



UNIVERSIDADE DE COIMBRA
FACULDADE DE ECONOMIA

Governança hospitalar

—

Uma proposta conceptual e metodológica para o caso
português

Anexos

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

Índice

ANEXO I — QUESTIONÁRIOS	1
QUESTIONÁRIO RELATIVO ÀS DETERMINANTES, PRÁTICAS E OPINIÕES SOBRE GOVERNAÇÃO HOSPITALAR	3
QUESTIONÁRIO SIMPLIFICADO PARA CARACTERIZAR O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO	29
ANEXO II — DETERMINANTES PRÁTICAS E OPINIÕES	33
1. DETERMINANTES DA GOVERNAÇÃO HOSPITALAR	35
1.1. As orientações, recomendações e directivas da tutela	35
1.1.1. Plano interno	38
1.1.2. Plano externo	40
1.2. Dificuldades encontradas	42
1.2.1. Avaliação em termos de evolução	44
1.2.2. Avaliação em termos de situação actual	50
1.2.3. Identificação de dificuldades	55
1.2.4. Análise de comentários	62
1.3. Decisões políticas passadas	66
1.3.1. O enquadramento legal do hospital	67
1.3.2. A experiência dos CRI	70
1.3.3. Formas alternativas de delegação de competências	85
1.3.4. As várias decisões políticas	88
1.4. Problemas da governação hospitalar	91
1.4.1. Relacionados com o hospital	93
1.4.2. Relacionados com o contexto	96
1.4.3. Relacionados com a tutela	98
1.4.4. Relacionados com o Conselho de Administração	101
1.4.5. As interacções entre os problemas	103
2. PRÁTICAS DE GOVERNAÇÃO HOSPITALAR	104
2.1. Adopção de práticas de boa governação	105
2.1.1. Boas práticas nos órgãos de governo do hospital	105

2.1.2.	Acesso a fontes de informação	107
2.1.3.	Análise dos comentários	108
2.2.	Estrutura, funcionamento e actividades dos CA	117
2.2.1.	Estrutura	117
2.2.2.	Funcionamento	127
2.2.3.	Actividades	145
2.3.	Envolvimento do corpo médico	177
2.3.1.	Estrutura de consulta	177
2.3.2.	Integração e participação	178
2.3.3.	Disseminação de informação	180
2.3.4.	Análise dos comentários	180
2.4.	Instrumentos de apoio aos processos de decisão	190
3.	OPINIÕES	195
3.1.	Avaliação geral do modelo de governação	195
3.1.1.	Órgãos do hospital	196
3.1.2.	Comissões	202
3.1.3.	O Conselho Consultivo	209
3.2.	Acordos de desempenho e instrumentos de controlo	214
3.2.1.	Consequências do incumprimento	215
3.2.2.	Desafios colocados ao hospital	224
3.2.3.	O processo de negociação	229
3.3.	Efectividade dos CA	236
3.3.1.	Estrutura do CA	236
3.3.2.	Nomeação dos Conselhos de Administração	245
3.3.3.	Rotatividade e estabilidade dos Conselhos de Administração	265

Anexo I — Questionários

Questionários utilizados no trabalho desenvolvido.

QUESTIONÁRIO RELATIVO ÀS DETERMINANTES, PRÁTICAS E OPINIÕES SOBRE GOVERNAÇÃO HOSPITALAR

Exmo(a). Sr. (Sr.ª)

Agradecemos antecipadamente o tempo despendido no preenchimento deste questionário.

Este questionário resulta de um projecto conjunto entre o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC).

O seu objectivo é elaborar um enquadramento global de referência para as práticas de governação hospitalar e as suas determinantes no sistema de saúde português. Irá proporcionar uma melhor compreensão, por exemplo, de como o papel, o funcionamento e a composição dos órgãos de governação dos hospitais interagem com os desenvolvimentos em curso no nosso sistema de saúde.

A sua resposta e o seu conhecimento especializado são vitais para este projecto. Levará alguns minutos a responder ao questionário. Garantimos a confidencialidade de todos os dados pessoais. Nenhum resultado será publicado, qualquer que seja a forma, de modo a poder identificar quem respondeu.

Gratos pela sua participação!

Se tiver alguma pergunta sobre o questionário contacte, por favor, Victor Raposo utilizando o e-mail vraposo@fe.uc.pt ou pelo número 96 55 26 850.

Depois de preencher o questionário agradecemos que o coloque no sobrescrito RSF junto e o envie para o CEISUC.

1. Precisamos que nos providencie alguma informação relativa ao seu papel no Conselho de Administração.

1.1. Há quanto tempo integra o Conselho de Administração? ___ anos ___ meses

1.2. Quais as suas funções actuais?

Presidente do Conselho de Administração

Vogal executivo do Conselho de Administração

Director clínico

Enfermeiro director

Outro Qual? _____

1.3. Que funções desempenhava antes de ser nomeado para o Conselho de Administração?

2. 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.

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.

3.1. Recursos humanos	Evolução			Actual		
	Melhorou	Manteve-se	Piorou	Défice	Aceitável	Muito bom
Flexibilidade na contratação de recursos humanos	<input type="checkbox"/>					
Sistemas de incentivos e complementos de remuneração	<input type="checkbox"/>					
Adaptação dos recursos humanos às necessidades do hospital e à sua organização interna	<input type="checkbox"/>					
Formação profissional contínua de acordo com as necessidades do hospital	<input type="checkbox"/>					

3.2. Económico-financeira	Evolução			Actualidade		
	Melhorou	Manteve-se	Piorou	Défi ce	Aceitável	Muito bom
Instrumentos de monitorização da actividade económico-financeira do hospital	<input type="checkbox"/>					
Processos de facturação	<input type="checkbox"/>					
Processos de cobrança	<input type="checkbox"/>					
Capacidade de auto financiamento para investimentos de substituição	<input type="checkbox"/>					
Situação financeira	<input type="checkbox"/>					

3.3. Aprovisionamento	Evolução			Actualidade		
	Melhorou	Manteve-se	Piorou	Défi ce	Aceitável	Muito bom
Processos de aquisição e de adjudicação (consulta aos fornecedores, abertura de concursos, exigências de fiscalização prévia, documentos para fornecedores habituais, etc.)	<input type="checkbox"/>					
Capacidade de negociação com os fornecedores	<input type="checkbox"/>					
Prazos de entrega efectiva de acordo com as necessidades do hospital	<input type="checkbox"/>					
Prazos médios de pagamentos a fornecedores	<input type="checkbox"/>					

3.4. Administração e organização interna	Evolução			Actualidade		
	Melhorou	Manteve-se	Piorou	Défi ce	Aceitável	Muito bom
Ferramentas de gestão da informação das actividades clínicas, administrativas e de gestão	<input type="checkbox"/>					
Organização interna do hospital de acordo com as necessidades	<input type="checkbox"/>					
Adequação do nível de autonomia do hospital às necessidades de gestão	<input type="checkbox"/>					
Sistema de qualidade dos serviços e cuidados prestados	<input type="checkbox"/>					

3.5. Na sua opinião existem outras questões associadas às áreas de governação indicadas que não tenham sido atrás mencionadas? Indique-as, por favor, e dê a sua opinião sobre elas.

4. Considere agora um conjunto de decisões políticas a seguir indicadas que, directamente ou indirectamente, afectaram a governação hospitalar em Portugal desde 1995 até à actualidade.

Decisões políticas
<ul style="list-style-type: none">• 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)

- 4.1. 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?

- 4.2. 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?

- 4.3. Na sua opinião a delegação de competências esgota-se nos CRIs ou existem formas alternativas de a fazer?

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.

Capital (gestão patrimonial ou seja, investimento, e venda de activos)		
<p>– Autonomia</p> <p>Decisões de capital totalmente centralizadas na tutela ou numa terceira entidade externa.</p>	<p>X</p> <p>Os órgãos de governo e de gestão do hospital têm um controlo limitado sobre os activos.</p>	<p>+ Autonomia</p> <p>Os órgãos de governo e de gestão do hospital têm controlo total sobre as decisões de capital.</p>

5.1. Marcação de objectivos de desempenho		
<p>– Autonomia</p> <p>Fixação de objectivos totalmente centralizados na tutela ou numa terceira entidade externa, sem qualquer intervenção do hospital.</p>	<p>X</p> <p>A definição de objectivos, envolve participação do hospital</p>	<p>+ Autonomia</p> <p>Definição de objectivos totalmente ao nível do hospital.</p>

5.2. Planeamento estratégico orientado para a resposta às necessidades em saúde da população		
<p>– Autonomia</p> <p>Planeamento estratégico totalmente centralizados na tutela ou numa terceira entidade externa.</p>	<p>X</p> <p>Planeamento estratégico pelos órgãos de governo e de gestão do hospital, com orientações da tutela ou de uma terceira entidade externa.</p>	<p>+ Autonomia</p> <p>Os órgãos de governo e de gestão do hospital têm autonomia total para o planeamento estratégico.</p>

5.3. Aprovisionamento (incluindo medicamentos e material de consumo clínico)

X		
– Autonomia 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.	+ Autonomia Aprovisionamento completamente sob o controlo dos órgãos de governo e de gestão do hospital.

5.4. Capital (gestão patrimonial ou seja, investimento, e venda de activos)

X		
– Autonomia 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.	+ Autonomia Os órgãos de governo e de gestão do hospital têm controlo total sobre as decisões de capital.

5.5. Recursos humanos

X		
– Autonomia 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.	+ Autonomia Recursos humanos contratados pelo hospital, com total autonomia quanto ao número, qualificações e/ou remuneração.

5.6. Tem outros comentários sobre autonomia na tomada de decisão em áreas chave que gostaria de apresentar?

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"/>

Estas respostas significam que considera que o tempo despendido com a actividade “*desenvolvimento de questões estratégicas com a gestão*” foi insuficiente e que considera esta actividade extremamente importante para as funções do Conselho de Administração.

	Tempo				Importância			
	Mais do que necessário	O adequado	Insuficiente	Muito insuficiente	Extremamente	Muito	Pouco	Nada
Desenvolvimento de questões estratégicas com a gestão	<input type="checkbox"/>							
Planeamento da resposta do hospital às necessidades em saúde da população	<input type="checkbox"/>							
Discussão relativa à melhoria e desenvolvimento dos serviços de saúde na região servida pelo hospital	<input type="checkbox"/>							
Monitorização do desempenho da gestão	<input type="checkbox"/>							
Discussão sobre melhorar a eficiência do hospital	<input type="checkbox"/>							
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	<input type="checkbox"/>							
Definição de políticas para a partilha de informação relativa ao doente com outros hospitais, cuidados primários, comunidade e outras entidades	<input type="checkbox"/>							
Definição de políticas de articulação dos serviços do hospital e a sua integração com outros cuidados externos ao hospital	<input type="checkbox"/>							
Definição de políticas relativas à gestão do risco e da segurança	<input type="checkbox"/>							
Definição de políticas e estratégias para a gestão da mudança	<input type="checkbox"/>							
Definição de políticas e estratégias relacionadas com a gestão da informação e do conhecimento	<input type="checkbox"/>							
Monitorização do desempenho financeiro	<input type="checkbox"/>							

	Tempo				Importância			
	Mais do que necessário	O adequado	Insuficiente	Muito insuficiente	Extremamente	Muito	Pouco	Nada
Monitorização da estrutura de custos	<input type="checkbox"/>							
Monitorização da execução orçamental	<input type="checkbox"/>							
Monitorização dos processos de cobrança de dívidas	<input type="checkbox"/>							
Monitorização dos planos de investimento	<input type="checkbox"/>							
Acompanhamento da gestão da qualidade	<input type="checkbox"/>							
Monitorização do desempenho clínico	<input type="checkbox"/>							
Monitorização da acessibilidade, e da equidade dos serviços hospitalares	<input type="checkbox"/>							
Determinação de medidas sobre queixas e reclamações apresentadas pelos utentes	<input type="checkbox"/>							
Prestação de contas às autoridades governamentais	<input type="checkbox"/>							
Poder de influência sobre as autoridades governamentais	<input type="checkbox"/>							
Representação e manutenção de relações públicas	<input type="checkbox"/>							
Aprovar e/ou propor alterações ao regulamento do hospital	<input type="checkbox"/>							
Arbitrar conflitos internos, servindo como entidade de recurso	<input type="checkbox"/>							
Aprovar compras, criação ou aquisição de serviços e/ou contratos de crédito de maior dimensão	<input type="checkbox"/>							

	Tempo				Importância			
	Mais do que necessário	O adequado	Insuficiente	Muito insuficiente	Extremamente	Muito	Pouco	Nada
Delinear, desenvolver e criar serviços e estruturas internas na organização	<input type="checkbox"/>							
Autorização de trabalho extraordinário	<input type="checkbox"/>							

6.1. Tem outros comentários sobre as actividades dos Conselhos de Administração, não contempladas nos pontos anteriores, que considere importante apresentar?

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?

- Sim Não
 Sim, e não deviam existir Não, e deviam existir

7.2 Os eventuais conflitos de interesses dos membros dos Conselhos de Administração são públicos?

- Sim Não
 Sim, e não deviam ser Não, e deviam ser

7.3. A identidade dos membros dos órgãos de governo do hospital é pública?

- Sim Não
 Sim, e não deviam ser Não, e deviam ser

7.4. Os currículos dos membros dos órgãos de governo do hospital são públicos?

- Sim Não
 Sim, e não deviam ser Não, e deviam ser

7.5. 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?

- Sim Não
 Sim, e não deviam ser Não, e deviam ser

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 restringido 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"/>

Fontes de informação	Público em geral	Acesso restringido aos profissionais do hospital	Acesso exclusivo aos membros do Conselho de Administração
Plano de actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indicadores de acompanhamento do desempenho do hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distribuição do orçamento pelos vários sectores do hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relatórios externos de avaliação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.7. Tem outros comentários sobre a adopção de práticas de boa governação, não contempladas nos pontos anteriores, que considere importante apresentar?

8. Relação entre o Conselho de Administração e os médicos na governação do hospital

8.1. Qual a descrição que mais se adapta à relação entre o Conselho de Administração e os médicos na governação do hospital?

- Confrontação – Sem a participação dos médicos
- Colaboração – Com a participação dos médicos

8.2. Até que ponto os médicos participam na governação do hospital?

- O menos possível
- O estritamente necessário de acordo com os regulamentos
- Sempre que existam benefícios para as duas partes
- O mais possível

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"/>
Planeamento da resposta do hospital às necessidades em saúde da população	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planeamento da formação profissional contínua, da adaptação e mobilidade do corpo médico tendo em conta as necessidades dos serviços e do hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contratação de outros recursos humanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra(s) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.4. Tem outros comentários sobre as relação entre o Conselho de Administração e os médicos na governação do hospital, não contempladas nos pontos anteriores, que considere importante apresentar?

9. Acordos de desempenho e instrumentos de controlo

9.1. Na sua opinião quais são as consequências previsíveis se o contrato-programa com a tutela não atingir por defeito os valores contratualizados?

9.2. E se exceder os valores contratualizados?

9.3. Na sua opinião quais os desafios que o contrato-programa colocou ao hospital?

9.4. Na sua opinião o contrato-programa é negociado ou é de alguma forma imposto?

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 Commission ou outro)
- Outros. Quais?

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"/>

Actualização sobre a evolução do sistema de saúde	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"/>

Impacto global no desempenho do hospital	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"/>

11.2. Qual a sua opinião sobre o Conselho Consultivo, os objectivos subjacentes à sua criação e o seu funcionamento?

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"/>

Apoio aos processos de decisão dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, etc.) no dia-a-dia da prática clínica	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"/>

Contribuição das comissões para o desempenho global do hospital	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"/>

11.4. Qual a sua opinião sobre o trabalho das comissões e a sua respectiva utilização por parte profissionais?

11.5. Tem outros comentários sobre os órgãos ou sobre as comissões que gostaria de apresentar e que não foram focados nas perguntas anteriores.

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"/>
O Conselho de Administração não deve integrar pessoas vindas de outras áreas de actividade (externas à saúde), nomeadamente indústria, comércio, finanças ou banca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O Conselho de Administração do hospital, no figurino actual, mistura funções de direcção com funções de gestão executiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Os médicos e enfermeiros que integram o Conselho de Administração do hospital devem ter funções executivas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A actividade hospitalar é executada mais correctamente se os políticos intervirem na actividade do Conselho de Administração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.2. 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?

12.3. Na sua opinião a equipa nomeada para o CA é escolhida pelo Presidente do CA ou imposta pela tutela?

12.4. Na sua opinião os ciclos políticos afectam a estabilidade e a actividade dos CA e do hospital?

13. Na sua opinião quais são os grandes problemas associados à governação hospitalar em Portugal?

14. Em resumo, na sua opinião quais os critérios que considera mais importantes para a nomeação dos membros do Conselho de Administração?

15. Por razões de caracterização sócio demográfica e profissional, pedimos alguns dados a seu respeito. Garantimos, desde logo, a confidencialidade das suas respostas.

Sexo:

- Feminino
- Masculino

Qual a sua idade? _____ anos

Quantos anos de experiência efectiva em administração em saúde possui? _____ anos

Indique, por favor, se trabalhou em outro sector que não o da saúde antes de integrar o Conselho de Administração:

- Comércio
- Finanças
- Serviços
- Indústria
- Banca
- Empresa pública

Qual?

Outro Qual? _____

Qual a sua formação de base (licenciatura ou outra):

- Direito
- Economia
- Engenharia
- Finanças
- Outra
- Gestão
- Medicina
- Psicologia
- Sociologia

Ano de conclusão? _____

Que tipo de formação possui na área (mestrado, pós-graduação, outros cursos de formação)?

Para cada um indique o respectivo ano de conclusão.

Que outro tipo de experiência em lugares de gestão possui?

16. Por último, pedimos que nos forneça alguma informação sobre o seu hospital. Reiteramos o nosso compromisso de confidencialidade das suas respostas.

Nome do hospital (opcional) _____

Caso não tenha querido indicar o nome do hospital, por favor responda às seguintes perguntas:

Tipo

- Hospital central Hospital de nível 1
 Hospital distrital Hospital especializado

Características específicas (se for o caso)

- Hospital universitário (apenas ensino) Maternidade
 Hospital universitário (ensino e investigação) IPO
 Outro Qual? _____

Quantas camas tem o seu hospital? _____ camas

No último ano económico:

Quantos doentes foram atendidos no serviço de urgências? _____

Quantos doentes foram atendidos em ambulatório? _____

Quantos doentes foram internados? _____

Qual o estatuto do seu hospital?

- Hospital SPA Hospital EPE

Qual o estatuto do seu hospital em 2004?

- Hospital SA Hospital SPA

O seu hospital está organizado em centros de responsabilidade?

- Sim Não

Caso tenha respondido sim, indique os centros de responsabilidade existentes e o ano da sua criação:

QUESTIONÁRIO SIMPLIFICADO PARA CARACTERIZAR O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Exmo(a). Sr. (Sr.ª)

Agradecemos antecipadamente o tempo despendido no preenchimento deste questionário.

Este questionário resulta de um projecto conjunto entre o Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC).

O seu objectivo é elaborar um enquadramento global de referência para as práticas de governação hospitalar e as suas determinantes no sistema de saúde português. Irá proporcionar uma melhor compreensão, por exemplo, de como o papel, o funcionamento e a composição dos órgãos de governação dos hospitais interagem com os desenvolvimentos em curso no nosso sistema de saúde.

A sua resposta e o seu conhecimento especializado são vitais para este projecto. Levará alguns minutos a responder ao questionário. Garantimos a confidencialidade de todos os dados pessoais. Nenhum resultado será publicado, qualquer que seja a forma, de modo a poder identificar quem respondeu.

Gratos pela sua participação!

Se tiver alguma pergunta sobre o questionário contacte, por favor, Victor Raposo utilizando o e-mail vraposo@fe.uc.pt ou pelo número 96 55 26 850.

Depois de preencher o questionário agradecemos que o coloque no sobrescrito RSF junto e o envie para o CEISUC.

1. Precisamos que nos providencie alguma informação relativa ao seu papel no Conselho de Administração.

1.1. Há quanto tempo integra o Conselho de Administração? ___ anos ___ meses

1.2. Quais as suas funções actuais?

Presidente do Conselho de Administração

Vogal executivo do Conselho de Administração

Director clínico

Enfermeiro director

Outro Qual? _____

1.3. Que funções desempenhava antes de ser nomeado para o Conselho de Administração?

2. Por razões de caracterização sócio demográfica e profissional, pedimos alguns dados a seu respeito. Garantimos, desde logo, a confidencialidade das suas respostas.

Sexo:

- Feminino
 Masculino

Qual a sua idade? _____ anos

Quantos anos de experiência efectiva em administração em saúde possui? _____anos

Indique, por favor, se trabalhou em outro sector que não o da saúde antes de integrar o Conselho de Administração:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Comércio | <input type="checkbox"/> Indústria |
| <input type="checkbox"/> Finanças | <input type="checkbox"/> Banca |
| <input type="checkbox"/> Serviços | <input type="checkbox"/> Empresa pública |
| <input type="checkbox"/> Outro | Qual? _____ |

Qual a sua formação de base (licenciatura ou outra):

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Direito | <input type="checkbox"/> Gestão |
| <input type="checkbox"/> Economia | <input type="checkbox"/> Medicina |
| <input type="checkbox"/> Engenharia | <input type="checkbox"/> Psicologia |
| <input type="checkbox"/> Finanças | <input type="checkbox"/> Sociologia |
| <input type="checkbox"/> Outra | Qual? _____ |

Ano de conclusão? _____

Que tipo de formação possui na área (mestrado, pós-graduação, outros cursos de formação)?

Para cada um indique o respectivo ano de conclusão.

Que outro tipo de experiência em lugares de gestão possui?

Anexo II — Determinantes práticas e opiniões

Análise pormenorizada dos resultados. Constitui, para além da análise detalhada, um exercício do que poderá ser uma análise de resultados quando aplicado a uma amostra maior.

1. Determinantes da governação hospitalar

Neste ponto são apresentados os resultados obtidos com as entrevistas relacionados com as determinantes da governação hospitalar:

- No ponto 1.1 as orientações, recomendações e directivas da tutela;
- No ponto 1.2 as dificuldades encontradas;
- No ponto 1.3 as decisões políticas passadas;
- No ponto 1.4 os problemas da governação hospitalar.

1.1. As orientações, recomendações e directivas da tutela

Sobre as orientações, recomendações e directivas da tutela foram obtidos 70 comentários dos 22 entrevistados. Os comentários obtidos com as respostas dadas à pergunta aberta desta secção foram analisados e de seguida codificados em vários itens. Os resultados obtidos estão representados no Quadro 1 ordenados pelo número de comentários obtidos.

Itens	Comentários	%
Contenção da despesa	17	24%
Valorização de áreas a desenvolver	10	14%
Responsabilização dos CA	9	13%
Contratualização	7	10%
Acréscimo de eficiência	5	7%
Limites à produção	5	7%
Mudança de estatuto	4	6%
Empresarialização	4	6%
Relógio de ponto	2	3%
Horas extraordinárias	1	1%
Internos	1	1%
Elaboração de planos estratégicos	1	1%
Orçamento da Saúde	1	1%
Rede de cuidados continuados	1	1%
Rede de maternidades	1	1%
Rede de urgências	1	1%
Total	70	100%

Quadro 1 — Distribuição dos comentários por itens

Conforme se pode avaliar pelo quadro anterior os comentários identificam como maiores orientações a contenção da despesa (24%), a valorização de áreas a desenvolver (14%), a responsabilização dos CA (13%) e a contratualização (10%). No seu conjunto estes 4 itens agrupam 61% dos comentários obtidos, enquanto os restantes 12 itens agrupam apenas 39% dos comentários.

Os comentários obtidos com a contenção da despesa estão relacionados com os condicionalismos associados ao contrato-programa para 2007 de custos com pessoal, consumos, e fornecimentos e serviços externos. Relativamente à valorização de áreas a desenvolver os comentários estão ligados à 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.

Os comentários associados à responsabilização dos CA dizem respeito às 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. Seguem-se os comentários relacionados com a 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.

No seu conjunto estes itens possuem características em comum que os permitem agrupar em 5 categorias:

- Contrato-programa que agrupa os itens acréscimo de eficiência, valorização de áreas a desenvolver, contenção da despesa e limites de produção. Estes itens dizem respeito aos objectivos, pressupostos e condicionalismos definidos pela Comissão para a Contratualização em Saúde para o contrato-programa de 2007;
- Legislação e determinações superiores que agrupa os itens horas extraordinárias, internos e relógio de ponto;
- Mudança de estatuto;
- Mudança de paradigma que agrupa a contratualização, a elaboração de planos estratégicos, a empresarialização, o orçamento da saúde e a

responsabilização do CA. Estes itens 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;

- Reestruturação da rede de serviços que agrupa os itens relacionados com a rede de cuidados continuados, com a rede de urgências e com a rede de maternidades.

Este agrupamento permite identificar dois planos distintos de influência. Um plano interno que 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. Um plano externo que diz respeito ao ambiente de contexto geral traduzido por mudanças de paradigma, relativo a uma nova filosofia em termos de governação 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.

Plano	Categoria	Comentários	%
Interno	Contrato-programa	37	53%
	Legislação e directivas	4	6%
	Mudança de estatuto	4	6%
Externo	Mudança de paradigma	22	31%
	Reestruturação da rede de serviços	3	4%
		70	100%

Quadro 2 — Distribuição dos comentários por categorias relacionadas e por plano de influência no hospital

Olhando para o Quadro 2 verificamos que a maior parte dos comentários (65%) dizem respeito ao plano interno do hospital, nomeadamente as associadas ao contrato-programa (53%), os associados à mudança de estatuto jurídico do hospital (6%) e os relacionados com legislação ou outras directivas (6%). Os restantes comentários (35%) dizem respeito ao plano externo e estão relacionados com a mudança de paradigma (31%) e as resultantes de políticas de saúde,

nomeadamente no que se refere à reestruturação da rede de serviços (4%) em termos de urgências, maternidades e cuidados continuados.

1.1.1. Plano interno

Relativamente ao contrato-programa foram obtidos 37 comentários (53%). A Figura 1 apresenta a distribuição dos comentários pelos diversos itens relacionados com este instrumento.

O item mais referenciado está relacionado com a contenção da despesa (45%). Seguem-se a valorização de áreas a desenvolver (27%), os limites à produção (14%), que não poderá exceder a realizada em 2006, e os acréscimos de eficiência (14%).

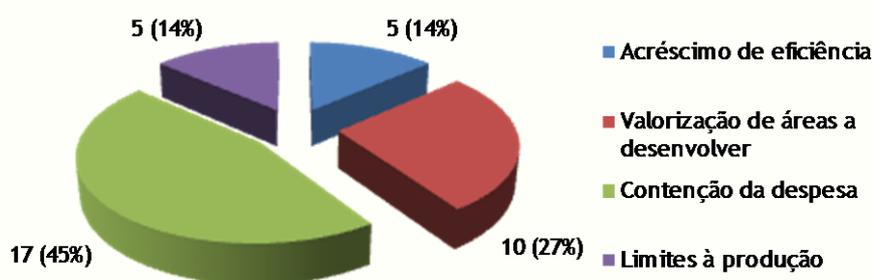


Figura 1 — Distribuição dos comentários pelos itens relacionados com o contrato-programa

O Quadro 3 apresenta para cada um dos itens do contrato-programa dois exemplos dos comentários obtidos.

Itens	Entrevistado	Comentário
Contenção da despesa	3	Contenção da despesa hospitalar e da sua recondução para patamares definidos em termos percentuais relativamente à despesa do exercício anterior e as suas influências na gestão (pessoal, medicamento, etc.).
	10	Orientações em matéria do crescimento da despesa: controlo de custos, quer de medicamentos quer de recursos humanos. São objectivos bastante ambiciosos. Um crescimento de 0% em recursos humanos e uma redução de 6% na factura geral dos medicamentos se calhar impõe um patamar que em alguns casos vai para além da margem de manobra dos CA.
Valorização de áreas a desenvolver	5	A articulação necessária entre o hospital e as entidades externas de modo a satisfazer as necessidades da população abrangida.

Itens	Entrevistado	Comentário
	11	Orientação para a produção ao nível de ambulatório.
Limites à produção	4	O MS propõe não produzir mais em quantidade.
	20	Relativo aumento da produção.
Acréscimos de eficiência	2	Eficiência garantindo a qualidade, porque ser eficiente não significa apenas gastar menos.
	12	Contenção dos custos sem diminuição da produção de cuidados em qualidade e quantidade.

Quadro 3 — Exemplo de comentários para itens relacionados com o contrato-programa.

Para além das questões relacionadas com o contrato-programa são também referenciadas as alterações provocadas pela mudança de estatuto. Para esta categoria foram obtidos os 4 comentários (6%) representados no Quadro 4. Conforme se pode constatar essas mudanças estão 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.

Entrevistado	Comentário
1	A transformação do estatuto jurídico para EPE ocupou 9 meses; processo longo: plano de negócio, plano de sustentabilidade financeira, plano de reestruturação completa dos 3 hospitais.
8	Grande diferença e capacidade de gestão de uma estrutura de saúde. Há 2 anos passamos de SA para EPE.
10	Mudança de SA para EPE. Primeiro SPA para a SA: toda a reconstrução do modelo interno, do controlo interno, do acompanhamento da produção e da necessidade de reporte. Segundo a passagem de SA para EPE, menos dramático, menos difícil.
22	A mudança de estatuto obrigou a alterar comportamentos internos. As reuniões bimestrais e trimestrais com todos os serviços para mostrar o que se está a passar e no fundo para prestar contas, o que é que gastaram e o que é que produziram.

Quadro 4 — Comentários relacionados com a mudança de estatuto

Por último, foram obtidos 4 comentários (6%) para questões relativas a legislação, nomeadamente relacionada com o pagamento de horas extraordinárias aos médicos, e determinações superiores relacionadas com os internos e o relógio de ponto. Esses comentários estão representados no Quadro 5.

Entrevistado	Comentário
6	Veio uma determinação superior a dizer que esses médicos até arranjam colocação errámos obrigados a ficar com eles. Isto traz custos adicionais, 4 médicos é diferente de 20. Recebemos compensações ou reforços da tutela. Não! O que a tutela não quer é manifestações dos internos e então resolve o problema passando-o para o hospital que tem de suportar mais custos.

Entrevistado	Comentário
14	Legislação em 2006 em que alterou a remuneração das horas extraordinárias dos médicos. Os médicos deixaram de querer fazer horas extraordinárias o que colocou problemas aos serviços.
19	Exemplo do relógio do ponto electrónico. Eu concordo com o controlo da assiduidade, mas há formas diferentes de o fazer. Há equipas com graus de liberdade, que eu contratualizo e que não faz muito sentido o controlo. Aqueles que vou controlar já eu controlava de alguma forma. Mais do que a assiduidade interessa-me a aquilo que contratualizei com os serviços e o seu cumprimento.
22	Relógio de ponto? É de facto uma competência do CA. É uma coisa tão comezinha. Se tem dificuldade em controlar é porque não está a controlar muito bem o seu pessoal. Um CA que não o consegue fazer aceita de imediato a intervenção do MS. Não me preocupa um médico entrar às 10, preocupa-me é ele entrar às 10 e ter toda uma equipa à espera desde as 9, preocupa-me é ele ter doentes à espera às 9 e atrasar-se deliberadamente sem justificação de urgência, preocupa-me é o médico não cumprir os objectivos estabelecidos para aquele dia. Há outras variáveis. O trabalho médico é diferente do trabalho de um administrativo, este tem uma tabela e tem um horário.

Quadro 5 — Comentários relacionados com a legislação e outras determinações superiores

1.1.2. Plano externo

Para a categoria mudança de paradigma foram obtidos 22 comentários (31%). A Figura 2 apresenta a distribuição dos comentários pelos itens definidos para esta categoria.

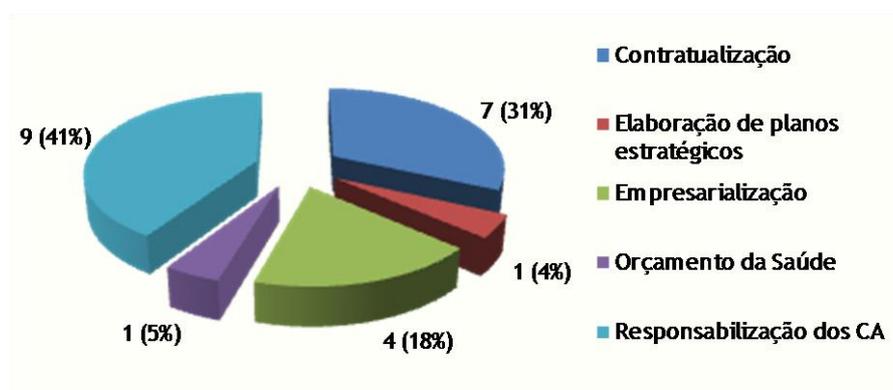


Figura 2 — Distribuição dos comentários pelos itens relacionados com o contrato-programa

Os itens mais referenciados são a mudança de paradigma está relacionado com a responsabilização dos CA (41%) e a contratualização (31%). A empresarialização (18%), nomeadamente a mudança de estatuto jurídico, é mencionada em termos gerais como permitindo uma gestão mais alinhada com interesses mais bem definidos e alargando a autonomia em algumas áreas de gestão. Por fim são mencionados os Orçamento da Saúde (5%), nomeadamente a

sua aproximação aos custos hospitalares, e a elaboração de planos estratégicos (5%) em termos da definição e da missão para os hospitais do SNS.

O Quadro 6 apresenta exemplos de comentários para cada um dos itens da categoria mudança de paradigma.

Itens	Entrevistado	Comentário
Contratualização	8	Temos um processo de contratualização que veio alterar a gestão de todo o hospital, na medida em que implica uma maior responsabilização e, como tal, a necessidade do envolvimento de todos os profissionais e do CA. Temos objectivos que têm de ser cumpridos de modo a ser pagos. Antigamente as coisas não eram assim. Se era feito era pago e se não era feito e existiam problemas era pago na mesma. As coisas resolviam-se.
	15	Tendo sido estabelecido um mecanismo de contratualização entre a tutela e a unidade prestadora, aquilo que cabe ao hospital é aplicar em cascata a contratualização interna tendo a flexibilidade legal que lhe permita aplicar sistemas de incentivos, estabelecendo um tratamento diferenciado, ter um processo de planeamento interno e de orçamentação interna e constituição de objectivos, e ter uma flexibilidade de definição de incentivos em função dos resultados.
Elaboração de planos estratégicos	17	A obrigatoriedade de todos os hospitais elaborarem o seu plano estratégico e, como tal, terem de definir os seus objectivos, terem uma visão e uma missão. Isso já estava mais ou menos assumido pelos hospitais SA antes e agora EPE. Agora todos passaram a fazer mesmo os SPA. Isso levou à necessidade de repensar a orgânica interna dos hospitais.
Empresarialização	15	O que mudou com os SA e os EPE foi um pouco o tipo de incentivos que existe para que a gestão das instituições funcione de uma forma diferente, se alinhem de acordo com interesses que são mais bem definidos nesta altura designadamente a redução da despesa e o controlo de custos
	16	Alterações do regime jurídico de SPA, para SA e depois para EPE.
Orçamento da Saúde	6	O momento marcante foi o facto do Ministro ter assegurado o financiamento para o ano de 2006 que correspondesse com alguma aproximação aquilo que seriam os custos da área hospitalar de 2006. Houve coragem política ao negociar um orçamento que se aproximasse aos custos verificados em 2006. Compromisso do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças.
Responsabilização dos CA	6	Grande momento para se fazer uma disciplina financeira, condições de exigência e detectar a verdadeira situação. Os CA deviam ser avaliados tal como nas empresas. Se não cumprem os objectivos devem ser demitidos. O MS da saúde deu esse sinal e eu concordei, aplaudi, essa postura.
	17	Posso dizer que neste momento há CA, e sobretudo as pessoas que eles nomearam para esse acompanhamento, preocupados em verificar, já

Itens	Entrevistado	Comentário
		estamos a meio do ano, porque é que eles estão a afastar-se dos objectivos traçados. Existe preocupação com a actividade executada e com o acompanhamento da mesma.

Quadro 6 — Exemplo de comentários para itens relacionados com a mudança de paradigma.

São também referenciados aspectos relacionados com a reestruturação da rede de serviços (4%), nomeadamente as questões relacionadas 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. Estes pontos podem ser identificados no Quadro 7 que apresenta os comentários para estes itens.

Itens	Entrevistado	Comentário
Cuidados continuados	6	Os hospitais continuam com doentes acamados apenas por questões sociais ou por questões de tratamentos que podiam ser feitos em hospitais de retaguarda ou outras instituições permitindo assim libertar camas. A criação desta rede que começa a ser delineada será muito importante para os hospitais.
Maternidades	7	Nova rede de urgências e de maternidades, obrigou a concentrar nuns e em outros a desconcentrar. Uns receberam aumentos de procura enquanto outros tiveram diminuição
Urgências		

Quadro 7 — Comentários relacionados com a reestruturação da rede de serviços

1.2. Dificuldades encontradas

Conforme apresentado anteriormente, foi pedida uma avaliação bidimensional, em termos de evolução e de estado actual, para 4 áreas distintas da governação do hospital aos membros dos CA. O Quadro 8 apresenta os itens considerados para cada área bem como as abreviaturas para o item a utilizar posteriormente nos gráficos relacionados.

Área	#	Descrição	Resumo
Recursos humanos	1	Flexibilidade na contratação de recursos humanos	Flexibilidade de contratação
	2	Sistemas de incentivos e complementos de remuneração	Incentivos e complementos
	3	Adaptação dos recursos humanos às necessidades do hospital e à sua organização interna	Adaptação às necessidades

Área	#	Descrição	Resumo
	4	Formação profissional contínua de acordo com as necessidades do hospital	Formação para as necessidades
Económico-financeira	1	Instrumentos de monitorização da actividade económico-financeira do hospital	Instrumentos de monitorização
	2	Processos de facturação	Processos de facturação
	3	Processos de cobrança	Processos de cobrança
	4	Capacidade de auto financiamento para investimentos de substituição	Capacidade de auto financiamento
	5	Situação financeira	Situação financeira
Aprovisionamento	1	Processos de aquisição e de adjudicação (consulta aos fornecedores, abertura de concursos, exigências de fiscalização prévia, documentos para fornecedores habituais, etc.)	Processos de aquisição
	2	Capacidade de negociação com os fornecedores	Capacidade de negociação
	3	Prazos de entrega efectiva de acordo com as necessidades do hospital	Prazos de entrega efectiva
	4	Prazos médios de pagamentos a fornecedores	Prazos médios de pagamentos
Administração e organização interna	1	Ferramentas de gestão da informação das actividades clínicas, administrativas e de gestão	Ferramentas de gestão
	2	Organização interna do hospital de acordo com as necessidades	Organização interna
	3	Adequação do nível de autonomia do hospital às necessidades de gestão	Adequação autonomia/gestão
	4	Sistema de qualidade dos serviços e cuidados prestados	Sistema de qualidade

Quadro 8 — Itens considerados em cada área e abreviatura a utilizar nos gráficos

Para além destas perguntas fechadas foram aplicadas perguntas abertas de modo a capturar outros itens não incluídos nas áreas utilizadas. Ao painel interno (membros dos CA) foram aplicadas todas as perguntas enquanto ao painel externo foram aplicadas apenas as perguntas abertas.

Os pontos seguintes analisam os resultados obtidos em termos de evolução (1.2.1), da situação actual (1.2.2), e do cruzamento destas duas dimensões (1.2.3), com base no número de respostas obtidas para cada item das respectivas áreas. No último ponto (1.2.4) serão apresentados os resultados da análise de conteúdo das perguntas abertas.

1.2.1. Avaliação em termos de evolução

A Figura 3 apresenta a distribuição das respostas relativas à evolução percebida pelos membros dos CA relativamente às áreas consideradas. Na generalidade a evolução em cada uma das áreas conduziu maioritariamente a melhorias ou então manteve-se.

A área onde é considerado existir uma evolução que conduziu a melhorias é a económico-financeira (67%), seguida do aprovisionamento (63%) e da administração e organização interna (60%). A área em que esta percepção é menor é a área dos recursos humanos (50%).

Em termos de manutenção da situação herdada aparece em primeiro os recursos humanos (47%), seguido da administração e organização interna (38%), do aprovisionamento (34%) e, por último, da económico-financeira (28%).

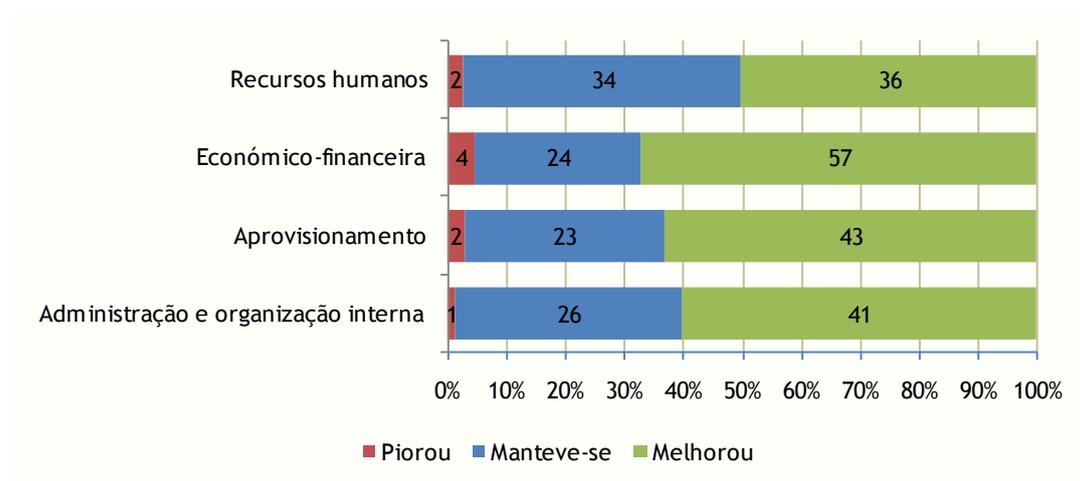


Figura 3 — Distribuição das respostas relativas à evolução percebida nas áreas de governação

As respostas que percepcionem uma evolução em que piorou são muito baixas. A área económico-financeira é onde é percebida uma evolução negativa maior (5%), seguida das áreas aprovisionamento e recursos humanos (ambas com 3%), e, por último, a área da administração e organização interna (1%).

O Quadro 9 mostra os itens de cada uma das áreas cuja evolução foi percebida negativa com a respectiva frequência.

Área	Item	Frequência
Recursos humanos	Flexibilidade na contratação de recursos humanos	1
	Sistemas de incentivos e complementos de remuneração	1
Económico-financeira	Capacidade de auto financiamento para investimentos de substituição	2
	Situação financeira	2
Aprovisionamento	Processos de aquisição e de adjudicação	1
	Prazos médios de pagamentos a fornecedores	1
Administração e organização interna	Adequação do nível de autonomia do hospital às necessidades de gestão	1

Quadro 9 — Itens por área cuja evolução foi percebida com tendo piorado

Convém salientar que as percepções negativas nos itens dos recursos humanos e da administração e organização interna, e no item processos de aquisição e de adjudicação do aprovisionamento dizem todos respeito ao mesmo entrevistado cujo hospital evoluiu de uma situação de experiência inovadora em termos de gestão para SA e posteriormente para EPE. Esta avaliação está patente no Quadro 10 que contém alguns dos principais comentários feitos pelo entrevistado relacionado com este tema.

#	Comentário
1	Inicialmente com um grau de liberdade maior, até porque era uma experiência.
2	Numa segunda fase com SA onde tivemos algumas dificuldades, principalmente no primeiro ano, porque passamos de um estatuto com um grau de liberdade grande para um estatuto onde são incluídos os restantes 33 hospitais SA criados. Fomos equiparados aos hospitais públicos tradicionais, com toda a carga burocrática que continham e a com existência de quadros de pessoal.
3	A passagem para a EPE veio piorar ainda mais a nossa autonomia. A tónica é na despesa e não produção.
4	Tem sido um ajustar contínuo da estratégia a estas novas realidades. Em termos empresariais a nossa autonomia foi desaparecendo ao longo dos anos balizada por estas imposições do MS que olha para os hospitais portugueses como um todo e não para a realidade específica das unidades. Somos o único hospital empresa desde o início e quem vindo a sofrer com estas limitações.

Quadro 10 — Comentários feitos por um entrevistado cujo hospital passou por vários estatutos
De seguida são apresentados os resultados por cada uma das áreas consideradas.

1.2.1.1. Recursos humanos

Na Figura 4 está representada a distribuição das respostas relativas à evolução percebida para os diversos itens dos recursos humanos. Esta área mantém a percepção geral obtida anteriormente para as 4 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).

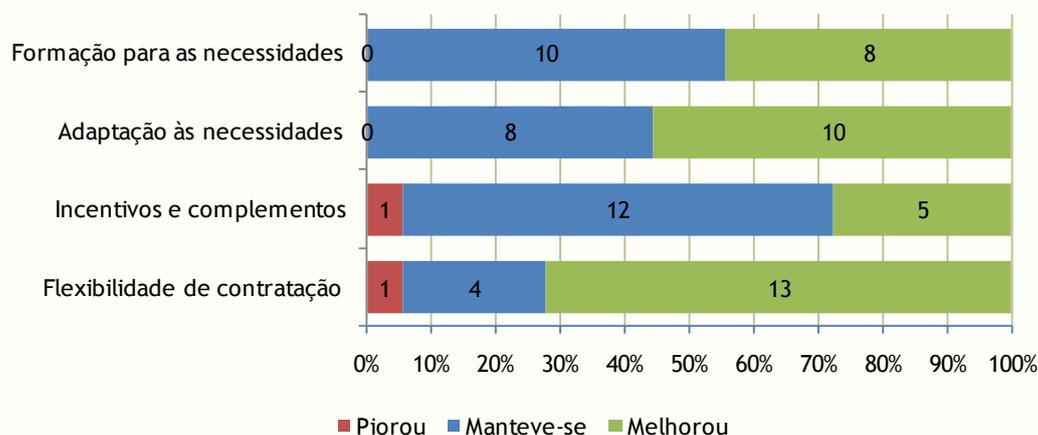


Figura 4 — Distribuição das respostas relativas à evolução percebida nos itens da área dos recursos humanos

O item onde houve uma evolução com mais melhorias é o da flexibilidade de contratação de recursos humanos (72%). Os sistemas de incentivos e complementos de remuneração mantêm-se mais (67%) do que melhoraram (28%). A formação de acordo com as necessidades do hospital apresenta uma percepção inversa à formação de acordo com as necessidades do hospital. Assim, os entrevistados consideram que a formação de acordo com as necessidades se manteve mais (56%) do que melhorou (44%), enquanto a adaptação às necessidades do hospital melhorou mais (56%) do que se manteve (44%).

Apenas os itens flexibilidade de contratação e incentivos e complementos apresentam avaliações negativas, cuja justificação já foi apresentada no ponto anterior.

1.2.1.2. Económico-financeira

Na Figura 5 está representada a distribuição das respostas relativas à evolução percebida para os diversos itens da área económico-financeira. Esta área mantém a percepção geral obtida anteriormente para as 4 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 (94%), dos processos de facturação (76%), e dos processos de cobrança (63%).

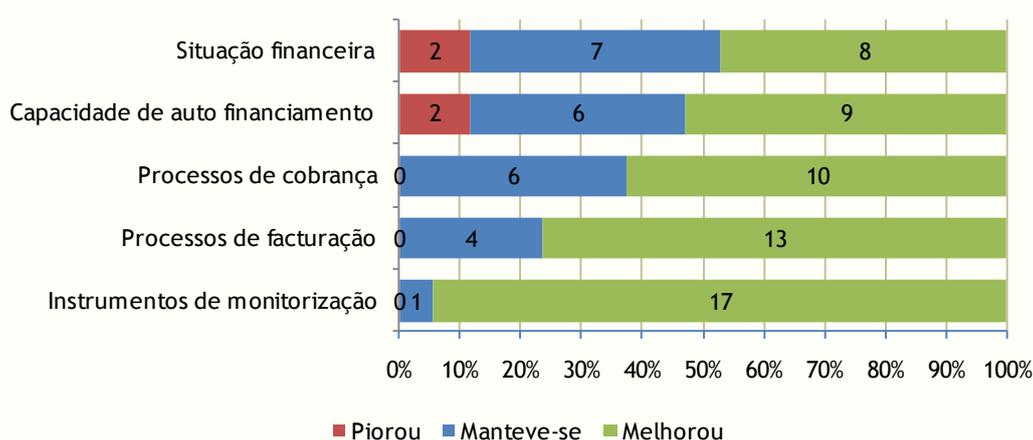


Figura 5 — Distribuição das respostas relativas à evolução percebida nos itens da área económico-financeira

A situação financeira e a capacidade de autofinanciamento são os únicos itens que apresentam uma degradação. Apenas 12% das respostas consideram que estes itens sofreram uma degradação. Por outro lado, 47% das respostas consideram que situação financeira melhorou, enquanto 41% das respostas considera que se manteve. Por último, na capacidade de autofinanciamento é considerado por 53% das respostas que melhorou, enquanto 35% das respostas considera que se manteve.

De notar que as respostas associadas ao piorar da situação financeira e da capacidade de autofinanciamento, dizem respeito a um hospital EPE, que mudou recentemente de SPA para EPE, e a um hospital SPA de grande dimensão.

1.2.1.3. Aprovisionamento

Na Figura 6 está representada a distribuição das respostas relativas à evolução percebida para os diversos itens da área económico-financeira. Esta área mantém a percepção geral obtida anteriormente para as 4 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 também francamente positiva. Assim, 76% das respostas obtidas consideram que os itens que mais melhoraram foram os processos de aquisição e a capacidade de negociação.

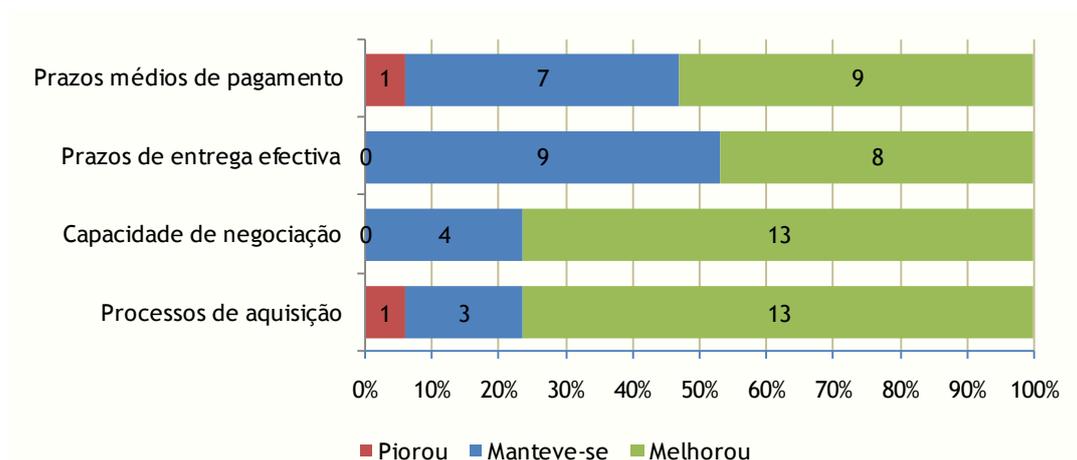


Figura 6 — Distribuição das respostas relativas à evolução percebida nos itens da área de aprovisionamento

Por seu turno, os itens prazos médios de pagamento a fornecedores e prazos de entrega efectiva de acordo com as necessidades do hospital possuem uma avaliação muito próxima. Nos prazos de entrega, 47% das respostas consideram que a situação melhorou e 53% das respostas consideram que manteve. Por seu turno, nos prazos médios de pagamento a fornecedores 53% das respostas consideram que melhorou e 41% das respostas consideram que se manteve.

Apenas 6% das respostas obtidas considera que os processos de aquisição e de adjudicação e os prazos médios de pagamento pioraram. A degradação dos processos de aquisição diz respeito a um hospital que constituiu uma experiência inovadora de gestão, enquanto a degradação dos prazos médios de pagamento diz respeito a um hospital EPE.

1.2.1.4. Administração e organização interna

Na Figura 7 está representada a distribuição das respostas relativas à evolução percebida para os diversos itens da área administração e

organização interna. Esta área mantém a percepção geral obtida anteriormente para as 4 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).

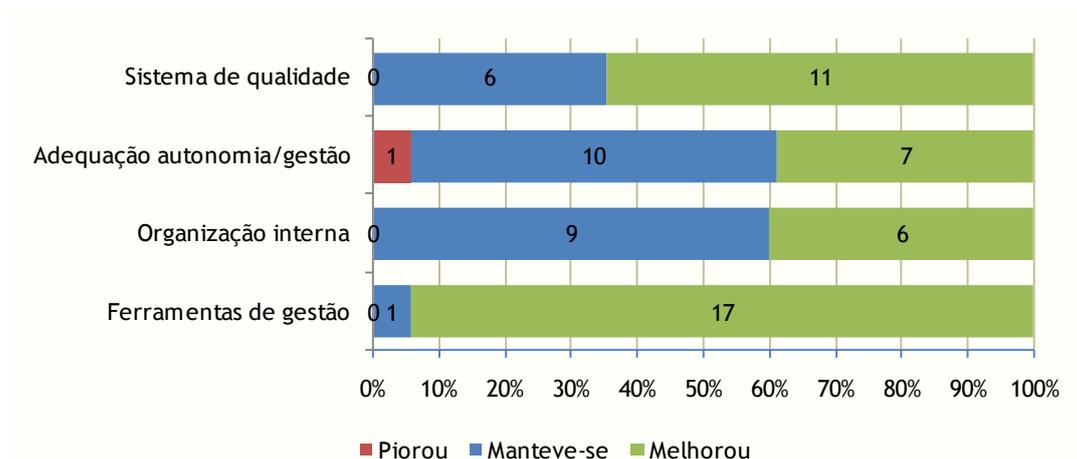


Figura 7 — Distribuição das respostas relativas à evolução percebida nos itens da área administração e organização interna

A avaliação dos itens ferramentas de gestão da informação das actividades clínicas, administrativas e de gestão bem como o sistema de qualidade dos serviços e cuidados prestados são os itens que as respostas obtidas apontam como tidas melhorias. No caso das ferramentas de gestão da informação, 94% das respostas obtidas consideram que melhoram, enquanto 6% das respostas obtidas consideram que se mantiveram. Relativamente ao sistema de qualidade, 65% das respostas consideram terem existido melhorias, enquanto 35% das respostas consideram que se mantiveram.

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 por 60% das respostas e 56% das respostas respectivamente.

O único item que apresenta uma avaliação negativa, como tendo piorado, é o item adequação do nível de autonomia do hospital às necessidades de gestão. A justificação para esse facto já foi apresentada anteriormente.

1.2.2. Avaliação em termos de situação actual

A Figura 8 apresenta a distribuição das respostas relativas à situação actual percebida pelos membros dos CA relativamente às várias áreas consideradas. Na generalidade a situação é considerada maioritariamente aceitável nas diversas áreas, embora exista também algum défice.

Assim, a área onde a situação é considerada mais aceitável é no aprovisionamento (74%). Segue-se a área dos recursos humanos (61%), a área económico-financeira (55%) e, finalmente, a área administração e organização interna (54%).

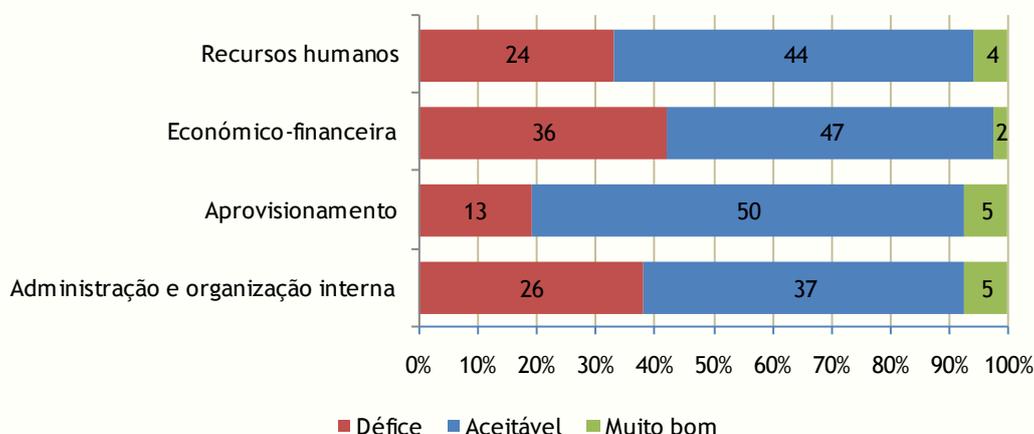


Figura 8 — Distribuição das respostas relativas à situação actual percebida nas áreas de governação

São também identificados alguns défices em cada uma destas áreas. As áreas onde foram reconhecidos os maiores défices são a área económico-financeira (42%), a área da administração e organização interna (38%) e a área dos recursos humanos (33%). A área onde se reconhece existir menos défice é no aprovisionamento (19%).

As percepções sobre a situação actual em cada uma das áreas ser muito boa são baixas. Assim, nas áreas do aprovisionamento e da administração e organização interna, 7% das respostas obtidas apontam para uma situação actual muito boa. Por seu turno, para as áreas recursos humanos e económico financeira apenas 6% das respostas e 2% das respostas apontam, respectivamente, para uma situação muito boa.

De seguida são apresentados os resultados por cada uma das áreas consideradas.

1.2.2.1. Recursos humanos

Na Figura 9 está representada a distribuição das respostas relativas à situação actual percebida nos itens da área dos recursos humanos. Esta área mantém na generalidade a percepção obtida anteriormente para as 4 áreas no sentido de a situação ser aceitável em praticamente todos os itens com excepção do item incentivos e complementos.

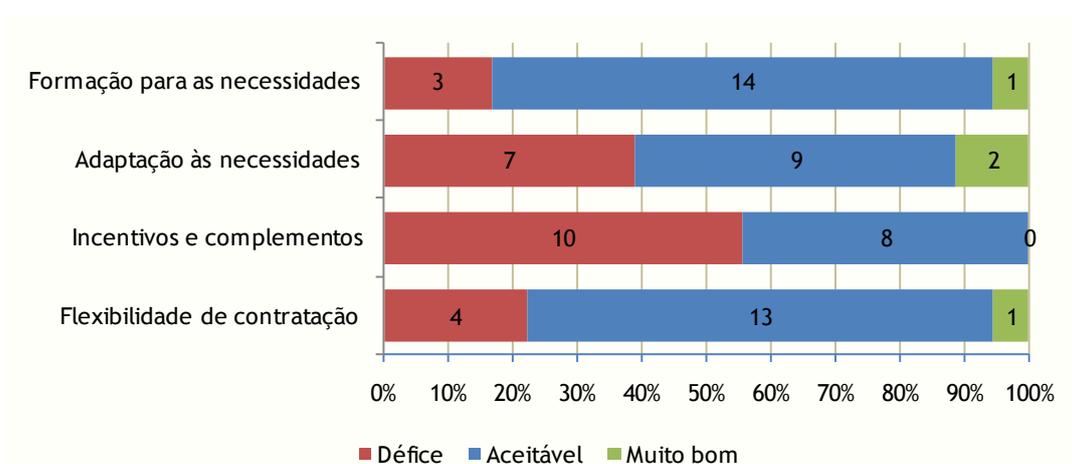


Figura 9 — Distribuição das respostas relativas à situação actual percebida nos itens da área dos recursos humanos

De facto, 78% das respostas obtidas consideram a formação profissional contínua de acordo com as necessidades do hospital como aceitável, 72% das respostas obtidas consideram a flexibilidade na contratação de recursos humanos aceitável e 50% das respostas obtidas consideram a adaptação dos recursos humanos às necessidades do hospital e à sua organização interna aceitável, enquanto 56% das respostas consideram existir défice nos sistemas de incentivos e complementos de remuneração.

Para além do item dos incentivos e complementos, todos os outros possuem algum défice. Assim, 39% das respostas consideram existir défice na adaptação dos recursos humanos às necessidades do hospital e à sua organização interna, 22% das respostas consideram existir défice na flexibilidade de

contratação dos recursos humanos, e 17% das respostas consideram existir défice na formação profissional contínua de acordo com as necessidades do hospital.

As situações de muito bom são bastante diminutas, sendo que no item sistemas de incentivos e complementos de remuneração não existe respostas de muito bom, conforme se pode verificar pela figura apresentada.

1.2.2.2. Económico-financeira

Na Figura 10 está representada a distribuição das respostas relativas à situação actual percebida nos itens da área económico-financeira. Esta área afasta-se um pouco da percepção geral obtida anteriormente para as 4 áreas. Se de facto nos itens processos de facturação e instrumentos de monitorização a tendência é próxima da percepção geral para as 4 áreas, maioritariamente aceitável e com algum défice, já nos restantes itens tal não se verifica.

