
- BARR, N. (1992) Economic Theory and the Welfare State: A Survey and Interpretation. *Journal of Economic Literature*, 30 (June), 741-803.
- BARROS, P. P. (2004) O mixed bang das reformas do sector da saúde pós-2002. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático 4, 51-56.
- BARROS, P. P. (2005) *Economia da Saúde - Conceitos e Comportamentos*, Coimbra, Edições Almedina SA.
- BATLEY, R. (1999) The Role of Government in Adjusting Economies: An Overview of Findings. Birmingham, International Development Department, University of Birmingham.
- BECK, T., DEMIRGÜÇ-KUNT, A. & LEVINE, R. (2001a) Law, Politics, and Finance. *World Bank - Country Economics Department, Working Paper, n° 2585*. World Bank
- BECK, T., DEMIRGÜÇ-KUNT, A. & LEVINE, R. (2003) Law, Endowments, and Finance. *Journal of Financial Economics*, 70(2).
- BECK, T., DEMIRGÜÇ-KUNT, A., LEVINE, R. & MAKSIMOVIC, V. (2001b) Financial Structure and Economic Development : Firm, Industry and Country Evidence. IN DEMIRGÜÇ-KUNT, A. & LEVINE, R. (Eds.) *Financial Structure and Economic Growth : A Cross-Country Comparison of Banks, Markets and Development*. Cambridge, Mass., MIT Press.
- BEEKUN, R. I., STEDHAM, Y. & YOUNG, G. J. (1998) Board characteristics, managerial controls and corporate strategy: A study of US hospitals. *Journal of Management*, 24(1), 3-19.

- BERLE, A. A. & MEANS, G. C. (1932) *The Modern Corporation and Private Property*, New York, Macmillan.
- BERTALANFY, L. V. (1973) *Teoria geral dos sistemas*, Petropolis, Vozes.
- BESANÇON, M. (2003) *Good Governance Rankings: the Art of Measurement*. Cambridge, Massachusetts, World Peace Foundation Report.
- BLACK, D. (1958) *The Theory of Committees and Elections*, Cambridge, Cambridge University Press.
- BLAIR, M. M. (1995) *Ownership and Control*, Washington, D.C., The Brookings Institution.
- BLINCHER, L. C. & SANGOLT, L. (1994) The Concept of Subsidiarity and the Debate on European Cooperation: Pitfalls and Possibilities. *Governance*, 7(3), 284-306.
- BOEKER, W. & GOODSTEIN, J. (1991) Organizational Performance and Adaptation - Effects of Environment and Performance on Changes in Board Composition. *Academy of Management Journal*, 34(4), 805-826.
- BOOK, W. (2000) Knowledge Management 101. *Intranet Journal*, 11. Data de consulta: 11-04-2003. Endereço: [http://www.intranetjournal.com/articles/200011/pic\\_11\\_29\\_00a.html](http://www.intranetjournal.com/articles/200011/pic_11_29_00a.html)
- BOSCH, H. (1995) *Corporate Practices and Conduct*, Melbourne, FT Pitman.
- BRICKLEY, J. A. & VAN HORN, R. L. (2002) Managerial incentives in nonprofit organizations: Evidence from hospitals. *Journal of Law & Economics*, 45(1), 227-249.
- BROOKING, A. (1999) *Corporate Memory: Strategies for Knowledge Management*, International Thomson Business Press.
- BROWN GOVERNANCE (2004). Agency Governance - Evaluative Framework. Data de consulta: 22-07-2005. Endereço: <http://www.browngovernance.com>.
- BUCHANAN, D. (1997) Doctor in the process. The engagement of clinical directors in hospital management. *Journal of Management in Medicine*, 3, 134-5.
- BUCHANAN, J. M. & TULLOCK, G. (1962) *The Calculus of Consent*, Ann Arbor, Michigan University Press.
- BUSSE, R., GRINTEN, T. V. D. & SVENSSON, P.-G. (2002) Regulating entrepreneurial behaviour in hospitals: theory and practice. IN SALTMAN, R. B., BUSSE, R. & MOSSIALOS, E. (Eds.) *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Buckingham Philadelphia, Open University Press.

- CADBURY COMMITTEE (1992) *The Report of the Committee on the Financial Aspects of Corporate Governance*. London, Committee on the Financial Aspects of Corporate Governance.
- CAHSA (2005a) *Resultados da Avaliação dos Hospitais SA*. Comissão para a Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima ed. Lisboa, Comissão para a Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima.
- CAHSA (2005b) *Resultados da Avaliação dos Hospitais SA - Sumário Executivo*. Lisboa, Comissão para a Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima.
- CAMPOS, A. C. (2000) *Solidariedade sustentada - reformar a segurança social*, Lisboa, Gradiva.
- CANTARELLA, F. P. (1996) Corporate social solutions. *The Corporate Board: Journal of Corporate Governance*, November 1996.
- CARAMANOLIS-COTELLI, B. (1995) External and Internal Corporate Control Mechanisms and the Role of the Board of Directors: A Review of the Literature. Working Paper 9606, Institute of Banking and Financial Management.
- CARAPINHEIRO, G. (1998) *Saberes e poderes no hospital : uma sociologia dos serviços hospitalares*, Porto, Afrontamento.
- CARVER, J. (2000) Leadership du conseil d'administration: The Policy Governance Model. *Gouvernance - revue internationale*, 2(1), 100-108.
- CARVER, J. & CARVER, M. (2001) Le modèle Policy Governance et les organismes sans but lucratif. *Gouvernance - revue internationale*, 2(1), 30-48.
- CENTER ON BUDGET AND POLICY PRIORITIES (2006). The number of uninsured americans is at an all-time high. Data de consulta. Endereço: <http://www.cbpp.org/8-29-06health.htm>.
- CHARREAUX, G. (1997) Vers une théorie du gouvernement des entreprises. IN CHARREAUX, G. (Ed.) *Le gouvernement des entreprises*. Paris, Economica.
- CHARREAUX, G. (2004) Corporate Governance Theories: From Micro Theories to National Systems Theories. *Working paper of FARGO n° 1040101*.
- CHARREAUX, G. & DESBRIÈRES, P. (2001) Corporate Governance: Stakeholder Value Versus Shareholder Value. *Journal of Management and Governance*, 5, 107-128.
- CHITAYAT, G. (1984) Working relationships between the chairman of the board of directors and the CEO. *Management International Review*, 24, 65-70.

- CLAESSENS, S. (2003) Corporate Governance and Development. Global Corporate Governance Forum.
- CLAGUE, C., KEEFER, P., KNACK, S. & OLSON, M. (1999) Contract-Intensive Money: Contract Enforcement, Property Rights, and Economic Performance. *Journal of Economic Growth*, 4(2), 185-211.
- CLARKE, T. (2004) *Theories of Corporate Governance. The philosophical foundations of corporate governance*, London, Routledge.
- CLARKE, T. & PITELIS, C. (1993) *The Political Economy of Privatization*, London, Routledge.
- CLARKSON, M. B. E. (1995) A Stakeholder Framework for Analyzing and Evaluating Corporate Social Performance. *Academy of Management Review*, 20(1), 92-117.
- CMVM (2005). Recomendações da CMVM sobre o Governo das Sociedades Cotadas. Data de consulta: 2007-02-12. Endereço: <http://www.cmvm.pt>.
- CMVM (2007). Código de governo das sociedades - Ante-projecto para discussão pública. Data de consulta: 2007-12-04. Endereço: <http://www.cmvm.pt>.
- COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (2001) European Governance - A white Paper. Brussels.
- COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (2003) Communication From The Commission To The Council, The European Parliament And The European Economic And Social Committee - Governance and Development. Brussels.
- COMMISSION ON GLOBAL GOVERNANCE (1995) Our Global Neighbourhood. Oxford University Press.
- COSTA, C. & LOPES, S. (2005) Avaliação do desempenho dos hospitais SA - resultados provisórios. Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- COURT, J., HYDEN, G. & MEASE, K. (2002a) Assessing Governance: Methodological Challenges. *World Governance Survey Discussion Paper 2*. Tokyo, Japan, United Nations University.
- COURT, J., HYDEN, G. & MEASE, K. (2002b) Governance performance: the aggregate picture. *World Governance Survey Discussion Paper 3*, United Nations University.
- COURT, J., HYDEN, G. & MEASE, K. (2003) The Judiciary and Governance in 16 Developing Countries. *World Governance Survey Discussion Paper 9*. United Nations University.