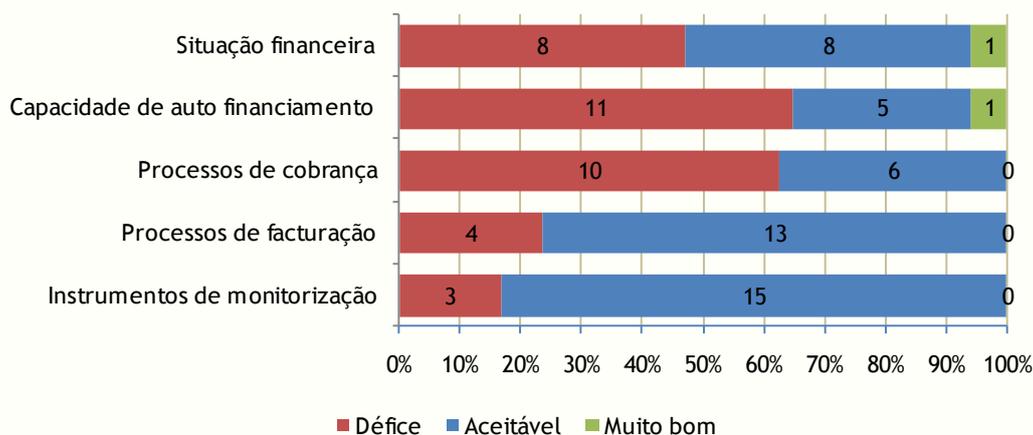


Figura 10 — Distribuição das respostas relativas à situação actual percebida nos itens da área económico-financeira

Assim, 83% das respostas obtidas e 76% das respostas obtidas consideram como aceitável a situação actual dos itens instrumentos de monitorização da actividade económico-financeira do hospital e processos de facturação, respectivamente. Apenas 17% das respostas obtidas consideram a existência de défices nos instrumentos de monitorização, enquanto 24% das respostas obtidas consideram existir défice nos processos de facturação.

A tendência para estes itens é invertida nos itens capacidade de autofinanciamento e processos de cobrança. Na capacidade de auto financiamento

para investimentos de substituição 65% das respostas obtidas consideram existir uma situação de défice, enquanto 29% das respostas obtidas consideram a situação aceitável. Por seu turno, nos processos de cobrança 63% das respostas obtidas consideram existir uma situação de défice e 38% das respostas obtidas consideram a situação como aceitável.

O item situação financeira reparte de igual forma a percepção de uma situação de défice e de uma situação aceitável com 47% das respostas obtidas. Apenas os itens situação financeira e capacidade de autofinanciamento apresentam respostas, apenas uma para cada item, como a situação sendo muito boa. Em nenhum dos outros itens existem respostas que considerem a situação actual como muito boa.

1.2.2.3. Aprovisionamento

Na Figura 11 está representada a distribuição das respostas relativas à situação actual percebida nos itens da área do aprovisionamento. Esta área mantém na generalidade a percepção obtida anteriormente para as 4 áreas no sentido de a situação ser maioritariamente aceitável em todos os itens.

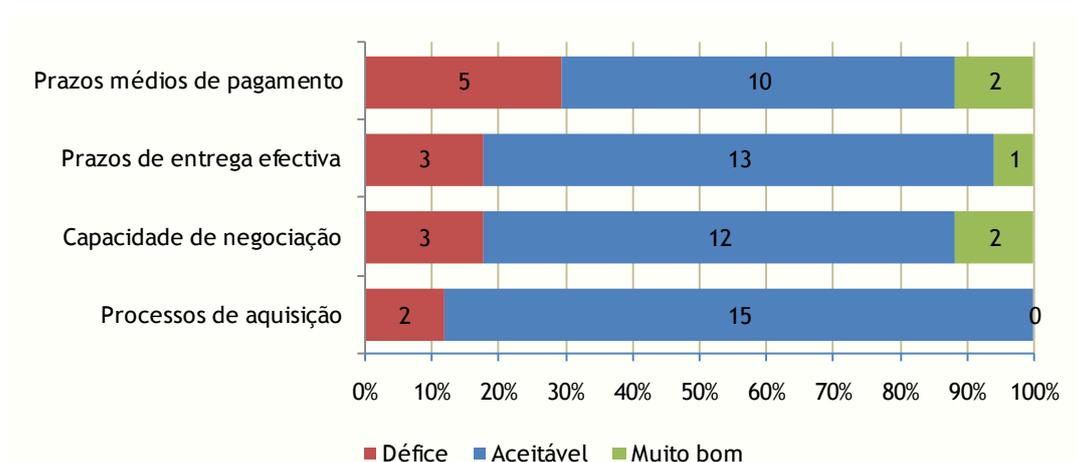


Figura 11 — Distribuição das respostas relativas à situação actual percebida nos itens da área do aprovisionamento

Nesta área a maioria das respostas obtidas considera a situação actual como aceitável para os processos de aquisição e de adjudicação (88%), para os prazos de entrega efectiva de acordo com as necessidades do hospital (76%), para

a capacidade de negociação com os fornecedores (71%) e para os prazos médios de pagamentos a fornecedores (59%).

As respostas obtidas para situações de défice são baixas. Assim, o item onde é considerado existir mais défice é os prazos médios de pagamento (29%), seguido pelos itens prazos de entrega efectivos e capacidade de negociação (18% respectivamente) e, por último, o item processos de aquisição e de adjudicação (12%).

As respostas que consideram a situação actual como muito boa são, mais uma vez, baixas. Em primeiro lugar surgem os itens prazos médios de pagamento e capacidade de negociação (12% respectivamente), seguido do item prazos de entrega efectiva (6%). Nenhuma resposta considera o item processos de aquisição e de adjudicação como estando numa situação muito boa.

1.2.2.4. Administração e organização interna

Na Figura 12 está representada a distribuição das respostas relativas à situação actual percebida nos itens da área administração e organização interna. Esta área mantém na generalidade a percepção obtida anteriormente para as 4 áreas no sentido de a situação ser aceitável em praticamente todos os itens com excepção do item organização interna do hospital de acordo com as necessidades.

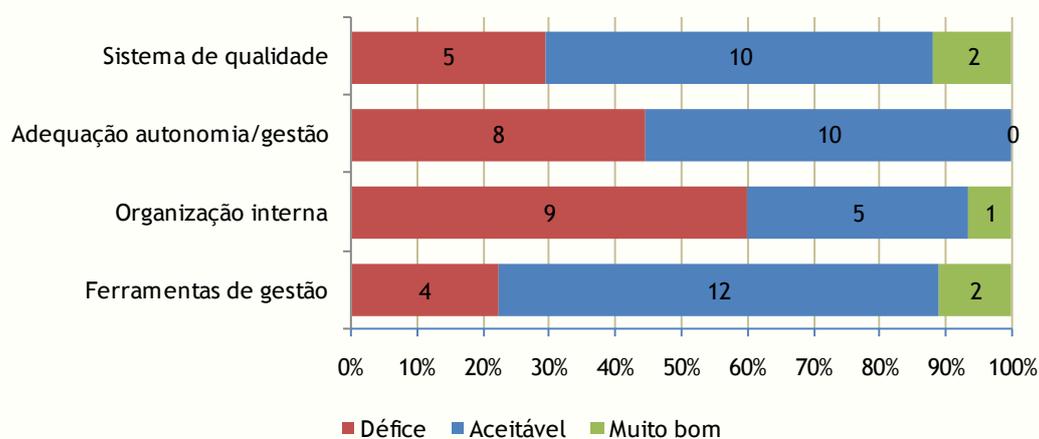


Figura 12 — Distribuição das respostas relativas à situação actual percebida nos itens da área administração e organização interna

A maioria das respostas obtidas considera a situação actual como aceitável nos itens ferramentas de gestão da informação das actividades clínicas, administrativas e de gestão (67%), sistema de qualidade dos serviços e cuidados prestados (59%), e adequação do nível de autonomia do hospital às necessidades de gestão (56%).

No item organização interna do hospital de acordo com as necessidades esta tendência inverte-se com a maioria das respostas obtidas a considerar a existência de uma situação de défice (60%). Nas restantes áreas também são apontadas algumas situações de défice. Assim, temos a adequação do nível de autonomia do hospital às necessidades de gestão (44%), o sistema de qualidade dos serviços e cuidados prestados (29%), e as ferramentas de gestão da informação das actividades clínicas, administrativas e de gestão (22%).

Com excepção do item adequação do nível de autonomia do hospital às necessidades de gestão todos os itens desta área têm respostas que consideram a situação actual como muito boa. Contudo, mais uma vez as respostas obtidas são baixas. Em primeiro lugar surge o item sistema de qualidade dos serviços e cuidados prestados (12%), seguido dos itens ferramentas de gestão da informação das actividades clínicas, administrativas e de gestão (11%) e organização interna do hospital de acordo com as necessidades (7%).

1.2.3. Identificação de dificuldades

Se confrontarmos a evolução com a situação actual obtemos uma matriz constituída por 9 células distintas que permitem avaliar o comportamento do CA para lidar com a situação herdada e as dificuldades que foram encontradas quando o CA tomou posse.

A Figura 13 mostra a matriz de comparação resultante entre a evolução e a situação actual, bem como as regiões que identificam dificuldades encontradas e possíveis dificuldades encontradas obtidas de acordo com a leitura de cada uma das células.

Actualidade	Muito bom	III	VI	IX
	Aceitável	II	V	VIII
	Défice	I	IV	VII
		Piorou	Manteve-se	Melhorou
		Evolução		

Dificuldades
■ Encontradas
■ Possíveis

Figura 13 — Matriz de comparação entre a evolução e a situação actual

A leitura de cada célula é a seguinte:

- I — caracterizada por ter piorado e se encontrar numa situação de défice. Pode ter piorado já se encontrando em défice, ou pode ter piorado a partir de uma situação inicial aceitável ou muito boa. Em qualquer dos casos o CA piorou a situação encontrada. No primeiro caso poderia configurar dificuldades encontradas, porque já estava em défice. Nos outros casos não se identificam dificuldades encontradas;
- II — caracterizada por ter piorado e se encontrar numa situação aceitável. Pode ter piorado a partir de uma situação aceitável ou pode ter piorado a partir de uma situação muito boa. Em qualquer dos casos o CA piorou a situação encontrada não se identificando dificuldades encontradas;
- III — caracterizada por ter piorado e se encontrar numa situação muito boa. Neste caso, é o CA piorou a situação encontrada não se identificando dificuldades encontradas;
- IV — caracterizada por se manter e se encontrar numa situação de défice. Neste caso pode existir alguma incapacidade do CA para lidar com a situação herdada e são identificadas dificuldades encontradas;
- V — caracterizada por se manter e se encontrar numa situação aceitável. Neste caso o CA manteve a situação herdada e não se identificam dificuldades encontradas;
- VI — caracterizada por se manter e se encontrar numa situação muito

boa. Neste caso o CA manteve a situação herdada e não se identificam dificuldades encontradas;

- VII — caracterizada por ter melhorado e se encontrar numa situação de défice. Neste caso o CA agiu positivamente sobre as dificuldades encontradas sendo possível a sua identificação;
- VIII — caracterizada por ter melhorado e se encontrar numa situação aceitável. Pode ter melhorado a partir de uma situação de défice ou pode per melhorado a partir de uma situação aceitável. Em qualquer dos casos mostra uma acção positiva do CA para lidar com a situação encontrada. Contudo, o primeiro caso configura a identificação de dificuldades encontradas, enquanto o segundo caso não configura dificuldades encontradas;
- IX — caracterizada por ter melhorado e se encontrar numa situação muito boa. Neste caso o CA agiu positivamente sobre a situação encontrada, podendo esta partir de défice, ser já aceitável ou mesmo muito boa. No primeiro caso podem-se identificar dificuldades encontradas, enquanto nos restantes casos não se identificam dificuldades.

Desta forma, as células IV e VII identificam dificuldades encontradas pelo CA na tomada de posse, e as células I, VIII e IX identificam possíveis dificuldades encontradas tendo em conta a respectiva leitura de cada célula em termos de evolução e situação actual. A Figura 14 mostra a distribuição das respostas obtidas para as células que identificam esse tipo de dificuldades.

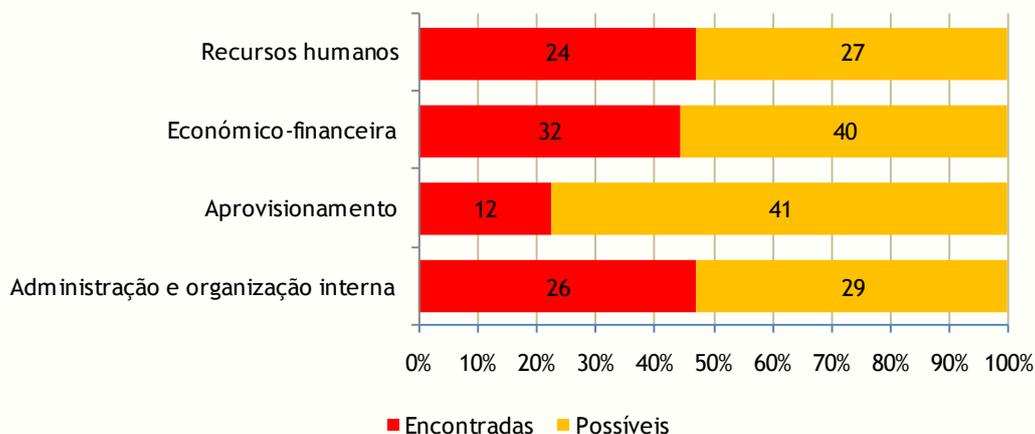


Figura 14 — Distribuição das respostas por dificuldades (encontradas e possíveis)

Foram encontradas dificuldades 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 (47%), recursos humanos (47%) e económico-financeira (44%). O aprovisionamento é a área que apresenta menos dificuldades encontradas (23%).

De seguida são apresentados os resultados por cada uma das áreas consideradas com base nas dificuldades encontradas.

1.2.3.1. Recursos humanos

Na Figura 15 está representada a distribuição das repostas por dificuldades, encontradas e possíveis, para a área dos recursos humanos. Verifica-se que não existe nenhum item desta área que seja identificado unicamente dentro das possíveis dificuldades encontradas.

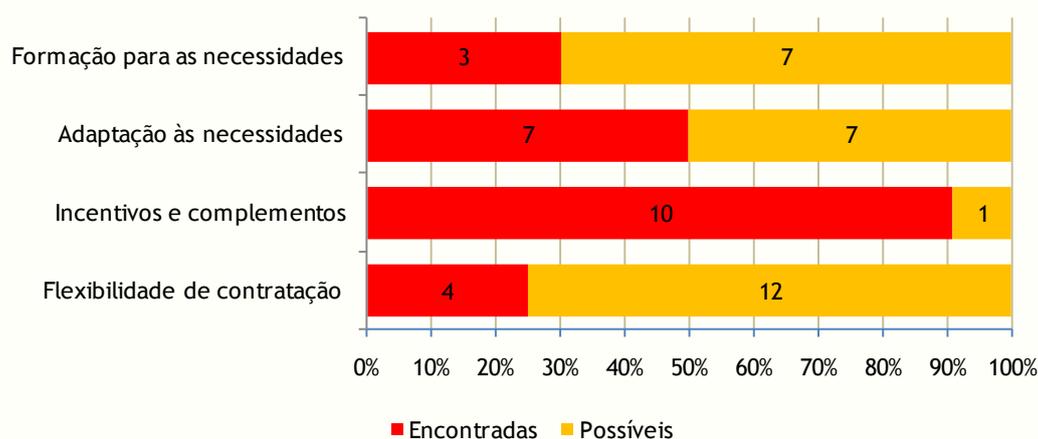


Figura 15 — Distribuição das repostas por dificuldades para a área dos recursos humanos

O item que a maioria das repostas obtidas identifica como mais problemático, dentro das encontradas, é o sistema de incentivos e complementos de remuneração (91%). Seguem-se a adaptação dos recursos humanos às necessidades do hospital e à sua organização interna (50%), a formação profissional contínua de acordo com as necessidades do hospital (30%) e, por último, a flexibilidade na contratação de recursos humanos (25%).

1.2.3.2. Económico-financeira

Na Figura 16 está representada a distribuição das repostas por

dificuldades, encontradas e possíveis, para a área económico-financeira. Verifica-se que não existe nenhum item desta área que seja identificado unicamente dentro das possíveis dificuldades encontradas.

Os itens que a maioria das respostas obtidas identifica como maiores dificuldades encontradas são os processos de cobrança (77%) e a capacidade de auto financiamento para investimentos de substituição (56%). Seguem-se a situação financeira (46%), os processos de facturação (31%) e, por último, os instrumentos de monitorização da actividade económico-financeira do hospital (18%).

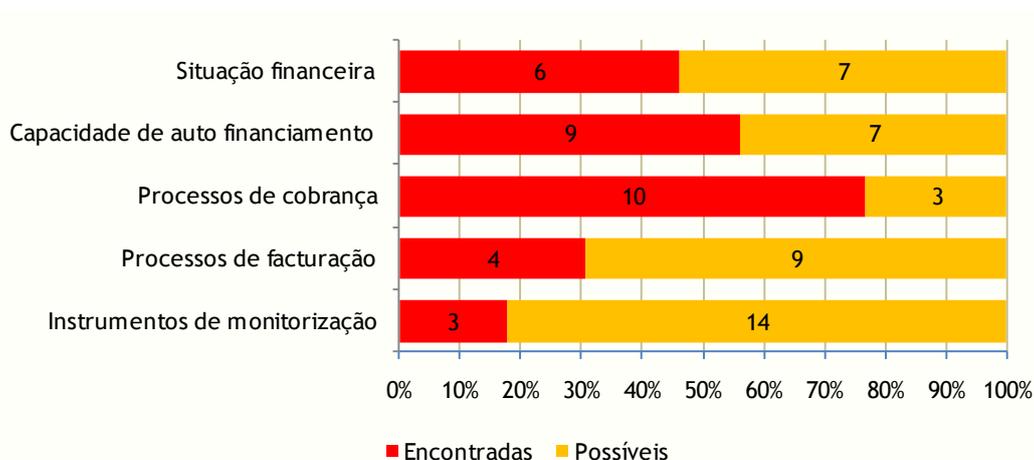


Figura 16 — Distribuição das respostas por dificuldades para a área económico-financeira

1.2.3.3. Aprovisionamento

Na Figura 17 está representada a distribuição das respostas por dificuldades, encontradas e possíveis, para a área do aprovisionamento. Esta é a área menos problemática em termos de dificuldades encontradas (23%), conforme descrito anteriormente.

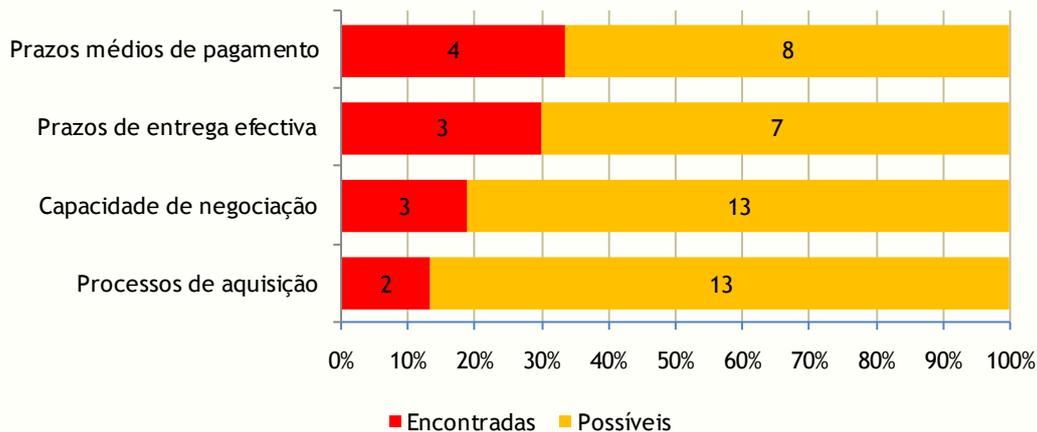


Figura 17 — Distribuição das respostas por dificuldades para a área do aprovisionamento

Há semelhança das áreas anteriores, verifica-se que não existe nenhum item desta área que seja identificado unicamente dentro das possíveis dificuldades encontradas, embora os seus itens apresentem valores baixos nas respostas das dificuldades encontradas. Os itens nas dificuldades encontradas que são identificados como mais problemáticos são os prazos médios de pagamento a fornecedores (33%) e os prazos de entrega efectiva de acordo com as necessidades do hospital (30%). Seguem-se a capacidade de negociação (19%) e, por último, os processos de aquisição e de adjudicação (13%).

1.2.3.4. Administração e organização interna

Na Figura 18 está representada a distribuição das respostas por dificuldades, encontradas e possíveis, para a área administração e organização interna. Verifica-se que não existe nenhum item desta área que seja identificado unicamente dentro das possíveis dificuldades encontradas.

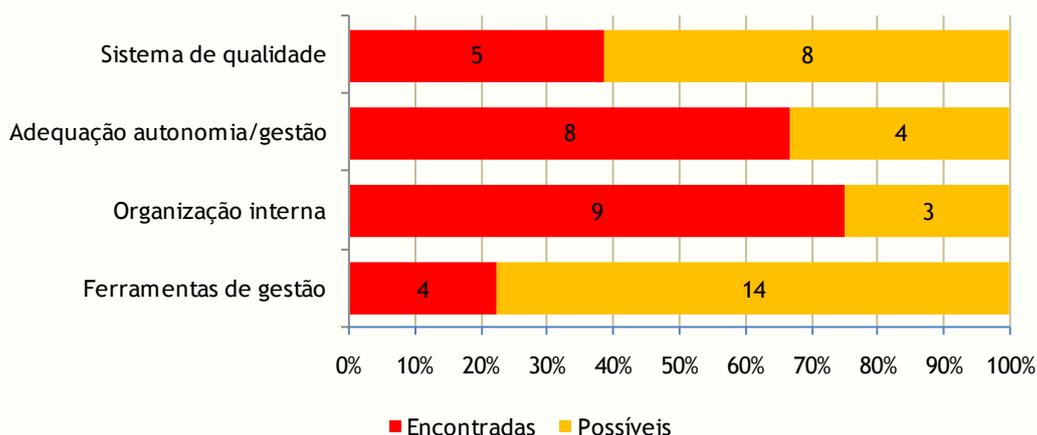


Figura 18 — Distribuição das respostas por dificuldades para a área da administração e organização interna

Os itens que a maioria das respostas obtidas identifica como maiores dificuldades encontradas são a organização interna do hospital de acordo com as necessidades (75%) e a adequação do nível de autonomia do hospital às necessidades de gestão (67%). Seguem-se o sistema de qualidade dos serviços e cuidados prestados (38%) e, por último, as ferramentas de gestão da informação das actividades clínicas, administrativas e de gestão (23%).

1.2.3.5. Resumo das dificuldades

O Quadro 11 resume os itens onde foram encontradas dificuldades utilizando dois pontos de corte em cada item: o primeiro com um número de respostas igual ou superior a 50%; o segundo com um número de respostas superior a 40%.

Área	#	Descrição	≥ 50%	> 40%
Recursos humanos	1	Flexibilidade na contratação de recursos humanos		
	2	Sistemas de incentivos e complementos de remuneração	X	X
	3	Adaptação dos recursos humanos às necessidades do hospital e à sua organização interna	X	X
	4	Formação profissional contínua de acordo com as necessidades do hospital		
Económico-financeira	1	Instrumentos de monitorização da actividade económico-financeira do hospital		
	2	Processos de facturação		
	3	Processos de cobrança	X	X
	4	Capacidade de auto financiamento para investimentos de substituição	X	X

Área	#	Descrição	≥ 50%	> 40%
	5	Situação financeira		X
Aprovisionamento	1	Processos de aquisição e de adjudicação (consulta aos fornecedores, abertura de concursos, exigências de fiscalização prévia, documentos para fornecedores habituais, etc.)		
	2	Capacidade de negociação com os fornecedores		
	3	Prazos de entrega efectiva de acordo com as necessidades do hospital		
	4	Prazos médios de pagamentos a fornecedores		
Administração e organização interna	1	Ferramentas de gestão da informação das actividades clínicas, administrativas e de gestão		
	2	Organização interna do hospital de acordo com as necessidades	X	X
	3	Adequação do nível de autonomia do hospital às necessidades de gestão	X	X
	4	Sistema de qualidade dos serviços e cuidados prestados		

Quadro 11 — Comparação para dois pontos de cortes

Assim, na área dos recursos humanos 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.

Na área económico-financeira, 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.

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.

Por último, na área da administração e organização interna 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.

1.2.4. Análise de comentários

Sobre as dificuldades encontradas foram obtidos 23 comentários de 14

dos entrevistados (10 internos e 4 externos). Os comentários obtidos com esta secção do questionário são diversos. Assim, temos 8 comentários sobre itens de cada uma das áreas consideradas, 13 comentários sobre outras dificuldades, e 2 comentários gerais sobre o exercício proposto aos entrevistados.

O Quadro 12 mostra a distribuição dos diferentes comentários obtidos para a secção dificuldades encontradas do questionário.

Tipo	Frequência	%
Sobre outras dificuldades	13	57%
Sobre itens das áreas consideradas	8	35%
Gerais sobre as áreas	2	9%
Total	23	100%

Quadro 12 — Distribuição dos comentários relacionadas com a secção dificuldades encontradas

1.2.4.1. Sobre outras dificuldades

O Quadro 13 apresenta a distribuição dos comentários sobre outras dificuldades identificadas.

Dificuldades encontradas	Frequência	%
Falta de competências de gestão nas chefias intermédias	9	69%
Recrutamento de lideranças para as unidades orgânicas	2	15%
Manutenção de equipamentos e instalações	1	8%
Qualidade dos registos clínicos	1	8%
Total	13	100%

Quadro 13 — Distribuição dos comentários sobre outras dificuldades

Assim, a falta de competências de gestão nas chefias intermédias (69%) e o recrutamento de lideranças para as unidades orgânicas (15%) são apontados como as maiores dificuldades encontradas. Surgem depois a manutenção de equipamentos e instalações (8%) e a qualidade dos registos clínicos (8%).

O Quadro 14 apresenta alguns exemplos de comentários sobre cada um dos itens identificados.

Itens	Entrevistado	Comentário
Falta de competências de gestão nas chefias intermédias	14	A colaboração, a participação é pouca até pela falta de competências de gestão nos médicos, nomeadamente nos directores de serviço. 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.
	17	O que nós temos nos hospitais são direcções intermédias técnicas, com grande saber e conhecimento nas áreas técnicas, com pouca apetência para a gestão, pouca motivação para a gestão e muito acomodadas.
Recrutamento de lideranças para a gestão intermédia	11	Os grandes problemas estão relacionados com o recrutamento de lideranças para as unidades orgânicas.
	17	Alguns hospitais têm tentado criar centros de responsabilidade e têm grandes dificuldades em encontrar pessoas que assumam essa direcção estratégica.
Manutenção de equipamentos e instalações	7	Manutenção de equipamentos e instalações - obras de reparação, manutenção, melhoria, casas de banho, etc. Muitos hospitais apresentam situações de degradação exigindo um grande esforço de investimento.
Qualidade dos registos clínicos	7	Preocupação com a qualidade dos registos clínicos para efeitos de facturação (definir correctamente qual o GDH) - preocupação com classificação correcta do doente; a falta de informação desvaloriza o doente em termos de pagamento, porque é definido um GDH diferente.

Quadro 14 — Exemplo de comentários sobre outras dificuldades.

1.2.4.2. Sobre itens das áreas consideradas

O Quadro 15 apresenta a distribuição dos comentários sobre as áreas consideradas.

Dificuldades encontradas	Frequência	%
Económico-financeira	3	38%
Aprovisionamento	2	25%
Recursos humanos	2	25%
Administração e organização interna	1	13%
Total	8	100%

Quadro 15 — Distribuição dos comentários sobre itens das áreas consideradas

A área mais comentada é a económico-financeira (38%), nomeadamente os itens relacionados com os processos de facturação, os processos de cobrança, e a capacidade de autofinanciamento. Já no aprovisionamento (25%) os comentários incidem sobretudo sobre os prazos médios de pagamento aos fornecedores. Nos recursos humanos (25%) são focadas a questão da flexibilidade da contratação e a formação profissional de acordo com as necessidades do hospital. O comentário da administração e organização interna diz respeito à adequação do nível de autonomia do hospital às necessidades de gestão.

O Quadro 16 apresenta alguns exemplos dos comentários obtidos para cada uma das áreas consideradas.

Itens	Entrevistado	Comentário
Económico-financeira	6	Na realidade muita da produção adicional apresentada pelo anterior ministro resultou da melhoria dos sistemas de facturação e de cobrança. Não se produziu mais mas registou-se foi mais. A cobrança no entanto continua deficitária, porque não existia uma cultura de pagamento. Todos estavam acostumados a não pagar.
	18	Temos de ter capacidade de autofinanciamento. Este hospital tem 7 anos e começamos a sentir necessidade de substituir equipamentos o que nos coloca alguns problemas.
Aprovisionamento	10	Os prazos médios, relativamente àquilo que se fala da administração pública, nomeadamente as autarquias, são muito bons.
	18	Prazos médios de pagamento. Temos um prazo muito longo.
Recursos humanos	10	Boa flexibilidade em termos de contratação, não em termos de despedimento.
	10	Falta de ferramentas que permitam adequar as necessidades de formação e o desempenho do hospital. Isso é um problema de todas as organizações. Ainda é feita muita formação que não traz qualquer valor acrescentado para o hospital.
Administração e organização interna	19	Menos autonomia de gestão. Tenho menos liberdade, menos autonomia para a gestão do hospital como empresa. Temos procurado cumprir os objectivos de produção mas não há liberdade para a operação do CA. Mesmo o que a lei prevê como liberdade de operação, como autonomia, não é sentida porque o accionista tem tido um papel de decisão, não entregou o papel de decisão aos CA, e de controlador dos CA.

Quadro 16 — Exemplo de comentários sobre às áreas consideradas.

1.2.4.3. Gerais sobre as áreas

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.

Entrevistado	Comentário
5	A área clínica está em falta, nomeadamente questões específicas relacionadas com as marcações do bloco operatório, o agendamento de altas, etc.
7	Há uma área que está subentendida que é a gestão estratégica. Os hospitais não têm autonomia para a definir. Apesar de a tutela pedir a definição de um plano de negócio a 5 anos, com uma visão sobre o futuro, é tudo <i>show-off</i> , porque os hospitais não têm verdadeira autonomia para o fazer, não tem verdadeira adesão à realidade. Embora fosse de facto importante.

Quadro 17 — Comentários relacionados com sugestões sobre possíveis áreas em falta

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. O Quadro 17 apresenta esses comentários.

1.3. Decisões políticas passadas

Os resultados obtidos com as respostas e os comentários desta secção do questionário serão analisados sobre duas perspectivas. Primeiro, uma que focará o papel do enquadramento legal do hospital, nomeadamente no que se refere ao estatuto jurídico e a sua importância na organização interna. Segundo, uma que focará 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.

Os resultados da primeira serão apresentados no ponto denominado o enquadramento legal do hospital (1.3.1), enquanto os resultados da segunda serão apresentados nos pontos relativos à experiência dos CRI (1.3.2) e às formas alternativas de delegação de competências (1.3.3). Finalmente, serão apresentados os resultados de outros comentários relativos a outras decisões políticas (1.3.4).

1.3.1. 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 obtidas 3 tipos de respostas:

- Os que consideram o estatuto como enquadrador, no sentido de definir as fronteiras de actuação perante entidades terceiras, perante a tutela e perante a regulação. Este tipo de resposta olha sobretudo para o plano externo do hospital e para a definição das suas fronteiras de actuação;
- Os que consideram o estatuto como um facilitador no sentido de funcionar 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. Este tipo de resposta olha sobretudo para o plano interno do hospital relativamente à sua organização não fazendo esta depender unicamente do estatuto do hospital;
- Os que consideram a 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. Este tipo de resposta olha para 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 resolvendo apenas com a sua aplicação.

O Quadro 18 apresenta a distribuição das respostas por entrevistado. A percentagem calculada é sobre o número de entrevistados. 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. Assim, 64% dos entrevistados considera o estatuto jurídico como facilitador, 45%

dos entrevistados considera-o enquadrador e 27% considera que existem outros problemas e limitações associados.

Identificam	Entrevistados	% (22)
Estatuto como enquadrador	10	45%
Estatuto como facilitador	14	64%
Outros problemas e limitações	6	27%

Quadro 18 — Distribuição das respostas dos entrevistados sobre o estatuto por categoria

A Figura 19 mostra a distribuição dos comentários sobre o estatuto jurídico hospitalar por categoria. As categorias foram criadas de acordo com as respostas dadas pelos entrevistados relativamente ao estatuto.

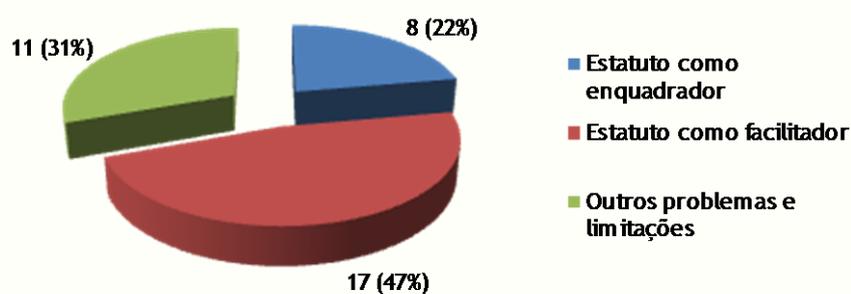


Figura 19 — Distribuição dos comentários sobre o estatuto por categoria

Conforme se pode verificar, os comentários obtidos apontam maioritariamente para as características de facilitador do estatuto jurídico (47%). Apenas 22% dos comentários dizem respeito à categoria de enquadrador. No Quadro 19 são apresentados alguns exemplos de comentários para estas categorias.

Categoria	Entrevistado	Comentário
Estatuto como enquadrador	2	O estatuto jurídico é importante para definir algumas fronteiras.
	15	Ok, o estatuto facilita perante entidades terceiras, perante a relação entre o hospital e a tutela, a regulação, bem como com outras entidades.
	18	Tudo tem de ter um acompanhamento jurídico senão depois andamos num terreno pantanoso.
	22	É uma forma de funcionarem as coisas de maneira a sabermos com que linhas é que nos cosemos.
Estatuto como facilitador	9	O estatuto jurídico é um elemento facilitador que permite melhorar a forma de trabalhar. Desta forma, em instituições que sempre se procuraram organizar e em que existiam preocupações de gestão o estatuto

Categoria	Entrevistado	Comentário
		funciona como uma alavanca.
	11	As alterações do estatuto jurídico não criaram problemas à organização interna. O estatuto constituiu uma abertura à criatividade.
	12	O estatuto é um factor importante, mas não chega. No entanto é uma condição prévia para avançar na organização interna.
	18	O estatuto jurídico é um elemento potenciador mas que não resolve tudo até porque grande parte da resolução dos problemas dos hospitais, da sua organização interna, etc. deverá partir da iniciativa do CA e das suas competências.

Quadro 19 — Exemplo de comentários sobre o estatuto para a categoria enquadrador e facilitador.

É interessante verificar que 27% dos entrevistados respondeu, que apesar de o estatuto ser um elemento enquadrador e/ou facilitador, também existem outros potenciais problemas e limitações. Esse contraponto correspondeu a 31% dos comentários. O Quadro 20 apresenta alguns dos comentários associados a esta categoria.

Entrevistado	Comentário
16	O problema do MS é que tem uma quantidade imensa de serviços na sua dependência directa, são os hospitais com dimensões diferentes, compare-se por exemplo o Hospital de Santa Maria e o Hospital da Anadia, e o que eu acho é que quando se tem de gerir um universo tão diferente obrigatoriamente se esquecem as diferenças e portanto por um lado tenta-se fazer aquilo que é mais simples de fazer que é mudar o chapéu-de-chuva que cobre todos ou que pode cobrir todos, o estatuto jurídico, e por outro lado têm-se tendência a encontrar-se soluções que se aplicam apenas a uma parte desse universo de serviços.
16	Nos hospitais públicos estamos num universo que é muito regulado, que é muito manipulado centralmente e naturalmente que aqui de Lisboa a perspectiva do detalhe é praticamente nula e tenta-se sempre regular para todos quando isso não é possível.
16	Também é um facto que depois não existe instrumentos jurídicos que depois dêem esta liberdade aos CA de cada hospital. Isto transforma-se num ciclo vicioso, nem todas as funções que estão apontadas em regulações são aplicáveis a todos os hospitais, a liberdade da gestão é muito reduzida de qualquer forma, mesmo relativamente à gestão privada há muito menos liberdade no público do que no privado está tudo muito enquadrado por leis, portarias, diplomas que naturalmente são cegos à diferença e o valor da rede do MS tem a ver com a diferença.
17	A empresarialização traz alguma flexibilidade mas são precisas competências de gestão dentro das instituições de saúde e não é por termos o estatuto que conseguimos mudar o paradigma da gestão dentro das instituições de saúde. E não me parece que isso se consiga mudar numa geração.
18	O estatuto jurídico é um elemento potenciador mas que não resolve tudo até porque grande parte da resolução dos problemas dos hospitais, da sua organização interna, etc. deverá partir da iniciativa do CA e das suas competências.
19	Um estatuto jurídico demasiado regulamentador limita a acção do CA, porque o CA corre o risco de estar facilmente nas margens da lei, contras as regras da lei, de não ser capaz de actuar. É a tentativa de definir uma matriz e depois

Entrevistado	Comentário
	decalcá-la sem atender às diferenças que existem entre hospitais. No mundo empresarial privado isto não existe. Os CA têm um grau de actuação maior.
19	A passagem para SA e depois para EPE tornou-se cada vez mais restritiva em termos de autonomia. Algumas experiências inovadoras ficaram na gaveta. A experiência foi perdida e mesmo que a funcionar bem foram integradas na turba da empresarialização. Até porque a nossa cultura é já uma cultura de empresa consolidada. Temos sido uma experiência mal acompanhada e mal consolidada.
20	O que é relevante para nós é que se gera uma concorrência desleal em termos operativos e de instrumentos para nós e para os EPE. EPE permitem o contrato individual de trabalho que não nos é permitido, minimizando desta forma os instrumentos de gestão.
21	Mais do que o problema da organização interna é precisamente a organização em termos de estatuto a nível nacional, porque estamos a trabalhar para o mesmo fim e para o mesmo dono, e perdemos a capacidade de resposta e de atrair os cérebros (médicos, técnicos e os clientes).

Quadro 20 — Exemplo de comentários sobre o estatuto para a categoria problemas e limitações.

Nestes comentários é patente o 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”. É também patente o desconforto do hospital que constituiu uma experiência inovadora de gestão, detendo “uma cultura consolidada de empresa”, e que considera estar a perder sistematicamente autonomia.

Surge também a questão da 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. São também referenciados a falta de competências de gestão nas organizações de saúde e a falta de iniciativa dos CA na reorganização interna do hospital

1.3.2. 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?” foram obtidos 3 tipos de comentários:

- Gerais que focam questões relacionadas com o diploma dos CRI, com as características dos CRI existentes, daquilo que os impulsionou e sobre o seu número reduzido;

- Explicações para o insucesso de uma medida legislativa que procura a reorganização interna do hospital no que se refere à delegação de competências, contratualização interna e sistema de incentivos;
- Pressupostos para como deveria ter decorrido o processo de mudança no que se refere à organização interna do hospital.

Categoria	Comentários	%
Gerais	18	14%
Explicações	101	80%
Pressupostos	8	6%
Total	126	100%

Quadro 21 — Distribuição dos comentários sobre os CRI por categorias

O Quadro 21 apresenta a distribuição dos comentários pelas categorias indicadas. A maioria dos comentários está relacionada com explicações para o falhanço dos CRI (80%). Por seu turno 14% dos comentários são gerais e 6% dos comentários são pressupostos sobre o processo de mudança.

1.3.2.1. Comentários gerais

A Figura 20 apresenta a distribuição dos comentários gerais obtidos por subcategorias de acordo com o seu conteúdo.

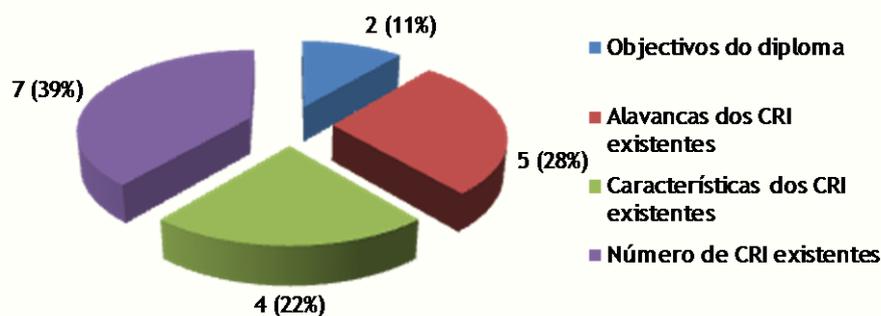


Figura 20 — Distribuição dos comentários gerais por subcategorias

Assim, 89% dos comentários dizem respeito aos CRI existentes em termos de número (39%), dos elementos que os impulsionaram (28%), e das suas características (22%).

O Quadro 22 apresenta exemplos de comentários gerais sobre os CRI. Os comentários foram agrupados em subcategorias para facilitar a leitura.

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
Objectivos do diploma	10	Se calhar os CRI foram uma tentativa de implementar instrumentos de gestão para alavancarem os resultados, ou seja, produzir mais com menos recursos mantendo a qualidade. Os CRI foram uma boa ideia utilizando uma má técnica legislativa tentando impor uma mudança <i>top-down</i> nos hospitais.
	19	Os CRI pretendiam pegar num hospital e dividi-lo em parcelas com autonomia relativamente grande em relação ao hospital. No fundo fazer aquilo que os hospitais sempre quiseram relativamente à tutela que era ter mais autonomia.
Alavancas dos CRI existentes	2	Muitos deles partiram do voluntarismo dos envolvidos e depois, fruto de várias vicissitudes, acabaram por não vingar. Outros vingaram apenas por causa das pessoas neles envolvidos e no estilo de liderança imposto.
	11	Os que existem são muito vistos à luz dos seus líderes, caso da cardiotorácica. Os CRI acabaram por se afirmar à luz das suas lideranças.
	12	Apenas vingaram os CRI com lideranças mais vincadas e, mesmo assim, não são CRI na verdadeira definição do conceito
Características dos CRI existentes	1	Cirurgia cardiotorácica dos HUC não é um CRI na íntegra, apenas tem alguns aspectos que o podem caracterizar como CRI.
	1	Os CR aproveitam apenas as vantagens e declinam as responsabilidades. Se tiver superavit pode distribuir incentivos, mas tirando isso não lhe são afectos despesas que a organização também tem: água, electricidade, transportes, etc
	1	O diploma que acabou por sair e nunca foi implementado na prática. Até hoje, na íntegra nenhum CRI foi criado. Há uns esboços de CRI, mas que apenas aproveitaram algumas das vertentes daquilo que era um CRI.
Número de CRI existentes	2	Os CRI foram muito poucos e verdadeiros CRI não há.
	4	Na prática conhece-se um.
	8	Na generalidade o diploma dos CRI era um bom diploma. Contudo, a sua execução <i>ipsis verbis</i> (textualmente) era difícil em termos hospitalares. Daí que tenham existido adaptações e poucos CRI a funcionarem na prática.
	16	A primeira geração de CR foi um desastre também porque estava muito orientada para necessidade de existir a possibilidade do exercício de prática privada pelos médicos. Estava instrumentalizada por um objectivo que não era essencial, o objectivo não era melhorar a gestão era criar um espaço para dar um benefício, mais um incentivo, a um determinado grupo profissional dentro do hospital. O número de CR que existem é a prova evidente que esta não é a maneira certa de fazer a reforma das entranhas da estão do hospital

Quadro 22 — Exemplo de comentários gerais sobre os CRI.

Os comentários apontam para a bondade geral do diploma em termos de organização interna, para os factores que explicam a existência de alguns CRI relacionados sobretudo com a liderança, para as características dos CRI existentes,

nomeadamente o facto de não o serem verdadeiramente mas apenas adaptações, e para o número reduzido de CRI existentes.

1.3.2.2. Explicações para o insucesso

O Quadro 23 apresenta a distribuição dos comentários relativos a explicações para o insucesso dos CRI. Os comentários foram agrupados por categoria de acordo com o seu conteúdo. As categorias Conselho de Administração, falta de competências e questões culturais englobam 62% dos comentários. Por seu turno as restantes categorias englobam 38% dos comentários. 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 conjugação e a interdependência simultânea de várias delas.

Categoria	Comentários	%
Conselho de Administração	27	27%
Falta de competências	22	22%
Questões culturais	14	14%
Regulamentação e normativismo	11	11%
Falta de vontade política	8	8%
Falta ou insuficiência de ferramentas	8	8%
Outros	6	6%
Falta de lideranças	5	5%
Total	101	100%

Quadro 23 — Distribuição dos comentários que explicam o falhanço dos CRI

Conselhos de Administração

A maioria dos comentários (27%) aponta causas relacionadas com os Conselhos de Administração para o falhanço dos CRI. O Quadro 24 apresenta a distribuição dos comentários para esta categoria por várias subcategorias que identificam os problemas associados aos CA.

Categoria	Comentários	%
Medo de delegar	9	33%
Modelo de decisão centralizado	5	19%
Falta de confiança nas chefias intermédias	4	15%

Categoria	Comentários	%
Rotina e burocracias	3	11%
Medo de enfrentar poderes instalados	2	7%
Falta de pensamento estratégico	2	7%
Falta de capacidade de gestão	1	4%
Resposta a novos desafios	1	4%
Total	27	100%

Quadro 24 — Distribuição dos comentários relativos aos CA

Assim, e tomando como base os comentários efectuados e a sua classificação, os principais motivos do falhanço dos CRI relativos ao CA estão relacionados com o medo de delegar (33%), a forma de funcionar dos CA assente num modelo de decisão centralizado no próprio (19%), a falta de confiança nas chefias intermédias (15%), a 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%).

O Quadro 25 apresenta exemplos de alguns dos comentários obtidos para cada uma das subcategorias mencionadas no parágrafo anterior.

Categoria	Entrevistado	Comentário
Medo de delegar	3	Quem está nos CA tem muito medo de delegar, porque vai sendo um repreendendo àqueles pequenos poderes de autorizar isto ou aquilo que na realidade não são nada. Acaba por se refugiar nestes pequenos poderes para não delegar.
	16	A maioria dos hospitais lidam mal com esse tipo de estruturas intermédias, porque a gestão de topo, os CA, tem dificuldade em transferir competências, e transferir competências é atribuir a responsabilidade para níveis mais baixos mais próximos da operação.
	17	Essa falta de capacidade de gestão faz com que as pessoas tenham medo. Só tem medo quem não sabe gerir.
Modelo de decisão centralizado	4	Os CA tiveram medo de avançar, porque estava tudo muito centralizado. Os CRI eram uma nova filosofia que ultrapassava o modo de funcionamento dos CA na altura. Estes estavam acostumados a decidir tudo de forma centralizada ignorando muitas vezes o que se passava ao nível mais operacional. Eram decisões cegas desfasadas e afastadas da realidade que depois se repercutiam de forma negativa no hospital.
	15	Se a realidade é esta o modelo de governação tem de ser adaptado a esta realidade. É um erro, um potencial insucesso, pensar que do topo à base se faz uma ordem de serviço e que ela é cumprida sem um envolvimento negocial.

Categoria	Entrevistado	Comentário
Falta de confiança nas chefias intermédias	3	Não têm também confiança suficiente ou não reconhecem competência suficiente nas direcções técnicas ou de gestão para assumirem as responsabilidades por experiências do tipo das dos CR.
	16	Por outro lado os terceiros, chamemos-lhe gestão intermédia, são pessoas que não são escolhidas pelo hospital, pelo CA, são pessoas que são já lá estão, são pessoas que fazem parte do quadro, são administradores hospitalares que andam por aí e portanto são pessoas que obrigatoriamente podem não merecer a confiança, não quer dizer que sejam maus profissionais, podem é não ser reconhecidos pelo CA.
Rotina e burocracias	3	Serem assoberbadas por um conjunto de burocracias do dia-a-dia que as impede de ter uma visão mais estratégica da organização e das respectivas necessidades. Não serem capazes de fazer mais do que a gestão operacional das questões do dia-a-dia e não se meterem em pensar mais aquilo que é a organização.
	19	A política demasiado centralizadora da tutela, desde o 25 de Abril, é uma política demasiado castradora da actuação dos CA.
Medo de enfrentar poderes instalados	4	Muitas vezes podemos ir contra interesses instalados. Podemos estar a valorizar algumas pessoas em detrimento de outras. Comprometimento entre as pessoas nomeadas para os CA e os directores de serviços.
	19	Estiveram em competição uns com os outros, consumiram recursos para se formarem como serviços e esta lógica nunca foi contrariada pelos CA porque eles apenas respondiam aos poderes instalados.
Falta de pensamento estratégico	7	Nunca chegamos a uma discussão de médio e longo prazo. Nunca chegamos a uma verdadeira discussão estratégica.
	15	Agora falta também o pensamento estratégico que o CA deve ter, que é a sua competência mais forte, é o pensar que meios precisa, que recursos necessita para aplicar uma determinada política.
Falta de capacidade de gestão	17	Nós temos pouca capacidade de gestão nos CA.
Resposta a novos desafios	3	A delegação de competências cria novas situações para os quais os CA não estão preparados: por um lado cria novos desafios e mudanças que obrigam a outra atitude dos CA; por outro a delegação de competências podem funcionar bem obrigando os CA a um trabalho mais intensivo de acompanhamento; por outro a delegação de competências pode não funcionar sobrecarregando novamente o CA.

Quadro 25 — Exemplo de comentários relacionados com o CA organizados por subcategorias.

É importante destacar a existência de relações entre cada uma destas subcategorias. Assim, 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 as quais os CA não estão preparados”. Estas relações apontam mais uma vez para a conjugação de factores e a interdependência existente entre eles.

Falta de competências

A falta de competências é a segunda categoria que apresenta mais comentários (22%). A Figura 21 apresenta a distribuição dos 22 comentários desta categoria por subcategorias de acordo com o seu conteúdo. A falta de competências é afectada a 3 níveis distintos: ao nível da gestão intermédia, nomeadamente ao nível dos serviços (54%), ao nível da gestão de topo, nomeadamente nos CA e outros administradores (32%), e ao nível externo, nomeadamente ao nível do Ministério e das ARS (14%).

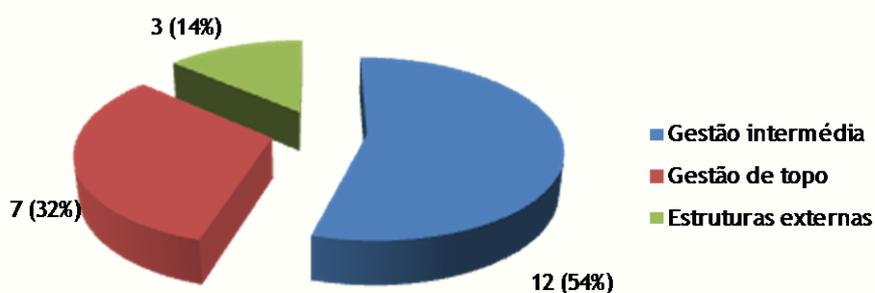


Figura 21 — Distribuição dos comentários relativos à falta de competências por subcategorias

O Quadro 26 apresenta exemplos dos comentários obtidos para cada uma destas subcategorias.

Categoria	Entrevistado	Comentário
Gestão intermédia	6	A gestão intermédia não estaria suficientemente preparada, poderá não estar suficientemente preparada, mas pode sempre aprender em congressos, cursos, pós-graduações. Alguns teriam condições, outros não e continuam a ser directores de serviços. Existe de alguma forma um

Categoria	Entrevistado	Comentário
		desfasamento entre a evolução na carreira, a progressão e as condições para chegar a, e as verdadeiras necessidades em termos de gestão dos serviços.
	10	Falta de competências de gestão da maior parte dos directores de serviços, médicos. Que não têm de ter preparação para as ter. As faculdades de medicina não preparam os médicos para terem competências de gestão. Aqueles que as têm adquiriram-nas por vontade própria.
	12	Falta de competências de gestão nas chefias intermédias. Se a gestão intermédia não tem competências de gestão fica tudo um pouco no ar.
	18	A gestão intermédia não estava preparada para este desafio. Não tinha as competências de gestão necessárias e duvido que hoje as tenha. Não estava e duvido que esteja.
Gestão de topo	5	Pouca preparação das chefias, quer de topo, os CA, quer intermédias, as direcções de serviços, para assumirem uma nova filosofia
	15	Os administradores hospitalares são pessoas de banda larga, o que tem muito a ver com a própria formação de base. Eu sou de direito, a minha formação é de banda larga completa, e estamos a falar de gestão operacional da actividade clínica. Eu acho que os administradores hospitalares não são formados ou nem capacidades em termos de competências próprias ou adquiridas em termos de formação para este nível de gestão. Nós concentramo-nos nos serviços de apoio, na gestão dos materiais, dos recursos humanos e nessas coisas e depois temos dificuldade em lidar com as unidades operacionais, as unidades clínicas, que são fundamentais que são o <i>core bussiness</i> . Eu diria que por aqui está também a justificação para que este modelo também não tenha tido grande sucesso.
	19	Não se tem colocado enfoque nestes novos modelos de gestão empresarial. A preparação continua a ser na administração pura e dura. Ora administração e gestão são coisas diferentes. Uma coisa é administrar o dinheiro que me dão tentando chegar ao fim do ano e que ele chegue, outra coisa é dizer com este dinheiro tens que fazer mais e tens de fazer melhor. Isto é que é gerir. Se virmos os quadros da administração hospitalar durante muitos anos são fundamentalmente da área de direito, poucos da área da gestão e da economia.
Estruturas externas	5	Falta de capacidade técnica ao nível das ARS no acompanhamento e no incentivo à mudança.
	19	Dificuldade do MS em termos nos organismos intermédios da tutela a capacidade de fazerem o controlo do sistema. E como não conseguem controlar também não conseguem atribuir responsabilidades às suas próprias estruturas

Quadro 26 — Exemplo de comentários relacionados com a falta de competências organizados por subcategorias.

Ao nível da gestão intermédia, a tónica é colocada na falta de competências de gestão ao nível das chefias dos serviços, e à forma como se atinge o patamar de direcção de serviço. A falta de competências de gestão dos médicos assenta sobretudo na sua preparação de base, iminentemente técnica (médica), e no sistema de formação, nomeadamente das falhas das “faculdades de medicina não preparam os médicos para terem competências de gestão”. Por outro lado, é apontado também o desfasamento existente entre a “evolução na carreira”, e a consequente chegada a director de serviço, e as “necessidades de gestão dos serviços”.

Os problemas da gestão de topo estão sobretudo relacionadas 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”.

Por seu turno, os problemas das estruturas externas estão sobretudo 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”.

Questões culturais

As questões culturais representam a terceira categoria com mais comentários (14%). A Figura 22 apresenta a distribuição dos 14 comentários relativos às questões culturais por subcategorias.

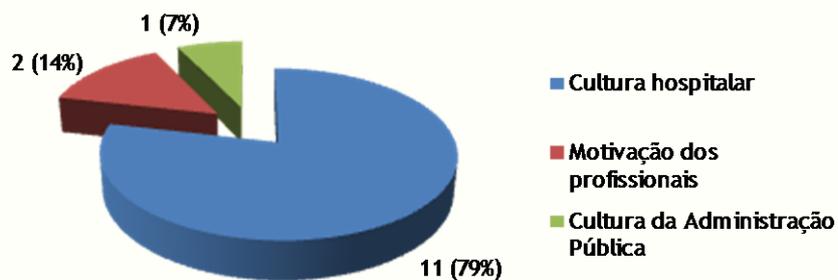


Figura 22 — Distribuição dos comentários relativos às questões culturais por subcategorias

A maioria dos comentários incide sobre a cultura hospitalar (79%), enquanto a cultura da administração pública e a motivação dos profissionais apenas possuem um comentário (7%) e dois comentários (14%), respectivamente. O Quadro 27 apresenta exemplos dos comentários obtidos para cada uma destas subcategorias.

Categoria	Entrevistado	Comentário
Cultura hospitalar	6	No hospital confrontam-se duas estruturas: uma funcional (direcções de serviços, departamentos, desempenho técnico) e outra gestionária (seriam os CRI e os aspectos mais gestionários) que não têm os mesmos contornos e obedecem a lógicas diferentes.
	7	Face a uma cultura muito da especialidade em que o director de serviços se vê retratado pelo número de camas e quando se querem juntar serviços ninguém quer.
	12	Questão cultural das instituições, centrada numa cultura de serviços, directores de serviços em que os objectivos principais de distinção do serviço passam por ter mais ou menos camas.
	14	A junção de vários serviços num centro violentava a cultura de cada serviço ser uma quinta ao serviço do seu feitor dificultando a sua junção num centro.
	15	O hospital tem 2 ou 3 atributos diferenciadores. Um deles, decisivo, é a existência de duas linhas de autoridade: uma hierárquica e outra técnica. E, em última análise, quem tem um forte poder de decisão sobre os meios é a linha técnica.
	18	Tem também um pouco a ver com a cultura dos hospitais, nomeadamente a organização de poder à volta dos serviços, do director de serviço, etc. O modelo dos CRI afastava-se desta cultura e introduzia um novo paradigma.
	19	Nos hospitais há uma cultura que é contrária à cultura empresarial. Primeiro, vivemos durante muitos anos, e ainda vivemos de forma mais mitigada, que o hospital era um couro dos médicos, dos enfermeiros e, já de alguma forma, de alguns técnicos especializados. Durante muitos anos os hospitais cresciam ao sabor destas personalidades,

Categoria	Entrevistado	Comentário
		destas lutas internas. Cresciam ao sabor dos directores de serviços e da pressão que eles faziam. Especializavam-se em função disso e não de uma estratégia de hospital. E assistíamos a coisas incríveis e absurdas.
Motivação dos profissionais	9	Pouca motivação dos profissionais em trabalharem dessa forma, em se responsabilizarem por aquilo que é feito e por aquilo que respeita ao serviço.
	13	Os médicos receiam assumir responsabilidades.
Cultura da Administração Pública	12	Por outro lado a cultura predominante de função pública, assente em progressões automáticas, na falta de definição de objectivos, etc. inquinou todo o processo, porque se exigia uma nova cultura e uma nova liderança.

Quadro 27 — Exemplo de comentários relacionados com as questões culturais organizados por subcategorias.

Ao nível da cultura hospitalar as questões colocam-se a vários níveis. Por um lado ao nível da gestão com o confronto de uma estrutura funcional, suportada no serviço, nos departamentos ou em outro tipos de unidades, e outra gestionária “que não têm os mesmos contornos e obedecem a lógicas diferentes”. Por outro lado, 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”. Finalmente, e não menos importante, “a organização de poder à volta dos serviços” e do seu director.

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.

Regulamentação e normativismo

A regulamentação e o normativismo são a categoria que aparece em quarto lugar com 11% dos comentários. O Quadro 28 apresenta alguns exemplos de comentários relacionados com esta subcategoria.

Entrevistado	Comentário
2	Apesar das boas intenções em termos de organização e reestruturação do hospital caiu-se no erro da obrigatoriedade através de um decreto-lei.
6	O normativismo da Belém pode ter contribuído para o falhanço ao fixar uma data de implementação. Foi uma tentativa de reorganizar por decreto. Como sabe esta nossa

Entrevistado	Comentário
	faceta normativista raramente tem reflexos nas acções. Estamos cheios de boas leis que na prática não são cumpridas.
10	Excessivo definir por decreto a data de implementação. Há uma certa tentação de tentar resolver problemas por diploma legislativo que não podem ser resolvidos por diploma legislativo.
14	A mudança tem de ter em conta a cultura da organização. A cultura não se muda pela criação estatutária ou legal de uma nova forma departamental.
19	Um dos problemas em Portugal é a tendência excessiva de regulamentação (que existe para ou aparentemente para proteger e defender as pessoas) que acaba por criar algumas dificuldades na gestão porque retira graus de liberdade à gestão nalguns aspectos e desta forma procurar formas de rodear a lei que não são normais ou naturais. Somos dos países que mais regulamentação produz em termos europeus.
19	Só que regulamentaram de novo tudo e ao regulamentarem tudo mataram à partida o menino, porque o CR tem que ser forçosamente diferente de organização para organização.

Quadro 28 — Exemplo de comentários relacionados com a regulamentação e o normativismo.

O teor dos comentários seleccionados aponta para a excessiva preocupação regulamentadora e para a faceta marcadamente normativista da sociedade portuguesa. Desta forma, 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”.

Falta de vontade política

A falta de vontade política é referida em 8% dos comentários (8). O Quadro 29 apresenta alguns exemplos de comentários relacionados com esta subcategoria.

Entrevistado	Comentário
5	Falta de vontade política para promover a mudança efectiva e uma nova filosofia de organização interna dos hospitais. Vontade política para implementar, passando do normativo para a acção e acompanhando de perto os processos de mudança.
6	Não tenho visto grande vontade dos CRIs neste Ministério. Não sei se é pelo nome, se é pelas pessoas que o rodeiam. Não lhe vejo indicações sobre os CRI. A tutela actua só de uma maneira, devia criar condições para passar a palavra. O Ministério deve ter uma postura sobre este tema. A tutela não aposta, diz apenas se os CA quiserem avançar então podem avançar, mas por vossa conta e risco.
7	Falta de empenho político que se verificou depois.
10	Oportunidade política. Nunca se investiu. Criou-se o modelo mas faltou alguma pilotagem na sua implementação. Os assuntos que o MS são tão vastos que

Entrevistado	Comentário
	provavelmente não teve tempo suficiente para acompanhar o modelo. Se tivesse mais tempo, provavelmente teríamos mais CRI nos hospitais.
17	Acresce a descontinuidade política do modelo. Mudam-se governos, mudam-se as orientações.

Quadro 29 — Exemplo de comentários relacionados com a falta de vontade política.

Tendo em conta o conteúdo de alguns dos comentários apresentados, a vontade política 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 considerados¹.

Falta ou insuficiência de ferramentas

A falta ou insuficiência de ferramentas para iniciar e acompanhar as mudanças inerentes aos CRI são também apontadas por 8% dos comentários (8). O Quadro 30 apresenta alguns dos comentários relacionados com esta subcategoria.

Entrevistado	Comentário
7	Falta de uma organização interna que permita descentralizar as responsabilidades a nível económico-financeira. Ainda não temos acesso fácil e seguro aos custos. Desta forma, sem conhecer os custos efectivos, não podemos descentralizar orçamentos.
7	A segunda face a dificuldades técnicas que é determinar os custos com rigor de modo a projectar os orçamentos com rigor.
12	Ausência de instrumentos nos SPA que não potenciam os níveis intermédios de gestão que pressupõem alguma autonomia.
13	A contabilidade analítica é uma lacuna nos hospitais. Não nos é possível determinar com rigor os custos de cada serviço e os custos associados a um doente.
20	Até porque a forma como se aferem os custos não é totalmente precisa. Essencialmente por limitações relacionadas com a contabilidade analítica e a insuficiência de sistemas precisos. Os hospitais podem não estar preparados em termos de instrumentos para realizar a contratualização interna. Não consigo saber com rigor qual o serviço ou serviços que contribuíram para um determinado acto. O que é que vais ser afecto a cada um? O sistema dá-me a produção mas não consigo saber exactamente quais os serviços que a realizaram. Nós sabemos o que cada serviço custa, com a margem de erro da contabilidade analítica.

Quadro 30 — Exemplo de comentários relacionados com a falta ou insuficiência de ferramentas.

¹ 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.

Os comentários nesta área são pouco explícitos relativamente ao tipo de ferramentas ou instrumentos que não existiam ou que sofriam 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”.

Falta de lideranças

A falta de lideranças recolheu 5% dos comentários (5). O Quadro 31 apresenta alguns dos comentários relacionados com esta subcategoria.

Entrevistado	Comentário
11	Não sei até que ponto, por exemplo, este vínculo às lideranças e às suas características não condicionou de alguma forma o aparecimento de outros CRI e de outros potenciais candidatos. Os grandes problemas estão relacionados com o recrutamento de lideranças.
18	Temos pessoas muito diferenciadas nos hospitais ao nível da componente clínica e portanto temos que ter por um lado na forma de organizar internamente e por outro lado temos de ser capazes de captar as pessoas mais habilitadas para as gerir. Nós temos recursos muito especializados e diferenciados, pessoas altamente inteligentes com capacidade e conhecimentos, que estão muito acima da maioria dos recursos humanos das empresas. Nos CRI aconteceu isto. Quem era a cabeça dos CRI. Quem manda, como é que isto se organiza?
22	Um CRI, o mais mediático foi o da cardiorácica do Dr. Manuel Antunes, enquadra-se na figura do director e na sua liderança. Que consegue ter capacidade, com todos os defeitos que possa ter, que consegue imprimir uma cabeça e uma hierarquização. Toda a gente sabe qual é a cadeia hierárquica e parece-me que isso é a chave para que as coisas funcionem.

Quadro 31 — Exemplo de comentários relacionados com a falta de lideranças.

A falta de lideranças mencionada parece repercutir-se em dois planos. Por um lado a 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 a dificuldade do “recrutamento de lideranças” externamente.

Outras dificuldades

Questões relacionadas com “dificuldades financeiras” dos hospitais, “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”

recolheram 6% dos comentários (6). O Quadro 32 apresenta os comentários relacionados com esta subcategoria.

Entrevistado	Comentário
1	Dificuldades financeiras das próprias organizações, porque obrigam a que seja feito um orçamento do CR para que ele depois faça a gestão. Isto não tem acontecido.
10	Não é barato implantar CRI em todos os hospitais públicos do SNS. Provavelmente gastaríamos mais dinheiro do que estamos a gastar neste momento.
15	Por um lado, porque exigindo alterações burocráticas ou administrativas com várias pessoas a apreciar a sua estrutura tem o percurso normal de alteração burocrática ou administrativa. São lentos.
17	Legislação pouco clara para a aplicação de incentivos e de responsabilidades.
20	Eles não vingaram, porque podem sair caros. Nem todos os hospitais têm uma estrutura capaz de ter CR.
21	Os CRI não vingaram, porque podiam sair caros aos hospitais. Nem todos os hospitais tinham estrutura financeira capaz de suportar um CRI.

Quadro 32 — Exemplo de comentários relacionados com outras dificuldades.

1.3.2.3. Pressupostos sobre o processo de mudança

Foram também feitos alguns comentários sobre pressupostos para o processo de mudança necessária com os CRI. Os comentários focam a forma como o processo de mudança deveria decorrer e o papel preponderante dos CA. O Quadro 33 apresenta alguns dos comentários relacionados com esta categoria.

Entrevistado	Comentário
5	A mudança deveria ter sido equilibrada: de cima para baixo, com o Ministério e as ARS a apoiarem os processos de mudança, nomeadamente através de um maior acompanhamento e a ajuda na resolução de problemas e conflitos; de baixo para cima, com os CA e a gestão intermédia, nomeadamente as direcções de serviços, a reorganizarem o hospital e a prepararem a mudança.
7	Os CRI só funcionam bem quando se verificarem duas coisas em simultâneo: (i) repensar a estrutura interna dos hospitais, um CRI não é um serviço é mais qualquer coisa (recorrendo ao conhecimento e evidência internacional e nacional) e (ii) descentralizar as competências de gestão, incluindo a componente financeira, criando orçamentos por áreas.
7	A gestão intermédia é a parte mais fácil. Os alicerces é que não estão montados. Com uma aliança entre os médicos e os gestores não seria difícil encontrar lideranças intermédias que fizessem o planeamento das suas actividades, que definissem os seus objectivos e que, de importância extrema, alinhassem os objectivos estratégicos ao nível da organização com os objectivos intermédios ao nível dos CRI.
8	Um CA deve ser coeso e forte. A seguir devemos dar toda a liberdade aos serviços, mas sempre sobre a nossa orientação. Não há hipótese, eu dou toda a liberdade mas a estratégia dos serviços tem de se enquadrar na estratégia do hospital. Eu agora sou o director de um CRI e como tal faço o que me apetece? Não! Tenho de ter em conta as orientações do CA e a estratégia definida para o hospital. Os interesses devem ser alinhados.
12	O papel dos CA também é uma condição prévia, porque de alguma forma devem ser

Entrevistado	Comentário
	eles a liderar o processo e isso dá trabalho.
15	Agora também o pensamento estratégico que o CA deve ter, que é a sua competência mais forte, é o pensar que meios precisa, que recursos necessita para aplicar uma determinada política. E como a política do hospital é de forte descentralização como é que a vai a operacionalizar de modo a que o poder técnico, exercido maioritariamente por médicos, se vai alinhar, aproximar, com o poder hierárquico e com as competências de gestão.
15	Já o disse, e choquei alguns membros do CA, que pensam que ao assumir o CA têm o comando sobre os meios do hospital, têm de perceber que o CA é muito mais um fórum negocial, naturalmente que tem representação externa e tem que representar uma matriz comum ao hospital, entre os centros operacionais onde vigora a competência técnica, o poder técnico.
18	Grande parte da resolução dos problemas dos hospitais, da sua organização interna, etc. deverá partir da iniciativa do CA e das suas competências.

Quadro 33 — Exemplo de comentários relacionados com indicações sobre os processos 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.

1.3.3. 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?*” foram obtidos 33 comentários. A Figura 23 apresenta a distribuição dos comentários por categorias.

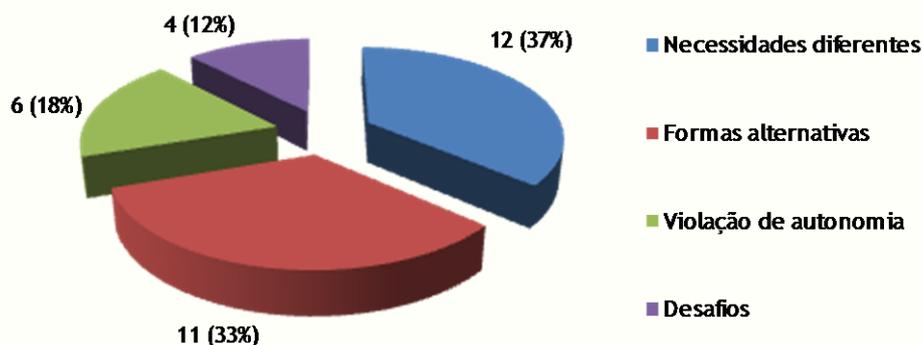


Figura 23 — Distribuição dos comentários relativos às formas alternativas de organização

Assim, 37% dos comentários estão relacionados com as necessidades diferentes de cada hospital, 37% dos comentários estão relacionados com formas alternativas de organização interna, 18% dos comentários estão relacionados com a violação da autonomia, e 12% dos comentários estão associados aos desafios que se colocam com a organização interna. O Quadro 34 apresenta exemplos de comentários para as formas alternativas de organização organizados pelas subcategorias mencionadas.

Categoria	Entrevistado	Comentário
Necessidades diferentes	2	A organização interna deve competir a quem a está a gerir e não à tutela. Cada hospital é um caso. Hospitais de dimensões diferentes exigem modelos de organização diferente. No início, antigamente, era tudo igual, mas os hospitais evoluíram e são diferentes dos outros.
	10	O modelo de reorganização interna deve ser adequado à sua dimensão, à sua cultura, ao seu ambiente e aos seus condicionalismos.
	16	Esse detalhe, cada organização é uma individualidade, tem uma personalidade própria e tem de ser a própria gestão da organização a perceber qual é a melhor maneira de organizar internamente o hospital.
	19	Cada organização é que sabe como é que se organiza, como é que agarra nos serviços, como é que os interliga, etc. Vai dando graus de liberdades maiores ou menores aos serviços consoante os próprios actores que tem nos serviços.
Formas alternativas	3	Há outras formas de o fazer. Por exemplo, nós através dos departamentos fizemos delegações de competências maiores do que aquelas que são enunciadas nos CR. Mas porque quisemos correr riscos, porque delegar competências também é correr riscos.
	6	Os CRIs foram apenas uma ideia. Obviamente que existem outras formas de delegar competências. O CRI é apenas uma nomenclatura técnica.

Categoria	Entrevistado	Comentário
	11	Definimos algo parecido com os CRI, que não o são, que são 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.
	22	Os CA não estão aprisionados aos CRI. A filosofia do CRI é muito próxima do departamento. Funciona quase como um CRI, só não tem essa figura jurídica, mas no resto partilha o poder de co-governança com o CA.
Violação de autonomia	2	A tutela deve deixar, e note que estamos a falar de entidades empresariais, liberdade para o CA organizar o hospital como pretende. Note que os accionistas numa empresa não definem a forma como a empresa se organiza internamente, apenas pedem contas à gestão daquilo que está a fazer em termos de produção de resultados e na forma de os obter.
	14	Mais importante do que definir figurinos jurídicos únicos para a generalidade dos hospitais e para a organização interna do hospital interessa deixar autonomia aos CA para definirem a sua estrutura organizativa tendo em conta as suas características.
	18	Acho que a tutela não tem tanto de se preocupar com a forma como é feita a organização interna, porque isso deve ser figurino de cada hospital e do CA porque tem liberdade para isso.
Desafios	2	A organização interna do hospital entra muitas vezes em confronto com alguns poderes instalados.
	4	Ao delegar responsabilidade e competências exigimos mais e temos de controlar monitorizar se de facto essas novas competências e responsabilidades estão a ser executadas. Os CA têm de desenvolver outras formas de trabalhar e têm de mudar os seus processos.
	13	Pretendemos sobretudo criar uma cultura de co-responsabilização.
	15	Já o disse, e choquei alguns membros do CA, que pensam que ao assumir o CA têm o comando sobre os meios do hospital, têm de perceber que o CA é muito mais um fórum negocial, naturalmente que tem representação externa e tem que representar uma matriz comum ao hospital, entre os centros operacionais onde vigora a competência técnica, o poder técnico.

Quadro 34 — Exemplo de comentários relacionados com as formas de organização interna organizados por subcategorias.

As necessidades de cada hospital são diferentes (37%) em termos de 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”.

Existem formas alternativas de organização interna (33%), como 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”), que não se esgotam no CRI que foram “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”.

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 negocial” do que uma linha hierárquica dura que “têm o comando sobre os meios do hospital”.

1.3.4. As várias decisões políticas

Pode constatar-se pelos comentários anteriores que, para além da organização interna do hospital relativa ao diploma dos CRI, a discussão incidiu sobretudo 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.

O Quadro 35 apresenta exemplos de comentários relacionados outras decisões políticas.

Categoria	Entrevistado	Comentário
Agências de Contratualização	2	A contratualização era feita a um nível muito académico, como uma espécie de exercício. Os resultados foram poucos criando-se um certo descrédito relativo à contratualização. Apesar de tudo teve alguns aspectos positivos, nomeadamente a mais-valia para o que é actualmente a contratualização. Era uma forma diferente de os hospitais trabalharem, mas muitas vezes desfasado da realidade. Não teve repercussões significativas, até por descontinuidade política. O facto de se ter de fazer uma contratualização externa obrigava a uma prática de contratualização interna, constituindo desta forma um bom exercício para o CA e os serviços envolvidos.
	6	Olho para o passado e para a orientação estratégica vinda da Dra. Maria de Belém relativamente à contratualização e às Agências de Contratualização e não compreendo, ainda hoje, porque é que um governo com a mesma liderança inflectiu tanto na política de saúde no que se refere a esta nova filosofia de responsabilização. Parecia que a ideia era acabar com tudo o que a Dra. Maria de Belém tinha feito.
	12	A entrada da Dra. Manuela Arcanjo foi um revés nas Agências de Contratualização. Para além da perda de conhecimento subsequente, que parece estar agora a ser recuperado, perdeu-se o envolvimento dos profissionais e uma nova mentalidade que se estava a desenvolver. Foi um retrocesso. Não compreendo como é que num governo com a mesma cor política houve uma reversão tão grande de orientação.
Experiências de quase empresarialização	19	Por exemplo ninguém avaliou suficientemente bem o modelo do Amadora Sintra. A única abordagem que tem sido feita é muito em termos políticos ou politizados, de luta pública. É um modelo que até pode ser mais claro, a explorar no futuro, em termos contratuais, 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.
	19	Porque é que as experiências similares à nossa não resultaram. Por exemplo, o Barlavento Algarvio, porque é que não resultou? Talvez a criação de um quadro público em vez do contrato individual de trabalho.

Categoria	Entrevistado	Comentário
	19	A nossa passagem por SA e depois por EPE tem sido cada vez mais restritivo. Algumas experiências inovadoras ficaram na gaveta. A experiência foi perdida e mesmo que a funcionar bem foram integradas na turba da empresarialização. É por isso que não compreendo que tendo sido nós uma experiência de sucesso, que foi integrado apesar disso neste processo de empresarialização, não se olhe para nós com outros olhos dando-nos alguma liberdade de operação e continuemos a ser considerados um hospital público tradicional. Até porque a nossa cultura é já uma cultura de empresa consolidada. Temos sido uma experiência mal acompanhada e mal consolidada.
Hospitais SA	22	Em governação o ponto fundamental é conhecer o terreno para onde vamos. Quando alguém nomeia será que pensa nisto? O que é que ele conhece? Isto não é condenar logo à partida para o insucesso? Quando as SA aparecem introduzem um factor gestor privado que na maior parte das vezes foi um insucesso, porque na maior parte dos casos não conheciam o terreno e note que nem ponho em causa a competência deles. Não avalio a competência intrínseca mas sim o seu desconhecimento do terreno. Um hospital não é uma fábrica de salsichas em que existem dois tipos de profissionais: os que mandam e os que obedecem. No hospital há muita coisa que tem de jogar em equilíbrio e em conjugação de esforços, não é só mandar e obedecer.
Hospitais EPE	22	Na minha óptica o modelo EPE pode contribuir para um cunho de maior conhecimento, de um maior convencimento e participação dos profissionais.

Quadro 35 — Exemplo de comentários relacionados outras decisões políticas.

O desenvolvimento de uma cultura de contratualização e de responsabilização das unidades públicas através das Agências de Contratualização foi uma das decisões políticas mencionadas, nomeadamente no que se refere ao desenvolvimento da cultura de contratualização. Apesar de “feita a um nível muito académico, como uma espécie de exercício” criou “conhecimento”, “envolvimento dos profissionais” e “uma nova mentalidade”, 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 (Hospital Fernando da Fonseca, Amadora Sintra, 1995), e a gestão pública utilizando regras do direito privado em diversas áreas (o Hospital de São Sebastião, Feira, 1996; o Hospital do Barlavento Algarvio, 1998).

1.4. Problemas da governação hospitalar

Os comentários obtidos com as respostas dadas à pergunta aberta desta secção foram analisados e de seguida codificados em vários itens. Os resultados obtidos estão representados no Quadro 36 ordenados pelo número de comentários obtidos.

Itens	Comentários	%
Problemas estruturais do hospital	8	14%
Política de saúde não coerente e ciclos políticos	7	12%
Falta de requisitos mínimos no CA	6	10%
Processo de nomeação do CA	5	9%
Escassez de recursos	4	7%
Resposta e intervenção da tutela	4	7%
Autonomia do hospital	4	7%
Evolução da ciência e da tecnologia	4	7%
Cultura predominante	3	5%
Falta de ferramentas no hospital	3	5%
Financiamento do hospital	3	5%
Existência de diferentes estatutos	2	3%
Modelo centralista e excesso de regulamentação	2	3%
Promiscuidade público/privado	2	3%
Escolha do staff pelo CA	1	2%
Total	58	100%

Quadro 36 — Distribuição dos comentários por itens

Conforme se pode avaliar pelo quadro anterior os comentários identificam como maiores problemas da governação hospitalar em Portugal os problemas estruturais dos hospitais (14%), a política de saúde não coerente e os ciclos políticos (12%), a falta de requisitos mínimos nos CA (10%), o processo de nomeação do CA (9%), a escassez de recursos (7%), a resposta e a intervenção da tutela (7%), questões relacionadas com a autonomia do hospital (7%) e a evolução da ciência e tecnologia (7%). No seu conjunto estes 8 itens agrupam 72% dos comentários obtidos, enquanto os restantes 7 itens agrupam apenas 28% dos comentários.

No seu conjunto estes itens possuem características em comum que os permitem agrupar em 4 categorias:

- Conselho de Administração, que agrupa itens directamente relacionados com os CA, nomeadamente a falta de requisitos mínimos no CA, o processo de nomeação do CA e a escolha da equipa de apoio pelo CA;
- Hospital, que agrupa itens directamente relacionados com a organização como os problemas estruturais do hospital, a autonomia do hospital, o financiamento do hospital, a falta de ferramentas e a existência de estatutos jurídicos diferentes;
- Tutela, que agrupa itens directamente relacionados com a tutela como a política de saúde não coerente e os ciclos políticos, a resposta e intervenção da tutela, e o modelo centralista e excesso de regulamentação;
- Contexto, que agrupa itens directamente com um ambiente mais geral relacionado a escassez de recursos, a cultura predominante, a evolução da ciência e da tecnologia, a promiscuidade entre público e privado e a sustentabilidade do SNS.

O Quadro 37 apresenta a distribuição dos comentários agrupados pelas categorias resultantes do agrupamento dos itens.

Categoria	Comentários	%
Hospital	20	34%
Contexto	13	22%
Tutela	13	22%
Conselho de Administração	12	21%
	58	100%

Quadro 37 — Distribuição dos comentários por categorias

Assim, a categoria que agrupa mais comentários é a relacionada com os itens do hospital (34%), seguida da categoria contexto e tutela (22% cada uma). A categoria que agrupa menos comentários é a relativa ao Conselho de Administração (21%).

De seguida serão apresentados os resultados para cada uma destas categorias.

1.4.1. Relacionados com o hospital

A Figura 24 apresenta a distribuição dos comentários relacionados com o hospital. Os problemas estruturais do hospital são os mais comentados (40%), seguido da autonomia do hospital (20%). Seguem-se a falta de ferramentas e o financiamento do hospital (15% cada uma). Por último, surge a existência de diferentes estatutos (10%).

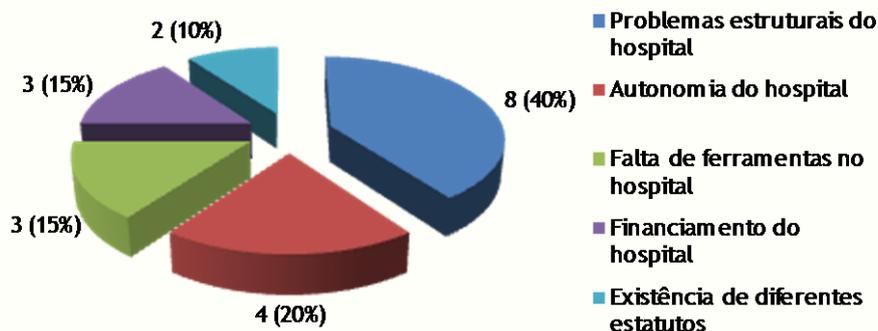


Figura 24 — Distribuição dos comentários pelos itens relacionados com o hospital

O Quadro 38 apresenta exemplos de comentários para cada um dos itens mencionados. Pela sua importância, alguns dos itens têm mais comentários.

Itens	Entrevistado	Comentário
Problemas estruturais	7	O resultado final, mesmo que exista uma margem de ineficiência estrutural nos hospitais, ela provavelmente não se pode resolver instantaneamente, e então a ineficiência tem de ser paga ou então vivemos sempre com o credo na boca. Criamos um ciclo vicioso suportado em dívidas e na dificuldade de racionalizar custos, porque grande parte da estrutura dos custos resulta do atraso dos pagamentos e da inflação dos preços. Podíamos ter preços 30% abaixo daquilo que pagamos e não o conseguimos porque temos prazos de pagamento dilatados.
	8	O desperdício em saúde na maior parte dos hospitais é na ordem dos 30% e dos 40%. Temos de os recuperar. Note que a gestão do hospital é feita basicamente com 2 itens: os recursos humanos e os medicamentos. Tem isto na mão e tem o hospital gerido, porque representam 70% da despesa.
	10	O mercado de trabalho, nomeadamente a falta de médicos condiciona bastante. Deveria existir um bocadinho de desemprego, porque nalguns casos estamos na mão dos profissionais sendo eles a ditar algumas das regras.
	11	Baixa produção médica. Os médicos têm vencimentos significativos (vencimento normal e vencimento extraordinário sobretudo do serviço de urgências). Isto afecta a produção hospitalar e o seu equilíbrio

Itens	Entrevistado	Comentário
		financeiro. Muitas vezes o trabalho médico mede-se mais em horas de urgência e menos em consultas, em cirurgias e outros actos que se traduzem no cumprimento do contrato-programa e nos resultados do hospital.
	20	Problemas estruturais, nomeadamente a definição dos principais actores, que são os médicos, que geram a despesa, que não têm a sensibilização aos custos, são eles que condicionam e manipulam todo o sucesso ou insucesso de toda a actividade hospitalar.
Autonomia do hospital	6	Existência de directivas da tutela que coarctam a autonomia e a liberdade da governação. Directivas que causam grandes dificuldades. Exemplo: internos quando acabam o curso, têm de arranjar trabalho; o nosso hospital no fim do internato, os directores de serviço queria esses médicos e nós, de acordo com as nossas necessidades apenas precisávamos de alguns. Veio uma determinação superior a dizer que esses médicos até arranjam colocação errámos obrigados a ficar com eles. Isto traz custos adicionais, 4 médicos é diferente de 20. Recebemos compensações ou reforços da tutela. Não! O que a tutela não quer é manifestações dos internos e então resolve o problema passando-o para o hospital que tem de suportar mais custos.
	16	No fundo dar aos CA autonomia suficiente para ele próprio gerir o hospital. Quero lá saber se eles têm CR, se eles criaram dois departamentos no hospital, quero é saber ao fim do ano o que é que se passou no hospital de acordo com o CP. Quero é ter em conta os resultados é isso que me interessa. Não me interessa controlar o processo quero é controlar os resultados. O accionista é o que faz, controla resultados, não controla os processos senão não fazem mais nada. O MS é uma instância política não é uma instância de gestão, não é um CA de uma holding e portanto não tem de se preocupar com o detalhe
Falta de ferramentas no hospital	2	Falta de ferramentas adequadas, como por exemplo implementação de indicadores e técnicas de <i>benchmarking</i> , mas que no fundo dependem dos CA e das suas características.
	5	Falta de instrumentos credíveis de monitorização da actividade em termos de custo benefício.
	6	Instrumentos para a gestão, nomeadamente ao nível da informação para a gestão, programas informáticos para obter informação condensada, instrumentos de política organizacional.
Financiamento do hospital	5	Contratos-programa não negociados que na maior parte dos casos são impostos: manter a produção, não aumentar a produção, reduzindo os custos associados (medicamentos, pessoal, etc.).
	7	Financiamento: contratualização genuína que não existe e a definição de preços justos para aquilo que fazemos que também não existe.
	14	Sistema de financiamento. Os GDHs. Por um lado não tenho a opção como numa empresa de escolher os produtos que vendes porque tens obrigações de equidade e acessibilidade. Por outro lado se a minha clientela gera GDHs médicos e não cirúrgicos o que é

Itens	Entrevistado	Comentário
		que eu posso fazer?
Existência de diferentes estatutos	20	Não uniformização ao nível dos instrumentos de gestão. Não existir o mesmo estatuto, o que implica falar linguagens, procedimentos e regras diferentes.
	21	A organização em termos de estatuto a nível nacional, porque estamos a trabalhar para o mesmo fim e para o mesmo dono, e perdemos a capacidade de resposta e de atrair recursos humanos e doentes.

Quadro 38 — Exemplo de comentários para itens relacionados com hospital.

Os problemas estruturais do hospital estão relacionados com a existência de “uma margem de ineficiência estrutural”, com a estrutura de custos, nomeadamente a dificuldade em “racionalizar custos”, com o desperdício, com questões de produtividade, nomeadamente a “baixa 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”, e com a falta de recursos humanos “nomeadamente a falta de médicos” que cria problemas de contratação.

A autonomia do hospital, insuficiente ou violada, está relacionada com a “existência de directivas da tutela que coarctam a autonomia e a liberdade da governação”, e com a 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”.

A falta de ferramentas está relacionada com a “implementação de indicadores e técnicas de *benchmarking*”, com “instrumentos credíveis de monitorização da actividade em termos de custo benefício”, e com “instrumentos para a gestão, nomeadamente ao nível da informação para a gestão, programas informáticos para obter informação condensada” e com “instrumentos de política organizacional”.

O financiamento do hospital está relacionado com imposição do contrato-programa, que não são verdadeiramente negociados e que impõe um conjunto de orientações, recomendações e directivas, e com a “definição de preços justos” para aquilo que o hospital produz.

Por último, a existência de diferentes estatutos, Hospitais SPA e Hospitais 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.

1.4.2. Relacionados com o contexto

A Figura 25 apresenta a distribuição dos comentários relacionados com o contexto. A escassez de recursos e a evolução da ciência e da tecnologia são os itens com mais comentários (31% cada um). As questões culturais e a promiscuidade entre público/privado são os itens com menos comentários (23% e 15%, respectivamente).

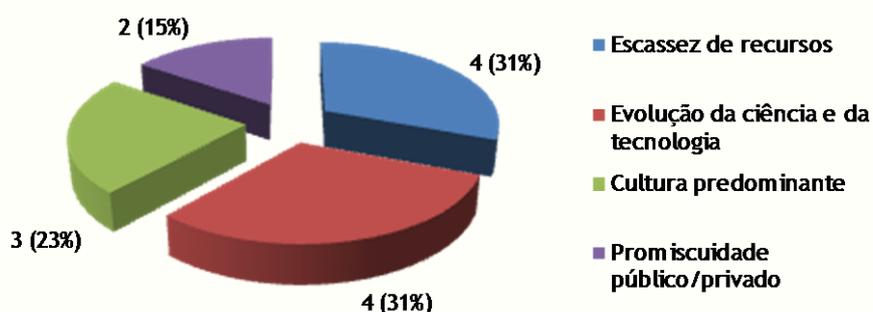


Figura 25 — Distribuição dos comentários pelos itens relacionados com o contexto

O Quadro 39 apresenta exemplos de comentários para cada um dos itens mencionados.

Itens	Entrevistado	Comentário
Escassez de recursos	2	Limites financeiros.
	10	Escassez de recursos é um problema, mas é um problema conhecido à partida. É uma condição.
	12	Somos uma economia de terceiro mundo que gera poucos recursos mas que exige do melhor em termos de prestação de cuidados de saúde (técnicos, expectativas, exigências). Temos falta de recursos, somos uma sociedade em transição.
Cultura predominante	9	Se calhar mudar a mentalidade das pessoas que estão no hospital. Na gestão intermédia e na prestação directa. Mentalidade do funcionalismo público que complica bastante a mudança.
	18	Má gestão ou boa gestão a recompensa é sempre a mesma. Não há uma linha orientadora quanto a esta questão. Não há responsabilização dos CA, da gestão

Itens	Entrevistado	Comentário
		intermédia, etc. Nada acontece. Hospitais com grande défice o que é que aconteceu.
Evolução da ciência e da tecnologia	8	As despesas aquando da sua criação eram totalmente diferentes das actuais. A evolução da tecnologia (análises, radiografias, etc.) e da ciência, os meios postos à nossa disposição para tratar os doentes, a longevidade das pessoas modificaram os gastos em saúde e isso não foi acompanhado por uma evolução em termos da gestão em saúde, da organização em saúde e dos cuidados a ter na saúde.
	22	Evolução da ciência e da tecnologia que provoca pressões na despesa, porque os instrumentos, os medicamentos e as técnicas são cada vez mais caros.
Promiscuidade entre público/privado	4	Promiscuidade entre o público e o privado: separar as águas. Fuga dos médicos para o privado e diferente produção. A produção na privada é superior à do público para o mesmo médico. Por exemplo, existem listas de espera em patologias que são as mais lucrativas no privado. Se estiver no público terá de esperar um ano ou dois, mas se for ao privado a cirurgia, por exemplo, é no dia seguinte. Têm sido feitas múltiplas tentativas para resolver este problema, mas é um grande grupo de pressão que existe.
	5	Promiscuidade pública/privado.

Quadro 39 — Exemplo de comentários para itens relacionados com o contexto.

A escassez de recursos reflecte sobretudo a situação económica do país e as políticas de austeridade em curso, nomeadamente no que se refere à contenção da despesa. Salienta-se que a contenção da despesa foi um dos itens mais mencionados nas orientações, recomendações e directivas emanadas na tutela.

A cultura predominante refere-se sobretudo à falta de responsabilização, “não há responsabilização dos CA, da gestão intermédia, etc.”, e à “mentalidade do funcionalismo público” presente nos vários actores do hospital que “complica bastante a mudança”.

A evolução da ciência e da tecnologia reflectida nos “meios postos à nossa disposição para tratar os doentes” provoca “pressões na despesa”, porque “os instrumentos, os medicamentos e as técnicas são cada vez mais caros”. Por seu turno 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”.

Por último, a promiscuidade entre público/privado diz respeito diz respeito ao à “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.

1.4.3. Relacionados com a tutela

A Figura 26 apresenta a distribuição dos comentários relacionados com a tutela. A existência de políticas de saúde não coerentes (54%) e a resposta e intervenção da tutela (31%) são os itens com mais comentários. As questões a existência de um modelo centralista e excesso de regulamentação são os itens com menos comentários (15%).

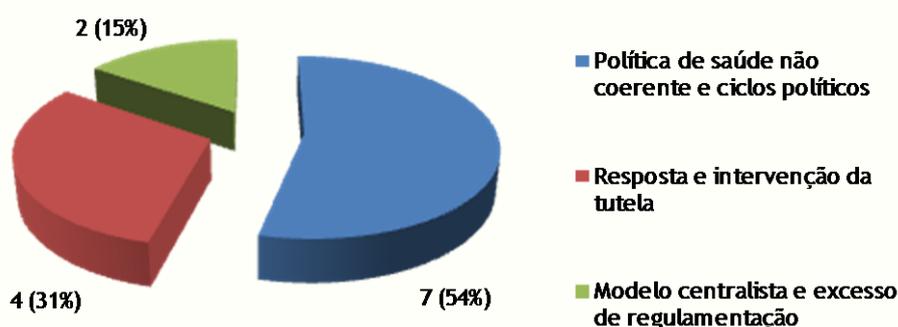


Figura 26 — Distribuição dos comentários pelos itens relacionados com a tutela

O Quadro 40 apresenta exemplos de comentários para cada um dos itens mencionados.

Itens	Entrevistado	Comentário
Política de saúde não coerente e ciclos políticos	1	É necessário, há muito tempo, uma política, um modelo coerente para os hospitais. Apesar de concordar com a linha actual, penso que peca por tardia e por surgir numa altura em que existem fortes constrangimentos financeiros que tornam complicado a sua implementação.
	12	Falta de uma definição clara da missão e dos objectivos dos hospitais no cumprimento das políticas de saúde. É um conhecimento que requer muitos recursos. Quais são as consequências? Como é a oferta e qual o nível de recursos alocados?
	13	Instabilidade estratégica dos programas e dos

Itens	Entrevistado	Comentário
		planeamentos da saúde que pode ocorrer pela mudança de governos mas também pela mudança de ministros dentro do mesmo governo. Existindo linhas estratégicas definidas o efeito dos ciclos políticos dilui-se. Não temos um traço comum nas políticas. É uma situação de zig-zag.
	14	Inexistência de objectivos estratégicos exequíveis. O objecto estratégico actual é controlar despesa emitindo uma série de recomendações sobre despesas com pessoal, medicamentos, etc. Isso não é objectivo para qualquer organização. Quando se chega a uma reunião a Lisboa e se verifica que só dois hospitais cumpriram os objectivos é porque algo está errado. Ou são todos toscos, ignaros, incompetentes ou é porque o objectivo está mal definido?
	17	Falta de planeamento estratégico ao nível macro e meso, porque os CA muitas vezes confrontam-se com estruturas dentro das organizações que herdaram e onde não podem fazer nada. Por exemplo, ontem no Parlamento estava o Eduardo Barroso que faz transplantes, se o PCA do hospital onde ele os faz decidisse acabar com esta equipa estaria a mover uma guerra. Não estou a dizer que aquele serviço não seja necessário. Estou a dizer é que por vezes sabemos quando olhamos para uma casa que há áreas que não precisávamos delas, mas porque não há planeamento estratégico há grande dificuldade política em as encerrar e isto exige coisas.
Resposta e intervenção da tutela	6	Cumprimento dos compromissos. A tutela deve também cumprir os seus. Fomos prejudicados, porque a tutela não assumiu os seus pagamentos. Perco capacidade negocial com os meus fornecedores. Perco descontos, etc.
	14	As múltiplas alterações do quadro legal de funcionamento.
	20	Existe morosidade ao nível da resposta por parte da tutela em vários domínios. Como não temos instrumentos para lidar com alguns efeitos temos de aguardar a resposta vinda de cima.
Modelo centralista e excesso de regulamentação	16	A governação hospitalar está demasiado presa a medidas ou a um modelo muito centralista. Se a gente desregular um pouco o detalhe podem surgir coisas boas em vários pontos. Esse no fundo é o grande problema dos modelos de governação hospitalar em Portugal. São 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. É levar o centralismo a níveis absurdos

Quadro 40 — Exemplo de comentários para itens relacionados com a tutela.

A política de saúde não coerente e os ciclos políticos englobam coisas distintas:

- A “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”;
- A “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”;
- A 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);
- A “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.

A resposta e intervenção da tutela incidem sobre o “cumprimento de compromissos” (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.), às “múltiplas alterações do quadro legal de funcionamento” que provoca mudanças no hospital, e à “morosidade ao nível da resposta por parte da tutela em vários domínios”.

Por último, um dos problemas da governação hospitalar em Portugal, relacionados directamente com a tutela, deve-se ao facto de esta estar “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”.

1.4.4. Relacionados com o Conselho de Administração

A Figura 27 apresenta a distribuição dos comentários relacionados com a tutela. A falta de requisitos essenciais no CA (50%) e o processo de nomeação (42%) são os itens com mais comentários. A escolha do pessoal de apoio ao CA é o item com menos comentários (8%).

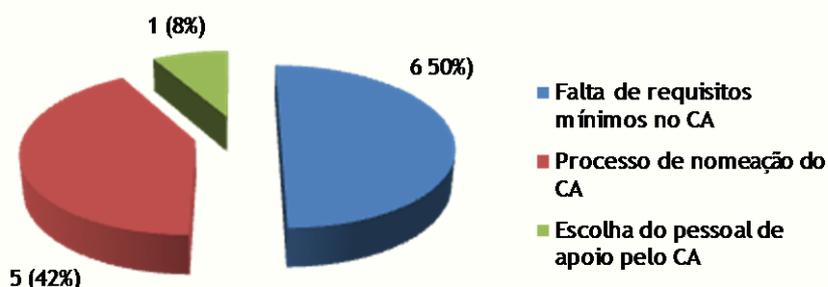


Figura 27 — Distribuição dos comentários pelos itens relacionados com o Conselho de Administração

O Quadro 41 apresenta exemplos de comentários para cada um dos itens mencionados.

Itens	Entrevistado	Comentário
Falta de requisitos mínimos no CA	1	Nem sempre as pessoas nomeadas para estarem à frente dos CA dos hospitais têm sido as pessoas certas, com a formação necessária e os conhecimentos necessários para a governação de estruturas e instituições tão complicadas, porque gerir um hospital, mesmo que de média dimensão, é gerir uma grande empresa com investimentos avultados.
	6	A governação é pouco profissional e deveria ser mais - traquejo, percurso por outros hospitais, experiência. Existe um grande défice nas áreas de economia e gestão na administração hospitalar. A maioria vem dos direitos e faltam-lhe e conhecimentos de economia. É difícil arranjar administradores hospitalares com formação em economia e gestão.
	10	Alguma falta de competência de algumas pessoas que integram os CA dos hospitais.
	15	Não creio que, e isso tem havido ministros que fazem uma espécie de formação aos CA, e é preciso que seja procurada uma competência intrínseca já adquirida anteriormente. Para isso hoje há disponível curricularmente gente que já está preparada mas que estranhamente não é chamada. 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 é um pouco consequência da insuficiência

Itens	Entrevistado	Comentário
		de formação dos membros dos CA.
Processo de nomeação do CA	1	São necessários profissionais habilitados, nem sempre isso acontece, e por vezes são colocadas pessoas que foram nomeadas não pela sua competência na gestão hospitalar, mas por outras razões.
	10	A intromissão político-partidária de que se houve falar na nomeação dos CA dos hospitais condiciona negativamente.
	16	Depois esta questão das nomeações. 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. Deviam existir mecanismos que garantissem que os administradores têm a competência necessária para o cargo para que foram nomeados. Esse processo tem que passar mais por fora, tem de ser mais descentralizado.
	19	Não confiança nas pessoas que se colocam à frente dos CA, ou seja, se a tutela nomeia um CA por 3 anos e lhe pede para apresentar um plano, e devia-o pedir sempre e não o faz, o CA devia obrigatoriamente apresentar sempre um plano daquilo que pretende executar, não devia se nomeado sem ter um projecto em carteira daquilo que vai executar, e deveria ser em função disto que o M o nomeava, isto é, ou confia ou não confia. Infelizmente os CA não são nomeados perante isto, não tem havido esta prática. Qualquer CA de um banco ou de uma empresa é nomeado em função do plano estratégico que tem. Ou seja, há um convite e depois vai-se pensar naquilo que se pretende fazer. E isto é que é mau. Invertem-se as coisas. O CA já devia ter um plano estratégico definido antes de ser nomeado.
Escolha do pessoal de apoio pelo CA	1	Depois não sabem escolher o seu <i>staff</i> indo buscar pessoas com conhecimentos na área da gestão hospitalar deficientes ou pouco consolidados que se reflectem em défices acumulados enormes.

Quadro 41 — Exemplo de comentários para itens relacionados com o Conselho de Administração.

A falta de requisitos mínimos está relacionada com “a formação necessária e os conhecimentos necessários para a governação de estruturas e instituições tão complicadas”, com o “grande défice nas áreas de economia e gestão na administração hospitalar”, e com 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”.

O processo de nomeação dos CA, nomeadamente a 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”.

O cumulativo destes vários factores leva depois à 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”.

1.4.5. As interacções entre os problemas

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 (pelos seus múltiplos papéis, accionista, interessado, regulador, financiador, protector, salvaguarda, etc. e que pode exercer alterações no contexto) e o Conselho de Administração que comanda o destino do hospital mas que é uma variável dependente da tutela.

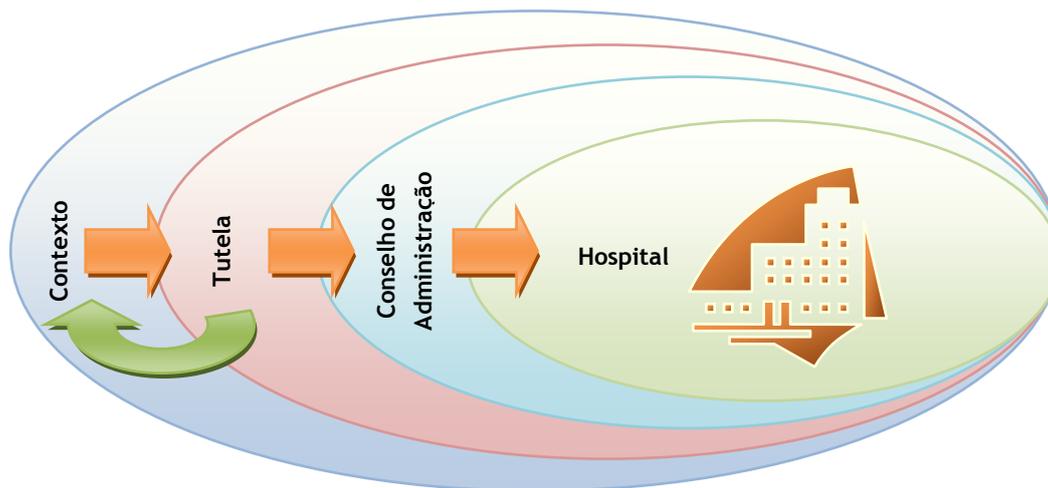


Figura 28 — As múltiplas instâncias dos problemas da governação hospitalar

Assim, apesar de os comentários por categorias separadas incidirem sobretudo na categoria hospital (34%), no seu conjunto as categorias contexto, tutela e Conselho de Administração somam mais comentários (66%). A Figura 28 mostra as múltiplas instâncias dos problemas da governação hospitalar identificados pelos entrevistados e a influência que cada instância exerce sobre a outra.

2. Práticas de governação hospitalar

Neste ponto são apresentados os resultados relacionados com as práticas de governação hospitalar. Para além dos dados obtidos com a entrevista, serão também utilizados dados de outras fontes, nomeadamente:

- Dados do sítio relativo ao Sector Empresarial do Estado referente aos Hospitais EPE²;
- Dados do sítio dos Hospitais EPE³;
- Dados do sítio da Administração Central dos Serviços de Saúde⁴;

² Em <http://www.dgt.pt/see.htm>. Este sítio é uma consequência directa da Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março de 2007, que aprova os princípios de bom governo das empresas do sector empresarial do Estado. Assim, na Parte III, 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”.

³ Em <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt>.

⁴ Em <http://www.acss.min-saude.pt>.

- Dados do Anuário da Saúde (2001 a 2006);
- Dados fornecidos pela Administração Regional de Saúde do Centro;
- Vários diplomas legais, nomeadamente os relacionados com o estatuto dos Hospitais SPA e dos Hospitais EPE.

Os dados extra considerados foram utilizados para caracterizar os hospitais aos quais pertenciam os membros dos CA entrevistados, nomeadamente no que se refere a informação sobre a estrutura do CA, o número de CA desde 2000 e outras características necessárias para a caracterização dos CA.

2.1. Adopção de práticas de boa governação

Neste ponto são apresentados os resultados relativos à adopção de boas práticas de governação, nomeadamente a existência de procedimentos legais que lidem com questões de conflitos de interesses dos membros dos CA, ao carácter público desses mesmos conflitos, ao carácter público da identidade e dos currículos dos membros dos CA, ao carácter público de questões relacionados com a remuneração e outros direitos dos membros dos CA, e, finalmente do acesso a determinadas fontes de informação.

Primeiro serão apresentados os resultados relativos às boas práticas nos órgãos de governo do hospital (2.1.1). Depois os resultados relativos ao acesso disponibilizado a determinadas fontes de informação (2.1.2). Finalmente serão apresentados os resultados relativos à análise de comentários (2.1.3).

2.1.1. Boas práticas nos órgãos de governo do hospital

A Figura 29 apresenta a distribuição das respostas relativas à adopção de princípios de boa governação respeitantes aos membros dos CA.

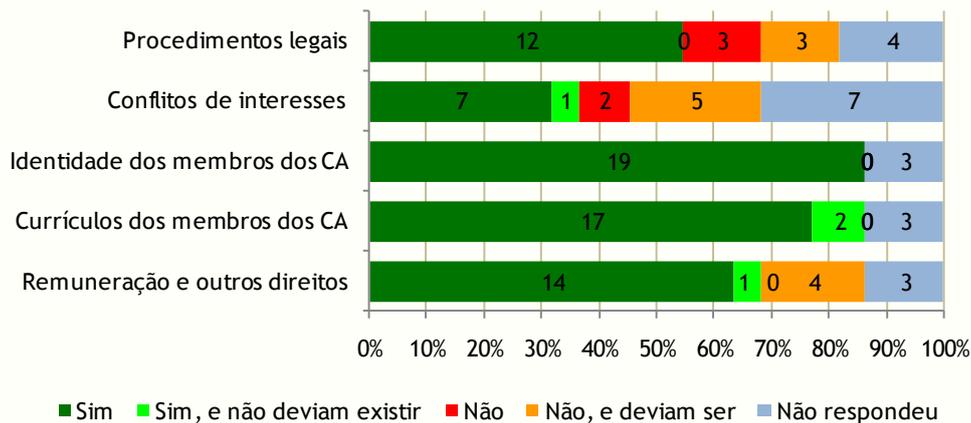


Figura 29 — Distribuição das respostas relativas à adoção de princípios de boa governação

No entender dos entrevistados, existem 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 responderam à questão. É interessante verificar que 3 (13,5%) consideram não existir procedimentos legais para lidar com as questões de conflitos de interesses e que não deviam existir. Quanto ao facto dos eventuais conflitos de interesses dos membros dos CA serem públicos 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.

A larga maioria dos entrevistados, 19 (86%), considera que a identidade dos membros dos órgãos de governo do hospital é pública. Apenas 3 (14%) não responderam. O mesmo se passa relativamente ao carácter público dos currículos dos membros dos órgãos de governo do hospital: 19 (86%) responderam que sim e 3 (14%) não responderam.

Quanto ao carácter público da remuneração (variável e fixa) e outros direitos (seguros de saúde, utilização de viatura e outros benefícios) dos membros dos órgãos de governo do hospital a maioria dos entrevistados consideram que é: 15 (68%) responderam 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.

2.1.2. Acesso a fontes de informação

A Figura 30 apresenta a distribuição das respostas relativas ao tipo de acesso a diversas fontes de informação. As fontes consideradas foram as actas do CA, o relatório de contas, o relatório de actividades, o plano de actividades, indicadores de acompanhamento do desempenho do hospital, distribuição do orçamento pelos vários sectores do hospital e relatórios externos de avaliação.

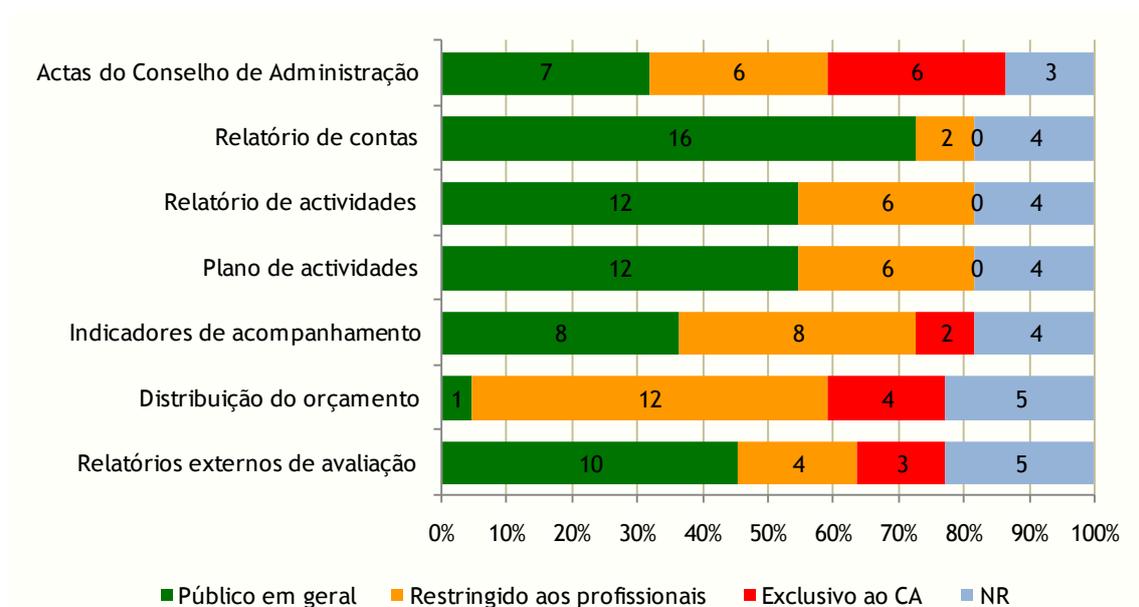


Figura 30 — Distribuição das respostas relativas ao tipo de acesso a fontes de informação

Os entrevistados responderam maioritariamente que o acesso ao relatório de contas, ao relatório de actividades, ao plano de actividades e aos relatórios externos de avaliação está aberto ao público em geral. Para o relatório de contas, 16 entrevistados (73%) consideram que o acesso existente é ao público em geral, 2 (9%) consideram que o acesso está restringido aos profissionais do hospital, e 4 (18%) não responderam. Para o relatório de actividades e para o plano de actividades 12 dos entrevistados (55%) consideram que o acesso existente é ao público em geral, 6 (27%) consideram que o acesso está restringido aos profissionais do hospital, e 4 (18%) não responderam. Por último, para os relatórios externos de avaliação 10 dos entrevistados (45%) consideram que o acesso é público em geral, 4 (18%) consideram que está restringido aos profissionais do hospital, 3 (14%) consideram que o acesso é exclusivo aos membros do CA e 5 (23%) não responderam.

Relativamente à distribuição do orçamento pelos vários sectores do hospital, aos indicadores de acompanhamento do desempenho do hospital e às actas do CA as respostas maioritariamente consideram que o acesso não é ao público em geral, sendo restringido aos profissionais do hospital ou exclusivamente aos membros do CA. Na distribuição do orçamento pelos vários sectores a maioria dos entrevistados, 12 (55%), respondeu que o acesso está restringido aos profissionais do hospital, enquanto 4 (18%) respondeu que o acesso é exclusivo aos membros do CA e 1 (5%) que o acesso é público. O acesso aos indicadores de desempenho do hospital é repartido entre o acesso ao público em geral, 8 (36%), e o acesso restringido aos profissionais do hospital, 8 (36%), e o acesso exclusivo aos membros do CA, 2 (9%). Por último o acesso às actas é praticamente repartido entre o acesso ao público em geral, o acesso restringido aos profissionais do hospital e o acesso exclusivo aos membros do CA com 7 (32%), 6 (27%) e 6 (27%) respostas, respectivamente.

2.1.3. Análise dos comentários

Sobre a adopção de boas práticas de governação foram obtidos 49 comentários de 17 dos entrevistados (14 internos e 3 externos). O Quadro 42 apresenta os comentários obtidos sobre a adopção de boas práticas de governação por categorias e subcategorias.

Categoria	Subcategoria	Frequência	%
Aspectos gerais	Conceito de público	19	39%
	Formas de disponibilizar	5	10%
	Importância das práticas	4	8%
Boas práticas nos órgãos de governo do hospital	Conflito de interesses	5	10%
	Identidade e currículos	4	8%
	Remunerações e outros direitos	2	4%
Acesso a fontes de informação	Actas do Conselho de Administração	6	12%
	Distribuição do orçamento	3	6%
	Relatórios externos de avaliação	1	2%
Total		49	100%

Quadro 42 — Distribuição dos comentários sobre as actividades dos Conselhos de Administração

A maioria dos comentários (57%) está relacionada com aspectos gerais relativos às boas práticas de governação. Os restantes comentários repartem-se entre as boas práticas nos órgãos de governo do hospital (22%) e o acesso a fontes de informação (20%).

2.1.3.1. Aspectos gerais

A Figura 31 apresenta a distribuição dos comentários relativos a aspectos gerais sobre as práticas de boa governação. A maioria dos comentários (68%) incide sobre a interpretação que é dada ao conceito de público, enquanto os restantes comentários se encontram praticamente repartidos entre formas de disponibilizar elementos ao público e aos profissionais (18%) e a importância das boas práticas de governação (14%).

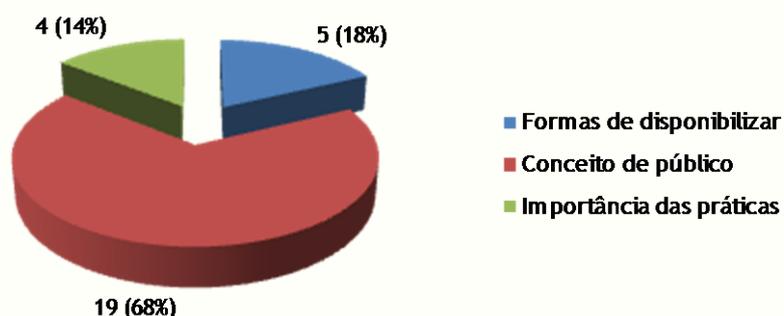


Figura 31 — Distribuição dos comentários pelos itens relacionados com aspectos gerais sobre as boas práticas de governação

O Quadro 43 apresenta exemplos de comentários relacionados com comentários gerais sobre as boas práticas de governação.

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
Conceito de público	2	Sim são públicos, porque ou foram publicados em Diário da República ou podem ser requisitados. Claro, desde que sejam apresentados argumentos que o justifiquem. Por exemplo, pode pedir os indicadores do hospital?! Para que é que os quer?! As actas são públicas, têm é que ser requeridas ao hospital.
	3	Os currículos são públicos pois são publicados em Diário da República. As actas podem ser pedidas. Outros documentos são públicos desde que manifestem interesse em ter acesso a esses documentos. Era uma boa ideia disponibilizar muitos dos documentos no <i>site</i> do hospital.
	4	Infelizmente vivemos ainda num conceito de o público coincidir com a publicação em Diário da República. Temos a ideia que publicar no Diário da República é tornar público.

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
		Tal não é verdade.
	5	Muitos dos pontos abordados são públicos, porque são publicados em Diário da República (por exemplo as nomeações e os respectivos currículos), ou estão presentes em algum tipo de legislação (por exemplo os rendimentos auferidos e os outros direitos), ou podem ser pedidos (por exemplo as actas dos Conselhos de Administração). Pode também ser público, porque estão em local de fácil consulta, por exemplo o <i>site</i> do hospital. Mesmo isso não garante o acesso fácil, porque se levanta a questão da infoexclusão.
	9	É público porque está legislado (nomeadamente as remuneração e outros direitos)
	13	Sim são públicos, porque ou foram publicados em Diário da República ou então estão regulamentados.
	14	As actas são públicas desde que alguém as peça.
	19	O acesso às actas é público desde que pedido de acordo com a lei de acesso aos documentos administrativos. Tem acesso a elas, tem é de pedir. É o que diz a lei.
	22	Públicos se são conhecidos, se são divulgados quando assumem o cargo. Nós preenchemos a nossa declaração e isso já diz que não tenho qualquer interesse. Se eu disser que tenho uma empresa que fornecesse serviços ao hospital já o estou a declarar. Isso é conhecido por quem faz a nomeação, nestes sítios é público porque as pessoas conhecem quem foi nomeado. Numa cidade como a [...] a pessoas todas se conhecem. Em Lisboa se calhar é mais difícil. As realidades são diferentes. Por exemplo, quando o hospital foi SA nomearam para aqui um gestor de uma empresa têxtil. Isto era conhecido. Não havia relação comercial entre o hospital e essa empresa. Em meios pequenos todos se conhecem bem como as relações que existem.
Formas de disponibilizar	3	Era uma boa ideia disponibilizar muitos dos documentos no <i>site</i> do hospital. Deviam estar disponibilizadas nas páginas dos hospitais ou num local centralizado.
	4	Na minha opinião o local indicado seria a página do hospital onde deveria estar toda a informação sobre os membros do CA - currículo, funções, rendimentos, etc. Os próprios endereços electrónicos deveriam ser os pessoais e não o geral, porque isso obriga a passar por um circuito administrativo burocrático e administrativo que afasta quem pretende contactar e torna morosa, a existir, a resposta...
	5	Em termos internos, existem muitos documentos disponíveis na Intranet e que são bastante utilizados pelos profissionais. Os profissionais utilizam muito a Intranet, para consultar documentos relacionados com a actividade e o funcionamento do hospital.
	6	Muitos documentos estão na Intranet.
Importância das práticas	8	Há aqui questões que nunca foram pensadas. Eu pela minha parte nunca as pensei e são importantes.
	10	Temos um fiscal único e um auditor interno que são essenciais em termos de transparência e de prestação de contas.
	15	Acho que é necessário haver de uma maneira formal um quadro de requisitos para os gestores de empresas públicas.

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
		Aí por maioria de razões a questão da responsabilização e da transparência são fundamentais, porque quando se trata de uma empresa pública o accionista é distante, é menor do que uma empresa privada que quer saber o que é feito do dinheiro dele, e como tal é preciso um quadro com requisitos como o que foi publicado recentemente quer com o estatuto do gestor público quer com a resolução do conselho de ministros sobre os princípios do bom governo.
	15	Estou a falar do mesmo comportamento que se verifica com a governamentalização e um certo descuido com a preocupação com a qualidade dos CA que podem levar a maus desempenhos e sobretudo a uma insuficiente aplicação dos instrumentos adequados. Se fala em pactos esta era uma situação em que se justifica. Dizer a toda a gente, a todo o quadro partidário, a quem quer que governa, que existe uma obrigação de procurar competência. Não passa pela cabeça de qualquer accionista entregar a gestão de uma empresa onde tem o seu dinheiro ao primo, ao tio, ao amigo ou vizinho porque isso seria delapidar o seu património. E esta exigência no público deve ainda ser maior. Por isso em síntese, os requisitos da nova legislação são necessários mas não são suficientes.

Quadro 43 — Exemplo de comentários para as subcategorias relacionadas com aspectos gerais sobre as boas práticas de governação

Relativamente ao conceito de público existem pelo menos três entendimentos distintos:

- O relacionado com os aspectos formais e legais, que 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;
- O relacionado com a forma de acesso, nomeadamente em locais de fácil acesso como o sítio do hospital ou outro local centralizado ou então desde que pedido pelo interessado;
- O relacionado com a divulgação nos meios de comunicação (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.

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 dos sítios dos hospitais⁵ ou de outro local centralizado. Por outro lado o acesso interno dos profissionais do hospital através da intranet. A Internet é mencionada, desta forma, como uma plataforma primordial na facilidade de acesso às fontes de informação.

Por último, a importância das práticas foca vários aspectos:

- O alerta para questões nunca pensadas das práticas associadas à boa governação e a consciencialização da sua importância (“Há aqui questões que nunca foram pensadas. Eu pela minha parte nunca as pensei e são importantes”);
- 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;
- A importância dos diplomas, aprovados recentemente, relativos ao novo estatuto do gestor público⁶ e aos princípios de boa governação⁷ nas empresas públicas em questões de transparência, responsabilização e prestação de contas;
- 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 com a qualidade dos CA que podem levar a maus desempenhos e sobretudo a uma insuficiente aplicação

⁵ A questão da informação ao público é fundamental em termos de governação. Com a aprovação dos princípios de bom governo nas empresas do sector empresarial do Estado, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2007, de 28 de Março de 2007, foi criado o sítio do Sector Empresarial do Estado, em <http://www.dgt.pt/see.htm>, para divulgar todas as informações que nos termos dos princípios de bom governo devam ser divulgadas ao público, independentemente 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. A informação ao público foi discutida de forma mais aprofundada na secção “Contexto das práticas de governação hospitalar em Portugal”.

⁶ 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.

⁷ 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.

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”).

2.1.3.2. Boas práticas nos órgãos de governo do hospital

A Figura 32 apresenta a distribuição dos comentários relativos às boas práticas de governação nos órgãos de governo do hospital.

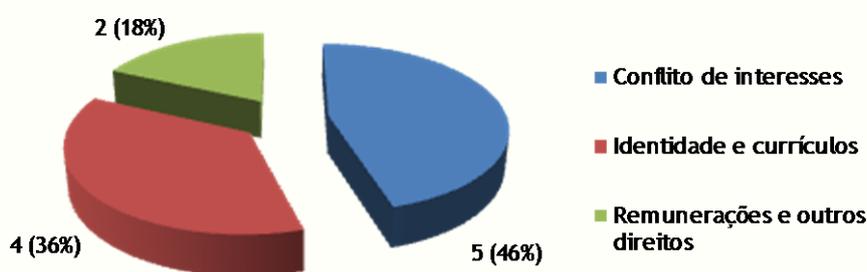


Figura 32 — Distribuição dos comentários pelos itens relacionados com as boas práticas de governação nos órgãos de governo do hospital

A maioria dos comentários (46%) incide sobre o conflito de interesses, seguindo-se a identidade e os currículos (36%) e, por último, a remuneração e outros direitos (18%). 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.

O Quadro 44 apresenta exemplos de comentários relacionados com as boas práticas de governação nos órgãos de governo do hospital.