- CRANE, A., MATTEN, D. & MOON, J. (2004) Stakeholders as Citizens? Rethinking Rights, Participation, and Democracy. *Journal of Business Ethics*, 53(1-2), 107-122.
- CRES (1998) Reflexão sobre a saúde. Lisboa, Conselho de Reflexão sobre a Saúde.
- CULYER, A. (1971) The nature of the commodity - health care - and its efficient allocation. *Oxford Economics Papers*, 23(189-211).
- CYERT, R. M. & MARCH, J. G. (1963) *A Behavioral Theory of the Firm*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- DAELLENBACH, H. G. (1995) *Systems and decision making – a Management Science approach*, John Wiley & Sons.
- DAHRENDORF, R. (2004) Quando é que os serviços públicos estão a funcionar? *Público (10 de Janeiro de 2004)*. Lisboa.
- DAHYA, J. & MCCONNELL, J. J. (2005) Outside directors and corporate board decisions. *Journal of Corporate Finance*, 11, 37-60.
- DAILY, C. M. & SCHWENK, C. (1996) Chief executive officers, top management teams, and boards of directors: Congruent or countervailing forces? *Journal of Management*, 22(2), 185-208.
- DAVIES, H., NUTLEY, S. & SMITH, P. (2000) *What works? Evidence-based policy and practice in public services*, Bristol, The Policy Press.
- DAVIS, J. H., SCHOORMAN, F. D. & DONALDSON, L. (1997) Toward a stewardship theory of management. *Academy of Management Review*, 22(1), 20-47.
- DAVIS, K., SCHOEN, C., SCHOENBAUM, S. C., AUDET, A.-M. J., DOTY, M. M., HOLMGREN, A. L. & KRISS, J. L. (2006) Mirror, mirror on the wall: an update on the quality of american health care through the patient's lens. Commonwealth Fund pub. no. 915, The Commonwealth Fund.
- DEIGHAN, M. & BULLIVANT, J. (2006) *Integrated Governance Handbook - A handbook for executives and non-executives in healthcare organisations*. Department of Health.
- DEIGHAN, M., CULLEN, R. & MOORE, R. (2004) The development of integrated governance. *Debate (the voice of NHS management)*, (4).
- DELGADO, M. (1999) O presente e o futuro dos Hospitais Portugueses: Algumas notas para reflexão. IN ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ECONOMIA DA SAÚDE (APES) (Ed.) *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*. Lisboa, Principia.



- DEMB, A. & NEUBAUER, F. F. (1992) The Corporate Board: Confronting the Paradoxes. *Long Range Planning*, 25(3), 9-20.
- DEPARTMENT OF HEALTH (1998) The new NHS: modern, dependable. London, Stationery Office.
- DIMATTIA, S. & ODER, N. (1997) Knowledge management: hope, hype, or harbinger? *Library Journal*, 122 (15), 33-35.
- DODGSON, R., LEE, K. & DRAGER, N. (2002) Global Health Governance: a Conceptual Review. Dept of Health & Development World Health Organization, Centre on Global Change & Health London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- DONALDSON, L. & DAVIS, J. H. (1991) Stewardship theory or agency theory: CEO governance and shareholder returns. *Australian Journal of Management*, 16(1), 49-64.
- DONALDSON, L. & DAVIS, J. H. (1994) Boards and company performance - Research challenges the conventional wisdom. *Corporate Governance: An International Review*, 2, 151-160.
- DONALDSON, T. & PRESTON, L. E. (1995) The Stakeholder Theory of the Corporation: Concepts, Evidence, and Implications. *Academy of Management Review*, 20(1), 65-91.
- DOWNS, A. (1957) *An Economic Theory of Democracy*, New York, Harper and Row.
- DROGE, C., GERMAIN, R. & HALSTEAD, D. (1990) A Note on Marketing and the Corporate Annual Report: 1930-1950. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 18(Fall), 355-364.
- DROR, Y. (1997) Delta-Type Senior Civil Service for the 21st Century. *International Review of Administrative Sciences*, 63(1), 7-23.
- DRUCKER, P. F. (1986) *Innovation and entrepreneurship*, New York, Perennial Library.
- 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. (1993) *The New Realities*, New York, Harper & Row.
- DUNLOP, D. W. & MARTINS, J. M. (1995) An International Assessment of Health Care Financing - Lessons for Developing Countries. Washington, The World Bank - EDI Seminar Series.
- EDWARDS, N., WYATT, S. & MCKEE, M. (2004) Configuring the hospital for the 21st century. World Health Organization.

- ECKLOO, K., DELESIE, L. & VIEUGELS, A. (2007) Where is the pilot? The changing shapes of governance in the European hospital sector. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 127(2), 78-86.
- ECKLOO, K., DELESIE, L. & VLEUGELS, A. (2006) Hospital Governance in Europe EAHM-Conference, Dublin, 1 Septembre 2006.
- ECKLOO, K., HERCK, G. V., HULLE, C. V. & VLEUGELS, A. (2004) From Corporate Governance to Hospital Governance. Authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. *Health Policy*, 68(1), 1-15.
- EISENHARDT, K. M. (1989) Agency Theory - an Assessment and Review. *Academy of Management Review*, 14(1), 57-74.
- ELDENBURG, L., HERMALIN, B. E., WEISBACH, M. S. & WOSINSKAE, M. (2004) Hospital governance, performance objectives and organizational form: evidence from hospitals. *Journal of Corporate Finance*, 10, 527- 548.
- ELIASSON, G. (1990) The Firm as a Competent Team. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 13, 275-298.
- FACCIO, M. & LANG, L. H. P. (2002) The Ultimate Ownership of Western European Corporations. *Journal of Financial Economics*, 65(3), 365-395.
- FAMA, E. F. & JENSEN, M. C. (1983) Separation of Ownership and Control. *Journal of Law & Economics*, 26(2), 301-325.
- FERLIE, E. & ANDRESANI, G. (2006) Roundtable - Understanding current developments in public-sector management - New public management, governance or other theoretical perspectives? *Public Management Review*, 8(3), 389-394.
- FERLIE, E., ASHBURNER, L. & FITZGERALD, L. (1995) Corporate Governance and the Public-Sector - Some Issues and Evidence from the NHS. *Public Administration*, 73(3), 375-392.
- FERREIRA, P. L., RAPOSO, V. & GODINHO, P. (2005) *A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde*, Lisboa, Ministério da Saúde Instituto da Qualidade em Saúde.
- FOGEL, D. (1989) The uniqueness of a professionally dominated organization. *Health Care Management Review*, 14(3), 15-24.
- FOX, C. J. & MILLER, H. T. (1995) *Postmodern public administration: Toward discourse*, Thousand Oaks, CA, Sage.

- FOX, M. A. & HAMILTON, R. T. (1994) Ownership and Diversification - Agency Theory or Stewardship Theory. *Journal of Management Studies*, 31(1), 69-81.
- FRANKS, J. R. & MAYER, C. (1994) Corporate control: A synthesis of the international evidence. IFA Working Paper, 165-192.
- FRASER, S. W. & GREENHALGH, T. (2001) Coping with complexity: educating for capability. *British Medical Journal*, 323(6), 799-803.
- FREEMAN, R. E. (1984) *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Boston, MA, Pitman Publishers.
- FUKUYAMA, F. (2004) *State-building: governance and world order in the twenty-first century*, London, Profile Books.
- GALBRAITH, J. K. (2006) *A Fraude Inocente*, Cascais, Gestão Plus Edições.
- GAMBLE, A. (2000) Economic governance. IN PIERRE, J. (Ed.) *Debating governance: Authority, steering and democracy*. New York, Oxford University Press.
- GARVEY, G. & SWAN, P. (1994) The Economics of Corporate Governance: Beyond the Marshallian Firm. *Journal of Corporate Finance*, 1, 139-174.
- GIBSON, K. (2000) The Moral Basis of Stakeholder Theory. *Journal of Business Ethics*, 26, 245-257.
- GIDDENS, A. (1997) *The Third Way*, Cambridge, Polity Press.
- GIRALDES, M. D. R., OLIVEIRA, L., CARVALHO, P. M. D. & MARTINS, T. A. (2005) Avaliação da eficiência e da qualidade em hospitais EPE e SA. Lisboa, Direcção Geral da Saúde, Direcção de Serviços de Planeamento.
- GLAZER, N. (1988) *The limits of social policy*, Massachusetts, Harvard University Press.
- GLOUBERMAN, S. & MINTZBERG, H. (2001a) Managing the care of health and the cure of disease - Part I: Differentiation. *Health Care Management Review*, 26(1), 56-69.
- GLOUBERMAN, S. & MINTZBERG, H. (2001b) Managing the care of health and the cure of disease - Part II: Integration. *Health Care Management Review*, 26(1), 70-84.
- GOES, J. B. & ZAHN, C. (1995) The effects of hospital-physician integration strategies on hospital financial performance. *Health Services Research*, 30, 507-530.
- GOLDEN, B. (2006) Transforming Healthcare Organizations. *Healthcare Quarterly*, 10(special issue), 10-19.
- GOMES, J. S. (2003) A avaliação de políticas públicas e a governabilidade. IN MOZZICAFREDDO, J., GOMES, J. S. & BATISTA, J. S. (Eds.) *Ética e Administração: Como Modernizar os Serviços Públicos?* Oeiras, Celta Editora.

- GONÇALVES, M. E. (1995) Ciência e política em Portugal: o Caso da “Doença das Vacas Loucas”. Coimbra, Oficina do Centro de Estudos Sociais nº 59.
- GOODMAN, N. W. (1998) Clinical governance. *British Medical Journal*, 317(7174), 1725-1727.
- GORRY, G. M. & SCOTT-MORTON, M. S. (1971) *A framework for Management Information Systems*, Sloan Management Review.
- GRADSTEIN, M. (2004) Governance and growth. *Journal of Development Economics*, 73, 505- 518.
- GRAHAN, J., AMOS, B. & PLUMPTRE, T. (2003) Principles for Good Governance in the 21st Century. Institute on Governnace.
- GRANOVETTER, M. (1985) Economic-Action and Social-Structure - the Problem of Embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91(3), 481-510.
- GRIFFIN, C. C. (1989) Strengthening health services in developing countries throught the private sector. Washington D.C., World Bank, IFC, Discussion Paper nº 4.
- GULATI, R. & GARGIULO, M. (1999) Where do interorganizational networks come from? *American Journal of Sociology*, 104(5), 1439-1493.
- GUTHRIE, J. & TURNBULL, S. (1995) Audit Committees: Is There a Role for Corporate Senates and/or Stakeholders Councils? *Corporate Governance: An International Review*, 3(2), 78-89.
- HARDING, A. & PREKER, A. S. (2000). Understanding organizational reforms: the corporatization of public hospitals. Data de consulta: 2006-03-06. Endereço: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Harding-UnderstandingOrganizational-whole.pdf>.
- HARDING, A. & PREKER, A. S. (2001) Innovations in health care delivery: organizational reforms within the public sector. Washington DC, World Bank.
- HARDING, A. & PREKER, A. S. (Eds.) (2003) *Innovations in health service delivery: the corporatization of public hospitals*, Washington DC, World Bank.
- HART, O. (1995) Corporate Governance, Some Theory and Applications. *Economic Journal*, 105(430), 687-689.
- HAWLEY, J. P. & WILLIAMS, A. T. (1996) Corporate Governance in the United States: The Rise of Fiduciary Capitalism. Working Paper, Saint Mary's College of California, School of Economics and Business Administration.

- HEATH, J. & NORMAN, W. (2004) Stakeholder Theory, Corporate Governance and Public Management: What can the History of State-Run Enterprises Teach us in the Post-Enron era? *Journal of Business Ethics*, 53, 247-265.
- HEWSON, M. & SINCLAIR, T. J. (1999) The emergence of global governance theory. IN HEWSON, M. & SINCLAIR, T. J. (Eds.) *Approaches to global governance theory*. Albany, NY, State University of New York Press.
- HGE (2007). Hospital Governance in Europe. Data de consulta: 2007-11-26. Endereço: <http://www.hospitalgovernance.org/>.
- HILL, M. J. (1997) *The policy process in the modern state*, Hertfordshire, UK, Prentice Hall.
- HILMER, F. G. (1993) *Strictly Boardroom*. Melbourne, Information Australia.
- HIRST, P. (2000) *Democracy and governance*, Oxford, Oxford University Press.
- HOLDAR, G. G. & ZAKHARCHENKO, O. (2002) Citizen Participation Handbook. IN PEOPLE'S VOICE PROJECT & INTERNATIONAL CENTRE FOR POLICY STUDIES (Eds.) Gina Gilbreath Holdar  
Olha Zakharchenko ed., iMedia Ltd.
- HOLLINGSWORTH, J. R. & LINDBERG, L. N. (1985) The governance of the American economy: the role of markets, clans, hierarchies, and associative behaviour. IN STREECK, W. & SCHMITTER, P. C. (Eds.) *Private interest government: Beyond market and state*. London, Sage.
- HOOD, C. (1996) *Accident and Design Contemporary Debates on Risk Management*, London, UCLPress Ltd.
- HOODS, C. (1991) A public management for all seasons? *Public Administration*, 69, 3-19.
- HORNBLow, A. (1997) New Zealand's health reforms: A clash of cultures. *British Medical Journal*, 314(7098), 1892-1894.
- HORNBLow, A. & BARNETT, P. (2000) A turbulent decade: lessons from the 'health reforms'. *New Zealand Medical Journal*, 113(1108), 133-134.
- HUMBER, J. M. (2002) Beyond Stockholders and Stakeholders: A Plea for Corporate Moral Autonomy. *Journal of Business Ethics*, 36, 207-221.
- HUNDERT, M. (2003) Issues in the Governance of Canadian Hospitals III: Financial Oversight. *Hospital Quarterly*, Spring, 63-66.
- HUNDERT, M. & CRAWFORD, R. (2002a) Issues in the Governance of Canadian Hospitals, Part 1: Structure and Process. *Hospital Quarterly*, Fall, 63-67.