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
Conflito de interesses	1	Existe legislação e que deve existir. Concordo que exista, mas não a conheço...
	6	As questões de conflitos de interesse devem determinar a aceitação ou não do lugar no CA, mas penso que a existência de legislação para dirimir estas questões é fundamental. Existe uma nebulosa nestas questões. Muitas

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
		coisas acontecem e nós não sabemos bem porquê.
	8	Ao assumir o lugar do CA devo explicitá-los. Por exemplo eu fechei os meus consultórios e o actual director clínico também. Quem integra o CA deve declará-los e ponderar a sua entrada. Não mandamos a notícia para o jornal, mas a tutela sabe. Aliás estão definidos em vários diplomas legais.
	17	Em princípio os próprios diplomas criam um conjunto de incompatibilidades e de acordo com o que sei há intenção do governo em evitar nomeações que não cumpram estritamente essas orientações. Melhor dizendo, há expectativa de que esse estatuto lhes permita corrigir algumas das situações existentes.
	22	Não vejo grande problema em publicar esses documentos. Seria muito mais transparente. Os processos de selecção devem ser transparentes para evitar suspeitas. Por exemplo, um nomeado para o CA tem uma prima que é dona de uma empresa que mais tarde vem a presta serviços ao hospital. Para evitar suspeições mais tarde nada melhor que declarar previamente estas situações. Ela ganhou o contrato, porque era prima? O conhecimento prévio destas situações facilita avaliação. O que devemos ter em conta é o processo de selecção do concurso. Ganhou porque era prima do membro do CA ou porque a sua proposta é a que melhor se adequa aos termos do contrato?
Identidade e currículos	1	A identidade dos membros do CA deve ser pública e acho muito bem que o sejam. Claro que são, são publicados em Diário da República.
	3	A informação relativa a currículos devia estar disponibilizada nas páginas dos hospitais ou num local centralizado. O Diário da república pode constituir um entrave no acesso a essa informação.
	22	Nós temos de enviar os currículos. Pelo menos o meu é. Sabe que nos meios pequenos os meios de comunicação, quando é nomeado alguém para um cargo, tratam de publicar uma síntese biográfica do nomeado. Quem é, de onde veio, o que faz, quantos filhos tem. Ou seja publica logo a situação. Mesmo em locais maiores, os jornais de alguma forma acabam por trazer um pequeno currículo.
Remunerações e direitos	10	A remuneração e outros direitos não se deveriam limitar ao CA e deveriam estender-se também a outros profissionais. Existem profissionais que ganham mais que o presidente do Conselho de Administração. Por exemplo, o ordenado do nosso presidente é o 16º em termos de vencimentos. E isso ninguém sabe, não é público.
	22	As viaturas, nós não as utilizamos, prescindimos. Outros CA fazem-no. Legal é, pode não ser é moral.

Quadro 44 — Exemplo de comentários para as subcategorias relacionadas com boas práticas de governação nos órgãos de governo do hospital

Relativamente aos conflitos de interesse e à sua publicitação são reconhecidos os seguintes aspectos.

- 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.

Quanto à identidade e aos currículos dos membros dos órgãos de governo do hospital 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. Sobre este último aspecto convém relembrar que dos 36 membros dos diversos CA nomeados para os hospitais aos quais pertencem os entrevistados, apenas 11 (31%) possuem o seu currículo publicado no despacho que procede à nomeação e apenas para 2 hospitais (25%) são publicados os currículos de todos os membros do CA.

Por último, relativamente aos aspectos relacionados com o carácter público das remunerações e outros direitos é mencionado que a publicitação não se deveria limitar aos membros dos órgãos de governo do hospital e o facto de alguns CA terem prescindido do direito de compra e utilização de viatura.

2.1.3.3. Acesso a fontes de informação

A Figura 33 apresenta a distribuição dos comentários relativos ao acesso a fontes de informação. A maioria dos comentários (60%) está relacionada com o acesso às actas do CA, seguindo-se a distribuição do orçamento pelos vários sectores do hospital (30%), e os relatórios externos de avaliação (10%).

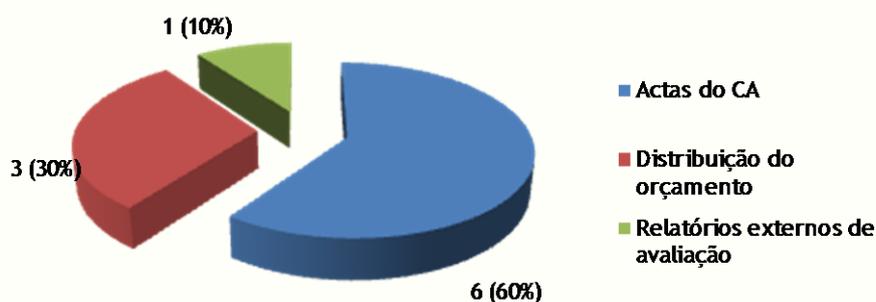


Figura 33 — Distribuição dos comentários pelos itens relacionados o acesso a fontes de informação

O Quadro 45 apresenta exemplos de comentários relacionados com o acesso às fontes de informação.

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
Actas do CA	3	Colocar as actas do CA seria interessante, se bem que em alguns casos elas contenham informação que poderá ter de ser censurada. Por exemplo, relativa a algum processo disciplinar, etc.
	10	As actas do CA estão acessíveis apenas em quem as pede. Não são publicadas, porque não existe a prática de as divulgar.
	11	A totalidade não, mas extractos sim são públicas. Se forem requeridas também são públicas.
	22	Acesso a documentos é público desde que a pedido, nomeadamente as actas do CA. Fazemos cópia da página pedida, da decisão tomada. O acesso pode ser feito por qualquer pessoa, não é posta na vitrina de forma espontânea. É pública sem restrição desde que seja pedida por qualquer pessoa.
Distribuição do orçamento	7	A distribuição do orçamento pelos vários sectores do hospital não existe.
	11	É uma contabilidade que não está muito bem feita. Nem nós temos!
	13	O orçamento pelos vários sectores, porque a contabilidade analítica é uma lacuna nos hospitais. Não nos é possível determinar com rigor os custos de cada serviço e os custos associados a um doente.
Relatórios externos de avaliação	6	A organização é muito pouco transparente em alguns aspectos, nomeadamente relatórios de avaliação externa. Alguns dos documentos ficam retidos em alguns elementos do CA e outros não os conhecem.

Quadro 45 — Exemplo de comentários para as subcategorias relacionadas com o acesso a fontes de informação

Relativamente ao acesso às actas do CA é mencionado que este é público, desde que pedido pelo interessado, que não existe a prática de divulgar as actas, embora fosse interessante fazê-lo, e que muitas vezes essas actas possuem

informação que pode ser confidencial (por exemplo, relativo a algum processo disciplinar).

Quanto à distribuição do orçamento é mencionado que é algo que não existe nos hospitais, pelo menos com a precisão exigida, sobretudo devido aos problemas relacionados com a contabilidade analítica.

Por último, é mencionado que relativamente ao acesso a relatórios de avaliação externa 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.

2.2. Estrutura, funcionamento e actividades dos CA

Neste ponto são apresentados os resultados relacionados com os Conselhos de Administração aos quais os entrevistados pertenciam. Serão apresentados os resultados relativos a aspectos relacionados com a estrutura (2.2.1), com o funcionamento (2.2.2) e, finalmente, com a actividade (2.2.3) dos CA.

2.2.1. Estrutura

Neste ponto são apresentados os resultados relacionados com aspectos da estrutura dos CA dos entrevistados. Para o efeito foram utilizados dados do Anuário de Saúde, dados da entrevista feita aos membros do CA, referente à caracterização pessoal e curricular, bem como dados do Sector Empresarial do Estado.

Para caracterizar o restante CA, e 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. O Quadro 46 para além do número de entrevistas realizadas apresenta o número de míni questionários efectuados e as respostas obtidas por hospital. 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 que serão utilizados de seguida para os caracterizar.

Funções		A ₁	A ₂	A ₃	A ₄	A ₅	A ₆	A ₇	A ₈	Total
Presidente do CA	<i>N</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	8
	<i>Entrevistados</i>	1	–	1	1	–	1	1	1	6
	<i>Míni questionário</i>	–	1	–	–	1	–	–	–	2
	<i>NR MQ</i>	–	–	–	–	1	–	–	–	1
Vogal executivo	<i>N</i>	1	2	2	1	1	2	2	1	12
	<i>Entrevistados</i>	1	1	2	1	1	–	1	–	7
	<i>Míni questionário</i>	–	1	–	–	–	2	1	1	5
	<i>NR MQ</i>	–	–	–	–	–	1	–	–	1
Director clínico	<i>N</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	8
	<i>Entrevistados</i>	–	–	1	–	1	–	–	–	2
	<i>Míni questionário</i>	1	1	–	1	–	1	1	1	6
	<i>NR MQ</i>	1	–	–	1	–	–	–	1	3
Enfermeiro director	<i>N</i>	1	1	1	1	1	1	1	1	8
	<i>Entrevistados</i>	–	–	1	1	1	–	–	–	3
	<i>Míni questionário</i>	1	1	–	–	–	1	1	1	5
	<i>NR MQ</i>	–	–	–	–	–	–	–	1	1

Quadro 46 — Entrevistas e míni questionários realizados

2.2.1.1. Composição e tamanho

O Quadro 47 apresenta uma breve descrição dos CA aos quais pertencem os entrevistados. A coluna PM identifica se o presidente do CA é médico. A coluna currículo conta as sinopses curriculares publicadas no despacho que procede à nomeação do CA.

Evolução	Hospital	Características do CA			Currículos	
		PM	Vogais	Tamanho		
SPA	A ₁	N	1	4	0	
	A ₂	S	2	5	5	
SPA → EPE	A ₃	S	2	5	5	
SPA → SA → EPE	A ₄	S	1	4	0	
	A ₅	S	1	4	1	(Vogal)
	A ₆	N	2	5	0	
	A ₇	S	2	5	0	
EIG → SA → EPE	A ₈	S	1	4	0	

Quadro 47 — Resumo das características dos CA dos entrevistados

Verifica-se que 50% dos CA são constituídos por dois vogais enquanto os restantes 50% apenas possuem um vogal na sua composição. O presidente do CA é em 75% dos hospitais médico. Dos 36 membros dos diversos CA nomeados apenas 11 (31%) possuem a sinopse curricular publicada no despacho que procede à nomeação. Para apenas 2 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.

2.2.1.2. Rotação dos Conselhos de Administração

O Quadro 48 apresenta, desde 2000 a 2007, para cada hospital o número de CA (#CA), o número de presidentes do CA (#PR), o número de vogais (#VE), o número máximo de vogais que um CA teve (maxVE) e o número mínimo de vogais que um CA teve (minVE).

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. Por seu turno, 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.

Evolução	Hospital	#CA	#PR	#VE	maxVE	minVE
SPA	A ₁	3	3	3	1	1
	A ₂	4	4	6	2	1
SPA → EPE	A ₃	3	3	5	2	1
SPA → SA → EPE	A ₄	1	1	2	1	1
	A ₅	4	4	6	3	1
	A ₆	3	3	4	2	2
	A ₇	3	2	8	4	2
EIG → SA → EPE	A ₈	1	1	3	2	1
Total		22	21	37		

Quadro 48 — Conselhos de Administração e vogais desde 2000 até 2007

Com base no quadro anterior foi elaborada a Figura 34 que apresenta os CA, desde 2000 até 2007, para os hospitais aos quais pertencem os entrevistados confrontados com os respectivos governos.

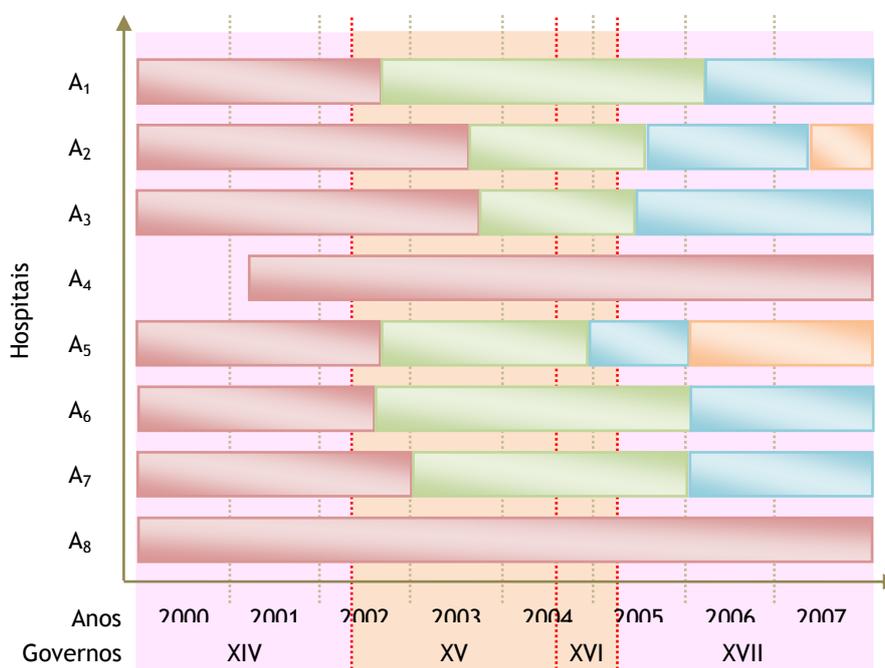


Figura 34 — Conselhos de Administração dos hospitais desde 2000 até 2007

Assim, desde 2000 até 2007 passaram pelos 8 hospitais 22 CA, 21 presidentes do CA e 37 vogais diferentes. Apenas 2 hospitais (25%), o A4 e o A8, mantêm o mesmo CA, 4 hospitais (50%) tiveram 3 CA, e 2 hospitais (25%) tiveram 4 CA. Em 7 hospitais (87,5%) o número de presidentes do CA coincide com o número de CA e apenas em um hospital (12,5%), o hospital A7, 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 2 vogais (hospital A4), e um máximo de 8 vogais (hospital A7). Os hospitais A2 e A5 tiveram 6 vogais diferentes. No ano de 2004, quer o hospital A5 quer o hospital A8, 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 excepção do hospital A5, que no 3º CA teve 3 vogais (sendo um não executivo), e do hospital A7 que no 1º CA teve 4 vogais.

Com base no quadro anterior foi elaborada a Figura 34 que apresenta os CA, desde 2000 até 2007, para os hospitais aos quais pertencem os entrevistados confrontados com os respectivos governos.

Constata-se que excepto os hospitais A₄ e A₈, cujos CA apresentam uma grande longevidade relativamente aos outros, as mudanças de CA coincidem com a mudança de governos. Para agravar a situação, existem hospitais cujo CA muda dentro do mesmo governo: hospital A₅ no XVI Governo e hospital A₂ no XVII Governo.

2.2.1.3. Proveniência

Os membros dos CA dos hospitais públicos provêm todos do sector público. Apenas dois hospitais, o A₂ e o A₅, possuem, cada um, um vogal executivo com alguma experiência no privado em sectores não directamente ou apenas lateralmente ligados à saúde. O Quadro 49 apresenta por tipo de função desempenha actualmente as funções desempenhadas anteriormente. Apresenta igualmente, na última coluna, se essa função era desempenha num CA anterior do hospital ou de outro hospital.

Funções no CA	Funções anteriores	N	%	No CA anterior
Presidente do CA	Administrador hospitalar	1	14%	
	Direcção de serviço	1	14%	
	Director distrital (Segurança Social)	1	14%	
	Presidente ARS IP	1	14%	
	Presidente de CA	3	43%	3
Vogal executivo	Administrador hospitalar	9	82%	4
	Director financeiro (hospital)	1	9%	
	Director financeiro (IEFP)	1	9%	
Director clínico	Adjunto do director clínico	1	20%	
	Assistente hospitalar de medicina interna	1	20%	
	Direcção de serviço	3	60%	1
Enfermeiro director	Enfermeiro/a chefe	5	71%	1
	Enfermeiro/a supervisor/a e adjunta do ED	2	29%	

Quadro 49 — Funções anteriores dos membros do CA por tipo de função exercida actualmente

Conforme se pode verificar, 3 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 A₄ e A₈. O terceiro elemento, do hospital A₃, 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.

2.2.1.4. Tempo de integração no CA

Para a pergunta “*Há quanto tempo integra o CA*” foram obtidas as estatísticas apresentadas no Quadro 50.

	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
P 25	1,50	0,50	0,63	1,83
P 50	1,67	1,83	2,00	2,00
P 75	9,00	2,00	5,58	4,42
<i>N</i>	7	11	5	7

Quadro 50 — Anos de integração por função desempenhada no CA

Deste quadro ressaltam os seguintes aspectos:

- 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 A₄ e A₈;
- O director clínico e o enfermeiro director apresentam em média um tempo de integração maior do que os vogais executivos. Tendo em conta a importância das funções atribuídas aos vogais executivos,

nomeadamente nos aspectos económico-financeiros, seria de esperar um tempo de integração maior;

- O pouco tempo de integração dos vários elementos do CA está de acordo com a elevada rotação dos CA apresentada anteriormente.

2.2.1.5. Formação

A Figura 35 apresenta a distribuição dos membros dos CA por licenciatura.

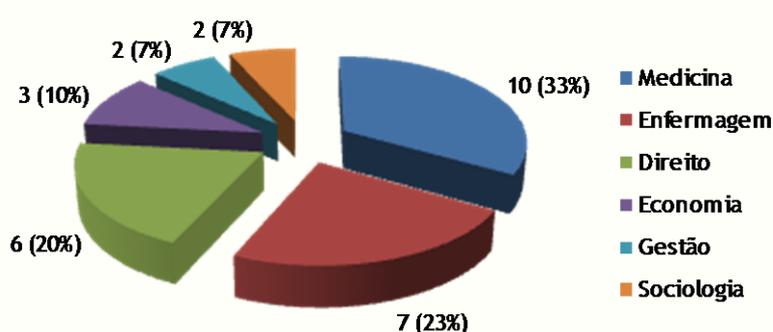


Figura 35 — Distribuição da formação de base por licenciatura

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 conforme se pode avaliar pelo Quadro 51 onde é apresentada a formação específica na área da saúde por tipo.

Tipo	Descrição	N	%
Mestrado	Gestão e Economia da Saúde	4	11%
	Gestão de Unidades de Saúde	1	3%
	Gestão Pública	1	3%
	Gestão de Serviços de Saúde	1	3%
Pós-graduação	Administração Hospitalar	11	31%
	Ciências Empresariais	1	3%
	MBA	1	3%

Tipo	Descrição	N	%
Curso de especialização	Engenharia Industrial Aplicada aos Hospitais	2	6%
	Administração em enfermagem	3	9%
	Gestão hospitalar	1	3%
	Gestão de Unidades de Saúde	4	11%
Outros	Auditoria Externa em termos de acreditação	1	3%
	Gestão de projectos e Métodos Quantitativos de Gestão	1	3%
	Não oficiais em gestão	3	9%
Total		35	100%

Quadro 51 — Formação específica dos membros do CA

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%).

O Quadro 52 apresenta a distribuição da formação de base considerando as licenciaturas relativamente às funções desempenhadas no CA. A formação de base dos presidentes do CA é maioritariamente a medicina (71%) com pouca representatividade da economia e do direito (14% respectivamente). Por seu turno, os vogais executivos possuem maioritariamente uma formação de base em direito (45%). A economia, a gestão e a sociologia possuem a mesma representatividade (18% respectivamente).

Função	Licenciatura	N	%
Presidente do CA	Direito	1	14%
	Economia	1	14%
	Medicina	5	71%
Vogal executivo	Direito	5	45%
	Economia	2	18%
	Gestão	2	18%
	Sociologia	2	18%
Director clínico	Medicina	5	100%
Enfermeiro director	Enfermagem	7	100%

Quadro 52 — Formação de base por função desempenhada no CA

Pelas suas características próprias, o director clínico e o enfermeiro director apresentam como formação base a medicina e a enfermagem respectivamente.

Função	Tipo	Descrição	N	%
Presidente do CA	Pós-graduação	Administração Hospitalar	1	17%
		MBA	1	17%
	Curso de especialização	Gestão de Unidades de Saúde	2	33%
		Gestão hospitalar	1	17%
	Outros	Não oficiais em gestão	1	17%
Vogal executivo	Mestrado	Gestão de Serviços de Saúde	1	5%
		Gestão e Economia da Saúde	2	11%
	Pós-graduação	Administração Hospitalar	10	53%
		Ciências Empresariais	1	5%
	Curso de especialização	Engenharia Industrial Aplicada aos Hospitais	2	11%
		Outros	Auditoria Externa em termos de acreditação	1
Não oficiais em gestão	2		11%	
Director clínico	Curso de especialização	Gestão de Unidades de Saúde	2	100%
Enfermeiro director	Mestrado	Gestão e Economia da Saúde	2	25%
		Gestão Pública	1	13%
		Gestão de Unidades de Saúde	1	13%
	Pós-graduação	Gestão e Economia da Saúde	1	13%
	Curso de especialização	Administração em enfermagem	3	38%
Total			35	

Quadro 53 — Formação específica por função desempenhada no CA

O Quadro 53 apresenta a formação específica por função desempenhada no CA. 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%); o curso de especialização de administração em enfermagem possui também um peso significativo (38%).

2.2.1.6. 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). Na Figura 36, que representa a distribuição dos anos de experiência efectiva em administração em saúde, constata-se que 8 dos elementos (30%) possuem entre 15 a 19 anos de experiência, 6 (22%) possuem entre 5 a 9 anos de experiência, 6 (22%) possuem entre 10 a 14 anos de experiência, 3 (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.

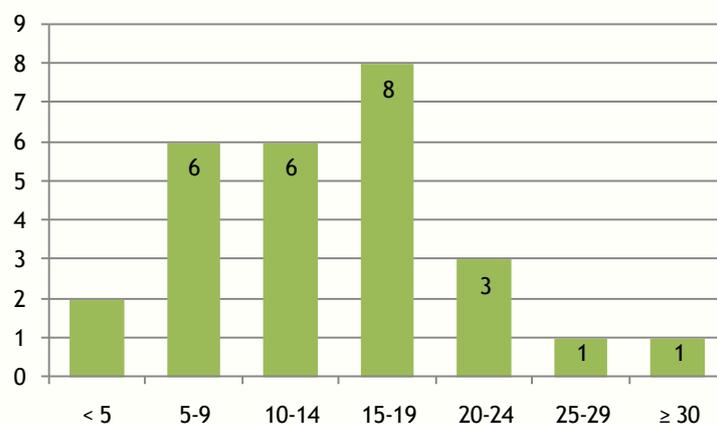


Figura 36 — Distribuição dos anos de experiência efectiva em administração em saúde

O Quadro 54 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
P 25	7,00	5,00	10,00	12,75
P 50	9,00	18,00	11,00	16,50
P 75	16,00	24,00	12,00	17,75
N	7	11	3	6

Quadro 54 — Anos de experiência efectiva em administração em saúde por função desempenhada no CA

Constata-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 (1 e 3,73 anos, respectivamente). Os vogais executivos são quem apresenta o desvio padrão mais elevado (10,38 anos).

2.2.2. Funcionamento

O número de reuniões e o processo de tomada de decisão são definidos pelo próprio estatuto jurídico. Assim, para além de um breve resumo relativo às reuniões e ao processo de tomada de decisão, nesta subsecção são apresentados os resultados relativos à percepção dos entrevistados em termos da autonomia que detêm na tomada de decisão em diversas áreas.

Para o efeito foram consideradas a marcação de objectivos de desempenho, o planeamento estratégico orientado para a resposta às necessidades em saúde da população, o aprovisionamento (incluindo medicamentos e material de consumo clínico), as operações de capital (gestão patrimonial ou seja, investimento, e venda de activos) e os recursos humanos. Na impossibilidade de efectuar entrevistas a todos os membros do CA, considera-se que a percepção dos entrevistados desse CA é representativa de todo o CA.

2.2.2.1. Reuniões

O CA dos hospitais SPA⁸ 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 CA dos hospitais EPE⁹ reúne, pelo menos, semanalmente e, ainda, sempre que convocado pelo presidente ou por solicitação de dois dos seus

⁸ Decreto-Lei nº 188/2003, art. 7º.

⁹ Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 11º.

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.

2.2.2.2. Processo de tomada de decisão

No modelo SPA¹⁰ o presidente do CA tem voto de qualidade no processo de decisão. No modelo EPE¹¹, à semelhança do modelo SPA, o presidente do CA tem voto de qualidade no processo de decisão.

2.2.2.3. Autonomia na tomada de decisão em áreas chave

Conforme mencionado na metodologia foi desenvolvida uma escala visual analógica, sendo pedido ao entrevistado para marcar numa recta (entre menos autonomia e mais 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 valor 0 representa o mínimo de autonomia, enquanto o valor 15 representa o máximo de autonomia.

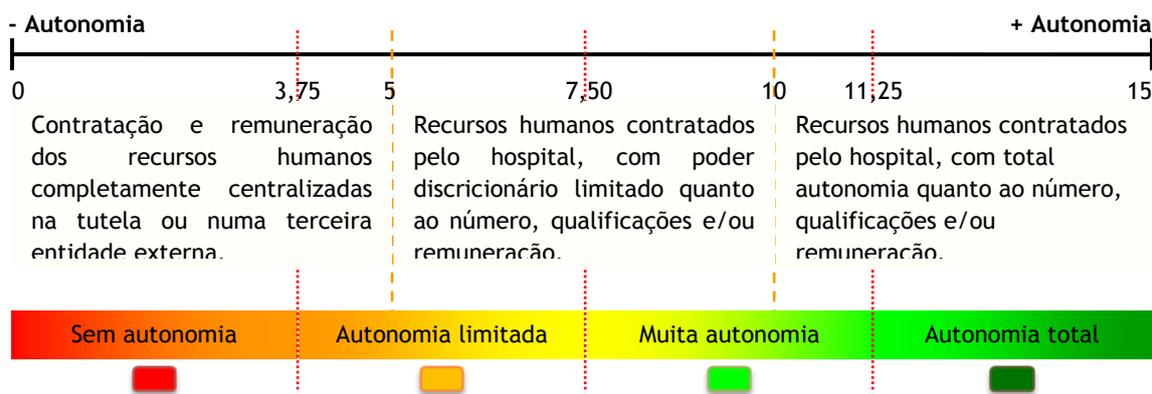


Figura 37 — Zonas de autonomia para interpretação de resultados

¹⁰ Decreto-Lei nº 188/2003, art. 7º.

¹¹ Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 11º.

Para classificar a autonomia sentida pelo entrevistado consideraram-se quatro zonas de autonomia. Desconhecendo-se a curva de preferências dos entrevistados fez-se uma divisão simples em 4 zonas todas com a mesma amplitude. A Figura 37 apresenta as zonas de autonomia consideradas utilizando como exemplo a área dos recursos humanos. Este exemplo é replicado para as restantes áreas. O Quadro 55 descreve as zonas de autonomia para cada uma das áreas.

Autonomia	Marcação de objectivos de desempenho	Planeamento estratégico	Aprovisionamento	Capital	Recursos humanos
 Sem autonomia	Fixação de objectivos totalmente centralizados na tutela ou numa terceira entidade externa, sem qualquer participação do hospital	Planeamento estratégico totalmente centralizado na tutela ou numa terceira entidade externa	Aprovisionamento centralizado, sendo a decisão relativa à selecção e ao volume de produtos feita pela tutela ou outra terceira entidade externa	Decisões de capital totalmente centralizadas na tutela ou numa terceira entidade externa	Contratação e remuneração dos recursos humanos completamente centralizadas na tutela ou numa terceira entidade externa
 Autonomia limitada	Definição conjunta de objectivos, mas com pouca participação do hospital	Planeamento estratégico pelos órgãos de governo e de gestão do hospital, mas com orientações rígidas da tutela	Poder discricionário limitado a nível do hospital no que respeita à selecção e ao volume de produtos	Os órgãos de governo e de gestão do hospital têm um controlo limitado sobre os activos	Recursos humanos contratados pelo hospital, com poder discricionário limitado quanto ao número, qualificações e/ou remuneração
 Muita autonomia	Definição conjunta de objectivos, mas com elevada participação do hospital	Planeamento estratégico pelos órgãos de governo e de gestão do hospital, com orientações abertas da tutela	Poder amplamente discricionário a nível do hospital no que respeita à selecção e ao volume de produtos	Os órgãos de governo e de gestão do hospital têm um grande controlo sobre os activos	Recursos humanos contratados pelo hospital, com grande poder discricionário quanto ao número, qualificações e/ou remuneração
 Autonomia total	Definição de objectivos totalmente ao nível do hospital	Os órgãos de governo e de gestão do hospital têm autonomia total para o planeamento estratégico	Aprovisionamento completamente sob o controlo dos órgãos de governo e de gestão do hospital	Os órgãos de governo e de gestão do hospital têm controlo total sobre as decisões de capital	Recursos humanos contratados pelo hospital, com total autonomia quanto ao número, qualificações e/ou remuneração

Quadro 55 — Zonas de autonomia para cada área de decisão

Para além de classificar a autonomia percebida por cada entrevistado, procurou-se perceber as áreas em os entrevistados sentem que possuem mais

autonomia. Para tal será utilizado o ranking da resposta dada pelo entrevistado de modo a pontuar cada uma das áreas.

Para além dos resultados associados às perguntas referentes a cada uma das áreas, no geral e por hospital, serão apresentados os resultados obtidos com os comentários feitos.

No geral

A Figura 38 apresenta a distribuição das respostas relativas à autonomia percebida pelos entrevistados relativamente a cada área. No eixo das respostas está representado o valor assinalado na recta pelos entrevistados. Foi também colocada no lado esquerdo a zona de autonomia correspondente.

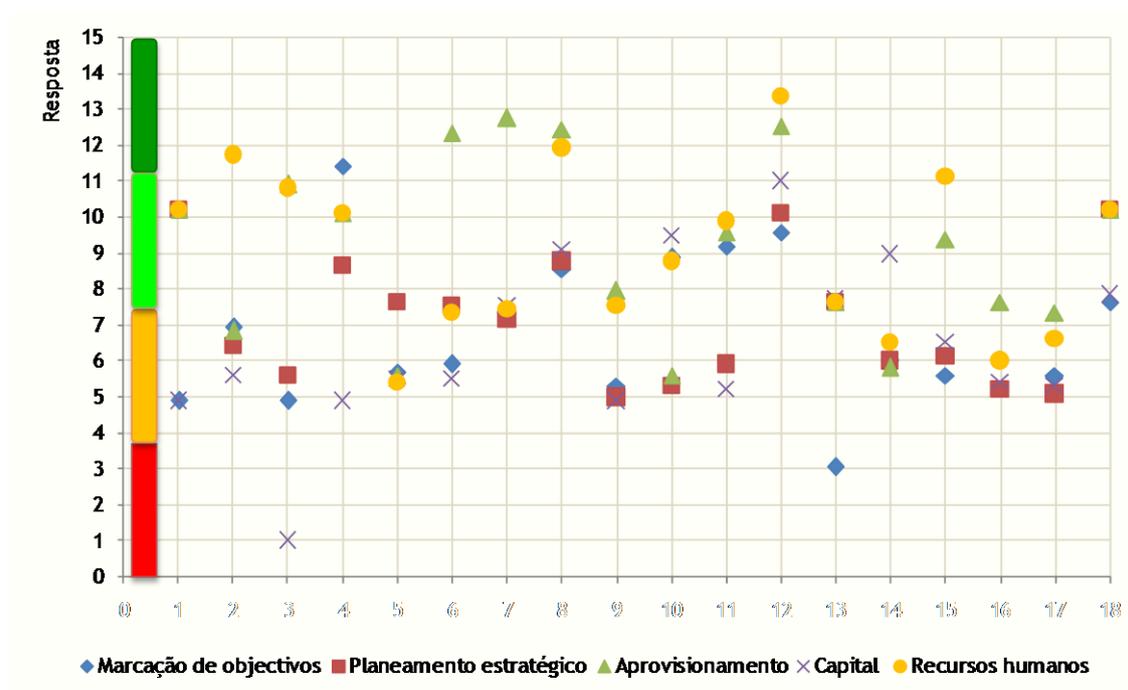


Figura 38 — Autonomia nas diversas áreas percebida por entrevistado

Esta distribuição sugere que as áreas onde os entrevistados percebem a existência de mais autonomia são a dos recursos humanos e do aprovisionamento. Também se pode verificar que existem poucas respostas na zona sem autonomia (zona vermelha).

O Quadro 56 apresenta as principais estatísticas de cada uma das áreas analisadas de acordo com as respostas dos 18 entrevistados. No mesmo quadro foi incluído ao lado da média o seu enquadramento em termos de zona de autonomia.

Área	Min	Max	Média	Desvio padrão	Percentis		
					25	50	75
Marcação de objectivos	3,06	11,43	6,81	2,07	5,54	6,02	8,65
Planemamento estratégico	5,00	10,20	7,15	1,81	5,54	6,79	8,7
Aprovisionamento	5,61	12,76	9,17	2,46	7,22	9,49	11,28
Capital	1,02	11,02	6,47	2,32	5,13	5,56	8,14
Recursos humanos	5,41	13,37	9,04	2,31	7,17	9,34	10,89

Quadro 56 — Estatísticas para cada uma das áreas analisadas

Olhando para a média em cada uma das áreas analisadas, verifica-se que o aprovisionamento (9,17) e os recursos humanos (9,04) são as áreas com maior média. Seguem-se, por ordem decrescente, o planeamento estratégico (7,15), a marcação de objectivos (6,81) e o capital (6,47).

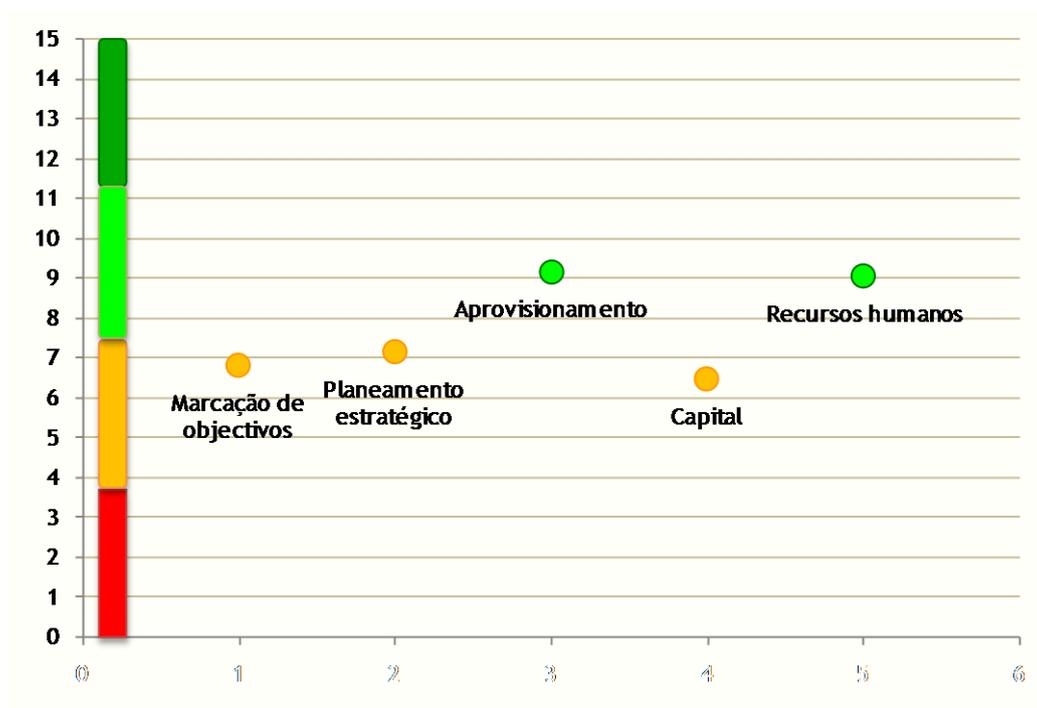


Figura 39 — Distribuição da autonomia média por cada uma das áreas

A Figura 39 apresenta a distribuição da autonomia por cada uma das áreas. Assim, 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.

Os valores mínimos mais baixos aparecem na área do capital (1,02) e na área da marcação de objectivos. Por seu turno os valores máximos mais elevados aparecem nos recursos humanos (13,37), no aprovisionamento (12,76) e na marcação de objectivos (11,43). De notar que as maiores amplitudes de variação se situam na área do capital (10,00) e na área da marcação de objectivos (8,37).

A Figura 40 apresenta para cada área a distribuição das respostas em cada uma das zonas de autonomia bem como o indicador da zona de autonomia (etiqueta mais à direita). A maioria das respostas (47%) situa-se na zona de autonomia limitada, seguindo-se a zona de muita autonomia (42%). A zona de autonomia total (9%) e a zona de sem autonomia (2%) possuem poucas respostas.

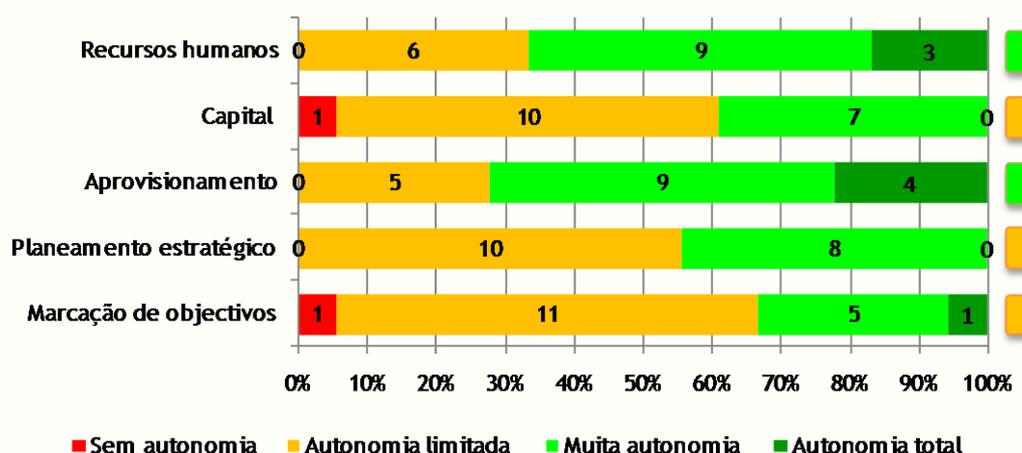


Figura 40 — Distribuição das respostas por zona de autonomia em cada uma das áreas

Na zona de autonomia total destacam-se o aprovisionamento (50%) e os recursos humanos (38%), enquanto na zona de muita autonomia se destacam igualmente o aprovisionamento (24%) e os recursos humanos (24%). Na zona de autonomia limitada destacam-se a marcação de objectivos de desempenho (26%), o planeamento estratégico (24%) e o capital (24%). Por último, na zona de sem autonomia aparecem unicamente a marcação de objectivos de desempenho (50%) e o capital (50%).

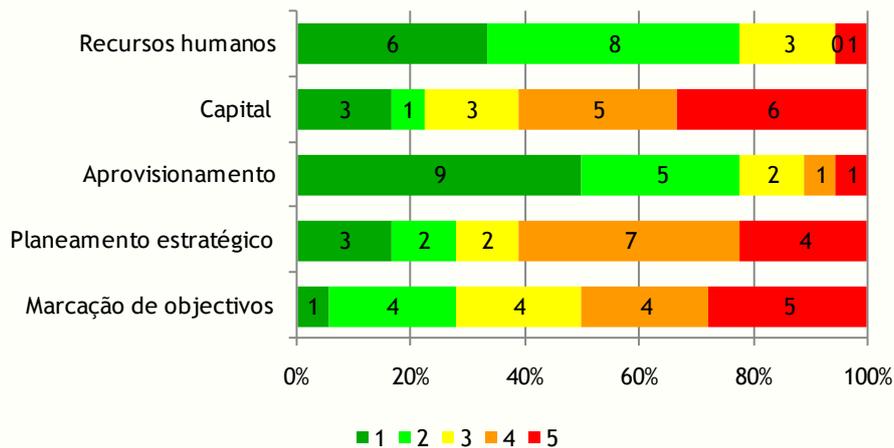


Figura 41 — Distribuição do número de vezes que cada área obteve num determinado *ranking*

A Figura 41 apresenta para cada área o número de vezes que esta aparece num determinado ranking. Na posição de topo do ranking o aprovisionamento (41%) é a área que mais vezes aparece nas respostas dos entrevistados, seguindo-se os recursos humanos (27%), o capital (14%) e o planeamento estratégico (14%) e, finalmente, a marcação de objectivos de desempenho (5%). Na segunda posição do ranking aparecem mais vezes novamente os recursos humanos (40%) e o aprovisionamento (25%).

Se consideramos estas respostas como indicativas da autonomia sentida pelos entrevistados em cada uma destas áreas podemos afirmar que o aprovisionamento é a área onde os entrevistados sentem mais autonomia, seguindo-se os recursos humanos. As áreas onde os entrevistados sentem menos autonomia são planeamento estratégico, a marcação de objectivos de desempenho e o capital.

Por hospital

Quando analisamos a autonomia por hospital, a tendência encontrada anteriormente parece afirmar-se no mesmo sentido. O Quadro 57 apresenta a autonomia média por hospital nas diversas áreas e a respectiva zona de autonomia.

Hospital	Marcação de objectivos	Planejamento estratégico	Aprovisionamento	Capital	Recursos humanos
A ₁	5,82	5,15	7,50	5,36	6,33
A ₂	5,92	7,55	12,35	5,51	7,35
A ₃	6,78	7,71	8,73	4,39	9,65
A ₄	7,07	6,97	11,05	7,18	8,98
A ₅	9,22	7,11	9,25	8,57	10,68
A ₆	3,06	7,65	7,65	7,76	7,65
A ₇	6,84	8,11	8,01	8,42	8,37
A ₈	5,61	6,12	9,39	6,53	11,12

Quadro 57 — Autonomia média por hospital nas diversas áreas

Com base no quadro anterior foi elaborada a Figura 42 que apresenta a distribuição da autonomia média por área e por hospital com a indicação da evolução do hospital em termos de estatuto. Foi também colocada no lado esquerdo a zona de autonomia correspondente.

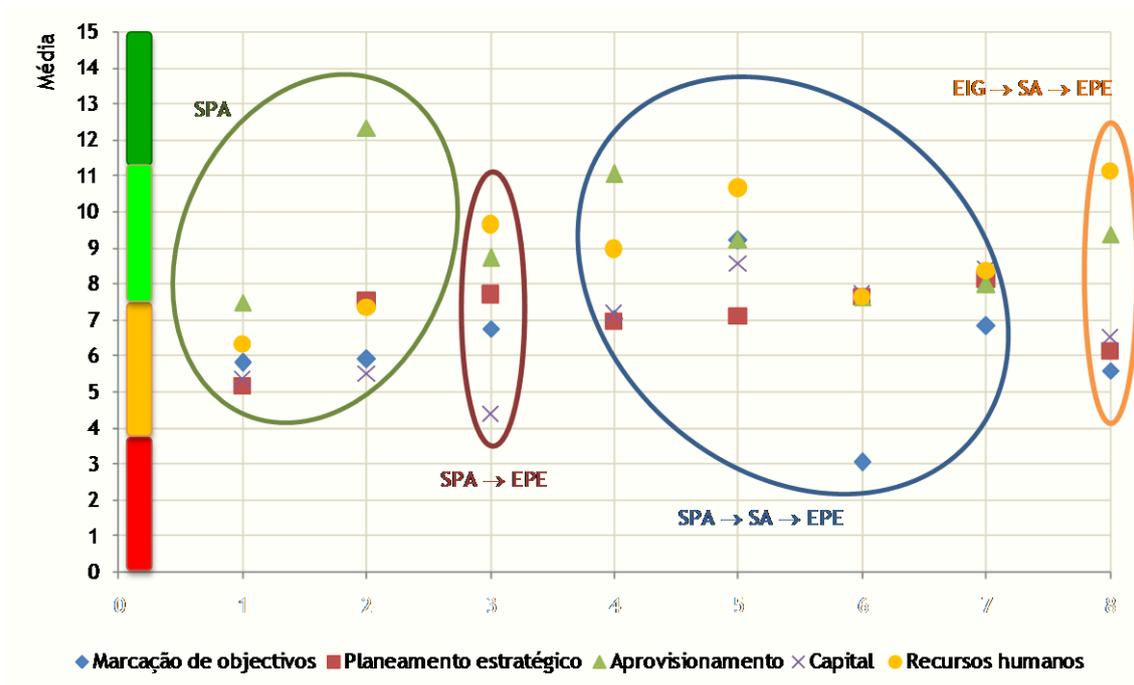


Figura 42 — Autonomia média por área e por hospital

Esta distribuição sugere que as áreas onde os CA dos hospitais percebem mais autonomia são a dos recursos humanos e do aprovisionamento. Também se pode verificar que existe apenas um hospital (A₆) que possui um item, relativo à marcação de objectivos, na zona sem autonomia

(zona vermelha) e que existe um hospital (A_2) que possui um item, relativo ao aprovisionamento, na zona de autonomia total (zona verde). Verifica-se também que a média da autonomia para cada umas áreas se situa maioritariamente nas zonas de autonomia limitada e muita autonomia.

A Figura 43 apresenta para cada área a distribuição do número de hospitais em cada uma das zonas de autonomia. A maioria das respostas (53%) situa-se na zona de muita autonomia, seguindo-se a zona de autonomia limitada (43%). A zona de autonomia total (3%) e a zona de sem autonomia (3%) possuem poucas respostas.

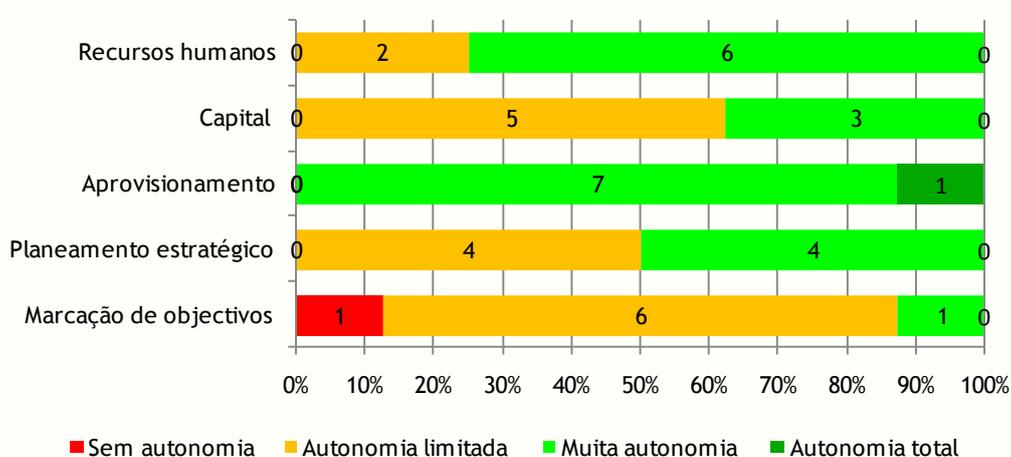


Figura 43 — Distribuição do número de hospitais por zonas de autonomia em cada uma das áreas

Na zona de muita autonomia destacam-se, novamente, o aprovisionamento (33%) e os recursos humanos (29%). Por seu turno, na zona de autonomia limitada destacam-se a marcação de objectivos de desempenho (35%), o capital (29%) e o planeamento estratégico (24%). Por fim, na zona de autonomia total aparece apenas um hospital com a área de aprovisionamento (100%) e na zona de sem autonomia aparece unicamente um hospital com a área de marcação de objectivos de desempenho (100%).

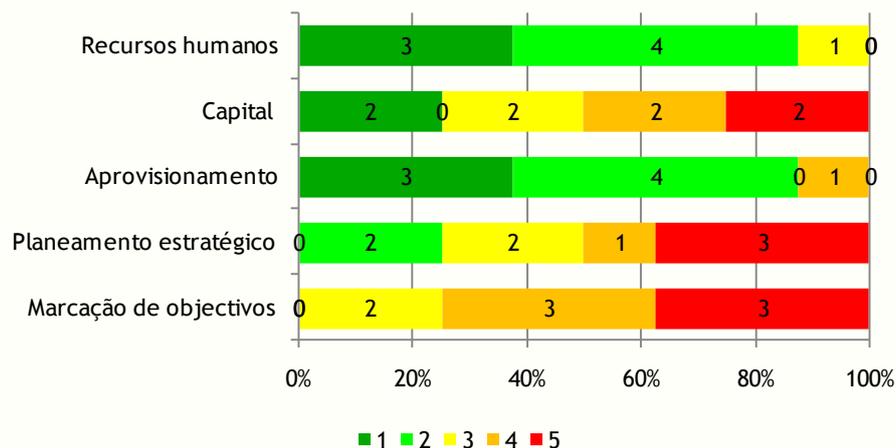


Figura 44 — Distribuição do número de hospitais em cada área num determinado *ranking*

A Figura 44 apresenta, após o agrupamento das respostas de cada entrevistado por hospital, o número de hospitais que aparecem num determinado ranking para cada uma das áreas. Mais uma vez a área dos recursos humanos e do aprovisionamento aparecem como aquelas onde é percebida a existência de uma maior autonomia.

As áreas de recursos humanos e de aprovisionamento aparecem com mais lugares de topo do ranking, nomeadamente o primeiro e o segundo lugar. Assumindo, mais uma vez, a premissa formulada anteriormente, o aprovisionamento é a área onde os CA percebem mais autonomia, seguindo-se os recursos humanos. As áreas onde os CA percebem menos autonomia são a marcação de objectivos de desempenho, o planeamento estratégico e o capital.

Área	Geral	SPA	EPE
Marcação de objectivos	6,81	5,85	7,01
Planemamento estratégico	7,15	5,95	7,39
Aprovisionamento	9,17	9,12	9,18
Capital	6,47	5,41	6,69
Recursos humanos	9,04	6,67	9,52

Quadro 58 — Zona de autonomia de cada área tendo em conta o respectivo estatuto

O Quadro 58 apresenta a autonomia média por estatuto nas diversas áreas. Conforme se pode verificar em qualquer das situações o aprovisionamento

aparece sempre na zona de muita autonomia. A área de recursos humanos aparece também na zona de muita autonomia em termos gerais e nos hospitais EPE. De resto, as restantes áreas aparecem sempre nas zonas de autonomia limitada.

A Figura 45 apresenta a autonomia média geral confrontando-a com a autonomia média de acordo com o estatuto hospitalar. Para além de assinalar a média da autonomia em cada um dos eixos correspondentes, a figura inclui os limites superiores de cada uma das zonas de autonomia (Lim₁ da zona sem autonomia, Lim₂ da zona autonomia limitada, Lim₃ da zona muita autonomia e Lim₄ da zona autonomia total).

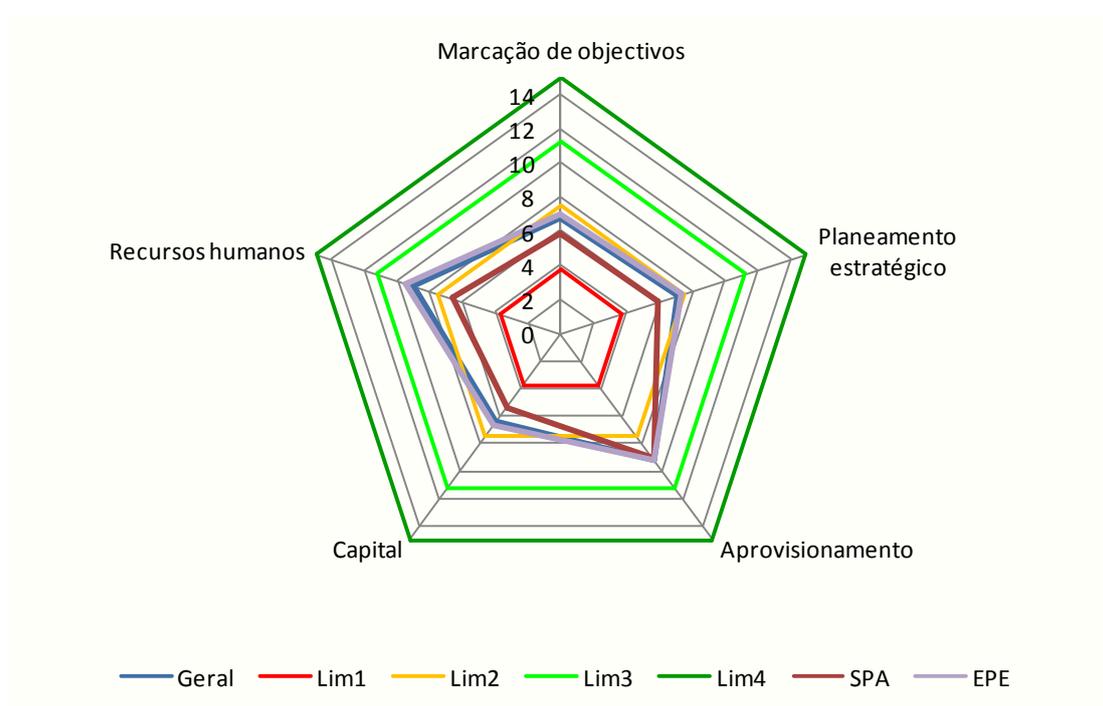


Figura 45 — Autonomia média por área de acordo com o estatuto hospitalar

A autonomia média percebida pelos entrevistados dos CA dos hospitais EPE confunde-se praticamente com a autonomia média geral por área. Os entrevistados dos CA dos hospitais SPA percebem uma menor autonomia nas diversas áreas relativamente aos entrevistados dos CA dos hospitais EPE. A excepção desta menor autonomia está relacionada com a área do aprovisionamento que é praticamente igual (9,17 no estatuto EPE e 9,12 no estatuto SPA).

Observa-se também que enquanto nos hospitais EPE é percebida uma maior autonomia na área dos recursos humanos (9,52) e do aprovisionamento

(9,18) relativamente às outras áreas, já nos hospitais SPA a percepção de autonomia situa-se praticamente ao mesmo nível (marcação de objectivos com 5,85; planeamento estratégico com 5,95; capital com 5,41; e recursos humanos com 6,67) com excepção da área do aprovisionamento (9,12).

Análise dos comentários

Sobre a autonomia do hospital foram obtidos 29 comentários de 11 dos entrevistados (9 internos e 2 externos). O Quadro 59 apresenta os comentários obtidos sobre a autonomia na tomada de decisão em áreas chave por categorias e subcategorias.

Categoria	Subcategoria	Frequência	%
Áreas analisadas	Planeamento estratégico	8	28%
	Recursos humanos	4	14%
	Capital	3	10%
	Objectivos de desempenho	1	3%
Autonomia	Relacionada com o estatuto	7	25%
	Relacionado com limites	3	10%
	Relacionado com a intervenção do Estado	3	10%
Total		29	100%

Quadro 59 — Distribuição dos comentários sobre a autonomia na tomada de decisão

A maioria dos comentários (55%) está relacionada com as áreas analisadas, nomeadamente o planeamento estratégico (28%), os recursos humanos (14%), o capital (10%) e os objectivos de desempenho (3%). Não foram feitos comentários sobre a área do aprovisionamento. Os restantes comentários (45%) estão relacionados com a autonomia em termos gerais, nomeadamente no que se refere às diferenças de estatuto (25%), aos limites da autonomia (10%) e qual o papel de intervenção do Estado (10%).

O Quadro 60 apresenta alguns exemplos de comentários relacionados com a autonomia na tomada de decisão em áreas chave.

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
Planeamento estratégico	6	O hospital tem todas as condições para o fazer, mas dependemos de orientações emanadas da tutela e de intervenções e indicações dadas pelas ARS.
	10	Grande parte do planeamento estratégico vem do

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
		Ministério. Os hospitais como peças do SNS têm pouca margem de manobra, margem de actuação pequena.
	11	Em termos estratégicos estamos a fazer uma aposta em sistemas de informação credíveis - conduzir tendencialmente para um hospital sem papel; integração do sistema ALERT (urgência, consulta externa, bloco operatório, internamento); prescrição online para reduzir os erros; melhoria das competências informáticas dos nossos colaboradores. O benchmark de boas práticas, nomeadamente através de encontros entre diferentes CA seria fundamental para o planeamento estratégico.
	15	Planeamento estratégico não existe no hospital. Grande parte do planeamento estratégico está centrada na tutela e está relacionado com os objectivos de política de saúde. Apesar disso o hospital pode fazer planeamento estratégico em áreas específicas. Fundamentalmente, fortemente centrada no dimensionamento da oferta para aquilo que é a oferta pré-definida pelo planeamento central e na identificação dos produtos mais adequados às necessidades que estão definidas centralmente. Produtos como a integração de cuidados, abordagens profilácticas mais do que curativas, actuações de intervenção precoce. No fundo, definir o posicionamento do hospital perante as necessidades definidas pela administração central. O seu planeamento estratégico consiste na adequação da oferta às necessidades.
	15	Internamente, um CA (deveria passar 2/3 do tempo preocupado com a estratégia do hospital) deve preocupar-se com a cultura organizacional e com a atmosfera do hospital. Muito com os instrumentos adequados, com envolvimento, com responsabilização, com descentralização.
Recursos humanos	10	Temos autonomia de contratação mas perdemos autonomia em termos de remuneração, do modelo remuneratório e progressão das carreiras. Há cinco anos que temos uma comissão centralizada que negocia o acordo colectivo de trabalho e que não tem resultados, estamos condicionados. Podíamos avançar sozinhos na definição de um modelo, mas dificilmente acertaríamos, só por milagre, com o que o MS está a tentar negociar. Podemos replicar o modelo público, mas para isso não se fazia a reforma. Resumindo temos autonomia em termos de contratação, mas não a temos em termos de remuneração e de progressão de carreira.
	13	Podemos contratar quem quisermos. Não existência de um acordo colectivo de trabalho é uma lacuna importante. Temos um conjunto de gente, sobretudo médicos, em que era importante existir um acordo colectivo de trabalho que permitisse um grau diferenciação técnico-profissional que desse um estímulo acrescido a quem entra aqui com um contrato individual de trabalho e que do ponto de vista técnico não tem o estímulo seguinte. A sua não existência diminui os horizontes dos contratados. Os profissionais sentem uma certa estagnação. Não é uma situação urgente é premente.
	14	A cultura instalada facilita a mobilidade entre

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
		instituições o que provoca a perda de profissionais; existe défice em determinadas especialidades tendo nós que recorrer ao mercado espanhol; problemas na contratação de recursos humanos que precisam de ser harmonizados, isto é, temos todos de trabalhar por igual porque grandes hospitais, como os HUC, atraem os recursos por causa do contrato dentro da função pública.
Capital	10	Globalmente, em termos de capital é bom existir alguma restrição de autonomia. Por várias razões: pela situação que passamos, pela necessidade de contenção, pelos objectivos de défice. Mas também, porque excesso de autonomia gera aberrações ao nível do sistema. Demasiada autonomia de investimento gera aberrações. Às vezes a limitação de autonomia é importante, para não surgirem aberrações. Veja-se o que aconteceu ao capital social de alguns hospitais SA. Aliás, o próprio TC se pronunciou sobre isso.
	13	A nossa relativa capacidade de autofinanciamento e capital social permitem fazer alguns investimentos; para grandes projectos precisamos de pedir autorização à tutela.
Objectivos de desempenho	6	Fortemente dependentes da tutela, porque quando a tutela nos diz, por exemplo, que não podemos ultrapassar determinado número de intervenções cirúrgicas...

Quadro 60 — Exemplo de comentários para as subcategorias relacionadas com comentários sobre as áreas

Relativamente ao planeamento estratégico são mencionados quatro aspectos:

- O facto de o hospital ser 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”.
- A diminuição da autonomia nesta área em consequência do planeamento estratégico do hospital depender das “orientações emanadas da tutela e de intervenções e indicações dadas pelas ARS”.
- A redefinição do 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”. 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.

- A identificação de alguns factores importantes para o planeamento estratégico, nomeadamente a aposta em “sistemas de informação credíveis” e no “benchmark de boas práticas”.

Quanto aos recursos humanos é mencionado:

- A melhoria da autonomia relativa à 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”.
- Os 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”).

Relativamente ao capital são mencionados os seguintes pontos:

- A relativa autonomia de investimento em algumas áreas exceptuando para grandes projectos onde se torna necessário “pedir autorização à tutela”.
- O reconhecimento da necessidade de “alguma restrição de autonomia” em termos de 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 Contas¹².

Por último, relativamente aos objectivos de desempenho apenas é mencionado o facto de serem “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.

O Quadro 61 apresenta alguns exemplos de comentários relacionados com a autonomia em termos gerais.

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
Relacionada com o estatuto	9	O modelo SA permitia mais autonomia que o modelo EPE.
	10	Em termos da autonomia da decisão, acho que é a suficiente para atingirmos os fins aquilo que se espera de nós. Aqueles que dizem ter pouca autonomia escondem-se atrás das suas próprias insuficiências e das suas incapacidades.
	18	O estatuto jurídico concede autonomia em algumas áreas, mas que algumas vezes é relativa porque depois está sujeita a legislação específica em determinadas áreas.
	19	Tenho menos liberdade, menos autonomia para a gestão do hospital como empresa. Temos procurado cumprir os objectivos de produção mas não há liberdade para a operação do CA. Mesmo o que a lei prevê como liberdade de operação, como autonomia, não é sentida porque o accionista tem tido um papel de decisão, não entregou o papel de decisão aos CA, é de controlador dos CA.
Relacionada com limites	7	Cuidado com o excesso de autonomia, pode não ser ajustado e adequado a uma rede em que o Estado define as linhas estratégicas. O Estado não pode deixar de comandar e orientar a saúde, senão demite-se da sua principal função. Esta função é inalienável. Estamos na presença de um processo em cascata em que o Estado deve apresentar as grandes orientações e fazer algumas intervenções quando necessárias.
	7	São exemplos a concentração das maternidades e das urgências. É curioso que nenhum CA discutiu isto com o governo. Quem discutiu foram os autarcas, o que

¹² 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.

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
		demonstra bem a falta de autonomia que os CA representam para o Estado. Demonstra quem são os verdadeiros interlocutores. Nesta situação os CA são, quando menos se espera, os autarcas e a população. 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. Isto mostra o grau de dependência, de falta de autonomia dos CA, do cordão umbilical de dependência que liga os CA ao Ministério e aos Ministros.
	10	Às vezes a limitação de autonomia é importante, para não surgirem aberrações. Veja-se o que aconteceu ao capital social de alguns hospitais SA. Aliás, o próprio TC se pronunciou sobre isso.
Relacionada com a intervenção do Estado	7	Nos hospitais 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.
	10	Há objectivos que têm de ser traçados a nível central, porque são eles que pilotam.
	10	Desta forma deveria existir uma instância onde fosse definido o planeamento necessário para os hospitais. Por exemplo, estando eu com radioterapia e não tendo o hospital ao lado capacidade para satisfazer as suas necessidades pode decidir avançar com grandes investimentos nesta área. Como os recursos humanos são finitos e conhecidos é quase certo que viria buscar os meus físicos, médicos etc. para responder às suas novas necessidades. Se calhar muitas vezes é necessário procurar-se a complementaridade entre hospitais do que um investimento que pode ter consequências nefastas para outras unidades. Daí a necessidade dessa entidade para aferir e planejar estrategicamente os investimentos a serem feitos nos hospitais.

Quadro 61 — Exemplo de comentários para as subcategorias relacionadas com comentários sobre as áreas

Os comentários relacionados com o estatuto focam três posições distintas:

- Uma posição que considera que 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”).
- Uma posição, antagónica à anterior, que considera que a autonomia é a suficiente para atingir os objectivos pretendidos (“é a suficiente para atingirmos os fins aquilo que se espera de nós”) e que o recorrer à falta de autonomia é apenas uma justificação (“aqueles que dizem ter

pouca autonomia escondem-se atrás das suas próprias insuficiências e das suas incapacidades”).

- Uma posição intermédia que considera que o estatuto concede autonomia em algumas áreas mas que depois é constrangida por outra legislação específica.

Os comentários relacionados com os limites à autonomia focam aspectos relacionados com o Estado e com os próprios CA:

- Relativamente ao Estado acentuam, por um lado, o seu papel na definição das políticas de saúde e das grandes linhas estratégicas e, por outro lado, a 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”).
- Quanto aos CA é focado, 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 aos 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”).

Os comentários relacionados com a intervenção do Estado focam sobretudo as suas áreas de intervenção no hospital (“o Estado pode e deve intervir na definição de redes de referenciação 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”.

2.2.3. Actividades

Neste ponto são apresentados os resultados obtidos relativamente ao tempo despendido e à importância atribuída pelos entrevistados num conjunto de actividades relacionadas com as áreas de planeamento estratégico, de gestão financeira, de gestão da qualidade, de relações externas e de processo burocrático.

Área	Actividade	Código
Planeamento estratégico	Desenvolvimento de questões estratégicas com a gestão	PE01
	Planeamento da resposta do hospital às necessidades em saúde da população	PE02
	Discussão relativa à melhoria e desenvolvimento dos serviços de saúde na região servida pelo hospital	PE03
	Monitorização do desempenho da gestão	PE04
	Discussão sobre melhorar a eficiência do hospital	PE05
	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	PE06
	Definição de políticas para a partilha de informação relativa ao doente com outros hospitais, cuidados primários, comunidade e outras entidades	PE07
	Definição de políticas de articulação dos serviços do hospital e a sua integração com outros cuidados externos ao hospital	PE08
	Definição de políticas relativas à gestão do risco e da segurança	PE09
	Definição de políticas e estratégias para a gestão da mudança	PE10
	Definição de políticas e estratégias relacionadas com a gestão da informação e do conhecimento	PE11
	Delinear, desenvolver e criar serviços e estruturas internas na organização	PE12
Gestão financeira	Monitorização do desempenho financeiro	GF01
	Monitorização da estrutura de custos	GF02
	Monitorização da execução orçamental	GF03
	Monitorização dos processos de cobrança de dívidas	GF04
	Monitorização dos planos de investimento	GF05
Gestão da qualidade	Acompanhamento da gestão da qualidade	GQ01
	Monitorização do desempenho clínico	GQ02
	Monitorização da acessibilidade, e da equidade dos serviços hospitalares	GQ03
	Determinação de medidas sobre queixas e reclamações apresentadas pelos utentes	GQ04
Relações externas	Prestação de contas às autoridades governamentais	RE01
	Poder de influência sobre as autoridades governamentais	RE02
	Representação e manutenção de relações públicas	RE03

Área	Actividade	Código
Processo burocrático	Aprovar e/ou propor alterações ao regulamento do hospital	PB01
	Arbitrar conflitos internos, servindo como entidade de recurso	PB02
	Aprovar compras, criação ou aquisição de serviços e/ou contratos de crédito de maior dimensão	PB03
	Autorização de trabalho extraordinário	PB04

Quadro 62 — Actividades consideradas para cada área e respectivos códigos

O Quadro 62 apresenta as áreas analisadas bem como as actividades escolhidas para cada uma delas. De modo a facilitar a leitura dos gráficos e das tabelas foram atribuídos códigos a cada actividade.

Em primeiro lugar serão apresentados os resultados para o nível de tempo despendido (até que ponto considera que o tempo com essa actividade é o mais indicado). Depois, em segundo lugar, serão apresentados os resultados para o nível de importância (até que ponto considera que a actividade mencionada é importante para as funções do CA). De seguida, será apresentada a confrontação entre o tempo despendido e a importância atribuída. Finalmente serão apresentados os resultados referentes aos comentários obtidos.

2.2.3.1. Nível de tempo despendido

Para cada pergunta relativa ao tempo despendido converteram-se os seus valores para uma classificação da percentagem máxima atingível (%PMA), numa escala de 0 (Muito insuficiente) a 100 (Mais do que necessário). A conversão de uma escala para outra foi feita de uma forma linear devido ao facto de se desconhcerem as curvas de valor associadas às preferências dos entrevistados. Na ignorância decidimos assumir um valor médio. O Quadro 63 apresenta a conversão das respostas efectuadas.

Tempo despendido	Valor	%PMA (z_i)
Mais do que necessário	4	100
O adequado	3	66
Insuficiente	2	33
Muito insuficiente	1	0

$$\% PMA = \frac{\sum_{i=1}^4 z_i F_i}{\sum_{i=1}^4 F_i}$$

Quadro 63 — Conversão das respostas relativas ao tempo despendido

De seguida foi calculado uma média ponderada para cada uma das áreas consideradas que serve de indicador para o tempo despendido. Foi também calculado um indicador geral para o tempo despendido englobando todas as áreas. Com base nos quartis criámos um sistema de classificação com critérios para o indicador do tempo despendido em cada área. O Quadro 64 mostra os critérios de classificação utilizados.

Cor	Tempo despendido	Indicador do tempo despendido
	Muito pouco	Menor que o quartil 25 (<)
	Pouco	Entre o quartil 25 e 50 ($\geq e <$)
	Adequado	Entre o quartil 50 e 75 ($\geq e <$)
	Demasiado	Acima do percentil 75 (\geq)

Quadro 64 — Critérios de classificação para o tempo despendido

O Quadro 65 apresenta as principais estatísticas obtidas para cada uma das áreas consideradas. Na média são apresentadas duas etiquetas. A primeira classifica o valor obtido tendo em conta os quartis para a respectiva área (coluna A), enquanto a segunda tem em conta os quartis para o indicador geral (coluna G).

Área considerada	Min	Max	Média			Quartis		
			Valor	A	G	25	50	75
Planeamento estratégico	24,75	63,25	47,40			39,88	52,25	53,63
Gestão financeira	46,20	66,00	57,76			52,80	59,40	66,00
Gestão da qualidade	33,25	66,00	49,04			45,38	49,50	49,63
Relações externas	33,00	88,67	57,85			44,00	55,17	66,00
Processo burocrático	49,50	91,50	68,62			66,00	66,00	74,63
Geral	42,46	63,64	53,23			48,05	54,80	58,37

Quadro 65 — Estatísticas para o indicador do tempo despendido

A Figura 46 apresenta a distribuição do indicador tempo despendido em cada área bem como as respectivas zonas de classificação (etiqueta mais à esquerda) utilizando os quartis do indicador geral. Os entrevistados consideram que em média despendem menos tempo com as actividades das áreas do planeamento estratégico (47,40) da gestão da qualidade (49,40) e mais tempo com

as actividades da área do processo burocrático (68,62). O tempo despendido com as actividades das áreas da gestão financeira e das relações externas é praticamente o mesmo (57,76 e 57,85, respectivamente).

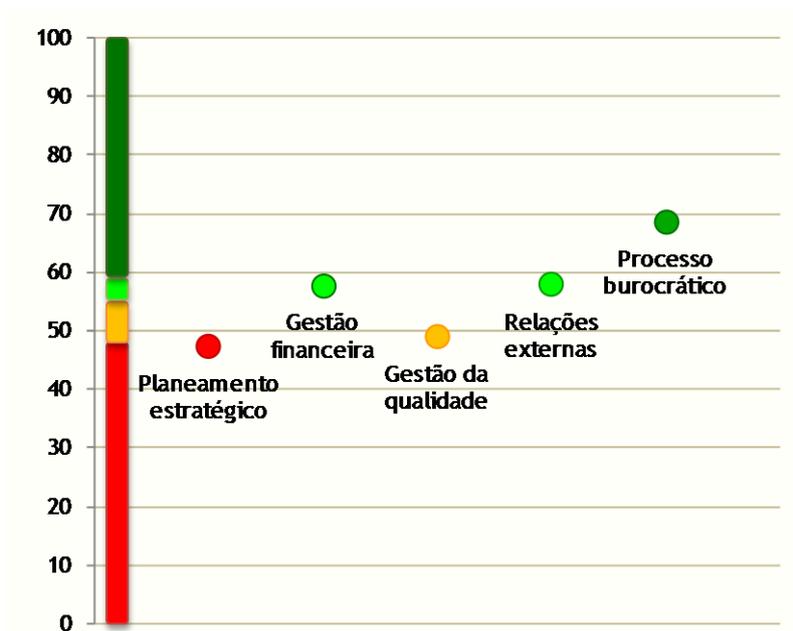


Figura 46 — Distribuição do indicador do tempo despendido em cada área

Tomando como base a média obtida para cada uma das áreas e os critérios de classificação assumidos, constatamos:

- Utilizando os quartis da distribuição de cada área (coluna A do Quadro 65) os entrevistados consideram que nas áreas do planeamento estratégico, da gestão financeira e da gestão da qualidade o tempo despendido é pouco, enquanto nas áreas do processo burocrático e das relações externas consideram que é adequado;
- Utilizando os quartis da distribuição do indicador geral (coluna G do Quadro 65) os entrevistados consideram o tempo despendido com o planeamento estratégico é muito pouco, o tempo despendido com a gestão da qualidade é pouco, o tempo despendido com a gestão financeira e as relações externas é o adequado, e o tempo despendido com o processo burocrático é demasiado.

De seguida são apresentados os resultados por cada uma das áreas consideradas. Para cada área será apresentada uma figura com a distribuição do

indicador para cada uma das actividades (que inclui as respectivas zonas de classificação utilizando os quartis para a área) e um quadro com as actividades, com a respectiva descrição, o valor do indicador, a classificação do indicador do tempo despendido de acordo com os quartis da respectiva área (coluna A) e de acordo com os quartis do indicador geral (coluna G). Assim a coluna A tem em conta a distribuição dos valores do indicador dentro de cada área, enquanto a coluna G tem em conta a distribuição do indicador geral.

Planeamento estratégico

O Quadro 66 apresenta as actividades do planeamento estratégico, com a respectiva descrição, ordenadas de acordo com a classificação do indicador do tempo despendido (do pior para o melhor).

Código	Actividade	Média	A	G
PE09	Definição de políticas relativas à gestão do risco e da segurança	36,88		
PE01	Desenvolvimento de questões estratégicas com a gestão	38,82		
PE07	Definição de políticas para a partilha de informação relativa ao doente com outros hospitais, cuidados primários, comunidade e outras entidades	38,82		
PE02	Planeamento da resposta do hospital às necessidades em saúde da população	44,65		
PE10	Definição de políticas e estratégias para a gestão da mudança	44,65		
PE12	Delinear, desenvolver e criar serviços e estruturas internas na organização	44,65		
PE03	Discussão relativa à melhoria e desenvolvimento dos serviços de saúde na região servida pelo hospital	46,59		
PE08	Definição de políticas de articulação dos serviços do hospital e a sua integração com outros cuidados externos ao hospital	48,53		
PE06	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	54,41		
PE04	Monitorização do desempenho da gestão	56,29		
PE11	Definição de políticas e estratégias relacionadas com a gestão da informação e do conhecimento	56,29		
PE05	Discussão sobre melhorar a eficiência do hospital	58,24		

Quadro 66 — Classificação das actividades do planeamento estratégico para o tempo despendido

A Figura 47 apresenta a distribuição do indicador do tempo despendido

nas actividades da área do planeamento estratégico bem como as respectivas zonas de classificação (etiqueta mais à esquerda).

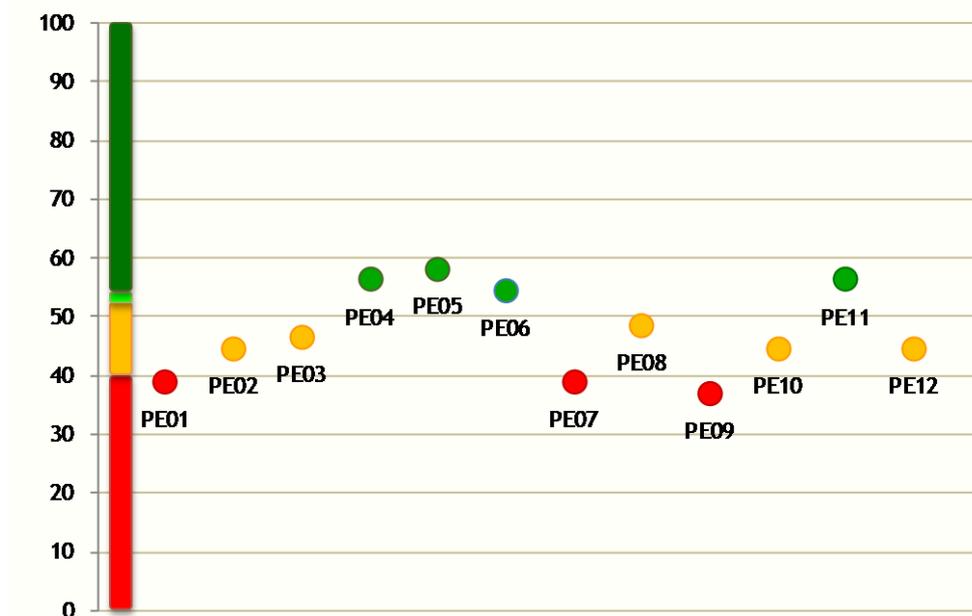


Figura 47 — Distribuição do indicador tempo despendido nas actividades da área do planeamento estratégico

Analisando o indicador de tempo despendido, verificamos que:

- Utilizando como critérios de classificação os quartis da respectiva área, para as actividades PE09 (36,88), PE01 (38,82), e PE07 (38,82) o tempo despendido é considerado muito pouco. Para as actividades PE02 (44,65), PE10 (44,65), PE12 (44,65), PE03 (46,59) e PE08 (48,53) o tempo despendido é considerado pouco. Por seu turno, o tempo considerado para as actividades PR 06 (54,41), PE04 (56,92), PE11 (56,29) e PE05 (58,24) é considerado demasiado;
- Utilizando como critérios de classificação os quartis do indicador geral, para as actividades PE09, PE01, PE07, PE02, PE10, PE12 e PE03 o tempo despendido é considerado muito pouco. Para as actividades PE08 e PE06 o tempo despendido é considerado pouco, enquanto para as actividades PE04, PE11 e PE05 é considerado o adequado.

Gestão financeira

O Quadro 67 apresenta as actividades da gestão financeira, com a

respectiva descrição, ordenadas de acordo com a classificação do indicador do tempo despendido (do pior para o melhor).

Código	Actividade	Média	A	G
GF05	Monitorização dos planos de investimento	49,50		
GF04	Monitorização dos processos de cobrança de dívidas	51,56		
GF02	Monitorização da estrutura de custos	61,88		
GF03	Monitorização da execução orçamental	61,88		
GF01	Monitorização do desempenho financeiro	64,00		

Quadro 67 — Classificação das actividades da gestão financeira para o tempo despendido

A Figura 48 apresenta a distribuição do indicador do tempo despendido nas actividades da área da gestão financeira bem como as respectivas zonas de classificação (etiqueta mais à esquerda).



Figura 48 — Distribuição do indicador do tempo despendido nas actividades da área da gestão financeira

Analisando o indicador de tempo despendido, verificamos que:

- Utilizando como critérios de classificação os quartis da respectiva área, para as actividades GF05 (49,50) e GF04 (51,56) o tempo despendido é considerado pouco, e para as actividades GF02 (61,88), GF03 (61,88) e GF01 (64,00) o tempo despendido é considerado adequado;

- Utilizando como critérios de classificação os quartis do indicador geral, para as actividades GF05 e GF04 o tempo despendido é pouco, enquanto para as outras actividades é demasiado.

Gestão da qualidade

O Quadro 68 apresenta as actividades da gestão da qualidade, com a respectiva descrição, ordenadas de acordo com a classificação do indicador do tempo despendido (do pior para o melhor).

Código	Actividade	Média	A	G
GQ01	Acompanhamento da gestão da qualidade	40,76		
GQ02	Monitorização do desempenho clínico	48,53		
GQ03	Monitorização da acessibilidade, e da equidade dos serviços hospitalares	48,53		
GQ04	Determinação de medidas sobre queixas e reclamações apresentadas pelos utentes	58,35		

Quadro 68 — Classificação das actividades da gestão da qualidade para o tempo despendido

A Figura 49 apresenta a distribuição do indicador do tempo despendido nas actividades da área da gestão da qualidade bem como as respectivas zonas de classificação (etiqueta mais à esquerda).



Figura 49 — Distribuição do indicador do tempo despendido nas actividades da área da gestão da qualidade

Analisando o indicador do tempo despendido, verificamos que:

- Utilizando como critérios de classificação os quartis da respectiva área, para a actividade GQ01 (40,76) o tempo despendido é considerado muito pouco, para as actividades GQ02 (48,53) e GQ03 (48,53) o tempo despendido é considerado pouco, enquanto para a actividade GQ04 é considerado demasiado;
- Utilizando como critérios de classificação os quartis do indicador geral, as classificações mantêm-se a mesma para todas as actividades com excepção da GQ04 onde o tempo despendido é considerado adequado.

Relações externas

O Quadro 69 apresenta as actividades das relações externas, com a respectiva descrição, ordenadas de acordo com a classificação do indicador do tempo despendido (do pior para o melhor).

Código	Actividade	Média	A	G
RE02	Poder de influência sobre as autoridades governamentais	45,38		
RE03	Representação e manutenção de relações públicas	55,81		
RE01	Prestação de contas às autoridades governamentais	72,38		

Quadro 69 — Classificação das actividades das relações externas para o tempo despendido

A Figura 50 apresenta a distribuição das respostas para o tempo despendido nas actividades da área de relações externas bem como as respectivas zonas de classificação (etiqueta mais à esquerda).

Analisando o indicador do tempo despendido, verificamos que:

- Utilizando como critérios de classificação os quartis da respectiva área, para a actividade RE02 (45,38) o tempo despendido é considerado pouco, para a actividade RE03 (55,81) o tempo despendido é considerado adequado, enquanto para a actividade RE01 (72,38) é considerado demasiado;

- Utilizando como critérios de classificação os quartis do indicador geral, as classificações mantêm-se a mesma para todas as actividades com excepção da RE02 onde o tempo despendido é muito pouco.

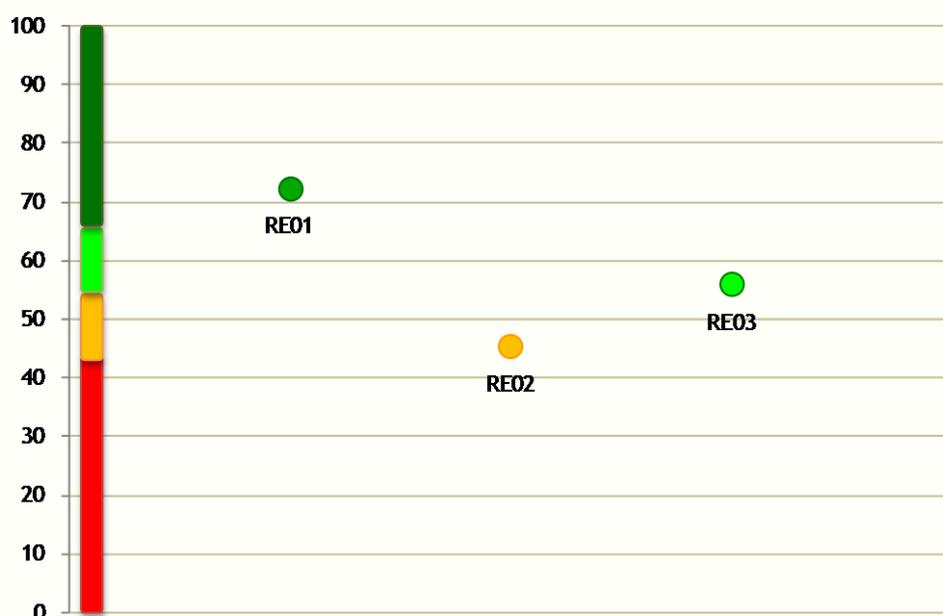


Figura 50 — Distribuição do indicador do tempo despendido nas actividades da área das relações externas

Processo burocrático

O Quadro 70 apresenta as actividades do processo burocrático, com a respectiva descrição, ordenadas de acordo com a classificação do indicador do tempo despendido (do pior para o melhor).

Código	Actividade	Média	A	G
PB01	Aprovar e/ou propor alterações ao regulamento do hospital	60,18	■	■
PB03	Aprovar compras, criação ou aquisição de serviços e/ou contratos de crédito de maior dimensão	66,12	■	■
PB04	Autorização de trabalho extraordinário	72,18	■	■
PB02	Arbitrar conflitos internos, servindo como entidade de recurso	76,00	■	■

Quadro 70 — Classificação das actividades do processo burocrático para o tempo despendido

A Figura 51 apresenta a distribuição das respostas para o tempo despendido nas actividades da área do processo burocrático bem como as respectivas zonas de classificação (etiqueta mais à esquerda).

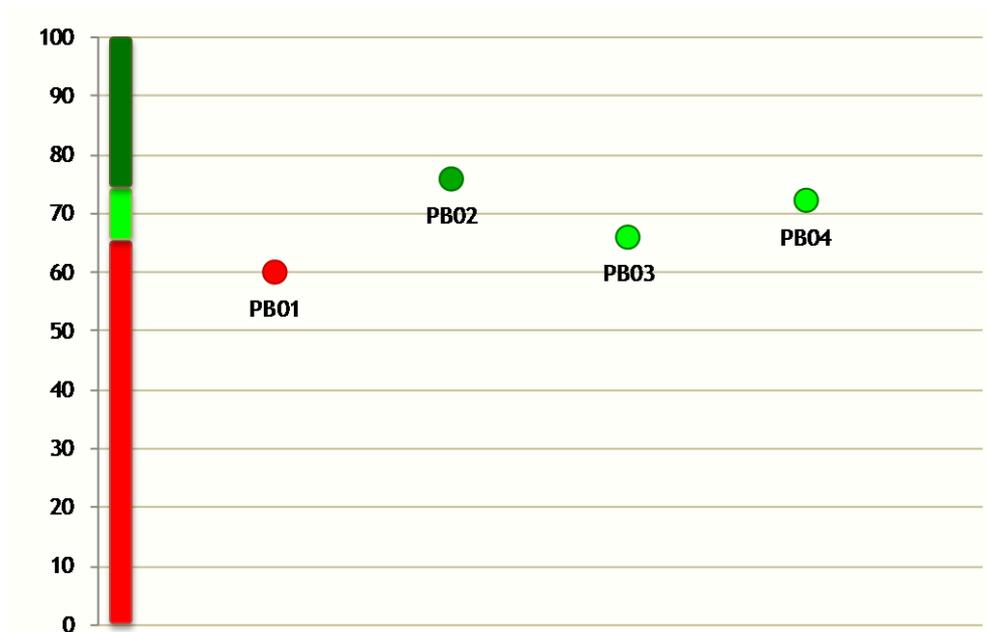


Figura 51 — Distribuição do indicador do tempo despendido nas actividades da área do processo burocrático

Analisando o indicador do tempo despendido, verificamos que:

- Utilizando como critérios de classificação os quartis da respectiva área, o tempo despendido para a actividade PB01 (60,18) é considerado muito pouco, para a actividade PB03 (66,12) e PB04 (72,18) é considerado o adequado, e para a actividade PB02 (76,00) é considerado demasiado;
- Utilizando como critérios de classificação os quartis do indicador geral, os entrevistados consideram que despendem demasiado tempo com todas as actividades.

2.2.3.2. Nível de importância atribuída

Para cada pergunta relativa à importância atribuída converteram-se os seus valores para uma classificação da percentagem máxima atingível (%PMA), numa escala de 0 (Nada) a 100 (Extremamente). A conversão de uma escala para outra foi feita de uma forma linear devido ao facto de se desconhecerem as curvas de valor associadas às preferências dos entrevistados. Na ignorância decidimos assumir um valor médio. O Quadro 71 apresenta a conversão das respostas efectuadas.

Importância atribuída	Valor	%PMA (z _i)
Extremamente	4	100
Muito	3	66
Pouco	2	33
Nada	1	0

$$\% PMA = \frac{\sum_{i=1}^4 z_i F_i}{\sum_{i=1}^4 F_i}$$

Quadro 71 — Conversão das respostas relativas à importância atribuída

De seguida foi calculado uma média ponderada para cada uma das áreas consideradas que serve de indicador para a importância atribuída. Foi também calculado um indicador geral para a importância atribuída englobando todas as áreas. Com base nos quartis criámos um sistema de classificação com critérios para o indicador da importância atribuída em cada área. O Quadro 72 mostra os critérios de classificação utilizados.

Cor	Importância atribuída	Indicador da importância atribuída
	Muito pouca	Menor que o percentil 25 (<)
	Pouca	Entre o percentil 25 e 50 (≥ e <)
	Muita	Entre o percentil 50 e 75 (≥ e <)
	Extremamente	Acima do percentil 75 (≥)

Quadro 72 — Critérios de classificação para a importância atribuída

O Quadro 73 apresenta as principais estatísticas obtidas para cada uma das áreas consideradas. Na média são apresentadas duas etiquetas. A primeira classifica o valor obtido tendo em conta os quartis para a respectiva área (coluna A), enquanto a segunda tem em conta os quartis para o indicador geral (coluna G).

Área considerada	Min	Max	Média			Quartis		
			Valor	A	G	20	40	60
Planeamento estratégico	55,00	100,00	78,36			71,69	77,33	87,96
Gestão financeira	52,80	100,00	77,85			66,00	72,80	100,00
Gestão da qualidade	57,75	100,00	79,20			68,31	78,75	89,38
Relações externas	44,00	88,67	58,51			44,00	66,00	66,00
Processo burocrático	33,00	83,00	59,08			49,50	57,88	66,00
Geral	59,00	96,36	73,51			66,18	69,82	80,57

Quadro 73 — Estatísticas para o indicador da importância atribuída

A Figura 52 apresenta a distribuição do indicador de importância atribuída em cada área bem como as respectivas zonas de classificação (etiqueta mais à esquerda) utilizando os quartis do indicador geral. Os entrevistados consideram em média mais importante a gestão da qualidade (79,20), o planeamento estratégico (78,36), a gestão financeira (77,85) e o processo burocrático (59,08). A área menos importante é as relações externas (58,51).

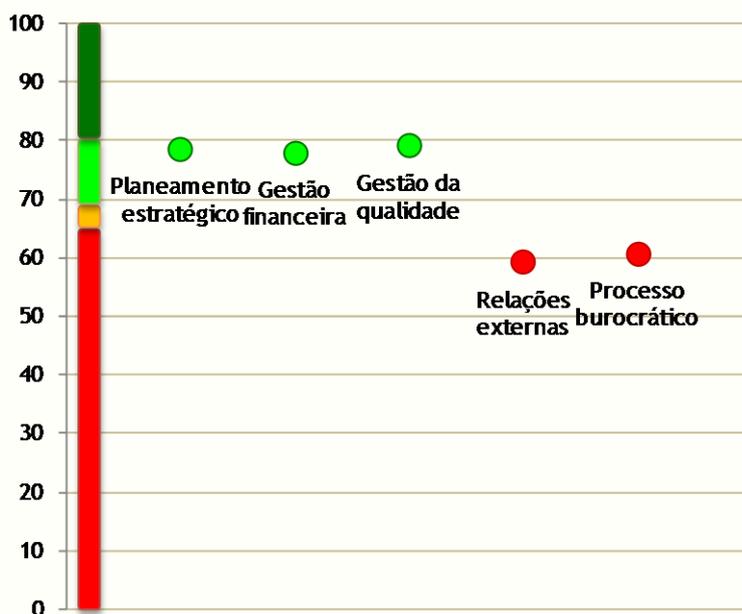


Figura 52 — Distribuição do indicador importância atribuída em cada área

Tomando como base a média obtida para cada uma das áreas e os critérios de classificação assumidos, constatamos:

- Utilizando os quartis da distribuição de cada área (coluna A do Quadro 73) os entrevistados consideram as áreas do planeamento estratégico, da gestão financeira, da gestão da qualidade e o processo burocrático como muito importantes. Por seu turno, consideram a área das relações externas como pouco importante;
- Utilizando os quartis da distribuição do indicador geral (coluna G do Quadro 73) os entrevistados consideram como muito importante o planeamento estratégico, a gestão financeira e a gestão da qualidade. As relações externas e o processo burocrático são considerados muito pouco importantes.

De seguida são apresentados os resultados por cada uma das áreas consideradas. À semelhança da análise feita para o tempo despendido, para cada área será apresentada uma figura com a distribuição do indicador para cada uma das actividades (que inclui as respectivas zonas de classificação utilizando os quartis para a área) e um quadro com as actividades, com a respectiva descrição, o valor do indicador, a classificação do indicador da importância atribuída de acordo com os quartis da respectiva área (coluna A) e de acordo com os quartis do indicador geral (coluna G). Assim a coluna A tem em conta a distribuição dos valores do indicador dentro de cada área, enquanto a coluna G tem em conta a distribuição do indicador geral.

Planeamento estratégico

O Quadro 74 apresenta as actividades do planeamento estratégico, com a respectiva descrição, ordenadas de acordo com a classificação do indicador da importância atribuída (do pior para o melhor).

Código	Actividade	Média	A	G
PE03	Discussão relativa à melhoria e desenvolvimento dos serviços de saúde na região servida pelo hospital	66,06		
PE07	Definição de políticas para a partilha de informação relativa ao doente com outros hospitais, cuidados primários, comunidade e outras entidades	66,18		
PE06	Definição de políticas de formação profissional, de adaptação e de mobilidade dos recursos humanos	70,06		
PE12	Delinear, desenvolver e criar serviços e estruturas internas	76,00		
PE08	Definição de políticas de articulação dos serviços do hospital e a sua integração com outros cuidados externos ao hospital	76,06		
PE09	Definição de políticas relativas à gestão do risco e da segurança	80,00		
PE10	Definição de políticas e estratégias para a gestão da mudança	80,06		
PE04	Monitorização do desempenho da gestão	82,00		
PE02	Planeamento da resposta do hospital às necessidades em saúde	84,00		
PE11	Definição de políticas e estratégias relacionadas com a gestão da informação e do conhecimento	84,00		
PE05	Discussão sobre melhorar a eficiência do hospital	86,00		
PE01	Desenvolvimento de questões estratégicas com a gestão	92,00		

Quadro 74 — Classificação das actividades do planeamento estratégico para a importância atribuída

A Figura 53 apresenta a distribuição do indicador da importância atribuída nas actividades da área do planeamento estratégico bem como as respectivas zonas de classificação (etiqueta mais à esquerda).

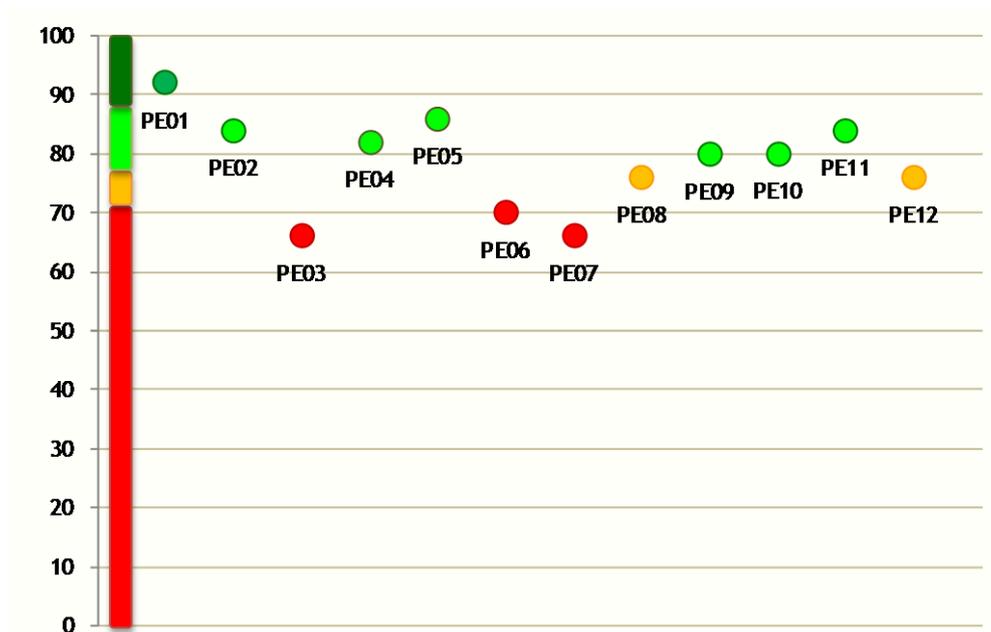


Figura 53 — Distribuição do indicador importância atribuída nas actividades da área do planeamento estratégico

Analisando o indicador de tempo importância atribuída, verificamos que:

- Utilizando como critérios de classificação os quartis da respectiva área, às actividades PE03 (66,06), PE07 (66,18) e PE06 (70,06) a importância atribuída é muito pouca, às actividades PE12 (76,00) e PE08 (76,06) é atribuída pouca importância, às actividades PE09 (80,00), PE10 (80,06), PE04 (82,00), PE02 (84,00), PE11 (84,00) e PE05 (86,00) é atribuída muita importância, e a actividade PE01 (92,00) é considerada extremamente importante;
- Utilizando como critérios de classificação os quartis do indicador geral, as actividades PE03 e PE07 são consideradas muito pouco importantes, as actividades PE06, PE12, PE08, PE09 e PE10 são consideradas muito importantes, e as restantes actividades são consideradas extremamente importantes.

Gestão financeira

O Quadro 75 apresenta as actividades da gestão financeira, com a

respectiva descrição, ordenadas de acordo com a classificação do indicador da importância atribuída (do pior para o melhor).

Código	Actividade	Média	A	G
GF04	Monitorização dos processos de cobrança de dívidas	72,50		
GF02	Monitorização da estrutura de custos	74,63		
GF03	Monitorização da execução orçamental	78,75		
GF05	Monitorização dos planos de investimento	80,88		
GF01	Monitorização do desempenho financeiro	83,00		

Quadro 75 — Classificação das actividades da gestão financeira para a importância atribuída

A Figura 54 apresenta a distribuição do indicador da importância atribuída às actividades da área da gestão financeira bem como as respectivas zonas de classificação (etiqueta mais à esquerda).



Figura 54 — Distribuição do indicador importância atribuída nas actividades da área da gestão financeira

Analisando o indicador da importância atribuída, verificamos que:

- Utilizando como critérios de classificação os quartis da respectiva área, para as actividades GF04 (72,50) é atribuída pouca importância, enquanto para as actividades GF02 (74,63), GF03 (78,75), GF05 (80,88) e GF01 (83,00) é atribuída muita importância;
- Utilizando como critérios de classificação os quartis do indicador

geral, é atribuída muita importância para as actividades GF04, GF02 e GF03. As actividades GF05 e GF01 são consideradas extremamente importantes.

Gestão da qualidade

O Quadro 76 apresenta as actividades da gestão da qualidade, com a respectiva descrição, ordenadas de acordo com a classificação do indicador da importância atribuída (do pior para o melhor).

Código	Actividade	Média	A	G
GQ03	Monitorização da acessibilidade, e da equidade dos serviços hospitalares	72,06		
GQ04	Determinação de medidas sobre queixas e reclamações apresentadas pelos utentes	78,00		
GQ02	Monitorização do desempenho clínico	82,06		
GQ01	Acompanhamento da gestão da qualidade	84,00		

Quadro 76 — Classificação das actividades da gestão da qualidade para a importância atribuída

A Figura 55 apresenta a distribuição do indicador da importância atribuída às actividades da área da gestão da qualidade bem como as respectivas zonas de classificação (etiqueta mais à esquerda).

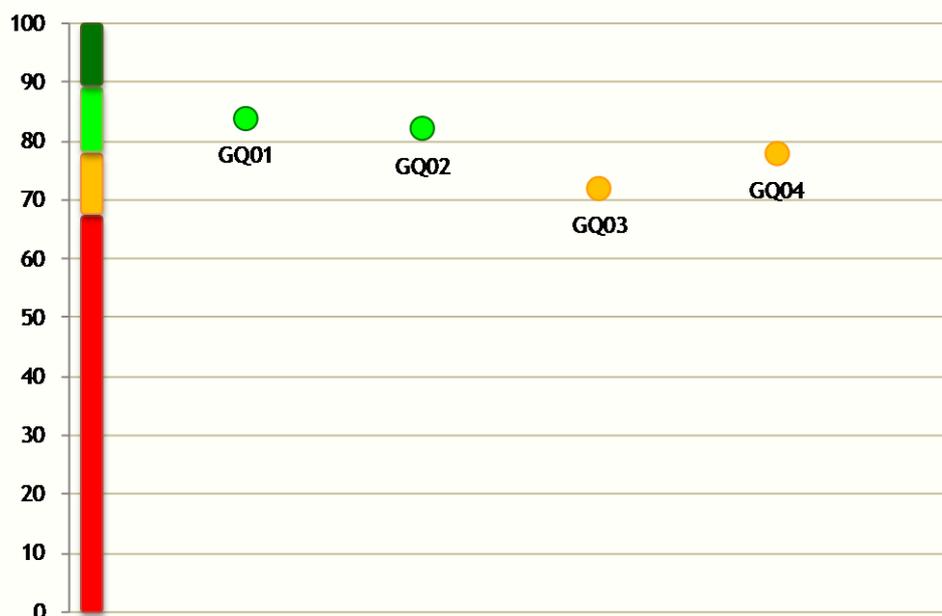


Figura 55 — Distribuição do indicador importância atribuída nas actividades da área da gestão da qualidade

Analisando o indicador da importância atribuída, constata-se que:

- Utilizando como critérios de classificação os quartis da respectiva área, é atribuída pouca importância às actividades GQ03 (72,06) e GQ04 (78,00) e muita importância às actividades GQ02 (82,06) e GQ01 (84,00);
- Utilizando como critérios de classificação os quartis do indicador geral, é atribuída muita importância às actividades GQ03 e GQ04. As actividades GQ02 e GQ01 são consideradas extremamente importantes.

Relações externas

O Quadro 77 apresenta as actividades das relações externas, com a respectiva descrição, ordenadas de acordo com a classificação do indicador do tempo despendido (do pior para o melhor).

Código	Actividade	Média	A	G
RE02	Poder de influência sobre as autoridades governamentais	57,81		
RE01	Prestação de contas às autoridades governamentais	59,81		
RE03	Representação e manutenção de relações públicas	59,88		

Quadro 77 — Classificação das actividades das relações externas para a importância atribuída

A Figura 56 apresenta a distribuição das respostas para a importância atribuída nas actividades da área de relações externas bem como as respectivas zonas de classificação (etiqueta mais à esquerda).

Analisando o indicador da importância atribuída, verificamos que:

- Utilizando como critérios de classificação os quartis da respectiva área, os entrevistados consideram todas as actividades como pouco importantes;
- Utilizando como critérios de classificação os quartis do indicador geral, todas as actividades são consideradas muito pouco importantes.



Figura 56 — Distribuição do indicador importância atribuída nas actividades da área das relações externas

Processo burocrático

O Quadro 78 apresenta as actividades do processo burocrático, com a respectiva descrição, ordenadas de acordo com a classificação do indicador da importância atribuída (do pior para o melhor).

Código	Actividade	Média	A	G
PB02	Arbitrar conflitos internos, servindo como entidade de recurso	58,29	■	■
PB04	Autorização de trabalho extraordinário	58,29	■	■
PB03	Aprovar compras, criação ou aquisição de serviços e/ou contratos de crédito de maior dimensão	62,18	■	■
PB01	Aprovar e/ou propor alterações ao regulamento do hospital	64,29	■	■

Quadro 78 — Classificação das actividades do processo burocrático para a importância atribuída

A Figura 57 apresenta a distribuição das respostas para o indicador da importância atribuída às actividades da área do processo burocrático bem como as respectivas zonas de classificação (etiqueta mais à esquerda).

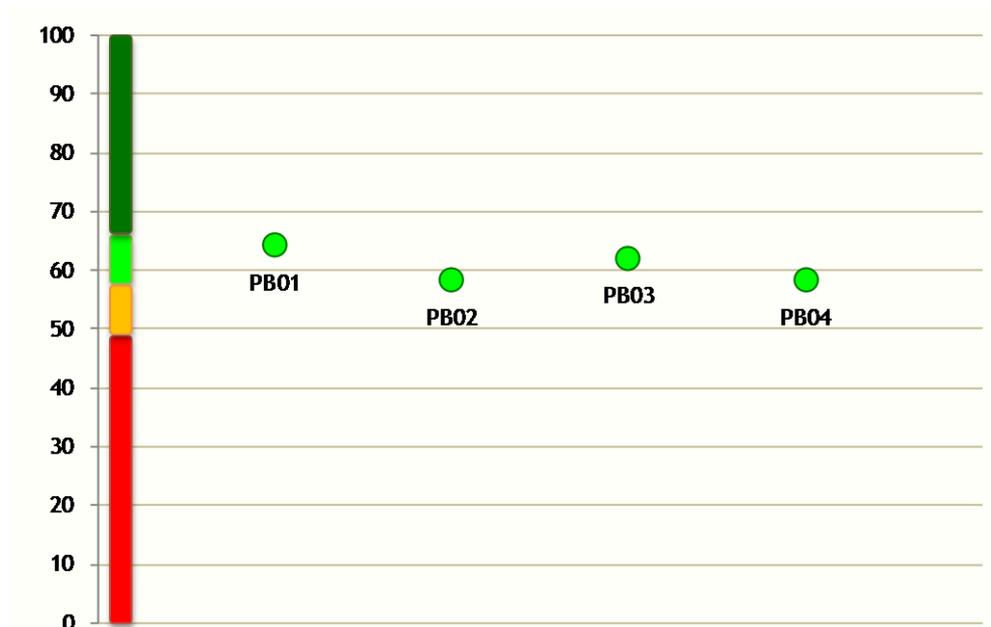


Figura 57 — Distribuição do indicador importância atribuída nas actividades da área do processo burocrático

Analisando o indicador da importância atribuída verifica-se que:

- Utilizando como critérios de classificação os quartis da respectiva área, os entrevistados consideram as actividades do processo burocrático como muito importantes;
- Utilizando como critérios de classificação os quartis do indicador geral, os entrevistados consideram as actividades do processo burocrático como muito pouco importantes.

2.2.3.3. Tempo despendido vs importância atribuída

Se consideramos as duas dimensões analisadas, tempo despendido e importância atribuída, bem como o sistema de classificação definido para cada uma delas obtemos a matriz representada na Figura 58.

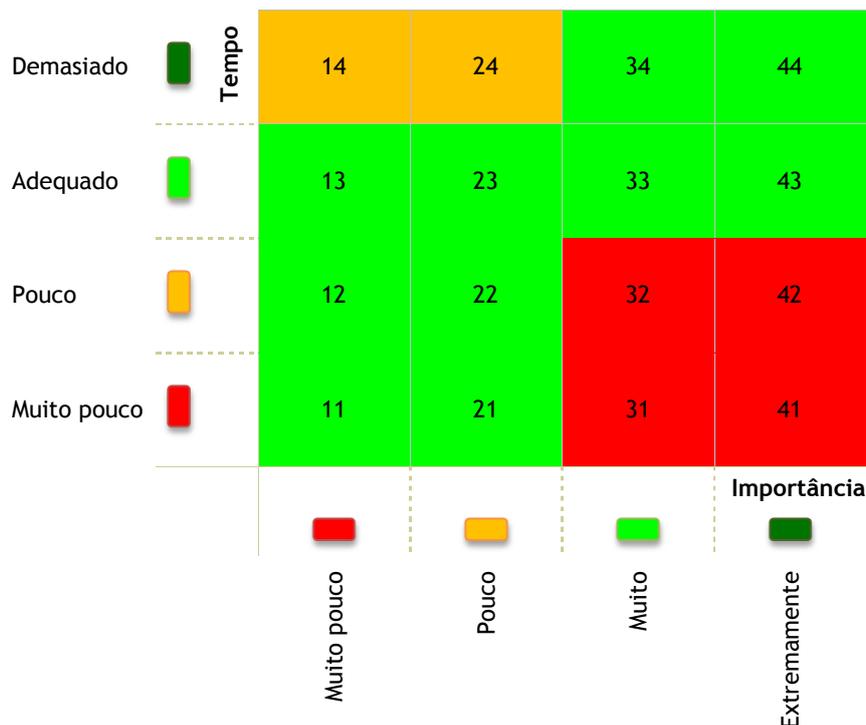


Figura 58 — Matriz de comparação entre a importância atribuída e o tempo despendido

Na mesma figura estão representadas três zonas distintas de análise. O Quadro 79 apresenta a leitura para 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 79 — Explicação 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 e a laranja. A Figura 59 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).

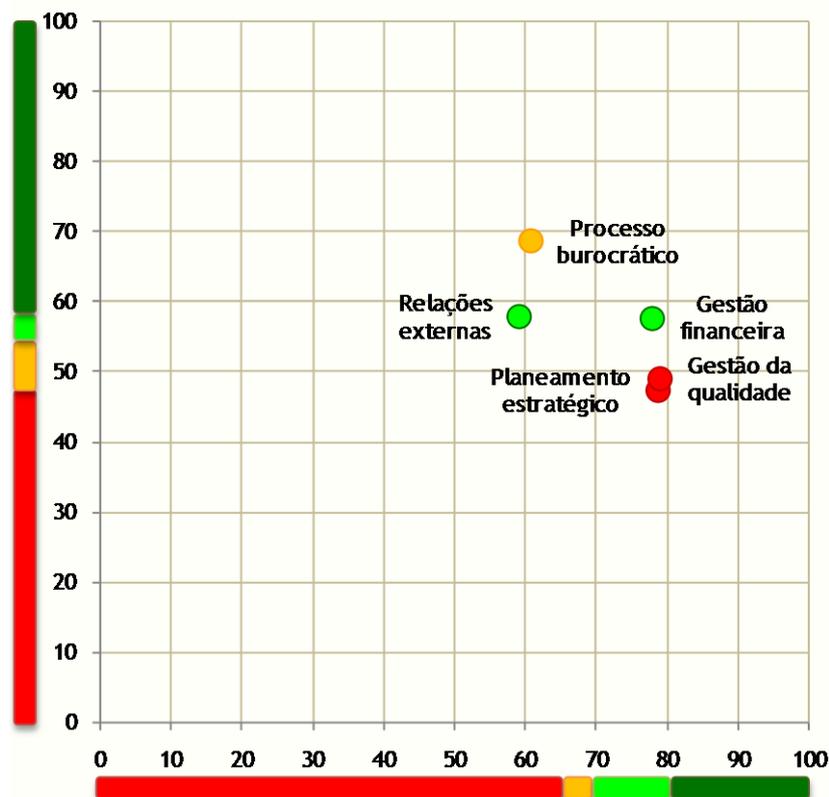


Figura 59 — Importância vs Tempo para as diversas áreas utilizando o indicador geral

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 áreas 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.

De seguida são apresentados os resultados por cada uma das áreas consideradas. À semelhança da análise feita anteriormente, para cada área será apresentada uma figura com a distribuição do indicador conjunto para cada uma das actividades (que inclui as respectivas zonas de classificação utilizando os quartis para o indicador geral) e um quadro com as actividades, com a respectiva descrição, a classificação do indicador da importância atribuída de acordo com os quartis do geral (coluna I), a classificação do indicador tempo despendido de acordo com os quartis do geral (T) e a indicação da zona onde está situado (coluna Z).

Planeamento estratégico

O Quadro 80 apresenta as actividades do planeamento estratégico, com a respectiva descrição, a classificação em termos de importância atribuída, a classificação em termos de tempo despendido, e a respectiva zona.

Código	Actividade	I	T	Z
PE01	Desenvolvimento de questões estratégicas com a gestão			
PE02	Planeamento da resposta do hospital às necessidades em saúde da população			
PE03	Discussão relativa à melhoria e desenvolvimento dos serviços de saúde na região servida pelo hospital			
PE04	Monitorização do desempenho da gestão			
PE05	Discussão sobre melhorar a eficiência do hospital			
PE06	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			
PE07	Definição de políticas para a partilha de informação relativa ao doente com outros hospitais, cuidados primários, comunidade e outras entidades			
PE08	Definição de políticas de articulação dos serviços do hospital e a sua integração com outros cuidados externos ao hospital			
PE09	Definição de políticas relativas à gestão do risco e da segurança			
PE10	Definição de políticas e estratégias para a gestão da mudança			
PE11	Definição de políticas e estratégias relacionadas com a gestão da informação e do conhecimento			
PE12	Delinear, desenvolver e criar serviços e estruturas internas na organização			

Quadro 80 — Actividades do planeamento estratégico por zona

A Figura 60 apresenta a distribuição de cada actividade pelas respectivas zonas. Conforme se pode verificar as actividades PE01, PE02, PE06, PE08, PE09, PE10 e PE12 estão em zona crítica vermelha, isto é, consideram que despendem muito pouco tempo ou pouco tempo a estas actividades tendo em conta a sua importância (muito importante ou extremamente importante).

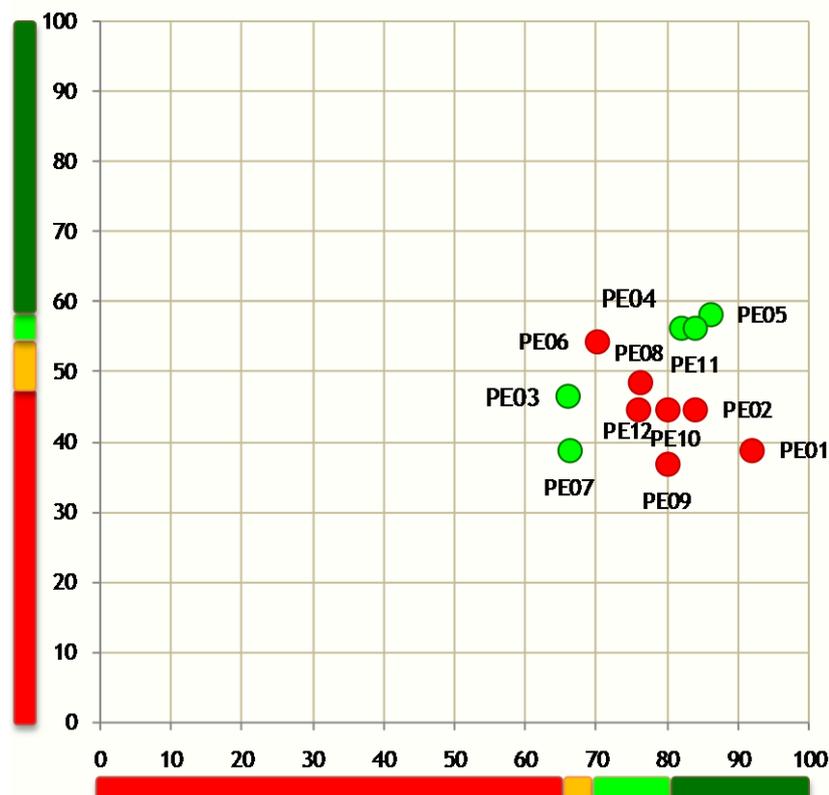


Figura 60 — Importância vs Tempo para as diversas actividades da área do planeamento estratégico

Gestão financeira

O Quadro 80 apresenta as actividades da gestão financeira, com a respectiva descrição, a classificação em termos de importância atribuída, a classificação em termos de tempo despendido, e a respectiva zona.

Código	Actividade	I	T	Z
GF01	Monitorização do desempenho financeiro	Dark Green	Dark Green	Light Green
GF02	Monitorização da estrutura de custos	Light Green	Dark Green	Light Green
GF03	Monitorização da execução orçamental	Light Green	Dark Green	Light Green
GF04	Monitorização dos processos de cobrança de dívidas	Light Green	Yellow	Red
GF05	Monitorização dos planos de investimento	Dark Green	Yellow	Red

Quadro 81 — Actividades da gestão financeira por zona

A Figura 61 apresenta a distribuição de cada actividade pelas respectivas zonas. Conforme se pode verificar as actividades GF04 e GF05 estão em zona

crítica vermelha, isto é, consideram que despendem muito pouco tempo ou pouco tempo a estas actividades tendo em conta a sua importância (muito importante ou extremamente importante).

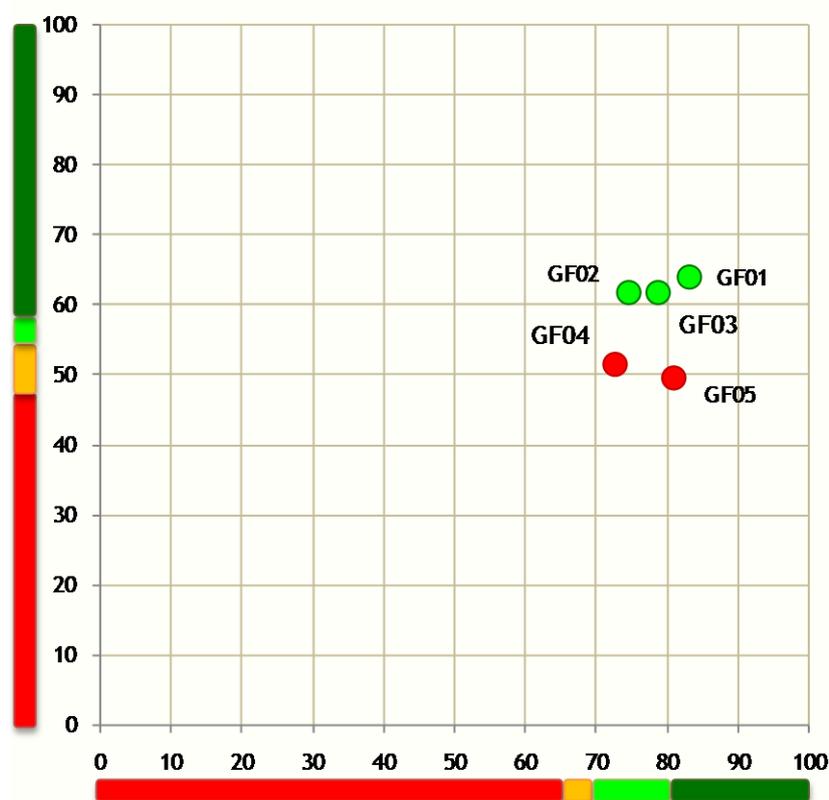


Figura 61 — Importância vs Tempo para as diversas actividades da área da gestão financeira

Gestão da qualidade

O Quadro 82 apresenta as actividades da gestão da qualidade, com a respectiva descrição, a classificação em termos de importância atribuída, a classificação em termos de tempo despendido, e a respectiva zona.

Código	Actividade	I	T	Z
GQ01	Acompanhamento da gestão da qualidade	█	█	█
GQ02	Monitorização do desempenho clínico	█	█	█
GQ03	Monitorização da acessibilidade, e da equidade dos serviços hospitalares	█	█	█
GQ04	Determinação de medidas sobre queixas e reclamações apresentadas pelos utentes	█	█	█

Quadro 82 — Actividades da gestão da qualidade por zona

A Figura 62 apresenta a distribuição de cada actividade pelas respectivas zonas. Conforme se pode verificar as actividades GQ01, GQ02 e GQ03 estão em zona crítica vermelha, isto é, consideram que despendem muito pouco tempo ou pouco tempo a estas actividades tendo em conta a sua importância (muito importante ou extremamente importante).

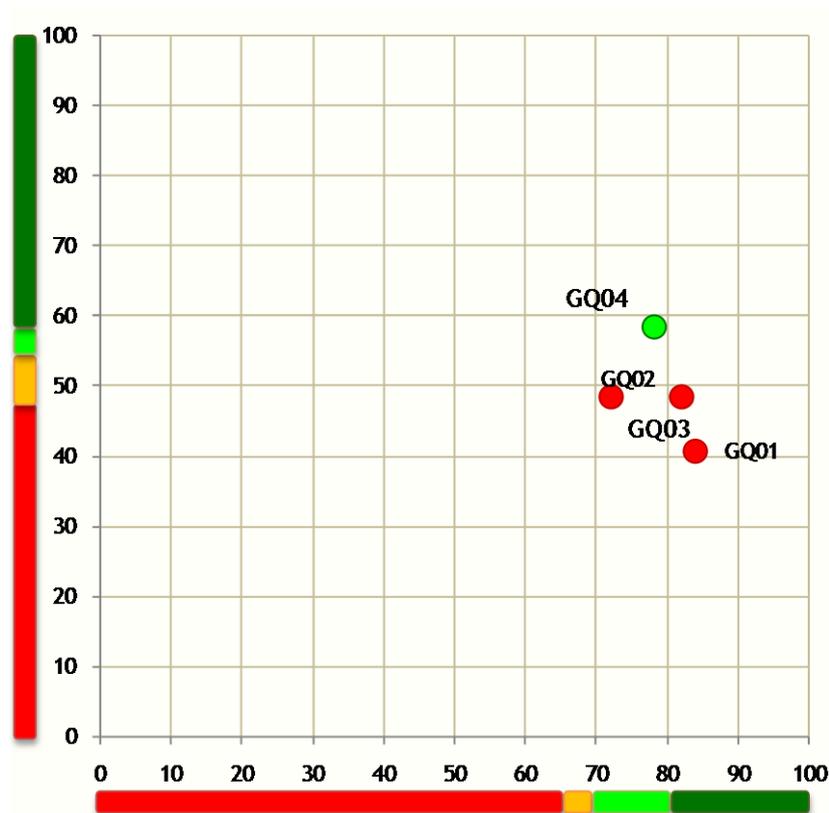


Figura 62 — Importância vs Tempo para as diversas actividades da área da gestão da qualidade

Relações externas

O Quadro 82 apresenta as actividades das relações externas, com a respectiva descrição, a classificação em termos de importância atribuída, a classificação em termos de tempo despendido, e a respectiva zona.

Código	Actividade	I	T	Z
RE01	Prestação de contas às autoridades governamentais	Vermelha	Verde	Amarela
RE02	Poder de influência sobre as autoridades governamentais	Vermelha	Vermelha	Verde
RE03	Representação e manutenção de relações públicas	Vermelha	Verde	Verde

Quadro 83 — Actividades das relações externas por zona

A Figura 63 apresenta a distribuição de cada actividade pelas respectivas zonas. Conforme se pode verificar a actividade RE01 está em zona crítica laranja, isto é, consideram que despendem muito tempo ou demasiado tempo com actividades que consideram muito pouco ou pouco importantes.

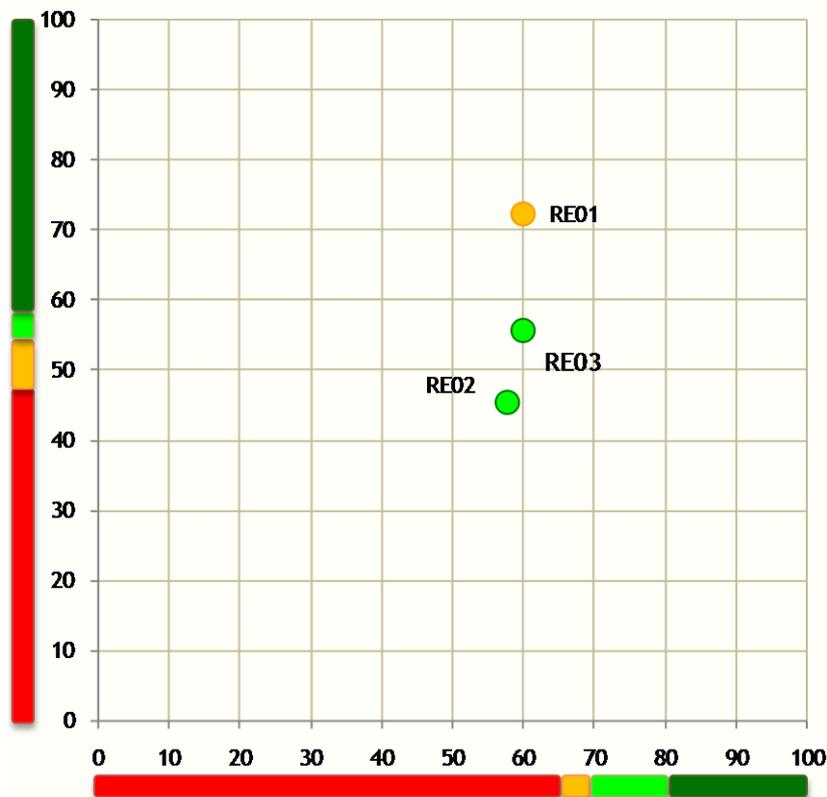


Figura 63 — Importância vs Tempo para as diversas actividades das relações externas

Processo burocrático

O Quadro 84 apresenta as actividades das relações externas, com a respectiva descrição, a classificação em termos de importância atribuída, a classificação em termos de tempo despendido, e a respectiva zona.