- HUNDERT, M. & CRAWFORD, R. (2002b) Issues in the Governance of Canadian Hospitals, Part II: Hospital Planning. *Hospital Quarterly*, Winter, 48-50.
- HUNDERT, M. & TOPP, A. (2003) Issues in the Governance of Canadian Hospitals IV: Quality of Hospital Care. *Hospital Quarterly*, 6(4), 60-62.
- HYDEN, G. & COURT, J. (2002) Governance and Development. *World Governance Survey Discussion Paper 1*. United Nations University.
- HYDEN, G., COURT, J. & MEASE, K. (2003a) The Bureaucracy and Governance in 16 Developing Countries. *World Governance Survey Discussion Paper 7*. United Nations University.
- HYDEN, G., COURT, J. & MEASE, K. (2003b) Civil Society and Governance in 16 Developing Countries. *World Governance Survey Discussion Paper 4*. United Nations University.
- HYDEN, G., COURT, J. & MEASE, K. (2003c) Conclusions: Governance in 16 Developing Countries. *World Governance Survey Discussion Paper 10*. United Nations University.
- HYDEN, G., COURT, J. & MEASE, K. (2003d) Economic Society and Governance in 16 Developing Countries. *World Governance Survey Discussion Paper 8*. United Nations University.
- HYDEN, G., COURT, J. & MEASE, K. (2003e) Government and Governance in 16 Developing Countries. *World Governance Survey Discussion Paper 6*. United Nations University.
- HYDEN, G., COURT, J. & MEASE, K. (2003f) Political Society and Governance in 16 Developing Countries. *World Governance Survey Discussion Paper 5*. United Nations University.
- INA (1999) Avaliação comparada do Hospital Fernando da Fonseca e de Garcia da Orta. Oeiras, Instituto Nacional de Administração.
- INA (2002) Projecto de Avaliação de Unidades de Saúde (PAUS). Lisboa, Instituto Nacional de Administração.
- INSTITUTE ON GOVERNANCE (2005a). Bylaws and Policies. Data de consulta: 20-09-2005. Endereço: [http://www.iog.ca/boardgovernance/html/byl\\_govpol.html](http://www.iog.ca/boardgovernance/html/byl_govpol.html).
- INSTITUTE ON GOVERNANCE (2005b). Governance Basis - Difference Between Boards. Data de consulta: 20-09-2005. Endereço: [http://www.iog.ca/boardgovernance/html/gov\\_the\\_dif.html](http://www.iog.ca/boardgovernance/html/gov_the_dif.html).

- INSTITUTE ON GOVERNANCE (2005c). Governance Basis - The Basic Role of the Board. Data de consulta: 20-09-2005. Endereço: [http://www.iog.ca/boardgovernance/html/gov\\_the.html](http://www.iog.ca/boardgovernance/html/gov_the.html).
- INSTITUTE ON GOVERNANCE (2005d). Governance Basis - What is governance? Data de consulta: 20-09-2005. Endereço: [http://www.iog.ca/boardgovernance/html/gov\\_wha.html](http://www.iog.ca/boardgovernance/html/gov_wha.html).
- INSTITUTE ON GOVERNANCE (2005e). Models - Elements of a Model. Data de consulta: 20-09-2005. Endereço: [http://www.iog.ca/boardgovernance/html/mod\\_elm.htm](http://www.iog.ca/boardgovernance/html/mod_elm.htm).
- INSTITUTE ON GOVERNANCE (2005f). Models - The Models Debate. Data de consulta: 20-09-2005. Endereço: [http://www.iog.ca/boardgovernance/html/mod\\_the.html](http://www.iog.ca/boardgovernance/html/mod_the.html).
- JACKSON, P. M. & PRICE, C. M. (1994) *Privatisation and Regulation: A Review of the Issues*, London, Longman.
- JANSSON, E. (2005) The Stakeholder Model: The Influence of the Ownership and Governance Structures. *Journal of Business Ethics*, 56, 1-13.
- JENSEN, M. C. (1993) The modern industrial revolution, exit, and the failure of internal control systems. *The Journal of Finance*, 48(3), 831-880.
- JENSEN, M. C. & MECKLING, W. H. (1976) Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure. *Journal of Financial Economics*, 3(3), 305-360.
- JOHN, K. & SENBET, L. W. (1998) Corporate governance and Board Effectiveness. *Journal of Banking & Finance*, 22(4), 371-403.
- JOHNSON, J. L., DAILY, C. M. & ELLSTRAND, A. E. (1996) Boards of directors: a review and research agenda. *Journal of Management and Governance*, 22(3), 409-438.
- JOHNSTON, T. & STOUT, S. (1999) Investing in Health: Development Effectiveness in the Health, Nutrition, and Population Sectors. Washington DC, Operations Evaluation Department, World Bank.
- JUDGE, D., STOKER, G. & WOLMAN, H. (1995) Urban politics and theory: An introduction. IN JUDGE, D., STOKER, G. & WOLMAN, H. (Eds.) *Theories of urban politics*. London, Sage.

- JUDGE, W. & ZEITHAML, C. (1992a) An empirical comparison between the board's strategic role in nonprofit hospitals and in for-profit industrial firms. *Health Services Research*, 27(1), 47-64.
- JUDGE, W. Q. & ZEITHAML, C. P. (1992b) Institutional and strategic choice perspectives on board involvement in the strategic decision process. *Academy of Management Journal*, 35, 766-794.
- KALER, J. (2003) Differentiating Stakeholder Theories. *Journal of Business Ethics*, 46, 71-83.
- KAUFMANN, D. (2004) Governance Redux: The Empirical Challenge. Washington D.C., World Bank.
- KAUFMANN, D. & KRAAY, A. (2003) Governance and Growth: Causality which way? - Evidence for the World, in brief. Washington D.C., World Bank Policy Research Working Paper.
- KAUFMANN, D., KRAAY, A. & MASTRUZZI, M. (2003) Governance Matters III: Governance Indicators for 1996-2002. Washington D.C, World Bank Policy Research Working Paper.
- KAUFMANN, D., KRAAY, A. & MASTRUZZI, M. (2004) Governance Matters III: Governance Indicators for 1996, 1998, 2000, and 2002. *World Bank Economic Review*, 18, 253-287.
- KAUFMANN, D., KRAAY, A. & MASTRUZZI, M. (2005) Governance Matters IV: Governance Indicators for 1996-2004. Washington D.C., World Bank Policy Research Working Paper 3630.
- KAUFMANN, D., KRAAY, A. & MASTRUZZI, M. (2006) Governance Matters V: Governance Indicators for 1996-2005. Washington D.C., World Bank Policy Research Working Paper.
- KAUFMANN, D., KRAAY, A. & ZOIDO-LOBATÓN, P. (1999) Governance Matters. Washington D.C., World Bank Policy Research Working Paper 2196.
- KAUFMANN, D., KRAAY, A. & ZOIDO-LOBATÓN, P. (2000) Governance Matters: From Measurement to Action. *Finance and Development (International Monetary Fund)*, 37(2).
- KAUFMANN, D., KRAAY, A. & ZOIDO-LOBATÓN, P. (2002) Governance Matters II - Updated Indicators for 2000/01. Washington D.C., World Bank Policy Research Working Paper 2772.



- KICKBUSCH, I. (2002) Perspectives on health governance in the 21st Century. IN MARINKER, M. (Ed.) *Health Targets in Europe: polity, Progress and Promise*. London, BMJ Books.
- KOOIMAN, J. (1993) *Modern Governance*, London, SAGE Public.
- KOOIMAN, J. (1999) Social-political governance: Overview, reflections and design. *Public Management: An international journal of research and theory*, 1(January), 68-92.
- KOOIMAN, J. (2003) *Governing as governance*, London, Sage.
- LA-PORTA, R., LOPEZ-DE-SILANES, F. & SHLEIFER, A. (1999) Corporate Ownership Around The World. *Journal of Finance*, 54(2), 471-518.
- LA PORTA, R., LOPEZ-DE-SILANES, F., SHLEIFER, A. & VISHNY, R. W. (1997) Trust in Large Organizations. *American Economic Review, Papers and Proceedings*, 333-338.
- LANDMAN, T. & HÄUSERMANN, J. (2003) Map-Making and Analysis of the Main International Initiatives on Developing Indicators on Democracy and Good Governance. *Report for the Statistical Office of the Commission of the European Communities (EUROSTAT)*. University of Essex, Human Rights Centre.
- LANE, J. (2000) *New public management*, London, Routledge.
- LARMOUR, P. (1997) Models of Governance and Public Administration. *International Review of Administrative Sciences*, 63(3), 383-394.
- LEFTWICH, A. (1993) Governance, democracy and development in the Third World. *Third World Quarterly*, 14(March), 605-624.
- LEFTWICH, A. (1994) Governance, the state and the politics of development. *Development and Change*, 25(February), 363-386.
- LEIGHTON, D. S. R. & THAIN, D. H. (1997) *Making Boards Work: What Directors Make Canadian Boards Effective*, Toronto, McGraw-Hill Ryerson.
- LERNER, L. D. & FRYXELL, G. E. (1994) CEO Stakeholder Attitudes and Corporate Social Activity in the Fortune 500'. *Business and Society*, 33(1), 58-81.
- LINDBERG, L. N., CAMPBELL, J. L. & HOLLINGSWORTH, J. R. (1991) Economic governance and the analysis of structural change in the American economy. IN CAMPBELL, J. L., HOLLINGSWORTH, J. R. & LINDBERG, L. N. (Eds.) *In Governance of the American economy*. Cambridge, Cambridge University Press.

- LINDER, S. & ROSENAU, P. (2000) Mapping the terrain of the public-private policy partnership. IN ROSENAU, P. (Ed.) *Public-private policy partnership*. Cambridge (Massachusetts), MIT.
- LOASBY, B. J. (2001) Organisations as Interpretative Systems. *Revue d'Economie Industrielle*, 0(97), 17-34.
- LOMBARDÍA, P. G., GARCÍA, C. D. L. T. & ZURITA, A. F. (2007) El desafío empresarial de la Responsabilidad Social Corporativa: un enfoque sectorial. IESE IRCO, CR Works, Fundación Sagardoy, Comunidad de Madrid, Acciona y Mapfre.
- LUCENA, D., GOUVEIA, M. & BARROS, P. P. (1995) Financiamento do Sistema de Saúde em Portugal. *Documento de Trabalho*. Lisboa, Ministério da Saúde.
- LYNALL, M. D., GOLDEN, B. R. & HILLMAN, A. J. (2003) Board composition from adolescence to maturity: a multitheoretic view. *Academy of Management Review*, 28(3), 416-431.
- MANNING, N. (2001) The legacy of the New Public Management in developing countries. *International Review of Administrative Sciences*, 67(2), 297-312.
- MANNION, R. & DAVIES, H. (2002) A principal-agent perspective on clinical governance. IN D, K. (Ed.) *Getting health economics into practice*. Oxford, Radcliffe Medical Press.
- MARCH, J. G. & SIMON, H. A. (1958) *Organizations*, New York, Wiley.
- MARGOLIN, F. S., HAWKINS, S., ALEXANDER, J. A. & PRYBIL, L. (2006) Hospital Governance: Initial Summary Report of 2005 Survey of CEOs and Board Chairs. Chicago, Health Research and Educational Trust.
- MARWICK, A. D. (2001) Knowledge Management Technology. *IBM Systems Journal*, 40(4).
- MATIAS, Á. (1995) O mercado de cuidados de saúde. Lisboa, Associação Portuguesa de Economia de Saúde, Documento de trabalho 5/95.
- MCKEE, M. & HEALY, J. (Eds.) (2002) *Hospitals in a changing Europe*, Buckingham Philadelphia, Open University Press.
- MCRITCHIE, J. (1998). Corporate governance, Enhancing the Return on Capital Through Increased Accountability. Data de consulta: ??-??-???? Endereço: <http://www.corpgov.net>.
- METROPOLITAN PUBLIC HEALTH SERVICES (2007). Appointments to boards of Metropolitan Public Health Services – Guidelines and information for applicants.

Data de consulta: 11-12-2005. Endereço:

<http://www.health.vic.gov.au/governance/mphs-guidelines-2007.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1997) Relatório Final do Grupo de Trabalho Sobre o Estatuto Jurídico do Hospital. Lisboa, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999) O hospital português. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2006) Hospitais SNS, Contrato-programa 2007, Preços e Convergência, Fixação de Objectivos. Lisboa, Comissão para a Contratualização em Saúde.

MINOGUE, B. (2000) The two fundamental duties of the physician. *Academic Medicine*, 75(2), 431-42.

MINTZBERG, H. (1983) *Structures in fives: designing effective organizations*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall.

MOLINARI, C., ALEXANDER, J., MORLOCK, L. & LYLES, C. (1995) Does the hospital board need a doctor? The influence of physician board participation on hospital financial performance. *Medical Care*, 33(2), 170-185.

MOLINARI, C., HENDRYX, M. & GOODSTEIN, J. (1997) The effects of CEO-board relations on hospital performance. *Health Care Management Review*, 22(3), 7-15.

MOLINARI, C., MORLOCK, L. L., ALEXANDER, J. A. & LYLES, A. C. (1992) Hospital board effectiveness: relationships between board training and hospital financial viability. *Health Care Management Review*, 17(3), 43-49.

MONKS, R. A. G. & MINOW, N. (1991) *Power and Accountability*, New York, Harper Business.

MONKS, R. A. G. & MINOW, N. (1995) *Corporate Governance*, Cambridge, MA, Blackwell.

MONKS, R. A. G. & MINOW, N. (1996) *Watching the Watchers*, Cambridge, MA, Blackwell.

MORLOCK, L. L. & ALEXANDER, J. A. (1986) Models of governance in multi-hospital systems. *Med Care*, 24(112), 118-135.

MOSSIALOS, E. & LE GRAND, J. (1999) Cost Containment in the EU: an overview. IN MOSSIALOS, E. & LE GRAND, J. (Eds.) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Aldershot, Ashgate Publishing Limited.

MUELLER, R. K. (1996) *Anchoring Points for Corporate Directors: Obeying the Unenforceable*, Westport, Quorum Books.

NATIONAL COALITION ON HEALTH CARE (2007). Facts on the Cost of Health Care.

Data de consulta: 2007-11-05. Endereço: <http://www.nchc.org/facts/cost.shtml>.