Código	Actividade	I	T	Z
PB01	Aprovar e/ou propor alterações ao regulamento do hospital	Red	Green	Yellow
PB02	Arbitrar conflitos internos, servindo como entidade de recurso	Red	Green	Yellow
PB03	Aprovar compras, criação ou aquisição de serviços e/ou contratos de crédito de maior dimensão	Red	Green	Yellow
PB04	Autorização de trabalho extraordinário	Red	Green	Yellow

Quadro 84 — Actividades do processo burocrático por zona

A Figura 64 apresenta a distribuição de cada actividade pelas respectivas zonas. Conforme se pode verificar todas as actividades estão em zona crítica laranja, isto é, consideram que despendem muito tempo ou demasiado tempo com actividades que consideram muito pouco ou pouco importantes.

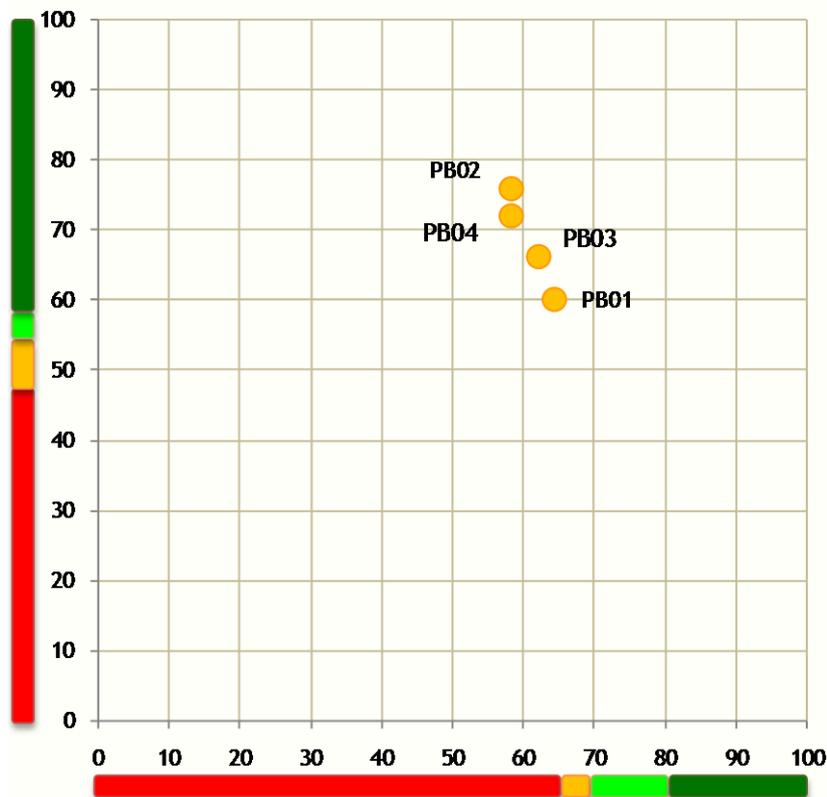


Figura 64 — Importância vs Tempo para as diversas actividades da área do processo burocrático

2.2.3.4. Análise dos comentários

Sobre a autonomia do hospital foram obtidos 17 comentários de 10 dos entrevistados (9 internos e 1 externo). O Quadro 85 apresenta os comentários obtidos sobre as actividades dos CA por categorias e subcategorias.

Categoria	Subcategoria	Frequência	%
Áreas analisadas	Planeamento estratégico	7	41%
	Relações externas	1	6%
	Estratégia interna	2	12%
Gerais	Tipo de respostas	3	18%
	Outras actividades do CA	2	12%
	Tempo	2	12%
Total		17	100%

Quadro 85 — Distribuição dos comentários sobre as actividades dos Conselhos de Administração

A maioria dos comentários (58%) está relacionada com as áreas analisadas, nomeadamente o planeamento estratégico (41%), a estratégia interna (12%) e as relações externas (6%). Os restantes comentários estão relacionados com aspectos gerais (42%), relacionados com o tipo de respostas dadas (18%), outras actividades do (12%) e tempo despendido com as actividades (12%).

O Quadro 86 apresenta exemplos de comentários relacionados com a autonomia na tomada de decisão em áreas chave.

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
Planeamento estratégico	10	É difícil separar a rotina e a burocracia daquilo que é o planeamento estratégico. Às vezes penso será que, porque tenho de despachar coisas dos recursos humanos e dos horários de trabalho. Mas se isso for visto de uma perspectiva integrada de política de recursos humanos, se calhar se eu não visse os horários de trabalho não me apercebia correctamente de determinadas coisas que se passam no meu hospital.
	13	O planeamento estratégico é fundamental e a perda de tempo com ele justifica-se claramente.
	16	Normalmente esse planeamento mais estratégico é utilizado ou para defender planos directores, ou seja, planos de beneficiação dos hospitais ou do crescimento do hospital em determinado tipo de especialidades em termos de oferta. Não há incentivo não há acção. Diria que tudo se mantém na área da ficção.
	16	Os CA com o contrato-programa vão-se concentrar na sua execução dos contrato-programa confundindo-se o planeamento estratégico com a forma de os cumprir, isto é, de adequar os meios para responder aos objectivos definidos. É uma doença que só tem remédio alterando-se o contexto dos hospitais e não alterando os hospitais em si mesmo. A gente só pensa em estratégia se isso for essencial para nós, se não tivermos batalhas não temos que pensar como as ganhar, e a batalha essencial é a sobrevivência e o desenvolvimento da organização. Enquanto os incentivos não estiverem alinhados nesse sentido não me parece que seja uma matéria muito importante.
	18	Quer a missão, quer a visão, quer os objectivos estratégicos com orientações estratégicas em termos de política de saúde deve ser definida pelo CA tendo em conta a comunidade que serve. Sendo certo, porém que existem constrangimentos a essa visão e a essa missão. Onde estamos, para onde queremos ir, o que queremos fazer desta instituição deve ser pensado pelo CA dentro das linhas orientadoras da política de saúde existente para Portugal.
	19	Dar resposta às necessidades da população. Olhar à volta e perceber quem está a assistir e o que está a assistir para responder às necessidades da sua população. Depois, tenho de utilizar os instrumentos e os recursos que me deram para responder a essas necessidades. Preciso de muitas vezes estabelecer prioridades. Claro que posso sofrer algumas pressões internas para desenvolver algumas áreas, mas que não são as prioritárias em termos da minha procura e como tal não faço. As minhas prioridades são definidas pela minha procura externa, pela resposta às necessidades da

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
		população, e não pela procura interna, pela resposta aos profissionais. Claro que muitas vezes, para manter a coesão das equipas e a sua motivação tenho de promover alguns incentivos.
	19	No longo prazo onde é quero chegar. Quais os problemas que vou ter e como vou responder a esses problemas. Que instrumentos internos é que vou precisar para o fazer. É uma tática que tem ser moldada à medida das necessidades. Este é 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. Estão preocupados com a resposta directa à tutela e ao contrato-programa.
Estratégia interna	16	Há claro alguma necessidade de alguma estratégia interna, por exemplo como conseguir controlar a despesa com medicamentos, as políticas de recursos humanos, mas isso é mais ao nível da tática. Também 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 Ministério usa para manter as pessoas no caminho, uns mais efectivos outros menos efectivos.
	19	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. Temos que jogar com cuidado. Por isso temos de desenvolver algumas áreas. Isto incentiva os profissionais, consegui melhorar a eficiência, etc.
Relações externas	10	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.

Quadro 86 — Exemplo de comentários para as subcategorias relacionadas com comentários sobre as áreas

Relativamente ao planeamento estratégico consolidam-se algumas questões já discutidas anteriormente:

- 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 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”).

O Quadro 87 apresenta exemplos de comentários gerais relacionados com a autonomia na tomada de decisão em áreas chave.

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
Tipo de respostas	1	As actividades dos CA estão relacionadas com os pelouros e a distribuição de funções atribuída. As respostas podem ser díspares, porque existe delegação de competências e é natural que uns dediquem mais tempo que outros.
	5	Depende das funções que as pessoas têm atribuídas (repartição de funções).
	9	Não posso responder a algumas, porque não são da minha competência. As respostas estão relacionadas com a divisão de competências dentro do CA.
Outras actividades do CA	7	Manutenção de equipamentos e instalações - obras de reparação, manutenção, melhoria, casas de banho, etc.
	7	Preocupação com a qualidade dos registos clínicos para efeitos de facturação (definir correctamente qual o GDH) - preocupação com classificação correcta do doente; a falta de informação desvaloriza o doente em termos de pagamento, porque é definido um GDH diferente.
Tempo	2	Passamos mais tempo do que necessário com pequenas questões e não gastamos o tempo necessário para as grandes questões relacionadas com o hospital enquanto organização e em termos mais estratégicos.
	10	É difícil separar a rotina e a burocracia daquilo que é o planeamento estratégico. Às vezes penso será que, porque tenho de despachar coisas dos recursos humanos e dos horários de trabalho. Mas se isso for visto de uma perspectiva integrada de política de recursos humanos, se calhar se eu não visse os horários de trabalho não me apercebia correctamente de determinadas coisas que se passam no meu hospital.

Quadro 87 — Exemplo de comentários para as subcategorias relacionadas com comentários gerais

Os comentários sobre o tipo de respostas estão relacionados com a resposta dada pelo entrevistados, no sentido de cada um responder 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 então não ter respondido (“não posso responder a algumas, porque não são da minha competência”).

Os comentários relativos a outras actividades dos CA 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.

A última subcategoria do tempo foca 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. 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.

2.3. Envolvimento do corpo médico

Nesta subsecção são apresentados os resultados relativos ao envolvimento e participação dos médicos na governação do hospital. Primeiro será apresentado que tipo de estrutura é considerado na lei relativa ao tipo de estatutos dos hospitais (2.3.1). De seguida serão apresentados os resultados relativos à integração dos médicos (2.3.2) na governação do hospital e na sua participação em áreas de decisão específicas. Depois será feita uma breve interpretação sobre a disseminação de informação existente para os médicos (2.3.3) com base nos resultados obtidos para o acesso às fontes de informação. Finalmente serão apresentados os resultados relativos à análise dos comentários obtidos (2.3.4).

2.3.1. Estrutura de consulta

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 nomeado¹³ 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 nomeado¹⁴ de entre individualidades de reconhecido mérito e perfil adequado. As competências definidas para cada um deles, que são praticamente as mesmas, atribuem-lhe um

¹³ Decreto-Lei nº 188/2003, de 20 de Agosto de 2003, art. 12º.

¹⁴ Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 6º, nº2.

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.

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.

2.3.2. Integração e participação

Numa abordagem inicial foi pedido aos entrevistados para identificarem a estratégia que melhor descreve a relação entre o CA e os médicos. Todos os entrevistados (100%) responderam que é uma estratégia de colaboração que conta com a participação dos médicos. A estratégia de confrontação, sem participação dos médicos, não teve qualquer resposta.

De seguida foi pedido para detalhar esta resposta questionando até que ponto os médicos participam na governação do hospital. A Figura 65 apresenta a distribuição das respostas a esta pergunta.

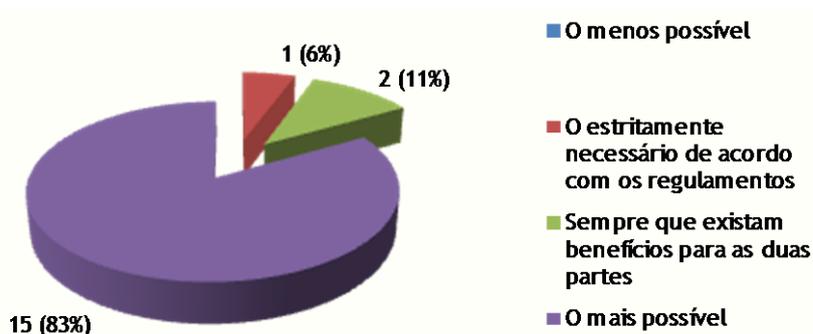


Figura 65 — Distribuição das respostas relativa à participação dos médicos na governação do hospital

A maioria das respostas (83%) considera que os médicos participam o mais possível na governação do hospital. Apenas 2 entrevistados (11%) consideram 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 era o menos possível.

Etiqueta	Área de decisão
PAD01	Programação dos tempos de utilização do bloco operatório e outras áreas comuns
PAD02	Comissões de escolha relativa a consumíveis clínicos, equipamentos, tecnologias e outros investimentos
PAD03	Planeamento da resposta do hospital às necessidades em saúde da população
PAD04	Planeamento da formação profissional contínua, da adaptação e mobilidade do corpo médico tendo em conta as necessidades dos serviços e do hospital
PAD05	Contratação de outros recursos humanos

Quadro 88 — Áreas de decisão relativas à participação dos médicos

De seguida, procurou-se conhecer com mais detalhe em aspectos específicos qual a participação dos médicos em algumas áreas de decisão. O Quadro 88 apresenta essas áreas, bem como as etiquetas utilizados na Figura 66 relativo à distribuição das respostas que descrevem a participação dos médicos nessas áreas.

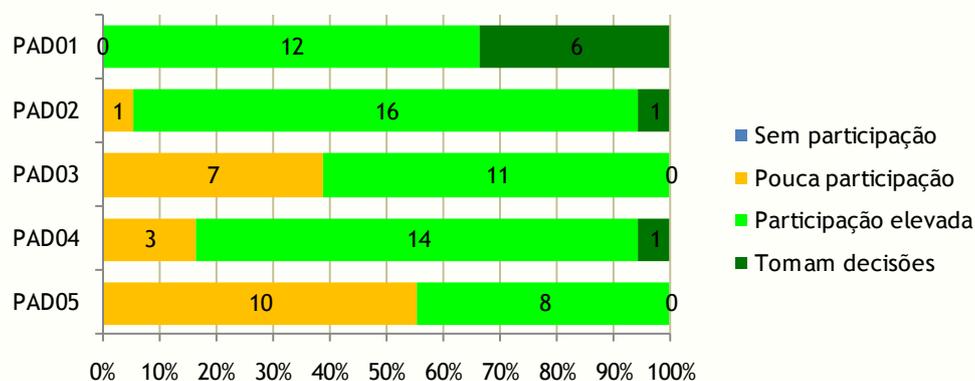


Figura 66 — Distribuição das respostas por áreas de decisão tendo em conta o nível de participação.

A maioria das respostas considera que a participação dos médicos é elevada nas diversas actividades com excepção da contratação de outros recursos humanos. Na programação dos tempos de utilização do bloco operatório e outras áreas comuns 12 entrevistados (67%) consideram que a participação dos médicos é elevada e 6 (33%) consideram que os médicos tomam decisões.

A participação dos médicos é também elevada nas comissões de escolha relativa a consumíveis clínicos, equipamentos, tecnologias e outros investimentos (89%), no planeamento da resposta do hospital às necessidades em saúde da população (61%), e no planeamento da formação profissional contínua, da adaptação e mobilidade do corpo médico tendo em conta as necessidades dos serviços e do hospital (78%).

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 (39%) e 10 (56%), respectivamente.

2.3.3. Disseminação de informação

Tendo em conta as respostas dadas na adopção de boas práticas de governação no ponto relativo ao acesso a fontes de informação constata-se 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.

2.3.4. Análise dos comentários

Sobre relação entre o CA e os médicos na governação do hospital e a sua participação em áreas de decisão específicas foram obtidos 48 comentários de 16 dos entrevistados (14 internos e 2 externos). O Quadro 89 apresenta os comentários obtidos sobre o envolvimento dos médicos por categorias e subcategorias.

Categoria	Subcategoria	Frequência	%
Sobre a relação entre o CA e os médicos na governação do hospital	Envolvimento dos médicos	13	27%
	Relação com o CA	9	19%
	Integração no CA	6	13%
	Participação na governação	4	8%
	Formação dos médicos	2	2%

Categoria	Subcategoria	Frequência	%
Sobre a participação dos médicos em áreas de decisão	Planeamento da formação	4	8%
	Programação do tempo de utilização	3	6%
	Planeamento da resposta	3	6%
	Outras áreas de participação	3	6%
	Contratação	1	2%
Total		48	100%

Quadro 89 — Distribuição dos comentários sobre o envolvimento dos médicos

A maioria dos comentários (71%) está relacionada com a relação entre o CA e os médicos na governação do hospital. Os restantes comentários (29%) dizem respeito à participação dos médicos em áreas de decisão específicas.

2.3.4.1. Relação entre o CA e os médicos na governação do hospital

A Figura 67 apresenta a distribuição dos comentários relacionados com a relação entre o CA e os médicos na governação do hospital.

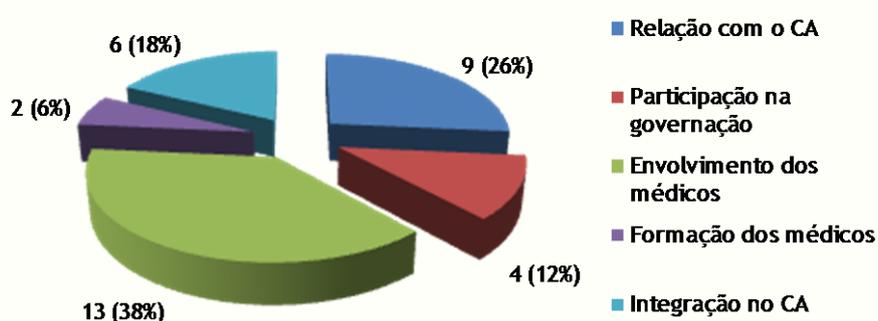


Figura 67 — Distribuição dos comentários pelos itens relacionados com a relação entre o CA e os médicos na governação do hospital

A maioria dos comentários incide sobre o envolvimento dos médicos (38%) e a relação com o CA (26%). Os restantes comentários estão relacionados com a integração no CA (18%), a participação na governação (12%) e, por último, com a formação dos médicos (6%).

O Quadro 90 apresenta exemplos de comentários relacionados com a relação entre o CA e os médicos na governação do hospital para as várias subcategorias.

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
Envolvimento dos médicos	5	Os médicos e os enfermeiros são essenciais para transmitir aquilo que é essencial sobre os hospitais e a razão da sua existência. Esta tarefa é facilitada se o presidente for um médico.
	7	Tentar negociar com os serviços as suas metas de desempenho. Muitos hospitais, apesar de não ser uma obrigação legal, têm-no feito. Os médicos sentem-se empenhados e implicados quando são confrontados com números de actividade de produção que eles próprios negociaram: número de internatos, número de primeiras consultas, número de cirurgias de ambulatório ou de bloco, etc. É a única forma de lhes exigir um desempenho ambicioso. Não posso exigir desempenho sem dizer aquilo que pretendo.
	9	Os médicos são um pilar fundamental na governação hospital. Porque, há muitas competências que são delegadas neles, nomeadamente nos directores dos departamentos e serviços. São pilares fundamentais para a prossecução dos objectos do hospital e consequentemente para os resultados que esperamos.
	10	Não há nenhum modelo de governação hospitalar que tenha sucesso sem ser baseado no envolvimento elevado dos médicos. São os médicos que determinam praticamente a esmagadora maioria do consumo dos recursos. Um modelo de governação estritamente normativo, do procedimento administrativo e do cumprimento do regulamento que não tenha flexibilidade suficiente para entender as expectativas dos médicos, a sua linguagem, as suas sensibilidades não tem sucesso. É praticamente impossível que este modelo funcione.
	11	O grupo médico é bastante importante no hospital. A ligação entre o CA e os médicos é muito importante. No nosso caso o presidente é médico e o director clínico também. Existe, se eles assim o quisessem dominar as votações.
	12	O envolvimento dos médicos na contratualização interna permite desenvolver uma cultura diferente daquela que confunde o serviço como sendo de acção médica restrita.
	18	Na minha experiência profissional noto que quando envolvemos os diversos profissionais, médicos, enfermeiros, etc., quer quanto ao contrato-programa, às diversas formas de financiamento (e isto dá muito trabalho, se calhar é mais fácil dizer é assim e não há discussão; só que também dá muito pior resultado) ajudam bastante a gestão a ser mais rigorosa, a perspectivar outros problemas e outras soluções. Os profissionais envolvem-se verdadeiramente, porque sentem que o seu contributo é válido, é tido em conta, serve para alguma coisa. E porque, no fundo, sentem depois a partilha dos resultados, sentem que contribuíram para eles. Quando envolvemos as pessoas que podem ajudar na mudança ela de facto efectua-se.
	22	Mais do que uma linha hierárquica rígida que dita de cima para baixo o CA é um fórum de negociação. A primeira não cabe no conceito de governação ou se quisermos, de uma forma mais adocicada e redutora, na gestão. O CA tem que ter maleabilidade, se não souber estudar os problemas, se não consegue ouvir alternativas não consegue evoluir e não consegue dar nenhuma espécie de autonomia, dar nada, aos departamentos. Isto não me parece a gestão mais eficaz e ser mais eficaz não é ser pétrea ou mais férrea mas sim a

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
		que produz melhores resultados. Se não conseguir transmitir as suas ideias às pessoas, se não as conseguir convencer, se não for capaz de ser flexível, maleável, não terá resultados. Profissionais que não acreditam nas chefias não funcionam. E as chefias que não acreditam na sua própria boa vontade não conseguem envolvimento.
Relação com o CA	1	Neste processo de mudança, o motor da mudança deve ser o CA e, como tal, é natural que sendo o CA obrigado a tomar medidas, até pelas mudanças internas e pela reorganização relacionada, não é possível envolver todos os profissionais e muitas vezes estes não querem participar nelas...
	6	É de colaboração mas deveria ser maior no sentido de envolver os profissionais. O seu envolvimento, a partilha e a colaboração, são fundamentais para manter a paz social dentro do hospital. Os médicos por si só não participam. Quando lhes são colocadas questões, normalmente eles participam. Esta preocupação com o envolvimento dos profissionais deveria fazer parte da discussão estratégica do hospital.
	8	Ninguém trabalha sozinho. Temos de funcionar com toda a gente. Desta forma organizamos reuniões periódicas para fazer pontos de situação e envolver de forma mais activa os diferentes profissionais.
	10	Seria impossível governar o hospital sem ser numa estratégia de colaboração, de envolvimento e de contratualização. Seria impossível atingir os nossos resultados sem o envolvimento e a negociação. O que faz um administrador hospitalar, basicamente negocia.
	12	É muito importante a colaboração dos médicos, nomeadamente dos directores dos serviços de modo a incentivar uma cultura que promova os seus contributos e acentue também as suas responsabilidades.
	14	Os membros do CA são todos gestores. O director clínico e o enfermeiro director no CA não são representantes dos médicos ou dos enfermeiros, são gestores. Por isso tem que ser uma equipa coesa. Os interesses corporativos não devem vir para os CA.
	15	É uma estratégia de tentativa de colaboração. É voluntarista, porque os CA, com algumas excepções cada vez menores, percebem que têm de ter o poder dos médicos do seu lado. Digo para o procurarem da melhor maneira, que o façam de uma forma muito concretista e que procurem a confluência de interesses comuns entre o hospital e os médicos. Houve uma geração contrária. Eu tenho o poder, tenho a caneta e eles já não me vêm, têm de obedecer. Foi uma estratégia falhada. Passou esse tempo. O pior que pode existir é o distanciamento entre o corpo clínico e o CA.
	18	O mais possível, porque na relação de transparência deve haver abertura relativamente a quais são os objectivos deste CA, dos directores de serviço, dos departamentos. Deve existir colaboração no sentido de melhorar os resultados desta casa.
Integração no CA	1	A figura do presidente pode ser um médico com muita experiência com conhecimentos superficiais de economia e gestão na área hospitalar, mas deve rodear-se de executivos bons e ter o apoio técnico de um clínico e de um enfermeiro que conheçam bem o terreno nas suas áreas e que sejam pessoas consensuais dentro da organização, que sejam os

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
		nossos interlocutores junto dos profissionais (escolhidos pela sua competência e não por serem de determinada área política ou conhecidos dos membros do CA; o que acontece algumas vezes) Os médicos e os enfermeiros devem fazer parte integrante do CA e com funções executivas.
	3	Concordo com uma das abordagens da administração hospitalar que defende a não integração do director clínico e do enfermeiro director como executivos no CA, mas apenas como consultivos. Porque muito isentas que sejam as pessoas é-lhes sempre muito complicado ter uma visão desapaixonada de determinadas matérias. Aquelas que são ligadas aos interesses, às questões mais corporativistas. A visão corporativista inquina sempre a visão das coisas.
	5	Concordo com a inclusão de médicos e enfermeiros no CA. Penso que são fundamentais, essenciais, para ligarem o CA ao hospital e à sua actividade que é tratar a doença nas suas várias formas. Os médicos e os enfermeiros são essenciais para transmitir aquilo que é essencial sobre os hospitais e a razão da sua existência. Esta tarefa é facilitada se o PR for um médico. Penso que 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. Os médicos e os enfermeiros podem não estar envolvidos directamente na gestão, mas são essenciais para ligar o CA ao resto do hospital.
	8	O PCA deve ser sempre um médico. Um hospital deve ser gerido por um médico. Numa fábrica de cabedais precisa de um perito em cabedais senão vai à falência. Num hospital, pela linguagem muito própria (drogas, medicamentos, camas hospitalares, etc.), pelos equipamentos, pelas características daquilo que se chamam agora os clientes, precisa de um médico.
	19	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. Traz as sensibilidades sociais, as respostas do caso a caso, temos de ter esta sensibilidade interna até porque muitas vezes estamos a implementar medidas que nos são impostas externamente. O director clínico é o contraponto a este diálogo que o CA tem de empreender.
	22	É fundamental ter um médico e um enfermeiro. Daqui a uns anos não sei se não teremos que alargar a outras áreas, porque começamos a ter muitos técnicos. Estas duas classes profissionais são fundamentais no trabalho do hospital. O CA quando vota a decisão é de todos.
Participação na governação	10	A participação dos médicos é a mais possível. 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. As apostas são feitas de acordo com as potencialidades referenciadas no processo de auscultação.
	12	A sua participação ampla a várias instâncias, em termos de áreas funcionais (transversal e horizontal) na elaboração dos planos de actividade é fundamental, porque cria uma cultura de actividade em conjunto e não dos serviços separadamente.
	14	A colaboração, a participação é pouca até pela falta de competências de gestão nos médicos, nomeadamente nos

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
		directores de serviço. 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.
Formação dos médicos	14	As faculdades de medicina deviam ter disciplinas de gestão tal como nos EUA no primeiro ano. A saúde movimenta muito dinheiro, a tecnologia está a evoluir, a despesa é cada vez maior e o consumo de recursos é enorme. Por isso o médico para além do diagnóstico tem que saber os custos dos seus actos e ter a noção que está a gerir recursos escassos e que as suas decisões têm repercussões.
	19	Na gestão intermédia, nos serviços, temos o médico que é o responsável por grande parte da despesa e também os enfermeiros. Ora os médicos têm grande sensibilidade para as questões da gestão, porque eles são os próprios gestores da sua medicina privada. Têm de saber gerir. Eles próprios sabem negociar. 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 90 — Exemplo de comentários para as subcategorias relacionadas com a relação entre o CA e os médicos na governação do hospital

Relativamente ao envolvimento dos médicos são focados:

- 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”).

Quanto à relação com o CA os comentários reforçam alguns dos pontos resumidos nas alíneas anteriores, nomeadamente 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 acentue também as suas responsabilidades”). São também focados os aspectos da 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”. Estes vários aspectos reforçam 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.

A integração dos médicos no CA foca dois modelos de pensamento distintos sobre o papel executivo dos médicos no CA, o seu papel nos CA e a figura do seu presidente:

- 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 desapaixionada 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.

Quanto à participação dos médicos, nomeadamente através dos directores dos departamentos e dos directores de serviços, nos diversos processos são mencionadas duas linhas distintas:

- Uma que considera 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”);

- Uma que salienta 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”).

Por último, e relacionado com a última perspectiva de participação mencionada no ponto anterior, é mencionada por um entrevistado 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”).

2.3.4.2. Participação dos médicos em áreas de decisão

A Figura 68 apresenta a distribuição dos comentários relacionados com a participação dos médicos em áreas de decisão específicas.

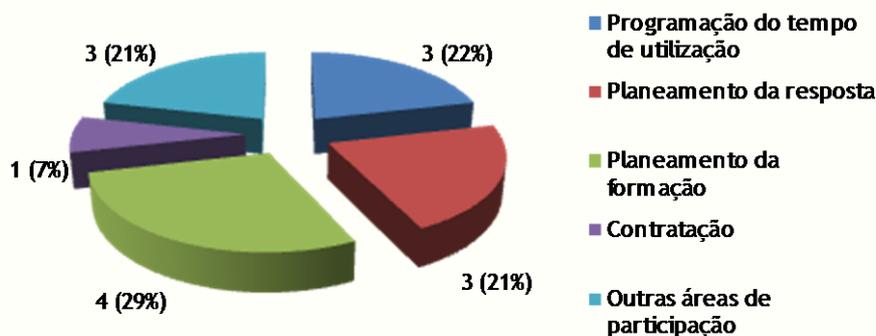


Figura 68 — Distribuição dos comentários pelos itens relacionados com a participação dos médicos em áreas de decisão específicas

A maioria dos comentários incide sobre o planeamento da formação profissional contínua (29%). Os restantes incidem sobre a programação do tempo de utilização do bloco operatório e outras áreas comuns (22%), o planeamento da resposta do hospital às necessidades em saúde da população (21%) e sobre outras áreas de participação (26%). Apenas uma resposta incide sobre a contratação de outros recursos humanos.

O Quadro 91 apresenta exemplos de comentários relacionados com a participação dos médicos em áreas de decisão específicas para as várias subcategorias.

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
Planeamento da formação profissional contínua	6	Planeamento da formação, pouca intervenção do CA e mais intervenção ao nível da Ordem dos Médicos, etc.
	8	A formação está muito entregue à indústria farmacêutica. Quando precisamos de formação específica recorremos a ela.
	10	A formação é um <i>dossier</i> especial muito relacionado com a indústria e os médicos. O CA toma algumas decisões, mas poucas.
	18	Têm uma participação elevada e muito complicada. Foge um pouco da nossa alçada.
Programação do tempo de utilização do bloco operatório e outras áreas comuns	6	Na programação dos tempos são eles que tomam as decisões e aqui deveria existir alguma intervenção do CA.
	10	O director clínico faz parte do CA, desta forma a participação dos médicos na programação é elevada. Se considerarmos o director clínico com médico então tomam decisões.
	13	A decisão é tomada pelos directores de serviço.
Planeamento da resposta do hospital às necessidades em saúde da população	6	Infelizmente estão pouco envolvidos e deveriam estar mais.
	8	Somos um hospital especializado e temos de receber toda a gente. Não planeamos, recebemos, tratamos e cuidamos.
	14	Temos pouca participação, muito incipiente.
Outras áreas de participação	1	A definição dos protocolos terapêuticos. A anarquia de procedimentos que faz com que os custos se tornem incontroláveis; os médicos devem estar envolvidos na elaboração de manuais de boas práticas de modo a sentirem a necessidade de agirem com eficiência e terem a noção dos custos de todos os seus actos médicos e estarem de acordo com as boas práticas nacionais e internacionais de modo a que os hospitais sejam eficientes; deve existir uma participação e um envolvimento acentuado dos médicos nas comissões.
	7	A introdução de medicamentos é um ponto onde existe uma participação elevada. A decisão final é do CA.
	21	A definição de protocolos terapêuticos seria uma boa área de participação. É aqui que o hospital gasta mais.
Contratação de	18	Têm uma participação elevada quando envolve serviços por

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
outros recursos humanos		si orientados. É uma participação elevada e responsabilizada.

Quadro 91 — Exemplo de comentários para as subcategorias relacionadas com a participação dos médicos em áreas de decisão específicas

Os comentários feitos nas diversas áreas de decisão consolidam as respostas dadas pelos entrevistados nas perguntas fechadas. É interessante verificar que comentários feitos, sugerem uma necessidade maior de 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.

2.4. Instrumentos de apoio aos processos de decisão

Nesta subsecção são apresentados os resultados relativos aos instrumentos utilizados pelos órgãos de governação do hospital, nomeadamente o CA, nos processos de apoio à tomada de decisão.

A Figura 69 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 e a distribuição do número de hospitais que os utilizam.

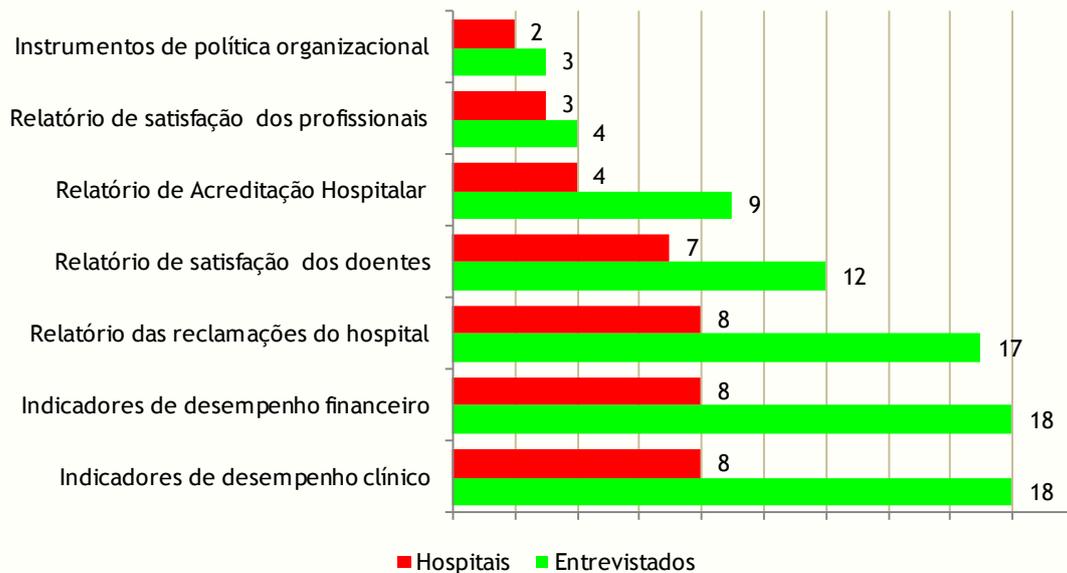


Figura 69 — Distribuição das respostas por entrevistado e por hospital de acordo com os instrumentos utilizados no apoio aos processos de decisão

Considerando o número de respostas dos entrevistados internos, verificamos que 18 (100%) utilizam nos processos de apoio à decisão indicadores de desempenho clínico e indicadores de desempenho financeiro, 17 (94%) o relatório de reclamações do hospital, 12 (67%) o relatório de satisfação dos doentes, 9 (50%) o relatório de acreditação hospitalar (*King's Fund, Joint Commission* ou outro), 4 (22%) o relatório de satisfação dos profissionais e 3 (17%) instrumentos de política organizacional (*Balanced Scorecard, CAF, EFQM, Six Sigma* ou outro).

Tendo em conta o número de hospitais, para o efeito considerou-se pelo menos a existência de uma resposta de utilização por um dos membros do CA, verificamos que são utilizados nos processos de apoio à decisão por 8 hospitais (100%) os indicadores de desempenho clínico, os indicadores de desempenho financeiro e o relatório de reclamações do hospital, por 7 (88%) o relatório de satisfação dos doentes, por 4 (50%) o relatório de acreditação hospitalar, por 3 (38%) o relatório de satisfação dos profissionais, e apenas por 2 (25%) instrumentos de política organizacional integrada.

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 2 externos). A Figura 70

apresenta a distribuição dos comentários por instrumentos utilizados no apoio aos processos de decisão.



Figura 70 — 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.

O Quadro 92 apresenta exemplos de comentários relacionados com os diversos instrumentos utilizados no apoio aos processos de decisão.

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
Indicadores de desempenho clínico	10	São ainda rudimentares, mas temos a intenção de adquirir novas ferramentas desde que os médicos estejam dispostos a um total envolvimento, se se comprometerem a usá-los.
	12	Pretendemos potenciar as bases de dados do hospital e os GDHs através de uma empresa [...]. O sistema permite obter informação relacionada com a qualidade assistencial em termos de indicadores de desempenho clínico gerais ou ao nível do serviço. Os relatórios são trimestrais com a discussão de peritos. Por outro lado vai permitir o <i>benchmarking</i> , porque a base de dados possui dados de hospitais espanhóis, sul-americanos e europeus.
	15	São imprescindíveis. O produto final é o acto clínico. Há bastantes lacunas.
Indicadores de desempenho financeiro	12	Vamos fazer o mesmo que para os indicadores clínicos. Aliás o sistema inclui também os indicadores financeiros e as hipóteses de trabalho são as mesmas.
	15	Ainda há lacunas, até porque a contabilidade analítica não está suficientemente desenvolvida, o que levanta alguns problemas para a construção dos indicadores.
	20	Alguns. A contabilidade analítica ainda não está o suficientemente aperfeiçoado de forma a obtermos tudo o que queríamos.

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
Relatório de satisfação dos doentes	2	São fundamentais, mas ainda não os utilizamos.
	11	A sua aplicação é feita esporadicamente.
	15	È provavelmente o tipo de indicadores de satisfação mais divulgado e mais generalizado.
	18	É um barómetro do que se passa no hospital.
	22	Fazemos inquéritos de satisfação anónimos que abarcam as várias áreas (médicos, enfermagem, alta, alimentação, temperatura, etc.) que são enviados para todos os doentes que passaram pelo hospital. Foi desenvolvido internamente. Não fazemos por amostra, é enviado para todos. É um instrumento muito útil para o CA.
Relatório de satisfação dos profissionais	4	A satisfação profissional é pouco utilizada. Queremos pessoas motivadas a trabalhar connosco.
	10	Não fazemos há muito tempo. É uma falha. Queremos fazer.
	15	Menos divulgado e importante. Profissionais motivados produzem melhores resultados.
	18	Ainda não, mas estamos a pensar nisso. Estamos a pensar na [...] e no [...]. Temos de perceber como estão os nossos profissionais.
	22	Pretendemos avançar, porque é importante. Não está tão desenvolvido.
Relatório das reclamações do hospital	2	Está ainda muito embrionário.
	12	O Gabinete do Utente faz um grande trabalho. Vistas como oportunidades de melhoria.
	15	É uma estrutura obrigatória, quer em termos administrativos, e utilizada em larga escala.
Instrumentos de política organizacional	2	Fundamental, imprescindível mais ainda muito embrionário.
	4	De política organizacional podemos utilizar alguma coisa mas não com esses nomes.
	7	Isso não existe ou então existe muito pouco.
	8	Não ou pelo menos não me chega com esses sabores.
	9	Fala-me de coisas que não conheço.
	10	Não estamos a utilizar nenhuma delas. O <i>King's Fund</i> adopta já algumas das preocupações. Temos a intenção de utilizar o <i>scorecard</i> , mas estamos longe.
	14	Ainda não, queria ver se aplica o <i>scorecard</i> .
	15	Incipiente se é que alguém faz.
	18	Já temos o <i>Balanced Scorecard</i> feito
	19	Não temos um <i>Balanced Scorecard</i> formalmente. Temos um modelo que definimos, que está em fase de implementação mas que ainda não tem os processos de recolha de dados automatizados.
21	Não temos possibilidade, recursos para colocar as pessoas a trabalhar com eles. Utilizamos os instrumentos mais simples.	
Relatório de Acreditação Hospitalar	2	Vai avançar; estamos a preparar o plano de acção; alguns serviços são acreditados.
	10	Somos o único hospital acreditado em [...], temos muito orgulho por isso. Como tal temos um dos gabinetes de

Subcategoria	Entrevistado	Comentário
		utente mais robusto.
	15	Estão bastante divulgados e mesmo certificações ISO.
	19	Temos a acreditação da <i>Joint Commission</i> .
	20	Suspendemos a acreditação do <i>King's Fund</i> .
	22	Estamos acreditados pela <i>Joint Commission</i> . Os laboratórios estão acreditados: patologia clínica, anatomia patológica, e farmácia.
Outros instrumentos utilizados	6	Reuniões com as estruturas gestonárias macros (recursos humanos, financeira, logística e aprovisionamento, farmácia, planeamento, etc.) com a apresentação de diversos documentos e relatórios de acompanhamento.
	7	As auditorias da Inspeção Geral de Finanças, da Inspeção Geral da Saúde e do Tribunal de Contas. Estas entidades estão frequentemente a auditar os hospitais. Os hospitais não conhecem os critérios, nem deveriam conhecer, de fiscalização. Esses trabalhos são feitos com muita seriedade e são importantes para os hospitais, porque retiramos daí ensinamentos importantes. São documentos públicos e que impõem determinadas medidas correctivas por parte da administração. O que é bom. O problema está muitas vezes que essas medidas correctivas são às vezes meramente burocráticas administrativas. Corrigem face ao dispositivo legal ou regulamentar e não se preocupam com o seu conteúdo. A IGS tem tentado focar, melhorar, mais os serviços para os doentes. Tem também existido auditorias mas sobre pontos que extravasam o âmbito gestonário e organizacional, nomeadamente sobre conduta ilegal, sobre questões criminais, desfalques, etc.

Quadro 92 — Exemplo de comentários para os diversos instrumentos utilizados no apoio aos processos de decisão

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 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 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 2 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 burocráticas administrativas.

3. Opiniões

Neste ponto são apresentados os resultados relacionados com opiniões obtidas sobre a avaliação geral do modelo de governação (3.1), os acordos de desempenho e os instrumentos de controlo (3.2), e a efectividade dos CA (3.3).

3.1. Avaliação geral do modelo de governação

Nesta subsecção são apresentados os resultados obtidos para a avaliação geral dos órgãos e das comissões do modelo de governo. Primeiro, serão

apresentados os resultados para a avaliação geral dos órgãos em termos do cumprimento de um conjunto de objectivos definidos (3.1.1). Depois, são apresentados os resultados para a avaliação das comissões e do seu impacto em várias dimensões (3.1.2). Finalmente, serão apresentados os resultados para a análise de conteúdo feita com a pergunta aberta relativa ao Conselho Consultivo (3.1.3).

3.1.1. Órgãos do hospital

Nesta subsecção são apresentados os resultados das perguntas fechadas relativas à forma como os entrevistados classificam cada um dos órgãos do hospital na forma como conseguem cumprir um conjunto de objectivos em termos de eficácia das reuniões, da actualização sobre a evolução do sistema de saúde e o impacto global no desempenho do hospital. Para completar a análise serão apresentados comentários feitos pelos entrevistados que ajudam a compreender de uma forma mais abrangente os resultados obtidos.

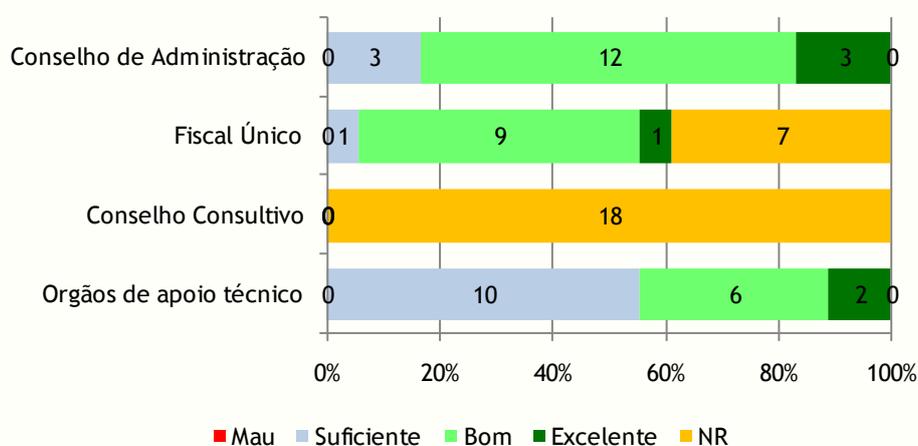


Figura 71 — Distribuição das respostas relativamente à eficácia das reuniões dos órgãos do hospital

A Figura 71 apresenta a distribuição das respostas dadas pelos entrevistados relativamente à eficácia das reuniões dos órgãos do hospital. Conforme se pode avaliar pela figura os CA e o Fiscal Único são os mais bem avaliados em termos da eficácia das reuniões. De facto 15 respostas (83%) consideram a eficácia das reuniões do CA como boa ou excelente e 10 respostas (56%) consideram a eficácia das reuniões do Fiscal Único como boa ou excelente.

Relativamente ao Fiscal Único, 7 entrevistados (39%) não responderam à pergunta.

Os órgãos mais mal avaliados em termos de eficácia das reuniões são o Conselho Consultivo e os Órgãos de apoio técnico. De salientar que relativamente ao Conselho Consultivo nenhum dos entrevistados respondeu¹⁵, porque o Conselho Consultivo não existe ou nunca funcionou. O Quadro 93 apresenta alguns dos comentários feitos pelos entrevistados relativamente existência do Conselho Consultivo. Por seu turno, 10 respostas (56%) consideram que a eficácia das reuniões dos órgãos técnicos é suficiente, enquanto 8 (44%) consideram a eficácia das reuniões destes órgãos como boa ou excelente.

Entrevistado	Comentário
2	Passámos a EPE há pouco tempo e ainda não temos Conselho Consultivo.
7	O Conselho Consultivo não funciona. É melhor dizermos que não existe.
8	Não existe. Não tenho. Não sei se estou a cometer um crime.
14	Não temos. Em vez de criar um Conselho Consultivo preferia um conselho estratégico.
15	Em termos abstractos o Conselho Consultivo é muito importante. O problema é que na maior parte dos casos não funciona e a sua constituição é feita tendo por base um processo demasiado internalizado.
16	Tendo como referência os antigos Conselhos Gerais, diria que se existem são mera cosmética. E é cosmética para todos os lados.
17	O Conselho Consultivo deve representar a comunidade e constituir um elo de ligação fundamental com essa mesma comunidade. Infelizmente penso que isso não funciona.
18	Ainda não temos Conselho Consultivo, ainda não está nomeado.
20	Apesar de termos, nunca foi necessário utilizar.

Quadro 93 — Exemplo de comentários sobre a eficácia das reuniões e a existência do Conselho Consultivo

A Figura 72 apresenta a distribuição das respostas dadas pelos entrevistados relativamente à actualização dos órgãos do hospital relativamente à evolução do sistema de saúde. Conforme se pode avaliar pelas respostas, os entrevistados consideram que o CA é o órgão que melhor está actualizado sobre a evolução do sistema de saúde. Assim, 17 dos entrevistados (94%) responderam que a actualização do CA sobre a evolução do sistema de saúde era boa, enquanto apenas 1 entrevistado considerou que era suficiente.

¹⁵ 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.

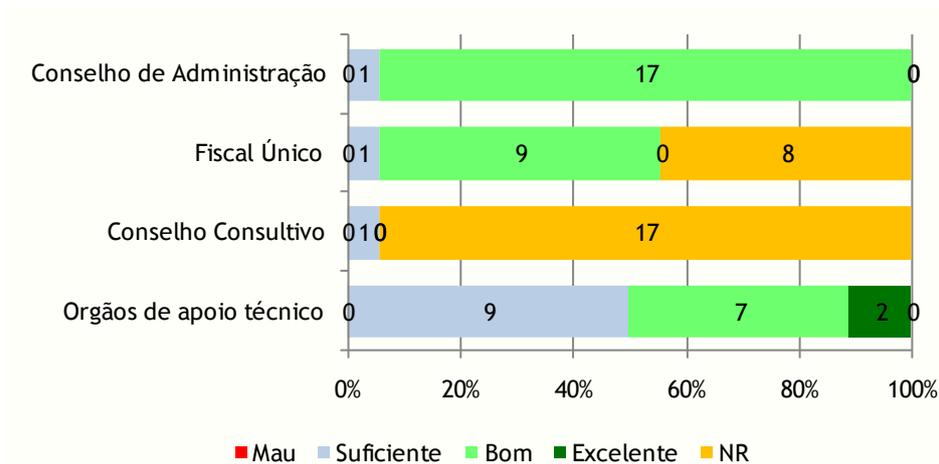


Figura 72 — Distribuição das respostas relativamente à actualização sobre a evolução do sistema de saúde

Para o Fiscal Único 9 dos entrevistados (50%) considera que essa actualização é boa, apenas um dos entrevistados considera que é suficiente e 8 entrevistados (44%) não respondeu. Relativamente ao Conselho Consultivo repetiu-se praticamente o cenário anterior em termos de resposta com apenas um entrevistado a responder que a actualização é suficiente. Por seu turno as respostas relativamente aos Órgãos de apoio técnico repartem-se entre o suficiente (50%) e o bom ou excelente (50%).

O Quadro 94 apresenta exemplos de comentários sobre a actualização relativamente ao sistema de saúde dos órgãos do hospital.

Entrevistado	Comentário
8	O fiscal tem de se preocupar com a legalidade da gestão financeira, com a contabilidade. Não sei se precisa de perceber como está a evoluir o sistema de saúde. É capaz de ajudar, mas penso não ser uma condição necessária.
7	Dentro das suas áreas estão actualizadas. O problema é que muitas vezes são pouco activas.
10	O nosso fiscal tem feito um grande esforço para compreender um meio que lhe era estranho. A cada dia que passa a sua actualização é maior.
12	O fiscal é uma figura nova. Notamos que faz um esforço significativo para acompanhar os desenvolvimentos.
14	As comissões de apoio técnico conhecem as suas áreas. Duvido que tenham uma ideia de conjunto. O fiscal está a aprender coisas de um novo meio. Mas o fiscal também cá não está por isso.
15	As comissões técnicas conhecem bem a evolução do sistema de saúde dentro da sua área. É sempre uma visão parcelar do sistema de saúde.
16	Penso que a actualização das comissões está mais relacionada com a sua área. Tal não é grave, porque a sua acção também incide sobre áreas específicas.
17	As comissões são muito importantes dentro das áreas da sua competência. O seu apoio ao CA é fundamental. No entanto a sua actualização é parcelar. Penso que os profissionais nelas envolvidos muitas vezes não têm a tal ideia de conjunto.

Entrevistado	Comentário
	Também é verdade que não precisam dela para os problemas com que lidam.
18	As comissões são importantes na sua área técnica. Penso que é aí que elas estão mais actualizadas.

Quadro 94 — Exemplo de comentários sobre a actualização sobre a evolução do sistema de saúde

Os comentários transcritos incidem sobre o Fiscal Único e os Órgãos de apoio técnico. O Fiscal Único é uma figura nova no CA, a sua proveniência é 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 à medida que o tempo passa. Por seu turno, relativamente aos Órgãos de apoio técnico é referida a sua actualização parcelar, incidindo sobretudo sobre as áreas que dominam.

A Figura 73 apresenta a distribuição das respostas dadas pelos entrevistados relativamente ao impacto global no desempenho do hospital dos diferentes órgãos do hospital. Conforme se pode avaliar pelas respostas os órgãos que os entrevistados consideram ter um impacto global maior no desempenho do hospital é o CA e os Órgãos de apoio técnico. Assim, 15 entrevistados (83%) consideram que o impacto global no desempenho do CA é bom ou excelente e apenas 3 (17%) consideram que é o suficiente. Nos Órgãos de apoio técnico, 9 entrevistados (50%) consideram que o impacto global no desempenho do hospital é bom ou excelente e 8 entrevistados (44%) consideram que é suficiente.

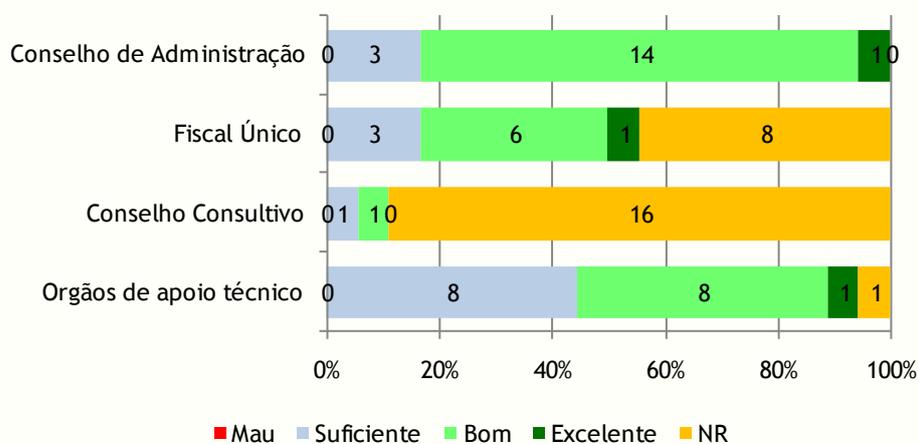


Figura 73 — Distribuição das respostas relativamente ao impacto global no desempenho do hospital

As respostas relativamente ao Fiscal Único estão divididas e para o Conselho Consultivo o cenário de não resposta repete-se novamente. Assim, 8 entrevistados (44%) não respondeu relativamente ao impacto do Fiscal Único no desempenho global do hospital, enquanto 7 entrevistados (39%) consideram que esse impacto é bom ou excelente. Para o Conselho Consultivo apenas 2 entrevistados responderam, um considerando que o impacto global no desempenho do hospital é bom e o outro que é suficiente.

O Quadro 95 apresenta exemplos de comentários sobre impacto global no desempenho do hospital dos órgãos do hospital.

Entrevistado	Comentário
2	É uma experiência muito recente, mas os seus alertas para algumas questões têm sido importantes.
4	As comissões funcionam como órgãos de apoio, não têm poder de decisão.
6	O trabalho do fiscal é muito importante. As questões do controlo e da legalidade da gestão financeira e do próprio património são essenciais.
7	O trabalho do Fiscal Único não se reflecte tanto no desempenho mas mais em questões de controlo e de legalidade relacionado com a gestão financeira e a gestão do património.
9	O impacto das comissões varia muito. Há umas que são mais participativas que outras. Por outro lado, o trabalho de outras não se reflecte no desempenho. É o caso da comissão de ética.
10	O seu trabalho tem sido muito bom. Alerta-nos para um conjunto de coisas que são muito importantes. Temos aprendido muito em conjunto.
15	O controlo interno e externo relacionado com a gestão financeira e o património são importantes para o hospital mais em termos de legalidade e de responsabilização do que propriamente em termos de desempenho.
16	A figura do Fiscal Único integrada no CA é importante. Traz para a composição dos órgãos dos hospitais uma figura mais próxima daquilo que são os CA das empresas privadas. No entanto isto não está directamente relacionado com o desempenho do hospital.
17	A nova configuração, com o auditor interno e o Fiscal Único, permite uma <i>accountability</i> mais efectiva mas não se reflecte ao nível do desempenho.
18	A par com o auditor interno o fiscal tem sido extremamente importante nas questões ligadas à gestão financeira, à contabilidade e à gestão do património.

Quadro 95 — Exemplo de comentários sobre o impacto global no desempenho do hospital

Os comentários transcritos incidem 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 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.

Classificação dada	Valor	%PMA (z_i)
Excelente	4	100
Bom	3	66
Suficiente	2	33
Mau	1	0

$$\% PMA = \frac{\sum_{i=1}^4 z_i F_i}{\sum_{i=1}^4 F_i}$$

Quadro 96 — Conversão das respostas relativas à classificação relativamente à forma como conseguem cumprir objectivos

Se consideramos uma conversão linear (devido ao facto de se desconhecerem as curvas de valor associadas às preferências dos entrevistados) dos valores das respostas para uma classificação da percentagem máxima atingível (%PMA) utilizando os valores do Quadro 96 obtemos as médias ponderadas presentes no Quadro 97 que pode ser utilizado como um indicador de impacto.

Órgãos do hospital	Eficácia das reuniões	Actualização sobre a evolução do sistema	Impacto global no desempenho
Conselho de Administração	66,17	64,17	62,39
Fiscal Único	66,09	62,70	59,50
Conselho Consultivo		33,00	49,50
Órgãos de apoio técnico	51,44	53,28	52,47

Quadro 97 — PMA para cada um dos órgãos

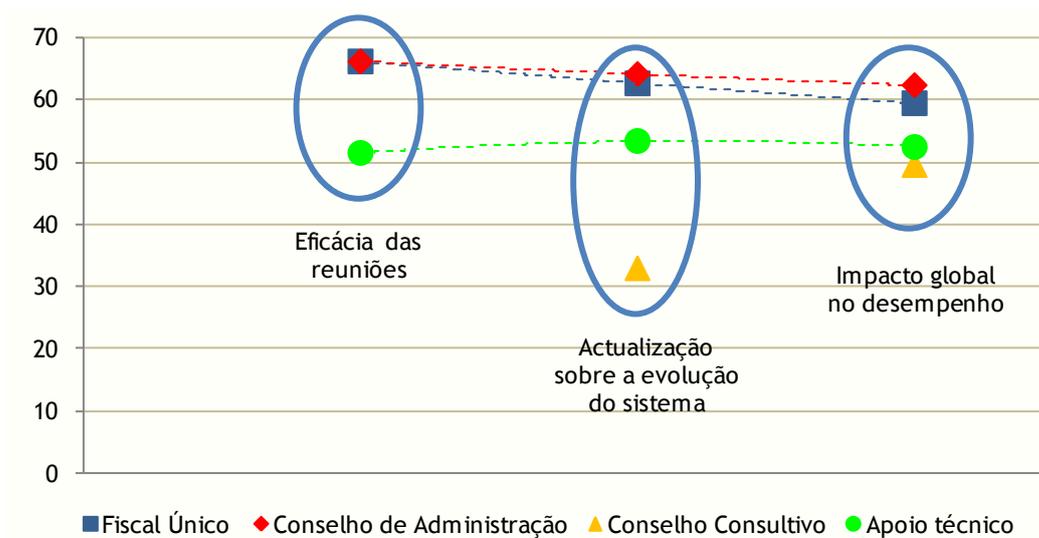


Figura 74 — PMA relativamente à forma como os órgãos atingem determinados objectivos

A Figura 74 apresenta graficamente a média calculada para a forma como os órgãos do hospital atingem determinados objectivos. Conforme se pode avaliar pela figura 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).

3.1.2. Comissões

Nesta subsecção são apresentados os resultados das perguntas fechadas relativas à forma como os entrevistados classificam o impacto das diferentes comissões existentes em termos de apoio aos processos de decisão do CA, apoio aos processos de decisão dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, etc.) no dia-a-dia da prática clínica e a sua contribuição para o desempenho global do hospital. Para completar a análise serão apresentados comentários feitos pelos entrevistados que ajudam a compreender de uma forma mais abrangente os resultados obtidos.

A Figura 75 apresenta a distribuição das respostas dadas pelos entrevistados relativamente ao apoio dado pelas diferentes comissões aos processos de decisão do CA.

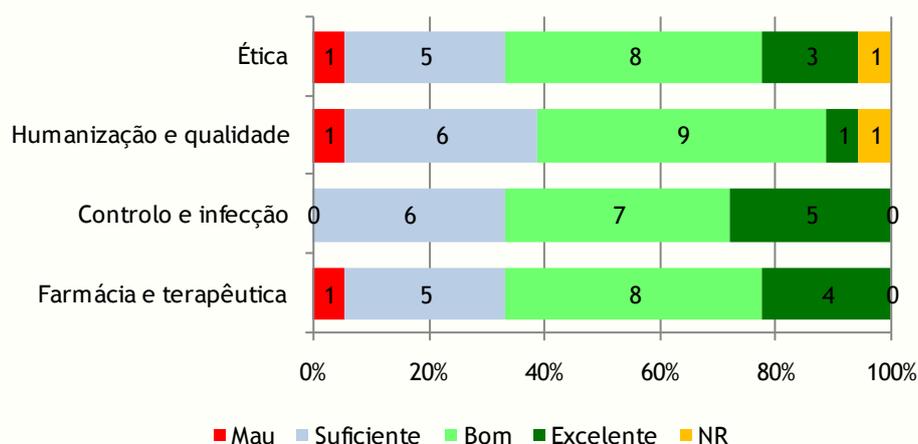


Figura 75 — Distribuição das respostas relativamente ao apoio aos processos de decisão do Conselho de Administração

Conforme se pode avaliar pela figura a maioria dos entrevistados considera que o apoio dados pelas comissões aos processos de decisão é bom ou excelente. As duas comissões com maior percentagem de respostas bom ou excelente são as comissões de controlo e infecção hospitalar (67%) e de farmácia e terapêutica (67%).

Para as comissões de ética, humanização e qualidade dos serviços e farmácia e terapêutica alguns entrevistados consideraram o apoio dado como mau (1 resposta para cada uma delas). Por seu turno, as respostas que consideram esse apoio como suficiente são praticamente o mesmo para todas as comissões enunciadas.

A Figura 76 apresenta a distribuição das respostas dadas pelos entrevistados relativamente ao apoio dado pelas diferentes comissões aos processos de decisão dos profissionais de saúde no dia-a-dia da prática clínica.

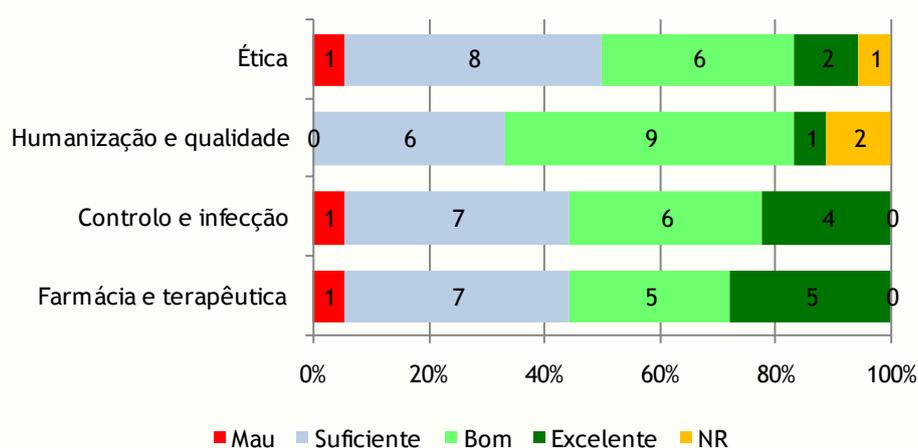


Figura 76 — Distribuição das respostas relativamente ao apoio aos processos de decisão dos profissionais de saúde no dia-a-dia da prática clínica

Conforme se pode avaliar pela figura a maioria dos entrevistados considera que o apoio dados pelas comissões, com excepção da comissão de ética, aos processos de decisão dos profissionais é bom ou excelente. Contudo, esse peso é menor do que avaliação feita para o apoio dado ao CA. As comissões de humanização e qualidade dos serviços, de controlo e infecção hospitalar e de farmácia e terapêutica apresentam todas o mesmo número de respostas (56%) que consideram o apoio dado como bom ou excelente.