- NEEDLEMAN, J., CHOLLET, D. & LAMPHERE, J. (1997) Hospital conversion trends. *Health Affairs*, March-April, 187-195.
- NELSON, R. R. & WINTER, S. G. (1982) *An Evolutionary Theory of Economic Change*, Cambridge Mass., Harvard University Press.
- NEWMAN, J. (2001) *Modernising Governance*, London, Sage.
- NORTH, D. C. (1990) *Institutions, Institutional Challenge and Economic Performance*, Cambridge, Cambridge University Press.
- OECD (1992) Regulatory reform, privatization and competition policy. Paris, OECD.
- OECD (1995) Participatory Development and Good Governance. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (1999) OECD Principles of Corporate Governance. Paris, Organisation for Economic Co-Operation and Development Publications Service.
- OECD (2003) Public sector modernisation. OECD Observer - Policy Brief.
- OECD (2004) OECD Principles of Corporate Governance. Paris, Organisation for Economic Co-Operation and Development Publications Service.
- OECD (2005) OECD Guidelines on Corporate Governance of State-owned Enterprises. Organization for Economic Co-operation and Development.
- OECD HEALTH DATA (2006) OECD Health Data - A Software package for the cross-national comparison of health systems. Paris, OECD.
- OLIVEIRA, L. V. (2000) A Governância como preocupação permanente de um processo contínuo de aprendizagem colectiva. *IX Congresso Ibero-Americano de Urbanismo*. Recife.
- OLSON, M. (1971) *The Logic of Collective Action (public goods and the theory of groups)*, Cambridge (Ma.), Harvard University Press.
- OPERATIONS EVALUATION DEPARTMENT (2004a) Influential Evaluations: Evaluations that Improved Performance and Impacts of Development Programs. Washington D.C, World Bank.
- OPERATIONS EVALUATION DEPARTMENT (2004b) Monitoring & Evaluation: Some Tools, Methods & Approaches. Washington D.C, World Bank.
- 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) Relatório de Primavera 2004: Incertezas - Gestão da mudança na saúde. IN OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (Ed.) *Observatório da Saúde*. Coimbra, Mar da Palavra - Edições, Lda.
- OPSS (2005) Relatório de Primavera 2005: Novo serviço público saúde - novos desafios. IN OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (Ed.) *Observatório da Saúde*. Coimbra, Mar da Palavra - Edições, Lda.
- 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.
- OSBORNE, D. & GAEBLER, T. (1993) *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, New York, Penguin Books.
- OSBORNE, D. & HUTCHINSON, P. (2004) *The price of government*, New York, Basic Books.
- OSBORNE, D. & PLASTRIK, P. (1998) *Banishing bureaucracy: the five strategies for reinventing government*, New York, Penguin.
- PAGANO, M. & VOLPIN, P. (2001a) The Political Economy of Corporate Governance. *Center for Studies in Economics and Finance, Working Paper n° 29*. Università Degli Studi Di Salerno.
- PAGANO, M. & VOLPIN, P. (2001b) The Political Economy of Finance. *Oxford Review of Economic Policy*, 17(4), 502-519.
- PAULY, M. V. (1988) Is medical care different? Old questions, new answers. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13(2), 227-237.
- PAYNE, A. (2000) Globalization and modes of regionalist governance. IN PIERRE, J. (Ed.) *Debating governance: Authority, steering and democracy*. Oxford, Oxford University Press.

- PEREIRA, J. (2004) Economia da Saúde - Glossário de termos e conceitos. Associação Portuguesa de Economia da Saúde.
- PERKINS, R., BARNETT, P. & POWELL, M. (2000) Corporate governance of public health services: Lessons from New Zealand for the State sector. *Australian Health Review*, 23(1), 9-21.
- PERSSON, T., ROLAND, G. & TABELLINI, G. (1996) Separation of Powers and Accountability: Towards a Formal Approach to Comparative Politics. *Innocenzo Gasparini Institute for Economic Research (IGIER), Working Paper N° 10*. Milano.
- PETERS, B. G. (1995) *Governance in a changing environment*, Montreal & Kingston, McGill-Queen's University Press.
- PFEFFER, J. (1972) Size and Composition of Corporate Boards of Directors - Organization and Its Environment. *Administrative Science Quarterly*, 17(2), 218-228.
- PFEFFER, J. & SALANCIK, G. (1978) *The external control of organizations: a resource dependence perspective*, New York, Harper & Row.
- PIERRE, J. (1995) The marketization of the state: Citizens, consumers, and the emergence of the public market. IN PETERS, B. G. & SAVOIE, D. J. (Eds.) *Governance in a changing environment*. Montreal & Kingston, McGill-Queen's University Press.
- PIERRE, J. (2000) Introduction: Understanding governance. IN PIERRE, J. (Ed.) *Debating Governance: Authority, Steering and Democracy*. Oxford, Oxford University Press.
- PIERRE, J. & PETERS, B. G. (2000) *Governance, politics and the state*, New York, St. Martin's Press.
- PIGGOTT, S. E. A. (1997) Internet commerce and knowledge management - the next megatrends. *Business Information Review*, 14(4), 169-72.
- PLSEK, P. E. (1997). Some Emerging Principles for Managers of Complex Adaptive Systems (CAS). Data de consulta: 05-02-2007. Endereço: <http://www.directedcreativity.com/pages/ComplexityWP.html>.
- PLSEK, P. E. & GREENHALGH, T. (2001) The challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*, 323(15), 625-628.
- PLSEK, P. E. & WILSON, T. (2001) Complexity, leadership, and management in healthcare organisations. *British Medical Journal*, 323(29), 746-749.

- POLLITI, C. (1998) Papéis alternativos para a avaliação no processo de reforma da gestão pública. IN INSTITUTO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO (Ed.) *A avaliação na Administração Pública*. Oeiras.
- POLLITT, C. (2004) From there to here, from now till then: buying and borrowing public management reforms. *IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*. Madrid, España.
- PORTER, M. E. (1992) Capital Choices: Changing The Way America Invests in Industry. *A Research Report Presented to The Council on Competitiveness and Co-sponsored by The Harvard Business School*. Boston.
- POUND, J. (1993) The Rise of the Political Model of Corporate Governance and Corporate Control. *New York University Law Review*, 68(5), 1003-1071.
- POWELL, W. W. & DIMAGGIO, P. J. (1991) *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago, University of Chicago Press.
- PREKER, A. S. & HARDING, A. (2000). The Economics of Public and Private Roles in Health Care: Insights from Institutional Economics and Organizational Theory. Data de consulta: 2006-03-06. Endereço: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Preker-TheEconomicsOfPublic-whole.pdf>.
- PRICEWATERHOUSECOOPERS (2007) Memorando de análise e diagnóstico da situação actual - versão final resumida. Lisboa.
- RAJAN, R. & ZINGALES, L. (2003) The Great Reversals : The Politics of Financial Development in the 20 th Century. *Journal of Financial Economics*, 69(1), 5-50.
- RHODES, R. A. W. (1997a) From Marketization to Diplomacy: It's the Mixture that Matters. *Australian Journal of Public Administration*, 56(2), 40-53.
- RHODES, R. A. W. (1997b) *Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability*, Buckingham, Open University Press.
- RHODES, R. A. W. (2000) Governance and public administration. IN PIERRE, J. (Ed.) *Debating governance: Authority, steering and democracy*. Oxford, Oxford University Press.
- RHODES, R. A. W. (2007) Understanding governance: Ten years on. *Organization Studies*, 28(8), 1243-1264.
- RICE, J. (2003) *Hospital Boards: An International Journey for World Class Governance Effectiveness* Minneapolis: The International Health Summit.