À semelhança do que aconteceu no apoio aos processos de decisão do CA, as comissões de ética, humanização e qualidade dos serviços e farmácia e terapêutica apresentam alguns entrevistados que consideraram o apoio dado como mau (1 resposta para cada uma delas). Por seu turno, as respostas que consideram esse apoio como suficiente são praticamente o mesmo para todas as comissões enunciadas, com excepção da comissão de ética.

A Figura 77 apresenta a distribuição das respostas dadas pelos entrevistados relativamente à contribuição das diferentes comissões para o desempenho global do hospital.

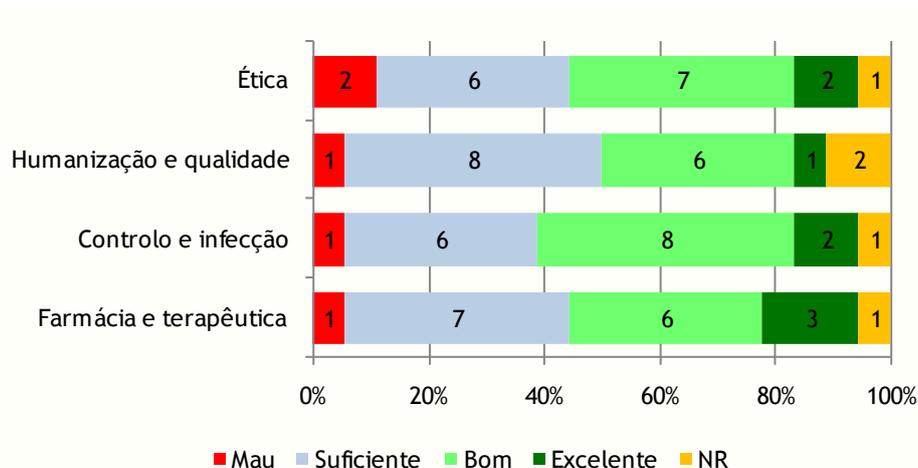


Figura 77 — Distribuição das respostas relativamente à contribuição das comissões para o desempenho global do hospital

Conforme se pode avaliar pela figura as respostas encontram-se mais distribuídas do que anteriormente em termos de suficiente e bom ou excelente. No entanto destaca-se a comissão de controlo e infecção hospitalar como sendo aquela que mais respostas têm no sentido de o seu contributo ser bom ou excelente (56%). A comissão com menor percentagem de bom ou excelente é a comissão de humanização e qualidade (39%). As restantes duas apresentam a mesma percentagem (50%) em termos de respostas bom ou excelente.

Para a comissão de ética, 9 entrevistados (50%) consideram que a sua contribuição para o desempenho global do hospital que é bom ou excelente, 6 (33%) consideram que é suficiente e 2 (11%) consideram que é mau. A comissão de farmácia e terapêutica está praticamente na mesma situação: 9 entrevistados (50%) consideram que a sua contribuição é boa ou excelente, 6 (39%) consideram que é suficiente e apenas um considera que é mau.

Os exemplos dos comentários apresentados no Quadro 98 relacionados com a pergunta aberta “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.

Entrevistado	Comentário
2	Passámos a ter mais uma comissão, a da interrupção voluntária da gravidez, que é obrigatória. A comissão de farmácia e terapêutica e a comissão de infecção hospitalar têm um papel fundamental no hospital. Funcionam muito bem.
3	Acho o seu papel muito limitado. Muitas deles não cumprem o papel técnico para a qual foram constituídas. Em muitos dos casos não sei se os profissionais conhecem o seu trabalho.
4	As comissões funcionam sempre como órgãos de apoio. Não têm poder decisão. Deviam deixar de ser um órgão de consulta, para passarem a ter poderes mais interventivos. Muitas vezes as comissões são demasiado alargadas o que constitui um problema ao seu funcionamento. Com tantas pessoas estas comissões não funcionam. Chegamos a ter algumas com 50 pessoas ou mais. As comissões deveriam ser mais funcionais.
5	O papel das comissões é limitado principalmente devido à pouca disponibilidade dos profissionais. Muitas vezes as comissões são demasiado alargadas em termos do número de profissionais que a compõem. Desta forma o seu funcionamento torna-se difícil.
7	As comissões são muito passivas. Depende muito das pessoas que são nomeadas e da sua disponibilidade dentro dos hospitais. Tirando a comissão de farmácia e terapêutica e a comissão de ética, na parte de introdução de medicamentos, que funcionam por dever do ofício, as outras funcionam muito mal. E o seu papel seria preponderante na qualidade, nomeadamente a de controlo e infecção hospitalar que não vejo funcionar bem na maioria dos hospitais.
8	As comissões são muito importantes para a gestão do hospital e para o trabalho dos profissionais. Por isso temos todo o cuidado em escolher as pessoas que fazem partes delas. Muitas fazem um trabalho de sapa. No global quem contribui para o desempenho do hospital é o CA, as comissões têm funções próprias atribuídas.
9	Na generalidade sim, conhecem e utilizam, nomeadamente a terapêutica, a infecção hospital, a qualidade e a ética (se bem que menos). Nalguns casos, apesar do trabalho das comissões ser importantes, não são muito visíveis mas trabalham e cumprem as suas funções.
10	As nossas comissões funcionam bem também como consequência do processo de acreditação. O processo em si envolve mecanismos de controlo que obrigam ao bom funcionamento das comissões.
11	O papel das comissões é de alguma forma limitado, 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. Outras deviam estabelecer mais ligações com os serviços e estabelecerem protocolos, caso da comissão de farmácia e terapêutica, principalmente pelo impacto económico e financeiro no hospital. Outras, como a de ética deveriam ir além da análise do expediente e serem mais criativos relativamente a determinadas situações (situações da fase terminal da vida, reanimar ou não, IVG, etc.) e estarem mais próximas dos profissionais.
13	As comissões podiam funcionar melhor. Há comissões fundamentais, nomeadamente a terapêutica e a infecção. A constituição das comissões deveria ser revista. A ética é demasiado alargada o que a torna pouco eficaz. Devem ser orientadas, específicas e não muito alargadas.
15	As comissões técnicas conhecem bem a evolução do sistema de saúde dentro da sua área. É sempre uma visão parcelar do sistema de saúde. O seu papel deveria ser repensado, nomeadamente na aproximação aos profissionais. Exemplos não faltam. A despesa com medicamentos constitui uma das maiores fatias do orçamento do

Entrevistado	Comentário
	hospital. A farmácia e terapêutica teria aqui um papel fundamental junto dos profissionais. A própria infecção hospitalar é importante. A comissão de ética perdeu algum poder com as recentes alterações sobre a aprovação de medicamentos. Se calhar o seu papel deve ser repensado.
16	As comissões possuem competências técnicas muito bem definidas. Não têm poder de decisão, o seu papel é sobretudo dar apoio ao CA e de ligação com os diferentes sectores do hospital. O seu funcionamento depende muito das pessoas nomeadas e daquilo que o CA pretende fazer com elas.
17	As suas competências são definidas genericamente no estatuto de cada hospital. O regulamento interno depois ocupa-se do resto. O seu trabalho depende muito das pessoas para elas nomeadas e na sua disponibilidade.
18	As comissões são essenciais quando existem o tipo de condicionalismos mencionados. Podem ajudar o CA baseados na sua competência técnica orientando o CA e transmitindo informação para os profissionais.

Quadro 98 — Exemplo de comentários sobre as comissões

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. Essa limitação é assumida de duas perspectivas distintas: uns que consideram que 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”) outros que consideram que esse 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: 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, os profissionais têm pouca disponibilidade para elas até porque muitas vezes não são

libertados das suas funções principais e faltam-lhes 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 do 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 em termos das despesas do hospital relacionadas com medicamentos.

Se consideramos uma conversão linear (devido ao facto de se desconhecerem as curvas de valor associadas às preferências dos entrevistados) dos valores das respostas para uma classificação da percentagem máxima atingível (%PMA) utilizando os valores do Quadro 99.

Classificação dada	Valor	%PMA (z_i)
Excelente	4	100
Bom	3	66
Suficiente	2	33
Mau	1	0

$$\% PMA = \frac{\sum_{i=1}^4 z_i F_i}{\sum_{i=1}^4 F_i}$$

Quadro 99 — Conversão das respostas relativas à classificação do impacto das comissões

No Quadro 100 estão as médias ponderadas obtidas que podem ser utilizadas como um indicador de impacto.

Comissão	Apoio ao CA	Apoio aos profissionais	Contribuição para o desempenho
Ética	58,41	50,59	50,59
Humanização e qualidade dos serviços	52,47	55,75	47,50
Controlo e infecção hospitalar	64,44	57,06	54,47
Farmácia e terapêutica	60,72	58,94	54,53

Quadro 100 — PMA para cada uma das comissões

A Figura 78 apresenta graficamente a média calculada para o impacto das comissões. Conforme se pode verificar os entrevistados consideram que esse impacto 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.

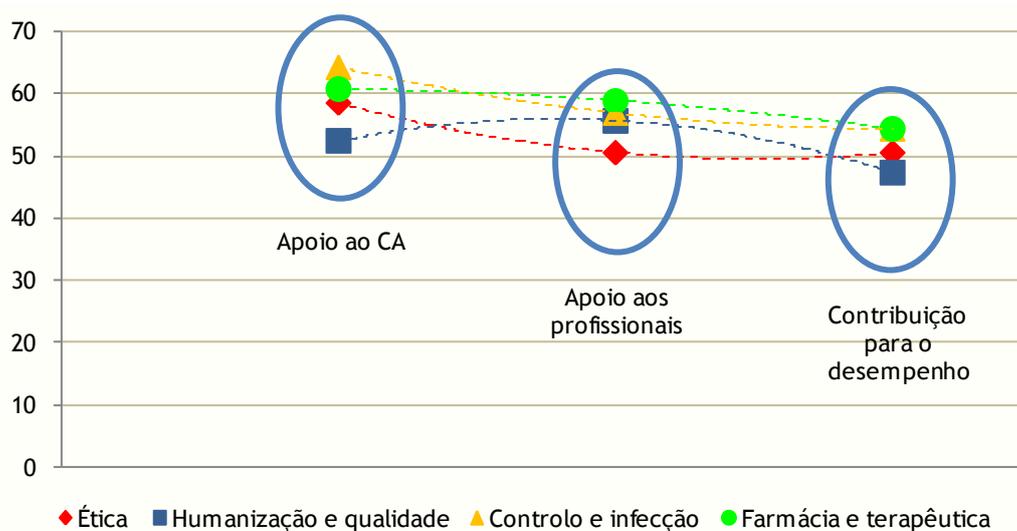


Figura 78 — PMA relativamente ao impacto das comissões

As comissões com maior impacto dentro de cada dimensão são a comissão de controlo e infecção 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.

As classificações aqui obtidas e os comentários obtidos explicam de forma mais aprofundada os resultados obtidos pelos órgãos de apoio técnico relativamente ao cumprimento dos objectivos da subsecção anterior.

3.1.3. O Conselho Consultivo

Pela classificação feita anteriormente ao Conselho Consultivo em termos do cumprimento de objectivos e pelos comentários relacionados constata-se que o Conselho Consultivo apesar de ser considerado um órgão fundamental de ligação com a comunidade ou não existe ou então não funciona. Os comentários obtidos com a pergunta aberta “Qual a sua opinião sobre o Conselho Consultivo, os objectivos subjacentes à sua criação e o seu funcionamento?” ajudam a explicar este entendimento.

Os comentários dos entrevistados foram agrupados em 5 categorias de acordo com o seu conteúdo: existência do órgão nos hospitais, actores que os integram, a sua importância para o hospital, resultados desfavoráveis associadas ao seu mau funcionamento e, por último, aspectos da sociedade. A Figura 79 representa a distribuição dos comentários efectuados por 14 entrevistados (10 internos e 4 externos) para essas categorias.

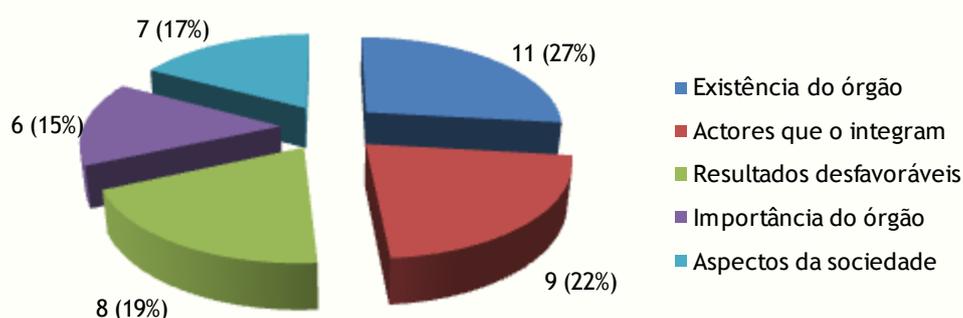


Figura 79 — Distribuição dos comentários relativos ao Conselho Consultivo pelas respectivas categorias

O Quadro 101 apresenta alguns exemplos dos comentários sobre a existência do Conselho Consultivo. Os comentários utilizados como exemplo apontam no mesmo sentido dos comentários feitos relativamente à forma como os órgãos conseguem cumprir um conjunto de objectivos. A não existência deste órgão ou funcionamento precário são mais uma vez confirmados apesar de, como

já foi dito atrás, este órgão ser considerado importante em termos abstractos para o hospital.

Entrevistado	Comentário
2	Prefiro não me pronunciar. Como disse passámos a EPE há pouco tempo e ainda não temos Conselho Consultivo.
7	Os Conselhos Consultivos na generalidade dos hospitais não funcionam. É melhor dizermos que não existe ou que então existe pelos motivos errados.
8	Ao Conselho Consultivo não dou a mínima importância e penso que não é necessário.
9	Nunca conheci o Conselho Consultivo no meu CA. A experiência que tenho de contacto com outros CA é a queixa de que os Conselhos Consultivos não produzem grande trabalho. No fundo não passaram de uma nomeação em que depois não há desenvolvimento de trabalho.

Quadro 101 — Exemplo de comentários sobre a existência do Conselho Consultivo

O Quadro 102 apresenta os comentários sobre a importância do Conselho Consultivo no modelo de governo do hospital.

Entrevistado	Comentário
10	A grande tendência destas organizações, quando não são movidas pelo lucro, é ficarem viradas para dentro e pensar apenas nos seus problemas, na organização e esquecer quem está fora. Se o CS representa a voz dos utilizadores é importante, porque mantém o hospital focado nos seus objectivos e na sua finalidade. Se for entendido apenas como um órgão que existe na lei e nomear uma personalidade que tem muito que fazer pode ser uma perda de tempo.
13	Se tiverem uma perspectiva sobre os aspectos estruturais, estratégicos, assistenciais, funcionais ou orçamentais do hospital é importante. Agora se estiverem aqui e depois irem falar para a Assembleia Municipal, utilizando os problemas do hospital como arma de arremesso, e não darem um contributo interno para os problemas não me parece que sejam o órgão adequado. Se calhar por isso é que eles não funcionam.
15	Em abstracto o CS é um órgão importante em termos da comunidade quer em termos de planeamento quer em termos de integração externa do hospital com a comunidade.
17	A ideia era abrir aos <i>stakeholders</i> externos e receber <i>inputs</i> de forma a ajustar o posicionamento do hospital às necessidades da comunidade que serve.
18	O CA acaba por se envolver na rotina do dia-a-dia do hospital. Fala com a comunidade de uma forma ou de outra, mas acabamos por não ver um movimento de qualquer dos lados e fica um vazio para uma coisa com boas intenções em termos legais.
19	Para um CA o conselho poderia ser também um órgão de sensibilização para os decisores políticos. Eles percebem que o CA está a executar o que lhes é permitido ao nível central e de alguma forma poderiam esclarecer isso a nível local, porque sabem que a execução resulta mais das decisões impostas pela tutela do que pela sua incapacidade de responder às necessidades locais

Quadro 102 — Comentários sobre importância do Conselho Consultivo

A importância do Conselho Consultivo prende-se sobretudo com a representação e integração dos vários interesses e necessidades da comunidade no

hospital e o seu contributo para que o CA não esteja apenas sensibilizado 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 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.

A sua 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”; pode “ser também um órgão de sensibilização para os decisores políticos”.

É declarado que estas funções, reconhecidas em abstracto como importantes, dependem muito dos actores que são integrados no Conselho Consultivo. O Quadro 103 apresenta exemplos de alguns desses comentários.

Entrevistado	Comentário
8	Em tempos tive um senhor que pertencia ao CS. O senhor tinha sido governador civil. Era um lugar político. O papel dele era vir às reuniões do CA. Ele vinha, cumpria escrupulosamente o seu papel mas, na parte das discussões, não fazia a mínima ideia do que se estava a falar.
10	Tudo depende de quem o integra e quem é a personalidade nomeada para o presidir e o interesse em participar na vida e na governação do hospital e na ligação entre o hospital e os seus utilizadores.
13	Depende das pessoas que os constituem. Se vêm com um traço marcadamente político, e este desvio político é um problema que os CS podem ter, isto é, procurando que haja leituras com enquadramento político partidário na tentativa de obter dividendos. [...] Os Conselhos Consultivos têm um papel relevante mas dependem de quem lá está.
14	Pode ser péssimo, porque ao incluir os representantes autárquicos e das entidades locais, pode trazer para o hospital de uma forma legal a politiquice que muitas vezes acontece num hospital deste género em cidades deste tipo.
15	As pessoas que o integram são o busílis do problema. O seu processo de constituição deve revelar isso mesmo e não um processo de constituição muito internalizado. [...] Ele é essencial, mas deve ter efectivamente representantes da comunidade e ter como objectivos essenciais tratar da integração do hospital na comunidade.
16	Não tenho experiência com o Conselho Consultivo, tenho com o Conselho Geral, e o Conselho Geral era uma coisa perfeitamente cosmética. Não funcionava, as autarquias (note que são <i>stakeholders</i> estranhos, porque não têm nenhum ónus e tentam é ter vantagem) que não têm nenhum peso no financiamento estão é a

Entrevistado	Comentário
	tentar tirar nabos da púrcara, é no fundo uma participação pouco “interessal” e muito interesseira (obter vantagens sem ter qualquer ónus). Os representantes das autarquias acabavam por ser funcionários do próprio hospital e portanto acabava tudo por ser muito instrumentalizado, porque isto era uma forma dupla de presença do hospital dentro do próprio Conselho Geral.
19	Há hospitais que têm o seu CS que é constituído por pessoas importantes e que levam ao hospital essa importância.
22	Não sei se o CS funcionará em algum hospital. Aqui funcionou até há 8 anos. Depois houve um abandono. Havia muitas faltas às reuniões, não há uma efectiva participação das pessoas, marcavam-se reuniões que depois eram desmarcadas.

Quadro 103 — Exemplo de comentários sobre os actores que integram o Conselho Consultivo

Os comentários escolhidos confirmam que as características de quem integra o Conselho Consultivo — conhecimento daquilo que é discutido, 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) são os factores que 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. O Quadro 104 apresenta exemplos de comentários relacionados com esses resultados desfavoráveis.

Entrevistado	Comentário
13	Poderiam ser um órgão importante. São órgãos susceptíveis de serem instrumentalizados. E não sei se tenho dúvidas se são benéficos ou não e se transformam o hospital num local de origem de notícias. Tenho algumas dúvidas pela politização que pode ser introduzida.
14	O hospital serve de instrumento de arremesso político partidário. É trazer para dentro mais um foco de destabilização, a briga político partidária. Com a qual não estou de acordo e que não permito. Penso que a nomeação de um vogal não executivo sob proposta do município onde se situa o hospital é péssima e pode contribuir para os danos que mencionei.
15	Isto, porque o antigo Conselho Geral tinha uma forte participação interna do hospital e internalizava as questões. Apesar de uma participação externa, tinha uma forte participação interna o que levava a um prolongamento das discussões internas, da vida interna do hospital, para este e que se afastava dos fundamentos da existência de um Conselho Geral.
16	Os representantes das autarquias acabavam por ser funcionários do próprio hospital e portanto acabava tudo por ser muito instrumentalizado, porque isto era uma forma dupla de presença do hospital dentro do próprio CG.
18	O Conselho Consultivo acaba por ficar aprisionado quer politicamente quer corporativamente. É tanta gente que acaba por ser difícil gerir as reuniões. Penso que há falta de vontade. É uma questão de contexto, de falta de cidadania. Pode

Entrevistado	Comentário
	ficar aprisionado, mas tudo bem. É a representação dos cidadãos, da autarquia, dos profissionais. Fica tudo muito adormecido.
19	Os Conselhos Consultivos têm sido extremamente politizados e têm estado muito ao sabor das cores políticas dominantes, retirando-lhe o carácter de um verdadeiro Conselho Consultivo, acabando por ser correias de transmissão dos poderes políticos. [...] Muitas vezes funcionam como contrapoder, tentando até boicotar o trabalho dos CA e não apoiar como seria a sua função. Na maioria dos hospitais não existem e quando existem são apenas figurativos.
22	O Conselho Consultivo pode ser capturado politicamente ou corporativamente, mas esse é um risco da nossa sociedade. A AR não é cativa dos partidos e deixa de funcionar? Os vereadores das câmaras são de partidos e as câmaras não deixam de funcionar.

Quadro 104 — Exemplo de comentários sobre resultados desfavoráveis associadas ao mau funcionamento do Conselho Consultivo

A captura política e corporativa e a sua conseqüente instrumentalização são mencionados pelos entrevistados como os resultados mais desfavoráveis para o hospital, 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 Quadro 105 apresenta exemplos de comentários relacionados com aspectos da sociedade em geral.

Entrevistado	Comentário
16	Tendo como referência os Conselhos Gerais diria que isso é mera cosmética. E é cosmética para todos os lados. Os portugueses são tramados, eu engano-te, tu enganas-me, eu sei que tu me enganas e tu sabes que eu te engano e portanto está tudo bem. É uma espécie de uma comédia em que a gente vai andando, porque a formalidade está cumprida, a gente sabe depois que por baixo da formalidade há uma informalidade imensa, mas desde que saibamos o que é que cada um anda a fazer ao outro, mesmo que sejam coisas muito más, as coisas estão relativamente tranquilas.
16	Isto no fundo tem a ver com a capacidade portuguesa de termos uma sociedade civil estruturada e forte e com capacidade de intervenção e que manifeste os interesses das comunidades em que os hospitais se inserem. Tenho dúvidas que neste momento exista a capacidade para lidar com este tipo de órgãos, que no fundo são órgãos importantes se conseguirem canalizar esses interesses e terem alguma influência na organização. Tenho muitas dúvidas.

Entrevistado	Comentário
18	Isto tem a ver com a cidadania. É complicado fazer-se parte de alguns movimentos e dispor-se a fazer alguma coisa. O Conselho Geral funcionava muito pouco nos hospitais. O Conselho Consultivo acaba por sofrer do mesmo mal. A intenção é boa, infelizmente depois falta a promoção. É uma questão de contexto, de falta de cidadania. Pode ficar aprisionado de poderes partidários e corporativos, mas tudo bem. É a representação dos cidadãos, da autarquia, dos profissionais. Fica tudo muito adormecido.
19	Numa democracia estabilizada os Conselhos Consultivos são muito importantes, porque são a emanação clara dos interesses da população em geral. Numa democracia como a nossa, ainda em desenvolvimento, os CS têm sido extremamente politizados e têm estado muito ao sabor das cores políticas dominantes, retirando-lhe o carácter de um verdadeiro CS, acabando por ser correias de transmissão dos poderes políticos.
19	Funciona essencialmente como um indicador de mau exercício cidadania. Estamos ainda numa democracia em que aquilo que existe são os direitos e não os deveres, e estes CS afinam-se claramente quando aos direitos se contrapõem os deveres. Aliás, penso que o que é verdade para os CS também será verdade para os CA e para os restantes órgãos de decisão. Contra mim falo que às vezes olho mais para os meus direitos do que para os meus deveres.
22	Havia muitas faltas às reuniões, não há uma efectiva participação das pessoas, marcavam-se reuniões que depois eram desmarcadas. Há pouca participação cívica. Só quando há um perigo é que as consciências são despertadas.

Quadro 105 — Exemplo de comentários sobre aspectos da sociedade

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 pouco exercício da cidadania reflectida em baixos índices de participação e o facto de termos uma democracia ainda pouco estabilizada e em desenvolvimento são os principais pontos identificados pelos comentários anteriores como a principal causa 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.

3.2. Acordos de desempenho e instrumentos de controlo

Nesta subsecção são apresentados os resultados obtidos com a análise dos comentários às perguntas abertas relativas ao incumprimento do contrato-programa (por defeito e por excesso), os desafios que o contrato-programa trouxe aos hospitais, e a forma como decorreu o processo de negociação do contrato-programa.

3.2.1. Consequências do incumprimento

Para as perguntas “*Na sua opinião quais são as consequências previsíveis se o contrato-programa com a tutela não atingir por defeito os valores contratualizados?*” e “*E se exceder os valores contratualizados?*” os entrevistados emitiram um conjunto de comentários que foram codificados nas categorias e subcategorias presentes no Quadro 106.

Categoria	Subcategoria	Frequência	%
Consequências	CA	20	31%
	Hospital	22	34%
Contrato-programa	Filosofia	13	20%
	Riscos	9	14%
Total		64	100%

Quadro 106 — 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 (31%). Os restantes comentários (34%) estão relacionados com a nova filosofia e 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.

O Quadro 107 apresenta exemplos de comentários relacionados. 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 pressupostos¹⁶ do contrato-programa.

¹⁶ 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.

Entrevistado	Comentário
2	Afecta os valores de convergência (fixa 70% recebido à partida; variável 30% dependente dos objectivos) Não se recebe a parte variável. [...] Por excesso somos penalizados. Acima de 10% somos penalizados, excepto em algumas áreas que a tutela pretende desenvolver de modo a melhorar a eficiência. Por exemplo, cirurgias de ambulatório. Pode existir uma explicação plausível e nesse caso não se é penalizado.
4	Para se conseguir o factor de convergência temos de atingir determinados objectivos. Existe uma certa flexibilidade mas não nos podemos afastar muito. Por isso estamos a apostar na monitorização. É uma aposta na contenção da produção. Produzam apenas isso e mais barato.
5	Penalizações em termos financeiros, nomeadamente ao nível dos valores de convergência.
7	O cumprimento por excesso leva a uma perda financeiramente (a despesa sobre porque produziu e não recebeu a contrapartida em termos de pagamento) e economicamente (não é considerada em termos de pagamento).
10	Dentro de determinado limite não acontece nada. Acima de determinado limite os actos não são pagos na sua totalidade. Exceptuam-se alguns casos em que existem incentivos para o seu aumento, por exemplo as cirurgias de ambulatório, porque consomem menos recursos ao hospital.
12	Por defeito o hospital é penalizado. Em termos de produção recebe apenas o facturado (financeiramente). Em termos de qualidade perde verbas de convergência.
13	O contrato está publicado. As penalizações são conhecidas. Não recebemos o que não produzimos e podemos ser penalizados em termos dos valores de convergência.
17	Até agora o contrato efectivamente só tem tido consequências institucionais.
20	O contrato contempla balizas de desvio de produção. Se exceder em determinada % pode ver em parte uma redução do pagamento. Isto é, o GDH não é pago na sua totalidade. E contempla também, uma margem de desvio negativo que não é muito preocupante no entender daqueles que contratualizaram connosco, que ainda vai até 50%, que não é preocupante. Abaixo dessa grande margem e a não existência <i>a priori</i> de justificações para esse desvio, aí talvez e provavelmente a ARS e os órgãos da tutela nos pedissem justificação.

Quadro 107 — Exemplo de comentários relativos às consequências para o hospital

Por 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. Por excesso é reconhecido que 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”¹⁷.

¹⁷ Esta posição contrasta com o pressuposto da Comissão para a Contratualização em Saúde no sentido de “considerar-se importante incentivar a actividade em ambulatório de forma a garantir uma maior acessibilidade aos cuidados de saúde”. A interpretação de alguns dos entrevistados parece ser mais no sentido da contenção de custos do que relacionado com questões de acessibilidade.

Importante também, ainda que mencionado apenas por um dos entrevistados é o carácter público¹⁸ dos contratos-programa.

O Quadro 108 apresenta exemplos de comentários relacionados com as consequências para o CA.

Entrevistado	Comentário
3	O que está na lei é que existe, que os CA podem ser destituídos por incumprimento das metas fixadas. O facto é que não conheço nenhum caso em que tal tenha acontecido. Também é um facto que neste momento é condição para os CA que tal pode acontecer, diferentemente do que acontecia no passado.
5	À partida os maus resultados do hospital constituem motivo para a destituição do CA. Pessoalmente não conheço nenhum caso em que tal tenha acontecido, embora se fale disso. No entanto, a prática deste ministério é alertar os CA para este facto e os novos CA têm a noção dessas consequências.
6	Para o CA Não há consequências. Lamento-o, porque deveriam existir. Qual foi o CA que foi demitido? Houve algumas chamadas de CA à ARS, mas não aconteceu nada. Passados 3 anos e apesar de todo o discurso em termos de responsabilização os critérios ainda são muito flexíveis.
7	Não tenho visto consequências nenhuma até agora. Claro que existe sempre um mal-estar entre a tutela e o CA que não é agradável principalmente para quem está do lado do hospital. Pode haver uma censura numa sala, numa reunião, um comentário mas nada de mais grave como a demissão. É consequência da própria forma como o processo está inquinado à partida, servindo desta forma como atenuante. Principalmente quando não se negociaram as metas e elas foram impostas.
10	Se o contrato não é cumprido e não existem circunstanciais especiais, explicação alguma, o CA deveria ser responsabilizado. Se é ou não, depende muito. Às vezes os critérios de responsabilização dos CA são mais políticos que técnicos e deveriam ser sempre técnicos.
12	Deveriam existir penalizações para o CA. Que saiba, que seja público, notório e com conhecimento prévio, não. Esperemos que sim, até porque o estatuto prevê a avaliação do CA e a sua dissolução
14	O CA pode ser exonerado por justa causa se o desvio for muito elevado. Se não for o caso, se existir défice relativamente ao previsto, ficará com menos poder negocial para o ano seguinte para a obtenção de recursos e o novo contrato-programa. No entanto, a margem de manobra dos CA é mínima. Não há uma negociação.
17	Não há durante 2007 nenhuma penalização para o gestor não cumpridor, a não ser aquelas que estão a acontecer neste momento relacionadas com os CA que estão a ser demitidos, porque não conseguiram levar a bom porto o seu contrato ou o seu plano estratégico. O não cumprimento do contrato-programa no primeiro ano fragiliza o CA na negociação do ano seguinte. Para 2008 estamos a estudar separar claramente as duas coisas: hospital e 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.
19	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. Os relatórios do Tribunal de Contas e da Inspeção Geral de Saúde existem e nada aconteceu, os CA mantiveram-se apesar da execução do seu CP ser péssima. [...] Até hoje não vi nenhum ministério dizer este CA é afastado, porque não cumpriu as metas contratuais definidas. Tenho visto CA serem afastados mais por questões políticas ou por quezílias internas. Este ministro teve o bom senso de não substituir muitos CA e pelo menos manter aqueles que estavam a ter um bom desempenho apesar de conotação política. Isto confere estabilidade ao CA.

¹⁸ Disponíveis no sítio da Administração Central do Sistema de Saúde.

Entrevistado	Comentário
	Infelizmente também manteve alguns CA que mesmo sem a conotação política tinham maus desempenhos. A coragem não foi tão longe no sentido de despedir o mau.
20	Se o não cumprimento for derivado por uma inação o CA terá de responder e ser convidado a sair. A própria legislação o prevê. Na prática o não cumprimento poderá não ser forçosamente culpa do CA. Se falharem as premissas e essa falha não for da responsabilidade do CA este não pode ser responsabilizado.

Quadro 108 — Exemplo de comentários relativos às consequências para o CA

Ao nível das consequências para o CA os entrevistados fazem uma clara distinção entre o formal e a prática. Ao nível formal, é reconhecido que os estatutos de cada hospital (SPA ou EPE) definem claramente as diversas situações que podem levar à exoneração ou dissolução do CA¹⁹ 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”).

Ao nível da prática, é reconhecido que 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”).

A justificação para esta prática assenta sobretudo nos critérios demasiado flexíveis do contrato-programa (“passados 3 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

¹⁹ O Decreto-Lei nº 188/2003, art. 9º para os hospitais SPA. O Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 14º para os hospitais EPE.

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 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”).

O Quadro 109 apresenta comentários relacionados com a 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.

Entrevistado	Comentário
15	Pela primeira vez o Estado, o principal accionista, diz claramente o que quer aos hospitais. Ok, o processo pode precisar de ser afinado nomeadamente a definição das necessidades e o processo de negociação inerente. Num caso de incumprimento reiterado é preciso ver se a fixação de metas e objectivos não está distorcida, por ausência de informação ou porque não há suficiente visão aprofundada, quer de financiador quer de prestador, em relação àquilo que foram os objectivos estabelecidos.
16	A questão do contrato-programa é importante, porque é a primeira vez que os hospitais têm um sinal daquilo que é a gestão estratégica dos hospitais. Durante dezenas de anos a opção estratégica em que os hospitais se especializaram era fazer de tudo para todos. O pequeno hospital queria crescer, ter mais especialidades e cada vez fazer mais coisas para todas as pessoas e o Ministério nunca foi capaz de pôr um travão nesta autonomia má e perversa. Os orçamentos iam crescendo, os défices iam crescendo e o Ministério ia atirando dinheiro para cima dos buracos orçamentais.

Entrevistado	Comentário
16	Com os contratos programa há pelo menos linhas, há orientações, os hospitais percebem o que é que o Ministério, as ARS, as agências de contratualização, ou quem que seja que negocia com eles, o que é esperam deles ou que façam.
16	Para fora do hospital o hospital agora tem metas, tem objectivos que são traçados e que negocia e que são importantes em termos de gestão porque permite a organização orientar-se para a obtenção daqueles objectivos que são concretos. Para dentro, é a possibilidade de facto de por um lado o CA replicar o modelo negocial, o modelo contratual que tem para fora e portanto de ter capacidade para exigir responsabilidades seja ao director do departamento, do CR, do serviço ou a quem for de direito. No fundo fazê-lo com uma autoridade que lhe advém do facto de os objectivos estarem a ser traçados, digamos assim, pelo accionista principal serem obtidos. E isso tem um impacto grande na forma como os agentes que estão dentro do hospital olham para a sua actividade.
19	O contrato-programa é um instrumento fundamental para o hospital. O modelo tem vindo a melhorar mas ainda tem lacunas e está longe do necessário. O IGF deveria definir um contrato-programa que seja claro, que pague exactamente o que os hospitais estão a fazer, que seja até equilibrado em relação a toda a estrutura empresarial que eles têm uma vez que cada hospital tem as suas particularidades. Portanto ainda tem alguns problemas.

Quadro 109 — Exemplo de comentários relativos à filosofia do contrato-programa

Pela primeira vez o Estado, principal accionista, diz o que pretende dos hospitais, fugindo da lógica tradicional de crescimento assente nas especialidades²⁰, 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 apresenta ainda lacunas e deficiências e que tudo depende, mais uma vez, da sua efectiva negociação, a forma como é utilizado e os riscos inerentes à sua utilização.

O Quadro 110 apresenta comentários relativos aos riscos associados ao contrato-programa.

Entrevistado	Comentário
7	Principalmente quando não se negociaram as metas e elas foram impostas. Ninguém me pode obrigar a cumprir metas, podem dizer mas você assinou o contrato, pois assinei se não assinasse tinha de sair. Mas se quero manter a minha profissão, se quero fazer alguma coisa pelo hospital tenho de assinar. Mas muitas vezes sabemos que se assinam coisas com as quais as nossas propostas iniciais não se coadunam e que representam uma derrota daquilo que era pretendido.
15	Há dois riscos na utilização dos contratos programa. O primeiro, é o financiador Estado não o cumprir. É uma situação desastrosa a prazo, porque desgasta o instrumento porventura mais importante na contratualização. O segundo, é uma consequência normal na vida das empresas com a especificidade que se trata de um

²⁰ Esta lógica já foi identificada na secção relativa aos problemas da governação hospitalar em Portugal (4.4.).

Entrevistado	Comentário
	hospital. É estabelecido um contrato-programa, é preciso saber se foram desencadeados todos os seus mecanismos no seu cumprimento, se houve vicissitudes externas que não possibilitaram esse cumprimento, e então é feito aquilo que faz qualquer accionista. Procura inflectir, ou dar recursos, ou comprar a gestão.
16	Neste momento o hospital tem metas quantitativas e qualitativas relativamente aquilo que o MS espera dele. E isso é bom. Naturalmente que onde vamos encontrar mais sucesso é onde essa negociação for mais participada. Digamos que essa negociação deve ser por um lado precedida de negociação interna e depois seguida por negociação interna de forma a fazer reflectir no hospital aquilo que são os constrangimentos e as oportunidades que o CP apresenta ao hospital. A dificuldade está em encontrar o equilíbrio justo entre as diversas actividades e os diversos tipos de cuidados que o hospital presta.
17	Nós sabemos que a Administração Pública ainda falha nos processos negociais. Há aqui uma falha que resulta de um histórico pelo facto dese ter encetado um processo de contratualização que depois é descontinuado também leva à desmotivação sobretudo dos que estão no sistema, a uma certa descrença de esses contrato-programa serem efectivos e isso leva também a que haja menos controlo um maior relaxamento nas coisas. Para fazer uma avaliação disto precisamos de um processo coerente e consistente durante 5 a 6 anos. E nós temos um processo consistente na estratégia, vamos empresarializar, inconsequente em algumas coisas e depois pouco consequente na operacionalização nessas mesmas coisas. Não basta transformar em EPE, depois é necessário fazer investimento e como sabe há muito pouco dinheiro para fazer isto. O pior momento para se fazer reformas é quando estamos perante uma crise económico-financeira que é o caso.
19	Enquanto não houver um instrumento por parte da tutela que seja claro é óbvio e notório que existirão sempre desculpas para não cumprir. Portanto o grau de exigência passa a ser menor.
19	O instrumento contrato-programa não tem servido para avaliar os CA. Acho que os CA não se sentem muito ligados ao contrato-programa. Sentem-se ligados apenas no controlo da despesa, mas penso que não é o fundamento para a boa execução de contrato-programa. Posso controlar a despesa diminuindo qualidade. Posso diminuir despesa aumentando a lista de espera. Posso controlar a despesa diminuindo o pessoal. Penso que não é para isso que serve o contrato-programa. O bom contrato-programa é negociado, é acompanhado e corrigido quando surgem desvios e se necessário renegociado. Preciso de instrumentos internos que me permitam acompanhar a execução do contrato-programa. Este processo obriga a um esforço suplementar do CA quer no seu funcionamento quer na organização interna do seu hospital. No fundo o contrato-programa deverá servir como um instrumento que permita aos CA ganhar maturidade e responsabilização. No fundo servir internamente para uma cultura de co-responsabilização e em termos macro para uma cultura de responsabilização dos CA.
19	Não há ainda muita sensibilidade do Ministério para isto. Eles andam à procura de um modelo. Porque de facto nunca houve muita preocupação com isto. Esta preocupação surge com o mundo das empresas e o processo de empresarialização dos hospitais, quer SA quer EPE. Falou-se muitas vezes, mas nunca foi feito um avanço efectivo. Surge de uma forma à bruta quando é necessário controlar despesa. Surge com um governo socialista que teve de tomar medidas pressionado externamente para controlar o défice. Os contrato-programa são muito isto e o grau de exigência tem estado sempre em cima dos CA exercido pela tutela. É cultura tradicional desconfiar dos executores da administração pública, (uma prática que se calhar se justifica) porque ela de facto funciona mal e muitas vezes os seus executores são de facto maus porque têm maus desempenhos (vejam-se os resultados dos hospitais), e desta forma a tutela tenta ser controladores excessivos. Por outro lado temos alguma dificuldade em identificar o interlocutor: é o MS que impõe as medidas, é a ARS que nos tutela directamente e financia, é o IGIF, é o TC que nos inspeciona? Nem sabemos muito bem a quem devemos responder.
20	Existem muitos hospitais que não tinham sistemas de informação que lhes permitisse acompanhar o contrato-programa. Os órgãos da tutela têm conhecimento dessa realidade. Há hospitais que só há 2 anos começaram a decidir com base na estatística efectiva e não na estatística oficial. Começaram a

Entrevistado	Comentário
	aproximar aquilo que realmente produziam com aquilo que enviavam para a tutela. Em muitos casos não havia sensibilização dos serviços para procederem aos registos. A partir do momento em que os hospitais começaram a fazer os contrato-programa começou a existir essa preocupação e houve informação completamente díspar daquela que anteriormente era enviada. Esta lógica vem criar uma nova cultura de responsabilização interna e dos próprios CA. Existem poucos hospitais que cumpram os contrato-programa.

Quadro 110 — Exemplo de comentários relativos aos riscos do contrato-programa

Os comentários transcritos apontam para questões distintas associadas aos contratos programa:

- Os riscos 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 despesa²¹;
- A forma como o contrato programa está a ser utilizada. 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. Perpassa a ideia que a sua origem, “de uma forma à bruta”, está mais relacionada com a necessidade do governo tomar medidas pressionado externamente para controlar o défice do que de uma estratégia de empresarialização;
- 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”;

²¹ Como vimos na análise relativa às principais orientações, recomendações e directivas da tutela (4.1.).

- Os 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;
- As deficiências de negociação da Administração Pública. Resultante, por um lado, da descontinuação do processo de contratualização²² 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;
- A crise económico-financeira existente que, 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. Como afirma um dos entrevistados, “o pior momento para se fazer reformas é quando estamos perante uma crise económico-financeira que é o caso”.

²² A contratualização foi iniciada durante o XIII Governo (Partido Socialista) com a Dra. Maria de Belém, nomeadamente através das Agências de Contratualização. A sua substituição pela Dra. Manuela Arcanjo durante o XIV (Partido Socialista) levou à paragem 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, sendo 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 (4.3.4.).

3.2.2. 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 codificados nas categorias presentes no Quadro 111.

Itens	Frequência	%
Desenvolvimento da contratualização interna	11	28%
Definição de objectivos e um orçamento para os cumprir	8	20%
Desenvolvimento de uma cultura de responsabilização	6	15%
Desenvolvimento da gestão intermédia	3	8%
Desenvolvimento dos sistemas de informação	3	8%
Desenvolvimento de uma cultura de monitorização interna	2	5%
Recuperação da contratualização	2	5%
Utilização de terminologia padronizada	2	5%
Determinar as necessidades	1	3%
Potenciar boas práticas	1	3%
Reforço dos processos de cobrança e de facturação	1	3%
Total	40	100%

Quadro 111 — Distribuição dos comentários por categorias relacionadas com os desafios colocados ao hospital pelo contrato-programa

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 terminologia padronizada, a determinação de necessidades, o potenciar de boas práticas e o reforço dos processos de cobrança e de facturação. É importante salientar que existem interdependências entre as categorias mencionadas, conforme o provam a análise dos comentários a seguir exposta.

O Quadro 112 apresenta exemplos de comentários relacionados com o desenvolvimento da contratualização interna.

Entrevistado	Comentário
6	Os directores de serviços hoje exigem a presença de administradores hospitalares para os ajudarem na elaboração do contrato-programa interno (orçamentos

Entrevistado	Comentário
	sectoriais).
11	O facto de os CA estabelecerem antes, durante e depois a negociação interna com os serviços, contratualização interna para depois passar à contratualização externa. É importante, porque as linhas de produção estão nos serviços e este é um passo muito importante para os CA e para o desenvolvimento de uma cultura de proximidade do CA com os serviços.
15	Os hospitais que já tinham uma orientação pelos custos, contenção, passam a ter um balanceamento entre proveitos e custos. A contratualização anual e a perspectiva de planeamento vieram vincar e desenvolver as relações entre a tutela e os CA, tendo pelo meio o processo de contratualização interna, e os CA e as suas unidades de produção, tendo pelo meio o processo de contratualização interna.
16	Digamos que essa negociação deve ser por um lado precedida de negociação interna e depois seguida por negociação interna de forma a fazer reflectir no hospital aquilo que são os constrangimentos e as oportunidades que o CP apresenta ao hospital.
17	É a pressão por parte da administração central para que eles façam efectivamente contratualização interna. Nomeadamente 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 e qual o papel que a ACSS pode ter na facilitação/promoção de um conjunto de metodologias de suporte aos mesmos. Esta pressão não foi só externa mas é de alguma forma também interna, porque eles sentem necessidade dela uma vez que têm de responder pelos resultados.
18	As pessoas têm de prestar atenção a estas novas questões, coisa que há alguns anos atrás não prestavam. Esta modificação veio melhorar sem dúvida aquilo que foi a contratualização inicialmente e o contrato-programa em si. Melhorou quer a contratualização externa com a tutela, quer a contratualização interna com os departamentos.
20	Em termos internos trouxe-nos um desafio, levou-nos a fazer contratualização interna com cada um dos serviços. Procurou-se que a produção espelhasse a capacidade de produção de cada um dos serviços. Com a CI criámos expectativas àqueles que se comprometem, se o hospital não conseguir cumprir o CP essas expectativas podem sair frustradas e pode mesmo desmotivar as pessoas no futuro.

Quadro 112 — Exemplo de comentários relativos ao desenvolvimento da contratualização interna

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” os serviços é fundamental no processo.

O Quadro 113 apresenta alguns exemplos de comentários relacionados

com a definição de objectivos e a existência de um orçamento para os cumprir.

Entrevistado	Comentário
8	Gosto de trabalhar com o contrato-programa, com objectivos a atingir e atingir eu os objectivos e que internamente os serviços atinjam os objectivos que eu lhes atribuo.
9	O contrato-programa define a produção, define o que nos é pago pela produção o que obriga a uma gestão equilibrada de modo a produzir aquilo com aqueles custos
13	Temos metas e objectivos definidos e temos um orçamento definido.
16	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 que seja que negoceia com eles, o que é esperam deles ou que façam.
20	É bom que as pessoas tenham essas directivas, que tenham essas bases que saibam o que têm de fazer. Essa figura não é contestável.

Quadro 113 — Exemplo de comentários relativos à definição de objectivos e um orçamento para os cumprir

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 na subsecção anterior a esta 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 que seja que negoceia com eles, o que é 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”).

O Quadro 114 apresenta exemplos de comentários relacionados com o desenvolvimento de uma cultura de responsabilização.

Entrevistado	Comentário
13	Não há verbas de convergência, existe uma cultura de responsabilização pelos resultados que se afasta da antiga prática dos hospitais públicos. No fim do ano as despesas eram cobertas.
14	Comprometer, desafiar as administrações a terem um foco nos resultados. É uma cultura contrária à anterior. O que interessava era fazer obra, no fim do ano tinha défice mas o Estado pagava. É sobretudo o foco nos resultados. Mas ainda existe muito espaço para melhorar.
19	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.
20	Esta lógica vem criar uma nova cultura de responsabilização interna e dos próprios CA.

Quadro 114 — Exemplo de comentários relativos ao desenvolvimento de uma cultura de responsabilização

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 contratualização²³, 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 Quadro 115 apresenta exemplos de comentários para as restantes categorias identificadas.

Categoria	Entrevistado	Comentário
Desenvolvimento da gestão intermédia	10	Em alguns hospitais levou a um reforço da gestão intermédia, nomeadamente na procura de competências de gestão necessárias para a contratualização interna
	18	No fundo há uma mudança da cultura interna da organização e o aparecimento de novas competências, nomeadamente na gestão intermédia, até por força do esforço desenvolvido e o rigor serem muito maiores.
Desenvolvimento dos sistemas de informação	16	Temos investido pouco no que se refere aos sistemas de informação hospitalar, nomeadamente por culpa do IGIF. Quando se concentrou tudo em termos de aplicações e sistemas dentro do IGIF matou-se o conceito passando a ser mais um serviço central a fazer tudo formatado para todos e portanto perdeu-se uma oportunidade de ter uma grande diversidade e uma grande riqueza em termos de sistemas de informação hospitalares. Diria que de uma forma geral os hospitais pequenos terão mais facilidade do que os hospitais maiores, de uma forma mais automática ou menos automática, com menos papel ou mais papel os CA vão tendo capacidade para monitorizar a actividade realizada.
	17	A primeira foi uma preocupação com o sistema de informação, porque os sistemas de informação que as instituições têm são pouco fidedignos e isso levanta problemas porque na avaliação nós confrontamo-los com valores que são muito diferentes daqueles que eles têm. E isso resulta das deficiências dos sistemas de informação.
Desenvolvimento	20	As bases dos instrumentos existiam. Não existia era cultura

²³ Já discutida na subsecção anterior.

Categoria	Entrevistado	Comentário
de uma cultura de monitorização interna		de fazer o acompanhamento. Damos informação mensal sobre a evolução em termos do contratado e do executado. Criámos instrumentos que em procuramos utilizar uma linguagem comum entre o CA, os níveis intermédios e os profissionais.
	22	Isso não impede com reunamos com os serviços e com todas as pessoas do serviço, nomeadamente com serviços que são não “produtivos” em termos de tratamento directo de doentes: contabilidade, informática, aprovisionamento, instalações e equipamentos.
Recuperação da contratualização	12	Recuperação positiva daquilo que foram as agências de contratualização e o exercício que se pretendia desenvolver. Foi uma pena este processo não ter tido continuidade com a Dra. Arcanjo. Foi um desperdício de trabalho, de instrumentos e um descrédito que não era necessário.
	13	Desenvolvimento de uma cultura de contratualização e de co-responsabilização nas metas e objectivos por parte do CA e por parte do governo. Temos metas e objectivos definidos e temos um orçamento definido. Clarificam esta cultura.
Utilização de terminologia padronizada	18	Até a própria terminologia utilizada no contrato-programa é muito importante, porque passa a ser utilizada de forma uniforme pelos directores de departamento, pelos directores de serviço, etc. Passou a existir uma linguagem comum e consensual: GDH, doentes equivalente, etc. Todos estes pormenores ajudam as pessoas a perceber que não interessa apenas o doente saído, mas também a qualidade do doente saído. O doente equivalente é algo mais do que o doente saído. Todas estas questões ajudam as pessoas a compreenderem as coisas de uma outra forma e a comportarem-se também de uma outra forma.
	20	Criámos instrumentos que em procuramos utilizar uma linguagem comum entre o CA, os níveis intermédios e os profissionais.
Determinar as necessidades	19	Um dos problemas que tivemos foi a determinação das necessidades da população aqui à volta. Quando se tem histórico é mais fácil determinar as necessidades. Isto é um exemplo da falta de cultura empresarial. 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.
Potenciar boas práticas	12	Tem potenciado as boas práticas dentro dos hospitais. Os hospitais procuram conhecer o trabalho dos outros e replicar o que é bom e ao mesmo tempo procuram identificar dentro dele o que fazem bem para replicar em outras áreas.
Reforço dos processos de cobrança e de facturação	6	O contrato-programa e toda esta cultura aberta pelo anterior ministro no sentido do hospital se perspectivar como empresa teve grandes influências nos processos de facturação e de cobrança.

Quadro 115 — Exemplo de comentários relativos aos desafios colocados ao hospital pelo contrato-programa

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 mencionado o facto de se começar a utilizar uma linguagem normalizada em termos dos conceitos utilizados (5%), de as boas práticas serem potenciadas (3%), 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 deficiência).

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 não existência de linhas estratégicas comuns para a política de saúde, nomeadamente no que se refere aos hospitais.

3.2.3. O processo de negociação

Para a pergunta “*Na sua opinião o contrato-programa é negociado ou é de alguma forma imposto?*” os entrevistados emitiram a opinião constante no Quadro 116.

Opinião	Internos		Externos	
	Códigos	N	Códigos	N
Contrato-programa é imposto	1, 6, 14	3	7	1
Contrato-programa negociado parcialmente	8, 9, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 21, 22	11	17	1
Negociado em alguns casos, imposto noutros			15, 16	2
Não emitem opinião	2, 3, 4, 5	4		
Total		18		4

Quadro 116 — Distribuição da opinião relacionada com a negociação do contrato-programa

Assim, de todos os entrevistados, 11 (50%) consideram que o contrato-programa é apenas negociado parcialmente, enquanto 5 (23%) consideram que é imposto e 2 (9%) consideram que será imposto em alguns casos e negociado noutros. Apenas 4 entrevistados (18%) não emitiram opinião sobre a negociação do contrato-programa. O Quadro 117 apresenta exemplos de comentários relacionados com cada uma destas posições.

Categoria	Entrevistado	Comentário
Contrato-programa é imposto	1	Negociação dos contratos-programa com o SNS que não é propriamente discussão. Tem sido um acto consumado pelo Ministério e muitas vezes completamente irrealista face às necessidades que os hospitais têm.
	6	O contrato programa foi praticamente imposto. Disseram-nos para produzir o mesmo com menos custos (pessoal, medicamentos, etc.).
	7	A negociação não existe. É um processo muito artificial.
	14	É imposto. Não aceita e demite-se ou então dependendo do Presidente do CA e da sua influência ele pode não assinar. Chegamos, preenchemos os quadros que eles mandam e a tutela diz você não pode gastar com o pessoal, os medicamentos é isto. Define balizas iguais para todos os hospitais quando a situação pode ser diferente.
	19	É mais uma imposição do que uma negociação. Curiosamente é-nos pedido antes um orçamento previsional e é com base nele que são elaborados os CP.
Contrato-programa negociado parcialmente	8	70% impostos e 30% negociados. Quando falam connosco conhecem o histórico e baseiam-se nele. O CA não pode chegar com metas de produção que se afastam do seu histórico.
	10	Tivemos sempre alguma margem para negociar algumas das nossas propostas. Sempre houve alguma margem de negociação. Se é 100% claro que não, mas isso seria praticamente impossível.
	12	É negociado com o hospital dentro dos condicionalismos relativos à produção e aos custos. O céu não é o limite.
	17	Os contratos programa são negociados. Nós partimos de um plano de desempenho que é apresentado pelo hospital. Pode dizer-nos que nós estamos numa filosofia que é

Categoria	Entrevistado	Comentário
		contratualizar na base da oferta, é verdade, partindo do princípio que não temos estudos suficientes do lado da procura, e portanto para dar sequência a isto o que fazemos é negociar no lado da oferta com base na procura histórica. Negociamos com aquilo que parecem ser as necessidades e depois completamos essa negociação com indicadores de desempenho com metas. Portanto trata-se de negociação.
	18	Há algumas coisas que são impostas. O plano de desempenho serve no fundo para aferir a capacidade instalada. Dele sai o contrato-programa apenas com o SNS. Temos dois pesos e duas medidas tendo que orientar isto tudo. Se bem que tudo o que não é SNS é uma fatia pequena, cerca de 11%. Temos algumas imposições, porque está condicionado ao financiamento e este tem limitações, restrições financeiras que são impostas. Além de que, como já disse, temos de produzir dentro de uma determinada margem.
	20	Há as linhas orientadoras. Relativamente aos acréscimos de custos nas suas vertentes e relativamente aos acréscimos de produção. Cada uma das ARS fixa objectivos regionais e contrata com os hospitais.
	22	Há algumas áreas em que há objectivos que são traçados pela tutela. A tutela impõe? Bem, indicia, indica! É uma forma amenizada de dizer as coisas.
Negociado em alguns casos, imposto noutros	15	Depende. Nalguns casos será imposto e noutros negociado. Agora, reconheço que a margem de negociação é capaz de ser curta face à situação actual. Se transformam o contrato-programa num processo burocrático e administrativo isso é quase matá-los. Compreendo, formalizar ou dar uma ideia que é um contrato que vem de cima para baixo, previamente fixado, sem margem de actuação, e que por dever de fidelidade ou por quer que seja a uma administração acima é retirar o potencial do contrato-programa.
	16	Não conheço bem o processo, estou muito fora desse mundo agora, mas acredito que exista muitas vezes imposição. Também acredito que alguns consigam negociar. Dependerá do peso do CA, nomeadamente do seu presidente, e da sua experiência.

Quadro 117 — Exemplo de comentários relativos à negociação do contrato-programa

A opinião dos entrevistados externos confirma o sentimento dos entrevistados internos relativamente à prática, isto é, a ideia do contrato-programa ser imposto em alguns casos ou parcialmente negociado noutros casos.

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 118 apresenta a distribuição dos comentários efectuados por estas duas categorias.

Categoria	Frequência	%
Explicações sobre o processo de negociação	11	58%
Críticas ao processo de contratualização	8	42%
Total	40	100%

Quadro 118 — 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.

O Quadro 119 apresenta exemplos de comentários a primeira categoria e o Quadro 120 apresenta exemplos de comentários para a segunda.

Entrevistado	Comentário
1	Obviamente que isso também é fruto, possivelmente, da actual conjuntura financeira e dos orçamentos do SNS, do Ministério, que possivelmente não pode fazer uma negociação com os diversos parceiros, hospitais, de modo à adequar o financiamento às necessidades de cada hospital e portanto tem quase que um modelo pré-formatado que depois se torna irrealista o que tem dado grandes problemas com numerosos hospitais.
8	O processo tende a deteriorar-se em termos de negociação quando existem pressões económicas e financeiras, que existem neste momento. Como sabe as ordens foram para controlar, conter a despesa. Em muitos casos pediram para produzir o mesmo com custos mais baixos.
10	O contrato-programa não reflecte em exclusivo a nossa perspectiva das coisas mas também um maior relativo à estratégia do Ministério.
12	Existe alguma lacuna no plano estratégico no contrato-programa, mas face aos dados que existem não se pode exigir mais ao IGIF e ao Ministério.
14	O que compreendo é que tratando-se de uma rede hierarquizada, complementar e estruturada que deve obedecer a um plano global da rede hospitalar possa haver algumas balizas ao contrato-programa. Há legitimidade para um governo fazê-lo em função de uma visão de rede global e de uma planificação de serviços. Nessa medida balizar e ser impositivo na negociação tem toda a legitimidade e é correcto que o faça. O que deve é também com a unidade estabelecer e verificar que recursos são que a unidade tem para esse cumprimento. Há necessidade de negociação, de co-responsabilização a nível do processo, como chegar aqui.
16	Mas eu diria que, tem a ver com os modelos adoptados por cada ARS, que tudo venha a ser impositivo porque de alguma forma estão relacionados com a contenção orçamental e como sabemos, ou nos é dito, não existem grandes liberdades nomeadamente no que diz respeito ao crescimento da despesa.
17	Dada a escassez de recursos e porque estamos num plano contratual quem gere e quem negocia do lado do comprador acha que tem sempre poucos instrumentos para o fazer bem, e do lado do vendedor acha sempre que é um mau negócio, porque não consegue obter todos os recursos a que aspira. Isto é um processo de aprendizagem.
17	Pode dizer que um hospital tem fraca capacidade negocial, porque não o deixam aumentar determinada actividade. A grande questão é que estamos a comprar oferta e que a oferta gera procura e esta gera despesa, temos que ter limites, limites institucionais e limites globais no país. Em complemento negocia-se melhor nuns sítios do que noutros. Este processo depende muito do <i>know-how</i> , da

Entrevistado	Comentário
	predisposição do negociador.
18	Temos algumas imposições, porque está condicionado ao financiamento e este tem limitações, restrições financeiras que são impostas.
19	Também percebo que as ARS tenham verbas reduzidas e que tenham de as canalizar para algumas prioridades.
22	Há algumas áreas em que há objectivos que são traçados pela tutela.

Quadro 119 — Exemplo de comentários relativos a explicações para a forma como decorre o processo de negociação

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-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.

Entrevistado	Comentário
6	A exiguidade do orçamento e o não cumprimento da cláusula de convergência do ano anterior levaram à que o CA apresentasse a sua demissão.
12	Existe alguma lacuna no plano estratégico no contrato-programa, mas face aos dados que existem não se pode exigir mais ao IGIF e ao MS.
13	A nossa margem negocial em termos de preço é zero. Outras áreas estão relacionadas com objectivos de estratégia política. O custo do GDH é padronizado e como se sabe a estrutura de custos não é igual em todos os hospitais. 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.
14	Existe défice de planeamento do contrato. Isto é tudo num mês. As orientações da tutela para o ano seguinte vêm quase no fim do ano. É tudo feito em cima do joelho. É tudo muito amador. Apresenta a proposta, discute com ela tardiamente, já estamos em Janeiro.
15	Se transformam o contrato-programa num processo burocrático e administrativo isso é quase matá-los. Compreendo, formalizar ou dar uma ideia que é um contrato que vem de cima para baixo, previamente fixado, sem margem de actuação, e que por dever de fidelidade ou por querer que seja a uma administração acima é retirar o potencial do contrato. É que depois não tem condições de desempenhar o seu papel interno, da multiplicação de contratos programa nas unidades operacionais.
15	Outra coisa é a entidade negociadora desvalorizar a negociação e fazer do contrato-programa uma nota de encomenda. Isso é que é profundamente errado. Desde logo está a dar um mau exemplo ao CA, que depois o poderá fazer internamente inquinando todo o processo de negociação e contratualização com as linhas operacionais.
16	Se o processo negocial é de facto impositivo então eu diria que perde eficácia, porque as pessoas sentem-se obrigados àquele contrato mas têm pouca participação e sentem que não é deles. Quanto mais exterior menos interior é para eles. Se for de facto um processo negocial acho que é um meio muito legítimo de estabelecer objectivos para as organizações.
19	Não é um modelo fácil ainda em Portugal, porque não é claro ainda o que é a empresarialização na saúde em Portugal. Tem havido instrumentos, tem havido políticas, tem havido ideias mas não há claramente uma abordagem sistémica do problema da empresarialização em Portugal. [...] Por exemplo ninguém avaliou

Entrevistado	Comentário
	suficientemente bem o modelo do Amadora Sintra. A única abordagem que tem sido feita é muito em termos políticos ou politizados, de luta pública. É um modelo que até pode ser mais claro, a explorar no futuro, em termos contratuais, 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.

Quadro 120 — Exemplo de outros comentários relativos negociação do 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 descreditação do contrato e da filosofia a ele inerente, tal como já foi mencionado nas subsecções 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 conseqüentemente 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”.

3.3. Efectividade dos CA

Nesta subsecção são apresentados os resultados relativos à percepção de todos os entrevistados (internos e externos) sobre pontos relativos aos CA. Primeiro serão apresentados os resultados relativos a questões relacionadas com as competências, a proveniência, as funções, a integração do corpo clínico e a intervenção política relativa ao CA (3.3.1). De seguida será apresentada a análise de conteúdo aos comentários relativos à nomeação dos CA (3.3.2) e à rotatividade e estabilidade dos CA (3.3.3).

3.3.1. Estrutura do CA

A Figura 80 apresenta a distribuição das respostas para cada uma das afirmações relativas aos itens do CA mencionados anteriormente.

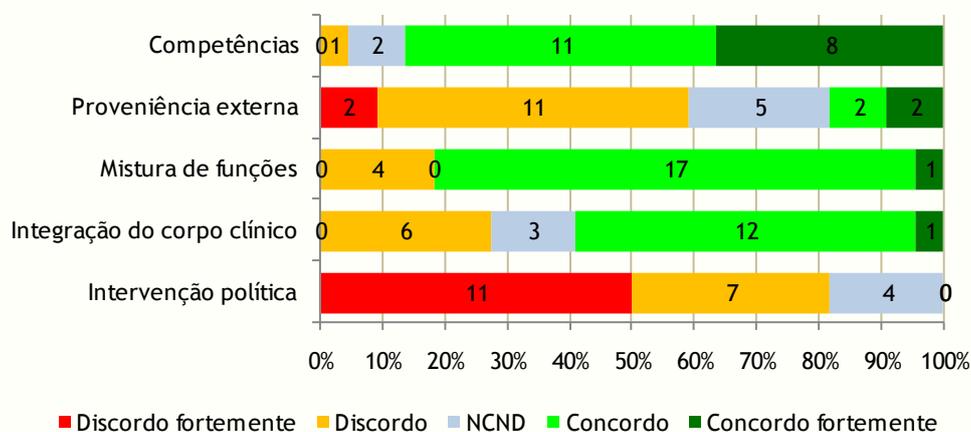


Figura 80 — Distribuição das respostas relativa a vários itens dos CA

Conforme se pode verificar, 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 um total de 44 comentários de 19 entrevistados (15 internos e 4 externos). A distribuição dos comentários está representada na Figura 81.

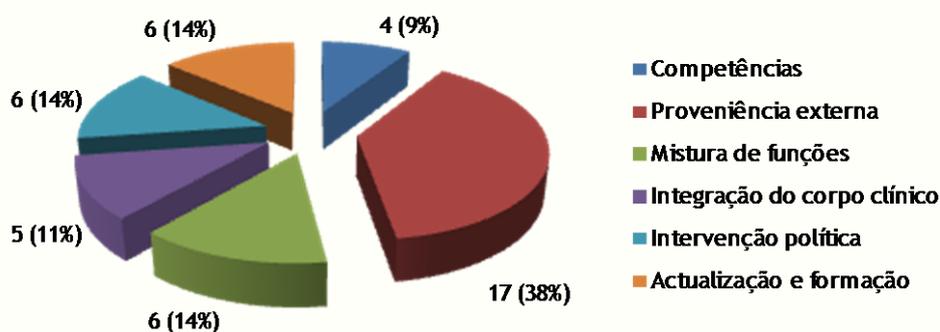


Figura 81 — Distribuição dos comentários relativos aos itens do CA

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.

De seguida será feita a análise para cada uma das afirmações bem como os respectivos comentários associados. Os outros comentários relativos à actualização de conhecimentos e formação serão tratados à parte.

3.3.1.1. Representatividade de competências

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 8 (36%) concordam fortemente enquanto apenas uma resposta

discorda e duas não concordam nem discordam. Para esta afirmação foram obtidos 4 comentários representados no Quadro 121.

Entrevistado	Comentário
10	O CA está equilibrado da forma que está definido.
13	Depende da equipa de administradores hospitalares que tem.
16	Acho que em termos de ensino e da formação em gestão nós temos formação muito pouco prática. Acho que é muito mais importante uma pessoa saber dominar 2 ou 3 ferramentas que podem ser muito importantes em qualquer um dos níveis do hospital. Penso que a nossa formação é muito enquadradora, muito teórica relacionada com os sistemas de saúde.
22	O CA deve ser um conjunto equilibrado. Vale pelo seu conjunto e como tal completa-se. Uns têm mais conhecimentos numa área do que noutras. Tem que se potenciar uns aos outros, têm que ser simbióticos. Deve existir uma ligação harmónica entre o CA e a gestão intermédia. O CA deve ter pessoas de ligação para cada área.

Quadro 121 — Exemplo de comentários para a representatividade de competências

Desta forma, é reconhecida a necessidade do CA integrar mais competências nas áreas da gestão e da economia da saúde. Os comentários apontam 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.

3.3.1.2. Proveniência dos membros

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, 2 (9%) discordam fortemente, 2 (9%) concordam e 2 (9%) concordam fortemente enquanto apenas 5 (23%) não concordam nem discordam. Para esta afirmação foram obtidos 17 comentários (36%). O Quadro 122 apresenta o exemplo de alguns desses comentários.

Entrevistado	Comentário
1	Externos à saúde não devem fazer parte. À partida possuem um desconhecimento total sobre o sector da saúde e sabem muito pouco sobre o hospital e a sua actividade.
2	Não concordo. Têm que ter formação na área da administração hospitalar. Aqui acho que sou corporativista. Um hospital é uma organização muito complexa e

Entrevistado	Comentário
	muitas vezes existe um desconhecimento sobre a actividade do hospital em termos específicos e sobre a saúde em termos genéricos.
3	Discordo veemente. Muitos têm um desconhecimento profundo sobre a saúde e os hospitais.
4	Não concordo nem discordo. Porque não, podem trazer coisas novas para o hospital que melhorem a sua actividade e o serviço à população. Mas há que ter algum cuidado, porque muitas vezes existe algum desconhecimento sobre o sector e não se traz muita vontade de aprender e de adaptar os conhecimentos.
5	Discordo fortemente. Olham para um hospital como sendo uma empresa como outra qualquer. O hospital confunde-se com uma empresa em muitas áreas da gestão mas ultrapassa-a largamente em termos do objecto social em si e na forma como lida com pessoas e profissionais. É uma organização bastante complexa.
6	Os externos podem trazer mais-valias: metodologias, técnicas, novos instrumentos de gestão. No entanto corre-se um risco de entrarem pessoas sem qualquer conhecimento na área da saúde, porque um hospital não é uma fábrica de parafusos ou de conservas. Podem vir, mas pessoas com o perfil adequado. Os bons conhecimentos de gestão devem ser acompanhados por um bom entendimento do que é o hospital e a sua função no contexto onde se insere.
8	À partida discordo. Existe gente especializada que é formada em administração hospitalar. O presidente deve ser sempre um médico. Um hospital deve ser gerido por um médico.
10	Há pessoas que vêm de fora que podem trazer novas metodologias, novas ferramentas, etc. O contrário também pode acontecer. Note que os administradores hospitalares existentes são bons. O privado quando se lançam nos hospitais vem buscar quem está no público. Parece-me um bom indicador.
15	Pode desde que o conjunto da equipa tenha as competências específicas. Até acho vantajoso.
18	Devem vir pessoas dessas áreas, porque podem trazer novas experiências.
19	Neutro. Penso que há vantagens. Podem trazer mais-valias quando integrados nos CA. Trazem instrumentos da actividade empresarial.

Quadro 122 — Exemplo de comentários para a proveniência de externos

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 sobretudo 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 mais neutra relacionada sobretudo com o desconhecimento dos externos sobre o sector da saúde e os hospitais. É também

mencionado o facto de que os 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 a muito pouco prática, principalmente nas áreas da gestão, dos administradores hospitalares²⁴.

3.3.1.3. Mistura de funções

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 1 (5%) concorda fortemente, enquanto apenas 4 (18%) discordam da afirmação. Para esta afirmação foram obtidos 6 comentários estando 4 dos principais representados no Quadro 123.

Entrevistado	Comentário
6	Função executiva é uma coisa, técnica é outra. Nos EPEs é pior, porque as direcções técnicas são executivas. Mistura funções e eu não concordo.
15	Deviam ser apenas de administração em sentido lato. A gestão executiva deveria prestar contas ao CA, o que não acontece porque esta integra o próprio CA.
16	Varia de acordo com a dimensão do hospital. Se calhar num hospital maior justificase ter um CA maior e uma comissão executiva. Num hospital pequeno basta por exemplo um administrador executivo, não sendo necessário ter uma comissão executiva colegial.
18	Sim, mas porque é difícil encontrar competências ao nível da gestão intermédia o que obriga a concentrar funções no CA. Está relacionado com a questão da delegação de competências.

Quadro 123 — Exemplo de comentários para a mistura de funções

Os comentários feitos abordam sobretudo as questões relacionadas com a gestão executiva que se encontra integrada dentro do próprio CA²⁵ relacionando

²⁴ Se tivermos em conta comentários já feitos em questões abertas anteriores e os comentários de todo o conjunto obtido para cada umas das afirmações.

²⁵ Em termos de governação empresarial o legislador adoptou para os CA dos hospitais, esquecendo a particularidade do número de vogais executivos diferente em cada estatuto, o modelo continental monista. 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

este facto com a delegação de competências e com a dificuldade de encontrar competências ao nível da gestão intermédia que permitissem separar as funções. 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.

3.3.1.4. Integração do corpo clínico

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, 1 (5% concorda fortemente, 6 (27%) discordam e apenas 3 (18%) não concordam nem discordam. Para esta afirmação foram obtidos 5 comentários que estão representados no Quadro 124.

Entrevistado	Comentário
13	Alguma confusão, mas é difícil conciliar uma coisa sem a outra. Necessidade de equilíbrio.
15	É uma grande controvérsia grande a composição do CA. É sensato que a visão clínica e a visão de enfermagem estejam na tomada de decisão do CA.
17	Devem ter funções de direcção técnica.
19	A sua função é técnica. Devem integrar o CA na tomada de decisão até para se responsabilizarem pela decisão.
22	É fundamental ter um médico e um enfermeiro. Daqui a uns anos não sei se não teremos que alargar a outras áreas, porque começamos a ter muitos técnicos. Estas duas classes profissionais são fundamentais no trabalho do hospital. O CA quando vota a decisão é de todos.

Quadro 124 — Exemplo de comentários para a integração do corpo clínico

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 a razão da sua integração no CA está sobretudo relacionada com a necessidade de se responsabilizarem pelas decisões tomadas no CA.

Conselho de Administração for independente do Presidente da Comissão Executiva e dos accionistas mais influentes.

3.3.1.5. Intervenção política

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, 7 (32%) discordam e apenas 4 (18%) não concordam nem discordam. Para esta afirmação foram obtidos 6 comentários, estando 5 representados no Quadro 125.

Entrevistado	Comentário
15	A minha resposta é em termos da má política, porque a política encarada no sentido de polis, de direito dos cidadãos é muito bem-vinda. A outra, as máquinas partidárias é que não.
18	Política é muita coisa. Intervenção ao nível da tutela em coisas da competência dos CA ou da autonomia do hospital? A tutela é dona do hospital, se for uma intervenção dentro da política da saúde, ou porque um determinado CA não está a cumprir as suas funções, ou porque existe uma situação que precisa da intervenção imediata e urgente da tutela não vejo porque não. Se for uma intervenção em coisas de gestão corrente que são da competência do CA e que dizem respeito à autonomia do hospital não. Não deve intervir. Se for intervenção partidária, intervenção local no sentido do CA decidir algo que beneficie a política local não.
19	Não deve haver intervenção política. A política deve ficar fora do hospital.
20	São coisas distintas. Uma coisa é quando há um ministro da saúde que tutela em que claramente os membros do CA têm que estar em consonância com a política de saúde. Ponto final parágrafo. Não pode haver aqui uma ideia de que um membro do CA está lá contra a política de saúde. Não está lá pura e simplesmente. Essa articulação é inquestionável. Outra coisa é a politização excessiva, no sentido da partidarização do CA. Isso acho que não. Há aqui duas leituras: uma é uma consonância entre os CA e o Ministério em termos de política de saúde; outra é a politização pura e dura.
22	Não discordo, mas não acredito. Não me parece que seja. A tutela pode de facto ter uma intervenção directa no hospital, substituindo-se ao CA. Mas a tutela é o dono do hospital.

Quadro 125 — Exemplo de comentários para a intervenção política.

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 dois tipos de intervenção política: a relacionada directamente com o Ministério e a relacionada com as máquinas partidárias. A primeira faz distinção 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.

3.3.1.6. Actualização de conhecimentos e formação

Para além dos comentários obtidos para cada uma das afirmações foram obtidos outros comentários, 6 (14%), relacionados com outros aspectos da actualização de conhecimentos e de formação dos administradores hospitalares e dos directores clínicos.

O Quadro 126 apresenta exemplos desses comentários. Para facilitar a leitura e a sua interpretação os comentários foram categorizados.

Categoria	Entrevistado	Comentário
Actualização de conhecimentos dos membros do CA	15	A insuficiência a vários níveis de instrumentos resulta também da insuficiência de actualização dos membros dos CA que não sentem a necessidade deles. É quase tautológico, não sentem necessidade porque não estão despertos para eles e como não estão despertos não sentem essa necessidade. Entendem que a gestão operacional do dia-a-dia deve ser aquilo em que se metem porque é aquele o seu horizonte. Há um trabalho grande a fazer em termos de desafio às escolas para disponibilizarem formação, mas também de procurar pessoas competentes que sintam a necessidade de mais formação, de se actualizarem. Uma pessoa competente é uma pessoa apetente para a formação a quem não bastam as conversas de ocasião e a ida a uma ou outra palestra.
	16	Acho que em termos de ensino e da formação em gestão nós temos formação muito pouco prática. Acho que é muito mais importante uma pessoa saber dominar 2 ou 3 ferramentas que podem ser muito importantes em qualquer um dos níveis do hospital. Penso que a nossa formação é muito enquadradora, muito teórica relacionada com os sistemas de saúde. Depois chego a uma organização que tem um problema com o bloco operatório e não domino nenhum instrumento que me permita lidar com essa situação. Acho que há pouca capacidade de se fazer engenharia de processos, é aí que o busílis operacional dos processos quando ainda por cima não somos nós que o controlamos. Os CA deveriam procurar actualizar os seus conhecimentos nestas áreas.
	17	Acho que a fase quando as pessoas se actualizam mais é quando estão no CA, porque muitos deles é quando despertam para um conjunto de ofertas na área coisa que nem sempre acontece. Quando estão noutras funções mais técnicas não são despertas para essas coisas da gestão.
Formação dos administradores hospitalares	16	Continuamos a formar administradores hospitalares quando eu acho que o melhor administrador hospitalar é aquele que já passou por uma série de fases, que foi aprendendo um determinado conjunto de técnicas e que chegou a um determinado ponto ao fim de um determinado tempo. Nós não, pegamos nas pessoas que acabaram as licenciaturas, damos-lhe um ano e meio de formação e agora és

Categoria	Entrevistado	Comentário
		administrador hospitalar sem ele ter qualquer tipo de experiência. Para se ser administrador hospitalar é preciso ter experiência de vida, é preciso ter capacidade para lidar com os outros, para negociar, etc. O nosso modelo é pouco efectivo. Gostava que os administradores hospitalares quando saem soubessem resolver problemas de um hospital que é uma organização complexa. Depois com a experiência adquirida essas pessoas dariam excelentes administradores. O problema é que normalmente essas pessoas começam por cima sem conhecer o fundo e o intermédio.
	16	Aos administradores hospitalares só lhe faria bem perceber bem o processo de prestação de cuidados que é onde cerca de 50% dos recursos do hospital são gastos todos os dias. É muitas vezes no redesenho dos processos que se combate a ineficiência. Isto só se consegue, porque muitas vezes se estabelecem relações privilegiadas em termos pessoais com os médicos e de facto consegue-se isso. Nos mestrados e no curso de Administração Hospitalar não há disciplinas nestas áreas. Penso aliás que a licenciatura em Gestão em Serviços de Saúde é o nível adequado de formação para os administradores hospitalares. Estas pessoas que têm a formação ao nível da gestão hospitalar ou dos serviços de saúde, onde aprenderam técnicas mais comezinhas e mais avançadas da gestão, são as pessoas certas para um dia chegarem a administradores e não o contrário que acaba o curso de AH e é logo administrador depois de terem vindo de licenciaturas tão diferentes como farmácia, direito, sociologia, etc. Aflige-me um pouco termos malta de banda larga quando precisamos de tipos de banda estreita que depois vá largando a banda com a própria experiência.
Formação da gestão intermédia	16	Formação da gestão intermédia, nomeadamente dos directores clínicos. Também acho que os administradores hospitalares têm falta de formação em medicina. É um problema irresolúvel. Nós desconhecemos muito a forma como se processa a prestação de cuidados de saúde e os médicos ignoram o impacto em termos de gestão das actividades que fazem. Penso que nos internatos poderiam existir módulos de formação obrigatória relativamente aos custos da medicina, aos custos da prestação de cuidados de saúde, à questão do medicamento, etc. Tudo que contribuísse para dar consciência social no acto da prestação de cuidados. Aliás, esta formação deveria ser adaptada ao tipo de especialidade porque elas são diferentes, por exemplo a medicina familiar e a medicina hospitalar.

Quadro 126 — Exemplo de outros comentários relacionados com o CA

Um dos entrevistados acentua que a insuficiência a vários níveis de instrumentos 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 outros 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 de direito (farmácia e sociologia), e 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 relacionadas com a gestão durante o internato. 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.

3.3.2. Nomeação dos Conselhos de Administração

Nesta subsecção serão os resultados relativos à análise de conteúdo das perguntas abertas relativas à intervenção política e burocrática, ao processo de escolha e formação e aos critérios de nomeação do CA.

3.3.2.1. Intervenção política e burocrática

Os comentários relativos à 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 agrupados de acordo com as categorias do Quadro 127.

Categoria	Frequência	%
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 127 — Distribuição dos comentários por categorias relativas à intervenção política e burocrática

A maioria dos comentários (55%) diz respeito à definição de intervenção política. Todos os entrevistados de alguma forma fizeram esta distinção e mediante uma ou outra definição concordaram ou discordaram com a pergunta. Para além desta distinção, os entrevistados apresentaram comentários relacionados com as consequências da intervenção na nomeação (8%), formas alternativas de nomear os CA (18%), e a identificação dos elementos de interferência (20%).

O Quadro 128 apresenta exemplos de alguns dos comentários relativos à definição de intervenção política.

Entrevistado	Comentário
1	Se for exterior à tutela é prejudicial. Nas grandes cidades não se nota, mas nas pequenas cidades da província os CA são um bocado manipulados por interesses políticos e por interesses paroquianos que podem provocar algumas chatices.
2	Sim. Não tenho a percepção pessoal que os CA sejam politizados. Contudo, globalmente é natural que tal aconteça.
5	Os CA não devem ser partidarizados e infelizmente existe uma conotação político partidária muito forte entre os governos e os CA. Penso que em meios mais pequenos esta situação é mais conflagradora, as concelhias dos partidos têm muito poder. São elas que sugerem os nomes, que por sua vez são sugeridos às distritais e por seu turno ao Ministro que neste processo tem que os aceitar como os mais competentes e reconhecidos... o que muitas vezes não são. Nos meios mais pequenos estas situações são faladas e conhecidas. O senhor A foi para o CA, porque é filho ou enteado do senhor X que pertence ao partido Y.
6	Existem dois níveis de intervenção. A política relacionada com a orientação em termos de política de saúde e a política relacionada com o aparelho partidário. Na primeira, o nomeado para o CA se não concorda com as orientações políticas então não deve aceitar o cargo. Se as intervenções políticas forem no sentido de seguir as políticas de saúde em curso não vejo grande problema. Na política bruta, na politiquice, não concordo. É um facto que muitos CA foram partidarizados.
7	Se fala de politiquice, a distrital que fala com a concelhia porque aquele é bom, está desempregado, é do partido, então não concordo. O risco da nomeação mas que deve ser assumido pelo governo, porque é ele que faz a governação dos hospitais e que define as grandes linhas estratégicas.
8	Política no hospital é o doente. O resto não há mais. Uma vez quiseram-me pôr um político. Era eu presidente [...]. Eu não critico os políticos, porque de algum modo todos somos políticos. Um partido quis-me forçar a empregar um jovem político que fez todo um percursos nas juventudes e por aí além. Chamei-o e perguntei-lhe: sabe o que é um hospital, sabe o que é isto, sabe o que aquilo? Não, não e não! Então quer trabalhar aqui em quê? O tipo respondeu que eu tinha razão.
10	Pode. Claro que sim. Por causa da agenda que os move que é diferente. 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.
13	Em termos estratégicos, se falarmos de seguir política de saúde pode ser positivo. Pode ter. Tem que existir alguma confiança política. Não me estou a ver trabalhar com um ministro se de alguma forma não me identificasse com a política de saúde. Se não concordar tenho que me vir embora. Demitir-me. No entanto é possível um CA ser nomeado apenas pelos critérios da cor política. Se olharmos para este hospital tivemos aqui uma inspectora de finanças, um bancário e um militar reformado. Nunca nenhum deles passou por um hospital ou sabia o que era um hospital. Foi claramente uma nomeação política.

Entrevistado	Comentário
12	Sim, porque podem trazer como critérios de nomeação factores estranhos (as amizades próximas, o cartão do partido, etc.) aos verdadeiros critérios que devem presidir à nomeação.
17	O que é o político? Se me disser que eu tenho um EPE e se eu quiser dar um verdadeiro corpo à empresarialização os donos daqueles hospitais, Ministérios da Saúde e das Finanças, e devem ser esses a nomear. 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. Esse tipo de intervenção não a considera adequada. 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. No caso dos hospitais aceito a participação dos políticos só no sentido de que são eles os detentores daquela instituição.
19	Depende do que é o político. Se tem uma dimensão técnica razoável, como o Ministro conhece o sector, sabe perfeitamente que não pode nomear pessoas, políticos na acepção da palavra, apenas pela sua cor partidária. Pode nomear gente de confiança que não vão executar política mas sim as políticas da saúde. E os nomeados até podem não ser do partido. Para executar políticas de saúde não precisam de ser militantes, de ser apoiantes ou partidários do partido do governo. Precisam é de ser isentos.
20	Pode, porque se a politização for pura e dura, não pelas capacidades que as pessoas têm de si mas por um perfil político isso pode trazer consequências nefastas. Naturalmente que qualquer Ministro quando nomeia o CA deve atender ao perfil da pessoa que está a nomear.
22	Desde que a qualidade e as competências sejam prioritárias não vejo problema. Tem de ser alguém que se conheça e em quem a tutela deposite confiança política. Agora o que não pode ser prioritário é o cartão de eleitor. Recuso-me a que indigitem pela simpatia política. O primeiro critério deve ser a qualidade, a competência e os conhecimentos. Eventualmente a amizade, mas não se pode apostar no escuro.

Quadro 128 — Exemplo de comentários relativos à definição de 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 por parte do Ministério 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, em termos de execução de política de saúde (“é ele que faz a governação dos hospitais e que define as grandes linhas estratégicas), pelo accionista 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 quiseram-me pôr um político”) e implicitamente a sua influência na actividade e na autonomia do hospital²⁶ (“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”).

O Quadro 129 apresenta exemplos de alguns dos comentários relativos a formas distintas de nomeação que reforçam algumas das leituras anteriores.

²⁶ Esta conclusão é reforçada se atendermos aos comentários que serão apresentados nas categorias formas distintas de nomeação, consequências da intervenção na nomeação e elementos de interferência.

Entrevistado	Comentário
3	Sim. Defendo o modelo do concurso público para os lugares de direcção, sejam eles quais forem. Os critérios devem ser sempre de competência. Na actualidade não são estes os critérios. Os critérios são os de amizades pessoais e de conhecimentos próximos. Nem sequer são critérios políticos, porque esses pelo menos, apesar dos seus aspectos negativos, sempre são mais públicos.
7	Acho que a nomeação deve ser sempre feita pelo governo. É má mas é a menos má de todas. Não sou favorável a uma eleição interna ou a um concurso público para um CA. O que iríamos tirar dessas candidaturas. A gestão de um hospital não se faz com intenções, faz-se com o trabalho do dia-a-dia. Claro que um bom plano e um projecto são importantes, o problema é as pessoas para o executarem. Há o risco da nomeação mas que, como já disse, deve ser assumido pelo governo, porque é ele que faz a governação dos hospitais e que define as grandes linhas estratégicas. É uma questão de perfil, de sensibilidade e de aposta de quem manda. Pode ser uma nomeação de confiança política, não me choca, mas deve ser um esforço de acordo com o perfil e as competências. Confiança política mas com um perfil adequado.
14	O modelo de recrutamento deve ser como o do Reino Unido, através de concurso público. A colocação de boys nos CA é péssima, não só em termos de desempenho mas também em termos clima gerado. O CA deveria ser todo recrutado recorrendo a empresas de recrutamento para seleccionar com base no perfil definido. Os cargos técnicos também o poderiam ser. A equipa seria constituída com base num perfil. Se as empresas o fazem, porque não o pode fazer o Estado.
15	Se de um ponto de vista transparente, conhecido, etc. há pessoas competentes e que têm consonância ideológica com o ministério se calhar tanto melhor do ponto de vista da facilitação. Mas isso deve ser conhecido e público. Mas isso nem sempre acontece.
16	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. E isso, na minha perspectiva, torna as pessoas, as administrações pouco isentas. Ou seja, as administrações hão-de sempre pensar nos efeitos da sua posição pessoal. Terá qualquer posição organizacional, que tenha de assumir em contornos institucionais dessa organização, mais do que nos interesses da própria organização como um todo e na sua capacidade enquanto administradores em definirem aquilo que são a visão, a missão e os interesses específicos da organização. Portanto isso afecta grandemente a autonomia e a independência dos administradores.
16	Se tivéssemos um país em que a sociedade civil fosse forte e estruturada, como a Holanda ou a Alemanha, eu diria que a nomeação dos CA deveria ser um assunto resolvido localmente. Mas em que não fosse um processo apropriado pelos partidos como é hoje. Ou seja, acho que os hospitais deviam ter autonomia, um bocadinho como as <i>Foundation Trusts</i> da Inglaterra, para que as pessoas, isto é, os <i>stakeholders</i> essenciais do hospital nomearem a equipa ou escolherem o presidente do CA que depois escolheria a equipa ou seja o que for.
17	O que eu desejaria é que eles quando fazem a nomeação o fizessem pela área técnica e não como políticos. Não sei é se conseguem lavar-se completamente da sua carga política. À partida não considero adequado que a nomeação para um determinado cargo seja política. Defendo que até ao nível de director geral as escolhas deviam ser sempre técnicas.
18	Poderia ser uma avaliação curricular, poderia ser um concurso público, podia ser por recrutamento. O processo tem é de ser suficientemente transparente. Nalgumas situações pode ser noutras não. Ao longo da minha carreira já tenho visto tanta coisa.

Quadro 129 — Exemplo de comentários relativos a formas distintas de nomeação

Os comentários apontam para 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 na nomeação aos seus interessados directos. A defesa da nomeação política assenta na posição de accionista do Estado e no facto de ser da sua responsabilidade a definição da estratégia de saúde 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 público e transparente, o que muitas vezes não acontece tal como é reconhecido.

Surge também um outro elemento que recupera uma questão, já abordada previamente²⁷, 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

²⁷ Tendo em conta a análise de conteúdo feita aos comentários sobre a integração do corpo médico no CA.

prejudicar a nossa posição relativamente aos accionistas, porque estamos por favor e quem está por favor deve alguma coisa a alguém”).

O Quadro 130 apresenta exemplos de alguns dos comentários relativos a consequências da intervenção na nomeação que reforçam algumas das leituras já feitas.

Entrevistado	Comentário
13	Foi claramente uma nomeação política que deu os resultados lamentáveis que se viram: fragilização do hospital, criação de um clima de relacionamentos insustentável, quadro de conflitos interno agravado, conflitos que ainda correm em tribunal. Foi claramente uma intervenção política desastrada, porque foram buscar gente completamente fora do sistema que nem sabiam como funcionava o hospital. Face a este desconhecimento foi fácil criar relações privilegiadas dentro do hospital e criar um clima de espartilho interno e conflitual.
16	Sim. Por um lado 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. Por outro lado que é um, como hei-de dizer, algo que emporcalha um bocado uma actividade que deve ser autónoma por si, que deve ser isenta, que deve ser independente, que é a gestão duma organização como o hospital.
18	Pode e é e temos vindo a sofrer as consequências disso ao longo do tempo. Notamos que os hospitais que têm conseguido manter os CA ao longo do tempo são casas mais bem geridas, porque tem existido estabilidade. A estabilidade ajuda a produzir melhores resultados. Imagine uma empresa cotada na bolsa com os CA a rodarem de ano a ano ou de 3 em 3 anos. De certeza que as cotações não seriam as melhores. A gestão das instituições de saúde tem de ser uma gestão profissional. Não pode ser uma gestão ao sabor das correntes políticas e dos diferentes governos.

Quadro 130 — Exemplo de comentários relativos a consequências da intervenção na nomeação

A instrumentalização do hospital em questões de política local, mencionada anteriormente²⁸, 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

²⁸ 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.

criar um clima de espartilho interno e conflitual”). Por outro lado, a instabilidade dos CA²⁹ 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”).

O Quadro 131 apresenta exemplos de alguns dos comentários relativos aos elementos de interferência na nomeação que concluem a sequência das leituras já feitas.

Entrevistado	Comentário
5	Penso que em meios mais pequenos esta situação é mais confrangedora, as concelhias dos partidos têm muito poder. São elas que sugerem os nomes, que por sua vez são sugeridos às distritais e por seu turno ao Ministro que neste processo tem que os aceitar como os mais competentes e reconhecidos... o que muitas vezes não são. Nos meios mais pequenos estas situações são faladas e conhecidas. O senhor A foi para o CA, porque é filho ou enteado do senhor X que pertence ao partido Y.
7	Se fala de politiquice, a distrital que fala com a concelhia porque aquele é bom, está desempregado, é do partido, então não concordo.
8	Eu não critico os políticos, porque de algum modo todos somos políticos. Um partido quis-me forçar a empregar um jovem político que fez todo um percursos nas juventudes e por aí além.
15	As estruturas político partidárias, a política no sentido pior, os aparelhos concelhios, distritais, não sei se há outros de freguesia, têm interferências perturbadoras nas escolhas para as empresas que com frequência gerem milhões de euros. E isso é uma distorção fortíssima da nossa democracia praticada pelos partidos que têm e que têm tido e que irão ter responsabilidades de governar o país.
17	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.
19	Os CA não devem ser políticos, não devem ser nomeados por razões políticas. Mal vai um Ministério quando a nomeação é influenciada pelas direcções locais dos partidos. 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. Aliás os resultados em alguns casos estão à vista.

Quadro 131 — Exemplo de comentários relativos a elementos de interferência

Estes últimos comentários permitem fechar a análise sobre a intervenção de políticos e burocratas na nomeação dos CA. Forma-se a ideia do poder de interferência 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

²⁹ 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 2 hospitais mantiveram o mesmo CA, 4 hospitais tiveram 3 CA, e 2 hospitais tiveram 4 CA.

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 indicadores³⁰ de 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.

3.3.2.2. 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 agrupados pelas categorias presentes no Quadro 132.

Categoria	Comentários	%
Diferença de estatuto hospitalar	8	20%
Prática de nomeação	17	43%
Composição e funcionamento	12	30%
Avaliação do desempenho do CA	3	8%
Total	40	100%

Quadro 132 — Distribuição dos comentários por categorias relativas ao processo de escolha e formação do CA

A maioria dos comentários incide sobre a prática existente de nomeação (43%) e as questões relacionadas com a equipa do CA em termos de composição e funcionamento. Os restantes comentários incidem sobre a diferença de estatuto hospitalar em termos de nomeação (20%) e a avaliação do desempenho do CA (8%).

³⁰ 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 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.

O Quadro 133 apresenta exemplos de alguns dos comentários relativos à diferença de estatuto hospitalar.

Entrevistado	Comentário
4	Nos SPA o presidente é nomeado e os outros membros são escolhidos pelo presidente e nomeados pelo Ministro. Já nos hospitais EPE isso é omissivo. Os elementos são nomeados pelo Ministro dentro de um conjunto de pessoas de reconhecido mérito; isto é, não se sabe muito bem quem escolhe quem.
11	Somos EPE, desta forma agora não há a obrigação legal de serem escolhidos pelo presidente. Antigamente sim, mas agora não. Os mandatos eram independentes e a equipa era constituída pelo presidente. Agora e os mandatos terminam todos em simultâneo.
12	Note que a queda do presidente implica a queda do órgão, o que não sucedia anteriormente. Penso que este princípio serve para reforçar o conceito de equipa.

Quadro 133 — Exemplo de comentários relativos à diferença de estatuto hospitalar

Os comentários escolhidos apontam para duas questões distintas em termos de 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.

Relativamente à primeira, no estatuto SPA o Ministro da Saúde nomeia³¹ directamente o presidente e os dois vogais executivos e nomeia, sob proposta do presidente do conselho de administração, os membros não executivos enquanto nos hospitais EPE³² os membros são nomeados por despacho conjunto dos Ministros das Finanças e da Saúde de entre individualidades de reconhecido mérito e perfil adequado.

Quanto à segunda, o estatuto do hospital SPA prevê a exoneração dos membros do CA enquanto o estatuto do hospital EPE prevê a dissolução do CA. No estatuto SPA, os membros do CA podem ser livremente exonerados³³ 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 estatuto EPE, o CA pode ser dissolvido³⁴ 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.

³¹ Decreto-Lei nº 188/2003, art. 5º, nº4 e 5.

³² Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 6º, nº2.

³³ Decreto-Lei nº 188/2003, art. 9º.

³⁴ Decreto-Lei nº 233/2005, Anexo II – Estatutos, Capítulo I, Secção I, art. 14º.

O Quadro 134 apresenta exemplos de alguns dos comentários relativos à prática de nomeação.

Entrevistado	Comentário
3	Os CA do SPA são indigitados directamente pelo Sr. Ministro da Saúde, o que significa que pode haver a delicadeza de perguntar ao presidente de quem é que ele quer na sua equipa ou pode não haver. Desta forma, os CA podem ser constituídos com base no papel, vem um daqui, vem outro de acolá.
8	A mim não. Nunca ma impuseram. Podem ter tentado. É provável que possa acontecer em alguns CA. É um mau princípio para o CA e a união, o espírito de equipa, que é necessário. Essa imposição está relacionada com o peso do escolhido para presidente. Alguém com provas dadas, reconhecido e com experiência escolherá sempre o seu CA e não aceitará imposições.
9	Deve ser escolhida pelo presidente. Sei que nalguns casos existe alguma pressão partidária para nomear os membros do CA. O presidente escolhido e herda uma equipa já feita que muitas vezes desconhece. O PCA deve escolher a equipa com quem quer trabalhar. Todos somos responsáveis, mas em última análise quem responde por último, quem assume a responsabilidade final, é o presidente.
10	Todas as equipas que conheci foram sempre escolhidas pelo presidente. Sei que noutros hospitais se procede à nomeação do presidente e se lhe diz de seguida aqui estão os restantes membros. Penso que deve prevalecer a primeira.
12	Penso que varia muito, embora o presidente tenha sempre uma palavra. Depende muito das características, do reconhecimento e do mérito do presidente nomeado. Alguns presidentes com mais peso não aceitarão outra situação que não a de escolherem a sua equipa.
14	No meu caso escolhi. Foi a condição para aceitar o cargo. A regra é que é imposta.
16	Pode acontecer as duas coisas. Se a pessoa que é nomeada para presidente for uma pessoa com prestígio, com reputação, no fundo com capacidade para se impor perante outros interesses acredito que consiga constituir a sua equipa. Noutros casos acho que é uma lista pré-definida que é entregue às pessoas a dizer este é o CA e você é o presidente e a pessoa acaba por aceitar ou não aceitar.
17	Se o presidente pergunta muitas vezes, e pergunta mais a técnicos do que a políticos, que lhe indiquem nomes de pessoas, porque muitas vezes o presidente é nomeado e não conhece o meio dos administradores hospitalares. Muitas vezes pergunta nomes de administradores hospitalares com quem eu possa falar para o CA. Mas aí é mais por desconhecimento do que por qualquer imposição política.
18	A minha opinião é que deviam ser constituídas, escolher, pelo presidente. Mas não é assim que se passa. Normalmente, tanto quanto julgo saber, apesar de poder haver uma intervenção do presidente no sentido de querer ou não determinada pessoa também há influência que não passa só pelo presidente.
19	Eu julgo que a prática em Portugal tem sido normalmente ser convidado para assumir um cargo. É uma prática profundamente errada, porque o correcto é escolher alguém para chefe de equipa e este tem que organizar a sua equipa para garantir a coesão. Independentemente de existir alguém que pode ser sugerido, mais isso é diferente de impor. Infelizmente a prática neste país é ele já estar escolhido, pelo Ministro ou por alguém que o indicou e tem de ser aceite, tem de ser assumido. Pessoalmente não aceito essa forma de actuação. A primeira coisa que pergunto é se posso formar a minha equipa, se posso escolher. Se sim aceito, caso contrário declino o convite.
20	Eu penso que o presidente deve ter uma palavra naturalmente sobre a equipa. Não é uma palavra impositiva. No meu caso foi-me dito que teria uma pessoa com formação em administração hospitalar. O que obviamente considerei, até porque não tinha este tipo de formação [...] Se entende isto como auscultação do presidente aí estou de acordo.
22	Deve ser o presidente a escolher. Há o risco de não acontecer. Mas isso depende dele e do seu peso. A mim tentaram-me fazer isso. Eu disse, não eu aceito sugestões mas quero ser eu a escolher.

Quadro 134 — Exemplo de comentários relativos à prática de nomeação

Os comentários aqui transcritos 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 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”).

O Quadro 135 apresenta exemplos de alguns dos comentários relativos à composição e funcionamento da equipa.

Entrevistado	Comentário
3	A equipa deve ser formada de acordo com a forma como os elementos se complementam uns aos outros. Uma equipa de futebol não é das melhores apenas porque tem 5 dos melhores guarda-redes, precisa de elementos para as diferentes posições. Não se consegue formar equipa e as pessoas não se conhecem. Às vezes funciona, mais vale não se conhecer às vezes. O problema é que se desconhecem umas às outras e muito menos a instituição para onde vão. Este último ponto pode

Entrevistado	Comentário
	ser ultrapassado desde que as pessoas possuam uma formação de base que lhes permita suprir algum desconhecimento do terreno. O que não conseguem é dar a volta em termos de relacionamento pessoal, nas diferentes metodologias de trabalho.
15	É uma equipa espartilhada pela necessidade de encaixar mais alguém no CA. Isso é o segundo erro (o primeiro é a interferência partidária na escolha do presidente), importar para dentro do hospital a falta de coesão quando não se dá a responsabilidade ao presidente de escolher a sua equipa. Portanto a interferência vai até aos vogais e muitas vezes constitui-se um conjunto de pessoas que nunca serão uma equipa, porque não há um espírito de coesão. A prática de não procura de competência para o presidente é replicada depois para o resto da equipa, nomeadamente os vogais. Depois temos situações de ausência de coesão, a ter visões diferentes, o que quer que seja. O presidente deve ter a possibilidade de propor a sua equipa e para o fazer que tenha um quadro de procura de competência e não de simples amizades e de proximidades políticas ou partidárias. Os hospitais infelizmente foram eleitos há bastante tempo atrás em áreas de atribuição de benesses. Às vezes não é assim, diga-se.
16	O jogo tem sempre dois lados, um lado diz o que quer e o outro a diz que aceita ou que não aceita. 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. Depois 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. Acredito que aconteça o contrário. A pessoa é convidada e responde está bem aceito mas apenas se, mediante determinadas condições.
18	Há ali algumas interferências que depois são complicadas de gerir, porque as pessoas têm de trabalhar em conjunto.
19	O cargo do PCA tem de ser desenvolvido em confiança. Se não há confiança na equipa, nas competências das pessoas que lhe foram impostas, então não existem condições para exercer o cargo. O CA nomeado à partida está destinado ao fracasso.
20	No meu caso foi-me dito que teria uma pessoa com formação em administração hospitalar. O que obviamente considerei, até porque não tinha este tipo de formação. Isso é relevante para o próprio hospital. Obviamente que se me dissessem vai ter uma pessoa que é sociólogo eu diria não, porque precisava de uma pessoa da área da administração.
22	Ao constituir o CA tenho de pensar na equipa e na complementaridade. Tenho de pensar também no conhecimento do terreno, na credibilidade e no reconhecimento junto dos profissionais do hospital. Como tal tenho de escolher um director clínico e um enfermeiro director que sejam reconhecidos junto dos seus profissionais, que tenham provas dadas, que sejam creíveis. Se não o fizer é porque sou burro. Arrisco-me a ter dois membros do CA, fundamentais para a ligação com duas áreas e duas classes essenciais num hospital, que não são reconhecidos pelos seus pares. Depois tenho de pensar nas outras áreas. 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. Tem que haver uma consonância, um conhecimento daquilo que se quer para atingir os objectivos pretendidos. Um treinador de futebol tem de escolher as peças de acordo com a complementaridade. Uma equipa pode não ser constituída pelos melhores. Podem ser os melhores mas não funcionam em equipa. 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.

Quadro 135 — Exemplo de comentários relativos à composição e 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”).

O Quadro 136 apresenta exemplos de alguns dos comentários relativos à avaliação do desempenho.

Entrevistado	Comentário
4	Ao fim de algum tempo deveria ser feita uma avaliação do CA e se um determinado membro tivesse uma avaliação diferente, se não se estivesse a adaptar correctamente ao cargo e às responsabilidades deveria sair. Se os envolvidos são médicos ou enfermeiros é mais fácil resolver o problema. Contudo, quando o avaliado é o presidente ou um vogal executivo fica mais difícil resolver o problema gerando-se mesmo situações de conflito dentro dos CA e de funcionamento do próprio CA. A auto-avaliação é importante nestes casos. E se de facto existe um membro que sistematicamente é contra as decisões daquele CA ou se não está integrado, tornando-se de alguma forma um elemento marginal, deve ser dada uma oportunidade para melhorar ou então ser substituído.
12	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. Por isso, a credibilização do processo contratual por parte do Ministério da Saúde é fundamental.
16	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. As pessoas devem ser avaliadas não por aquilo que são, mas por aquilo que conseguem enquanto membros de um CA. Agora temos é um sistema que se baseia naquilo que as pessoas são: ou são amigos, ou são primos, ou são tias, ou são do partido. As pessoas têm de estar nos seus postos enquanto produzirem os resultados que são esperados. As administrações devem ser perfeitamente flutuantes e devem ser demitidas no primeiro dia a seguir se no primeiro dia fizeram borrada. Mas isso é um assunto que devia ser encarado pelo MS enquanto accionista e não pelo MS enquanto gestor político de um sector. Mas penso que isso não vai acontecer tão cedo.
17	Há de tudo. Nos últimos dois anos penso que tem vindo a diminuir. Às nomeações que assisti, o PCA é nomeado e escolhe a sua equipa. Aliás se quisermos ter hospitais com resultados não pode ser de outra maneira, porque senão o presidente vai-nos dizer em cada momento “mas eu não o escolhi como é que querem que eu trabalhe com ele”. Acho que isso está bastante corrigido. Penso que isso era menos claro há 3 anos atrás.

Quadro 136 — Exemplo de comentários relativos à avaliação do desempenho

Por último os comentários focam um aspecto de extrema importância: a avaliação do desempenho do CA. 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 que têm atribuídas. 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, simultaneamente como elemento dissuasor da intervenção política na escolha dos CA e da imposição de equipas, e, em última análise, 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”.

3.3.2.3. Critérios de nomeação

Os comentários obtidos com a pergunta “*Em resumo, na sua opinião quais os critérios que considera mais importantes para a nomeação dos membros do Conselho de Administração?*” foram agrupados pelas categorias e subcategorias presentes no Quadro 137.

Categoria	Subcategoria	Frequência	%
Características individuais	Características pessoais	22	19%
	Capacidades	22	19%
	Experiência	27	23%
	Competência	22	19%
	Outras	10	9%
Características do CA	Presidente	4	3%
	Vogais	3	3%
	Corpo clínico	2	2%
	Equipa	5	4%
Total		117	100%

Quadro 137 — Distribuição dos comentários por categorias e subcategorias relativas a critérios de nomeação

A maioria dos comentários (88%) está relacionada com as características individuais em termos de experiência (23%), capacidades (19%), competências (19%), características pessoais (19%), e outras (9%). Os restantes comentários (12%) estão relacionados com características do CA, nomeadamente do presidente (3%), dos vogais (3%), do corpo clínico (2%) e da equipa (4%).

Relativamente aos critérios individuais os entrevistados consideram que a nomeação deve ser feita tendo em conta a sua experiência, as suas capacidades, as suas competências e as características pessoais que possui. O Quadro 139 apresenta para as características individuais os principais elementos identificados pelos entrevistados bem como a respectiva frequência.

Subcategoria	Itens	Frequência	%
Experiência	Conhecimento da área	13	13%
	Conhecimento da instituição	4	4%
	Resultados obtidos	4	4%
	Provas dadas	3	3%
	Reconhecimento no sector	3	3%
Competências		22	21%
Capacidades	Liderança	7	7%
	Relacionamento interpessoal	4	4%
	Gestão de conflitos	3	3%
	Entendimento de conjunto	2	2%
	Motivação	2	2%
	Negociação	2	2%
	Trabalhar em equipa	2	2%
Características pessoais	Bom senso	8	8%
	Maturidade	4	4%
	Honestidade	3	3%
	Equilíbrio emocional	2	2%
	Bom feitio	2	2%
	Sensatez	1	1%
	Seriedade	1	1%
	Transparência	1	1%
Outras	Disponibilidade para trabalhar	3	3%
	Espírito de missão	3	3%
	Espírito de serviço público	2	2%
	Boa relação com a tutela	1	1%
	Independência face ao poder político	1	1%
Total		103	100%

Quadro 138 — Distribuição dos comentários pelas subcategorias das características individuais

O Quadro 139 apresenta exemplos de alguns dos comentários para as características pessoais.

Entrevistado	Comentário
3	Maturidade e equilíbrio emocional.
5	Uma boa relação com a tutela que incentive a parceira e afaste a hostilidade.
6	Background na área da saúde. Competência (nomeadamente técnica em termos de gestão, economia, direito, etc.)
8	Os administradores hospitalares devem ter competências próprias em várias áreas – recursos humanos, economia, direito, etc.
9	Capacidade de motivar os outros. Transparência.
9	Competência e experiência nas áreas para onde foi nomeada.

Entrevistado	Comentário
10	Seriedade, honestidade.
10	Disponibilidade para trabalhar. Espírito de serviço público.
11	Pessoas que consigam lidar como um grupo e como uma equipa. Têm de conseguir lidar uns com os outros, serem assertivos, saberem discutir os assuntos em profundidade. Formação sólida na área da gestão, nomeadamente da gestão da saúde.
12	Liderança interna e de conjunto, conseguir colocar-se na periferia do sistema e não apenas no interior.
13	Experiência profissional e pessoal compatível com o cargo que vem desempenhar.
13	Ter uma visão voltada para a instituição. Não vir para aqui fazer uma carreira política ou outra carreira estranha ao cargo que vai desempenhar.
13	Independência ao poder político, embora tenha que existir confiança política em termos de política de saúde e não em termos de confiança partidária e de confiança cega. Se não concorda com o que está a fazer então demite-se. Houve algo de errado: ou quem o nomeou ou quem foi nomeado, porque está no sítio errado.
15	Capacidades relacionais, negociais e de percepção.
16	A competência pessoal e profissional, liderança, nível de interação com o CA.
16	O único critério importante é a capacidade e a competência das pessoas para o desempenho das funções para que são nomeadas. Isso pode envolver algumas considerações ou não sobre o conhecimento que as pessoas têm do sítio para onde são nomeadas. Isso parece-me importante, porque pode passar algum tempo até as pessoas conhecerem a instituição.
17	É necessário ser um líder, ter capacidade de liderança e de motivação das pessoas, e comunicar. Ter muito bom feitio.
17	Capacidade técnica e de gestão demonstrada, porque estamos falar de algo complexo e não de uma indústria incipiente.
18	O currículo. O que é que as pessoas já fizeram, qual a sua experiência, quais os resultados produzidos. Uma análise curricular era muito importante.
19	Liderar conflitos e o confronto de poderes técnicos. O hospital é rico nestes aspectos. A liderança é mais exigente. A conflituosidade é grande.
19	A personalidade do PCA é determinante, assim como a disponibilidade do CA, isto é, o seu espírito de missão. O modelo é importante, mas se não existir liderança falha A disponibilidade do CA apenas existe se os seus elementos também estiverem disponíveis e não ausentes.
19	Mudar de atitude, voltar atrás para atingir resultados.
22	Capacidade intrínseca da pessoa. A sua estatura, a sua sensatez, o equilíbrio. Os génios funcionam bem mas funcionam sozinhos.
22	As provas dadas no terreno. O que já fizeram. O seu conhecimento no terreno.

Quadro 139 — Exemplo de comentários relativamente às características individuais

O Quadro 140 apresenta os comentários obtidos para as características do CA em termos de equipa e dos seus membros.

Categoria	Entrevistado	Comentário
Presidente	1	A figura do presidente pode ser um médico com muita experiência com conhecimentos superficiais de economia e gestão na área hospitalar, mas deve rodear-se de executivos bons e ter o apoio técnico de um clínico e de um enfermeiro que conheçam bem o terreno nas suas áreas e que sejam

Categoria	Entrevistado	Comentário
		pessoas consensuais dentro da organização, que sejam os nossos interlocutores junto dos profissionais.
	8	Como já disse em outro ponto o presidente deve ser sempre um médico. Um hospital deve ser gerido por um médico. Retomo o exemplo dado: numa fábrica de cabedais precisa de um perito em cabedais senão vai à falência. Assim, num hospital, pela própria linguagem, pelos equipamentos, pelas características daquilo que se chamam agora os clientes, precisa de um médico.
	15	Em hospitais grandes o PCA tem que ter uma experiência em gestão empresarial. Com competência e inteligência para perceber as especificidades. Um hospital de 600 camas, orçamento de 150 milhões de euros, não se podem gerir da mesma forma que 15 milhões.
	19	O PCA tem de ter experiência no sector. Pode não ser muito técnica. Deve é ter capacidade de ser capaz de executar as grandes medidas, os grandes aspectos estratégicos, de ele próprio os definir para a tutela, de ser um líder, de liderar conflitos. A personalidade do PCA é determinante, assim como a disponibilidade do CA, isto é, o seu espírito de missão. O modelo é importante, mas se não existir liderança falha.
Vogais	1	Fui buscar profissionais da administração hospitalar que, embora não tenha a formação que seria a ideal, ainda são quem melhor conhece os hospitais.
	16	Depois ser-lhe dada a possibilidade de constituir a sua equipa levando competências específicas na área financeira, de direcção clínica e de direcção de enfermagem.
	19	Ao resto do CA devem ter a capacidade de serem executores de medidas, nomeadamente na vertente da gestão económico-financeira.
Corpo clínico	16	É uma grande controvérsia grande a composição do CA. É sensato que a visão clínica e a visão de enfermagem estejam na tomada de decisão do CA. A competência e o reconhecimento pela classe ajudam a relação com os vários sectores do hospital.
	19	Por seu turno a parte mais clínica, médicos e enfermeiros, devem ser tecnicamente capazes e reconhecidos dentro da classe.
Equipa	7	Estas características devem estar todas ao mesmo nível, devem constituir um sistema harmonioso.
	11	O CA é uma equipa que tem de estabelecer relações interpessoais que passem uma imagem de credibilidade e de solidez para a instituição, para os utilizadores e para a região onde este está implantado.
	16	Admito que essas competências variem de acordo com aquilo que está em causa. Se temos uma organização estruturada se calhar preciso de um gajo com mais músculo, se temos uma organização relativamente menos estruturada mas que precisa de uma orientação precisa de uma liderança mais democrática. Mas isso tem a ver com o juízo que é feito em cada situação. Juízo que eu tenho dúvidas que o Ministério tenha capacidade de fazer.
	17	O CA tem que estar presente, não pode estar ausente. Alguns CA estão mais tempo ausentes do que no hospital.

Categoria	Entrevistado	Comentário
	22	O CA tem de ter um equilíbrio, têm de ser amigos, de criar um <i>élan</i> de princípios e objectivos que sejam comuns.

Quadro 140 — Exemplo de outros comentários relativamente às competências do CA

Estes 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.

3.3.3. 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 nas categorias presentes no Quadro 141.

Categoria	Frequência	%
Ciclos políticos	22	55%
Estabilidade e duração do mandato do CA	18	45%
Total	40	100%

Quadro 141 — Distribuição dos comentários por categorias relativas à intervenção política e burocrática

A maioria dos comentários (55%) está relacionada com os ciclos políticos, enquanto os restantes comentários (45%) estão relacionados com a estabilidade e duração do mandato do CA.

O Quadro 142 apresenta exemplos de comentários relativos aos ciclos políticos.

Entrevistado	Comentário
3	Afecta e não devia afectar. Os CA deveriam ser colocados nas instituições em função de um projecto para essa instituição. Em função dos ciclos políticos o que vale para hoje já não vale para amanhã e as nossas instituições são bem o reflexo desta alternância política a vários níveis.
4	Provocam atrasos e percalços na vida do hospital, porque tudo muda.
6	Completamente. Deveria existir uma linha estruturante e uma ideia para a saúde tal como defende o Prof. Sakellarides, que existe noutros países, nomeadamente na Inglaterra apesar de depois haverem grandes mudanças. Cada partido terá depois a sua abordagem. Repare que os ciclos podem dizer respeito a partidos diferentes, mas também, e infelizmente, a mudanças dentro do mesmo partido. Veja-se a mudança da Belém para a Arcanjo. Foi um autêntico desastre. Não se percebia o que a senhora queria fazer. Parece que a sua única intenção era destruir o trabalho da antecessora.
7	Afectam quando representa mudanças nas administrações. Toda a gente nomeada para um CA vai tentar por ideias em práticas que exigem um período para passar à acção e outro para começar a obter os seus frutos. Se estamos a mudar os políticos e as administrações o que resulta é que as ideias, boas ou más, nunca chegam à sua forma final com dados consolidados. E isso acontece frequentemente com os hospitais. Muitas vezes perdem-se bons projectos, porque quem entra tem outras ideias.
8	Se o hospital tiver uma equipa coesa e uma equipa forte com bons resultados julgo que não terá problemas. Fui aqui colocado por um governo [...], já passei por governos [...], trabalhei com praticamente 9 ministros da saúde e nunca tive problemas. Nunca fiz política cá dentro, a minha política é o doente. Não tenho problemas em trabalhar com nenhum partido nem nenhum governo nunca teve ou tentou intervir no meu hospital. Nesse aspecto sou um <i>outsider</i> .
10	Afectam. Existe muitas vezes mudança de rumo a meio de projectos que estão em curso e que se ressentem com essas mudanças. As mudanças muitas vezes não têm a ver com as mudanças de partidos, mas mais com a mudança de ministro dentro do mesmo partido. A minha percepção é que as mudanças foram sempre mais viciadas, pela negativa, no segundo caso do que no primeiro. Por exemplo, 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. Neste último regrediu-se muito.
12	Eventualmente influenciam, mas não acredito que sejam determinantes. Os ciclos estão muito relacionados com a personalidade dos ministros e o seu peso, isto é, a influência que podem ter no governo para fazer passar as suas ideias.
13	Era importante que se definam linhas estratégicas fundamentais. Aí os ciclos políticos teriam menos efeitos e menos influência na definição das linhas estratégicas da saúde. 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. Os ciclos políticos têm efeitos negativos.
18	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 de admirar que apesar de tudo isto os hospitais, apesar de tudo, continuem a funcionar. Com tantos CA é impossível gerir uma casa. Perde-se em trabalho.

Entrevistado	Comentário
19	Certamente que sim. As políticas de saúde relacionadas com os hospitais resultam mais do impulso político do que da análise da evidência.

Quadro 142 — Exemplo de comentários relativos 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 saúde³⁵ (“deveria existir uma linha estruturante e uma ideia para a saúde tal como defende o Prof. Sakellarides, 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”. A existência de linhas estratégicas

³⁵ Esta questão já foi abordada relativamente aos grandes problemas associados à governação hospitalar em Portugal.

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 Estado³⁶ (“fui aqui colocado por um governo [...], já passei por governos [...], trabalhei com praticamente 9 ministros da saúde”).

Ao nível micro, as repostas dos entrevistados confirmam a rotatividade dos CA derivados pelas mudanças dos ciclos políticos e a necessidade de estabilidade para atingir bons resultados³⁷. 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 (“é de admirar que apesar de tudo isto os hospitais, apesar de tudo, continuem a funcionar”).

O Quadro 143 apresenta alguns dos comentários relacionados com questões de estabilidade e de duração do mandato dos CA.

Entrevistado	Comentário
5	O novo CA pode estar familiarizado com o hospital e o processo de transição pode ser menos duro. Contudo, muitas vezes o novo CA tem de se contextualizar com o hospital, procurar conhecê-lo e perceber as suas características. Mas, ao mesmo

³⁶ 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 4 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).

³⁷ Esta questão foi discutida relativamente à intervenção política na nomeação dos CA e no ponto relativo aos resultados da estrutura dos CA. A rotação dos CA é elevada: para os hospitais dos entrevistados, desde 2000 até 2007 passaram pelos 8 hospitais 22 CA, 21 presidentes do CA e 37 vogais diferentes; apenas 2 hospitais mantiveram o mesmo CA, 4 hospitais tiveram 3 CA, e 2 hospitais tiveram 4 CA.

Entrevistado	Comentário
	tempo que está a aprender tem de tomar decisões imediatas sobre determinados problemas, senão o hospital pára... Muitos projectos, vitais para o hospital param ou sofrem atrasos ou que tem custos. Isto muitas vezes desmotiva os profissionais envolvidos nestes processos. Quando começa a perceber verdadeiramente o hospital e estava em condições para o conduzir a todo o vapor muda o ciclo e entra outro CA!
6	O mandato de 3 anos não é o mais indicado, é perfeitamente errado. No 1 ano adapta-se e no final do 1 ano começa a perceber o hospital e as questões. No 2 ano começa a desenvolver as suas ideias e começa a implementá-las. No 3 ano começa a trabalhar fortemente no terreno. Consolida quando se está a ir embora e deveria estar a consolidar num período mais largado. O mandato de 5-6 anos seria o mais indicado. Mais de 6 anos parece-me errado, porque os CA começam a entrar em rotinas concretas e cristalizam.
7	Quando um CA está pronto para trabalhar, fez o seu reconhecimento, aqueceu os motores, está pronto para decidir e provavelmente com alguma segurança, mas tem de sair, porque foi nomeado um novo CA. Tudo começa de novo. Muitas vezes fico arrepiado quando um novo CA toma decisões de afogadilho: ou a decisão é de tal forma evidente que não merece contestação ou então estão-se a cometer erros baseados em maus diagnósticos. Melhor, se calhar nem fizemos o diagnóstico. Vinhamos com aquilo na cabeça e toca de começar. Tenho enfermeiros a mais, vou despedir. Medidas tomadas com base em preconceitos são erradas. Resumindo, primeiro a identificação com as pessoas e depois com os problemas; segundo, pensar as prioridades e definir uma linha de actuação; olhar para as contas e ver se tem dinheiro para fazer cantar um cego. Bom, esta última parte é logo no primeiro dia.
8	A estabilidade do CA é importante para a gestão e para os seus colaboradores. Conhecer os cantos à casa, as equipas, etc. é fundamental. O presidente que fica pouco tempo não pode ter um grande projecto. Até pode estar empenhado e querer fazer o melhor, mas pura e simplesmente não terá tempo para o fazer. Para gerir um hospital o CA tem de conhecer a casa e o primeiro esforço a fazer, que pode demorar algum tempo, é conhecer as pessoas, é conhecer os serviços, é conhecer os problemas. Temos que saber quem é que estamos a gerir. Para quem vamos gerir já sabemos?
10	Os ciclos políticos determinam a vida dos hospitais, porque há, na generalidade dos casos, mudança dos CA e porque, mesmo não havendo, há mudança orientação política sobre projectos estruturais e estruturantes. 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.
10	A duração do mandato devia ser revisto. Quando está pronto a avançar a todo o vapor, o CA arrisca-se a sair e vai começar tudo de novo. É necessário que tal aconteça até para que os CA sejam responsabilizados por aquilo que fazem. Isto é mais evidente nos grandes hospitais em que 3 anos não são tempo suficiente para alterar muita coisa.
19	Não. Até por falta de confiança nas pessoas que são nomeadas para os CA.

Quadro 143 — Exemplo de comentários à estabilidade e à duração dos mandatos

A questão da estabilidade do CA, não só relativa aos ciclos políticos mas também 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 anteriormente³⁸ (“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”).

³⁸ Esta questão foi discutida relativamente à intervenção política na nomeação dos CA.