- RICHARDS, D. & SMITH, M. J. (2002) *Governance and public policy in the United Kingdom*, New York, Oxford University Press.
- RIKER, W. (1962) *The Theory of Political Coalitions*, New Haven, Yale University Press.
- ROE, M. J. (1990) Political and Legal Restraints on Ownership and Control of Public Companies *Journal of Financial Economics*, 27(7-41).
- ROE, M. J. (1994) *Strong Managers Weak Owners: The Political Roots of American Corporate Finance*, Princeton, NJ, University Press.
- ROE, M. J. (1997) The Political Roots of American Corporate Finance *Journal of Applied Corporate Finance*, 9(4), 8-22.
- ROMANOW, R. J. (2002) Building on Values - The Future of Health Care in Canada. Commission on the Future of Health Care in Canada.
- ROSENAU, J. N. (1992) Governance, order and change in world politics. IN ROSENAU, J. N. & CZEMPIEL, E.-O. (Eds.) *Governance without government: Order and change in world politics*. Cambridge, Cambridge University Press.
- ROSENAU, J. N. (2000) Change, complexity, and governance in globalizing space. IN PIERRE, J. (Ed.) *Debating governance: Authority, steering and democracy*. Oxford, Oxford University Press.
- ROSS, S. (1973) The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem. *American Economic Review*, 63, 134-139.
- ROTBURG, R. I. (2005) Strengthening governance: Ranking countries would help. *Washington Quarterly*, 28(1), 71-81.
- ROTH, G. (1987) *The private provision of public services delivery in developing countries*, New York, Oxford University Press.
- SAKELLARIDES, C. (2000) Direção estratégica e gestão de expectativas no sistema de saúde português: o papel de um observatório para os sistemas de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18(1), 27-34.
- 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 (Escrito em inglês sob o título "Health governance in a global post modern world - when Beauty meets the Beast").
- SAKELLARIDES, C. (2005) *De Alma a Harry - Crónica da democratização da saúde*, Coimbra, Edições Almedina, SA.



- SALTMAN, R. B., BUSSE, R. & MOSSIALOS, E. (Eds.) (2002) *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*, Buckingham Philadelphia, Open University Press.
- SALTMAN, R. B. & FERROUSSI-DAVIS, O. (2000) The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 732-739.
- SALTMAN, R. B. & FIGUERAS, J. (Eds.) (1997) *European Health Care Reform - Analysis of Current Strategies*, Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe.
- SAMUELSON, P. A. & NORDHAUS, W. D. (1988) *Economia*, Madrid, McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- SAVAS, E. S. (1982) *Privatizing the public sector: how to shrink government*, New Jersey, Chatam House.
- SAVAS, E. S. (2000) *Privatization and public-private partnerships*, New York, Chatam House Publishers.
- SCALLY, G. & DONALDSON, L. J. (1998) Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *British Medical Journal*, 317(7150), 61-65.
- SCHICK, A. (1998) Why most developing countries should not try New Zealand's reforms. *World Bank Research Observer*, 13(1), 123-131.
- SCHNEIDER, M., DENNERLEIN, R. K.-H., KÖSE, A. & SCHOLTES, L. (1992) *Health Care in the EC Member States*, Amsterdam, Elsevier.
- SCHOLTEN, G. & VAN DER GRINTEN, T. (1998) Between physician and manager: new co-operation models in Dutch hospitals. *Journal of Management in Medicine*, 1, 33-43.
- SCHOLTEN, G. R. M. & VAN DER GRINTEN, T. E. D. (2002) Integrating medical specialists and hospitals. The growing relevance of collective organisation of medical specialists for Dutch hospital governance. *Health Policy*, 62, 131-139.
- SCHOLTEN, G. R. M. & 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.
- SCOTT, W. R. (1987) The adolescence of institutional theory. *Administrative Science Quarterly*, 32(4), 493.
- SCOTT, W. R. (1995) *Institutions and Organizations*, Thousand Oaks, CA, Sage.

- SELZNICK, P. (1948) Foundations of the Theory of Organizations. *American Sociological Review*, 13, 25-35.
- SHANKMAN, N. A. (1999) Reframing the Debate Between Agency and Stakeholder Theories of the Firm. *Journal of Business Ethics*, 19, 319-334.
- SHAW, R. P. (2004). New Trends in Public Sector Management in Health Applications In Developed and Developing Countries. Data de consulta: 2006-03-06. Endereço: <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Shaw-NewTrends.pdf>.
- SHLEIFER, A. & VISHNY, R. (1997) A Survey of Corporate Governance. *Journal of Finance*, 52(2), 737-783.
- SHORTELL, S., GILLIES, R., ANDERSON, D. & MITCHELL, J. (2000) *Remaking health care in America. The evolution of organized delivery systems*, San Francisco, Jossey Bass.
- SHORTELL, S. M. (1989) New Directions in Hospital Governance. *Hospital & Health Services Administration*, 34(1), 7-23.
- SILVA, A. S., VITORINO, A., ALVES, C. F., CUNHA, J. A. D. & MONTEIRO, M. A. (2006) Livro Branco sobre a Corporate Governance em Portugal. Instituto Português de Corporate Governance.
- SIMÃO, V., SANTOS, S. & COSTA, A. (2002) Ensino Superior: Uma visão para a próxima década.
- SIMÕES, J. (2004) *Retrato Político da Saúde*, Coimbra, Edições Almedina SA.
- SIMON, H. (1962) The architecture of complexity. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 106, 467-82.
- SIMON, H. A. (1947) *Administrative Behavior : A Study of Decision-making Processes in Administrative Organizations*, Chicago, MacMillan
- SIRGY, M. J. (2002) Measuring Corporate Performance by Building on the Stakeholders Model of Business Ethics. *Journal of Business Ethics*, 35, 143-162.
- SKYRME, D. (1997). From Information Management to Knowledge Management: Are You Prepared? Data de consulta: 05-11-2001. Endereço: <http://www.skyrme.com/pubs/on97full.htm>.
- SKYRME, D. (2000) Developing a Knowledge Strategy: From Management to Leadership. IN MOREY, D., MAYBURY, M. & THURASINGHAM, B. (Eds.) *Knowledge Management: Classic and Contemporary Works*. MIT Press.

- SMITH, A. (1776) *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*, Oxford, Reedição de 1976, editada por R. Campbell e A. Skinner, Clarendon Press.
- SPANN, R. N. (1981) Fashions and Fantasies in Public-Administration. *Australian Journal of Public Administration*, 40(1), 12-25.
- STACEY, R. D. (1996) *Strategic management and organizational dynamics*. London, Pitmann Publishing.
- STAREY, N. (2003) What is clinical governance?
- STERNBERG, E. (1996) Stakeholder Theory Exposed. *Corporate Governance Quarterly*, 2(1), 4-18.
- STOKER, G. (1998) Governance as theory: five propositions. *International Social Science Journal*, 50(1), 17-+.
- SUCCI, M. & ALEXANDER, J. (1991) Physician involvement in management and governance: the moderating effects of staff structure and composition. *Health Care Management Review*, 1(33).
- SUDERS, M. & NAHEM, J. (2004) *Governance Indicators: A User's Guide*. Oslo, United Nations Development Programme e EUROSTAT.
- SUTCH, H. (1999) The Relevance of New Public Management for Transition Countries. *Public Management Forum* V(3): 1-3.
- SWANSON, E. (1999) Background Note on Governance Indicators - Informal Board Seminar.
- TARSCHYS, D. (2002) Riqueza, Valores, Instituições: As tendências dos Governos e da Governância. IN ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (Ed.) *A Governância no Século XXI*. Lisboa, Gabinete de Estudos e Prospectiva Económica do Ministério da Economia.
- THE GUARDIAN (2007). US tumbles down the world ratings list for life expectancy. Data de consulta: 2007-11-05. Endereço: <http://www.guardian.co.uk/usa/story/0,,2147617,00.html>.
- TRIBUNAL DE CONTAS (2003a) Auditoria de Gestão HDS-HNSR-HSS Relatório Global Análise comparativa. *Actos do tribunal: Relatório de Auditoria nº 47/2003, 2ª Secção*. Lisboa, Tribunal de Contas.
- TRIBUNAL DE CONTAS (2003b) Auditoria de Gestão ao Hospital de São Sebastião. *Actos do tribunal: Relatório de Auditoria nº 46/2003, 2ª Secção*. Lisboa, Tribunal de Contas.

- TRIBUNAL DE CONTAS (2003c) Auditoria de Gestão ao Hospital Distrital de Santarém. *Actos do tribunal: Relatório de Auditoria nº 44/2003, 2ª Secção*. Lisboa, Tribunal de Contas.
- TRIBUNAL DE CONTAS (2003d) Auditoria de Gestão ao Hospital Nossa Senhora do Rosário. *Actos do tribunal: Relatório de Auditoria nº 45/2003, 2ª Secção*. Lisboa, Tribunal de Contas.
- TRIBUNAL DE CONTAS (2006a) Auditoria de Resultados - Hospital Distrital de Santarém, EPE. *Actos do tribunal: Relatório de Auditoria nº 20/06, 2ª Secção*. Lisboa, Tribunal de Contas.
- TRIBUNAL DE CONTAS (2006b) Auditoria de Resultados - Hospital Nossa Senhora do Rosário-Barreiro, EPE. *Actos do tribunal: Relatório de Auditoria nº 20/06, 2ª Secção*. Lisboa, Tribunal de Contas.
- TRIBUNAL DE CONTAS (2006c) Auditoria de Resultados - Hospital São Sebastião, EPE. *Actos do tribunal: Relatório de Auditoria nº 20/06, 2ª Secção*. Lisboa, Tribunal de Contas.
- TRIBUNAL DE CONTAS (2006d) O Modelo de Financiamento e a Situação Económico-Financeira Global dos Hospitais do SEE. *Actos do tribunal: Relatório de Auditoria nº 20/06 - Vol II*. Lisboa, Tribunal de Contas.
- TRIBUNAL DE CONTAS (2006e) 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.
- TRICKER, R. I. (1994) *International Corporate Governance*, Singapore, Simon & Schuster.
- TRICKER, R. I. (1996) *Pocket Director*, London, The Economist Books.
- TURBAN, E. & ARONSON, J. E. (1998) *Decision support systems and intelligent systems*, Upper Saddle River, Prentice-Hall.
- TURBAN, E. & MEREDITH, J. R. (1994) *Fundamentals of Management Science*, IRWIN.
- TURNBULL, S. (1995) Innovations in Corporate Governance: The Mondragón Experience. *Corporate Governance: An International Review*, 3(3), 167-180.
- TURNBULL, S. (1997) Corporate Governance: Its scope, concerns & theories. *Corporate Governance: An International Review*, 5(4), 180-205.

- ULRICH, D. & BARNEY, J. B. (1984) Perspectives in organizations: Resource dependence, efficiency, and population. *Academy of Management Review*, 9(3), 471.
- UNDP (1997a) Governance for sustainable human development - A UNDP policy document. New York, United Nations Development Programme.
- UNDP (1997b) Reconceptualising Governance. New York, Management Development and Governance Division Bureau for Policy and Programme Support - United Nations Development Programme.
- UNDP (2002) Human Development Report 2002 - Deepening Democracy In a Fragmented World. New York, Oxford University Press.
- UNDP (2004a) Sources for Democratic Governance Indicators. Oslo, Oslo Governance Center, United Nations Development Programme.
- UNDP (2004b) UNDP Strategy Note on Governance for Human Development. United Nations Development Programme.
- URBANO, J. & BENTES, M. (1994) Definição da produção do hospital: os grupos de diagnósticos homogêneos. Lisboa, Documento de trabalho nº x, APES.
- VICTORIAN PUBLIC HOSPITAL GOVERNANCE REFORM PANEL (2003). Victorian Public Hospital Governance Reform Panel - Final Report. Data de consulta: 11-12-2007. Endereço: <http://www.health.vic.gov.au/governance/governance-review03.pdf>.
- WEINER, B., SHORTELL, S. & ALEXANDER, J. (1997) Promoting clinical involvement in hospital quality improvement efforts: the effects of top management, board, and physician leadership. *Health Services Research*, 32(4), 493-510.
- WEINER, B. J. & ALEXANDER, J. A. (1993) Corporate and Philanthropic Models of Hospital Governance - a Taxonomic Evaluation. *Health Services Research*, 28(3), 325-355.
- WHO (1996) European health care reforms : citizens' choice and patients' rights. Copenhagen, Regional Office for Europe, World Health Organization.
- WHO (1998a) Good Governance for Health. *Equity Initiative Paper No 14*. Geneva, Department of Health Systems, World Health Organization.
- WHO (1998b) Health for All in the 21st Century. World Health Organization.
- WHO (1998c) Health Promotion Glossary. Geneva, World Health Organization.
- WHO (1998d) The World Health Report 1998 - Life in the 21st century, a vision for all. Geneva, World Health Organization.

- WHO (2000a). A Quick Reference Compendium of Selected Key Terms used in The World Health Report 2000. Data de consulta: 04-04-2007. Endereço: <http://www.who.int/health-systems-performance/docs/glossary.htm>.
- WHO (2000b) The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2002a) Ethics of the health systems : report of the third Futures Forum for High-level Decision-Makers, Stockholm, Sweden 27-28 June 2002. World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO (2002b) The European Health Report 2002. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe. WHO regional publications. European series ; No. 97.
- WIBERG, M. & LJUNGBERG, F. (2001) Exploring the Vision of "Anytime, Anywhere" in the Context of Mobile Work. IN MALHOTRA, Y. (Ed.) *Knowledge Management and Bussiness Model Innovation*. Idea Group Publishing.
- WILLIAMSON, O. (1984) Corporate Governance. *Yale Law Journal*, 93(7), 1197-1230.
- WILLIAMSON, O. E. (1985) *The Economic Institutions of Capitalism*, New York, Free Press.
- WILLIAMSON, O. E. (1996) *The Mechanisms of Governance*, Oxford, Oxford University Press.
- WILSON, R. (1968) On the theory of syndicates. *Econometrico*, 36, 119-132.
- WILSON, T. & HOLT, T. (2001) Complexity and clinical care. *British Medical Journal*, 323(22), 685-688.
- WINTER, S. (1991) On Coase, Competence, and the Corporation. IN WILLIAMSON, O. E. & WINTER, S. (Eds.) *The Nature of the Firm*. Oxford Blackwell.
- WORLD BANK (1992) Governance and Development. Washington D.C., World Bank.
- WORLD BANK (1993) World Development Report 1993 - Investing in Health. New York, Oxford University Press.
- WORLD BANK (1994) Development in Praticce. Governance - The World Bank's Experience. Washington D.C., World Bank.
- WORLD BANK (1996) The World Bank Participation Sourcebook. Washington D.C., Environmentally Sustainable Development, World Bank.
- WORLD BANK (1997) World Development Report 1997 - The State in a Changing World. Whashington D.C., Oxford University Press, Inc.

WORLD BANK (1999) Corporate Governance: A Framework for Implementation - Overview. Washington D.C., World Bank.

WORLD BANK (2003) *MENA Development Report: Better Governance for Development in the Middle East and North Africa - Enhancing Inclusiveness and Accountability*, Washington D.C., World Bank.

YOUNG, G., STEDHAM, Y. & BEEKUN, R. (2000) Boards of Directors and the Adoption of a CEO Performance Evaluation Process: Agency and Institutional Theory Perspectives. *Journal of Management Studies*, 37(2), 277-295.

ZAHRA, S. A. & PEARCE, J. A. (1989) Boards of directors and corporate financial performance: a review and integrative model. *Journal of Management and Governance*, 15 (2), 291-334.

ZIMMERMAN, B. (2001). Aides for Complexity. Data de consulta: 22-11-2006.

Endereço:

[http://www.plexusinstitute.org/edgeware/archive/think/main\\_aides3.html](http://www.plexusinstitute.org/edgeware/archive/think/main_aides3.html).