

• U • C •

FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Leonel José Batista Gonçalves

Contratualização e Nova Gestão Pública no Setor da Saúde

Uma experiência em dois centros de responsabilidade hospitalares

Relatório de Estágio de Mestrado em Gestão, apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, para
obtenção do grau de Mestre em Gestão

Orientadora: Professora Doutora Teresa Carla Oliveira

Supervisora: Doutora Marta Bronze

Coimbra, 2013



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

In our rush to steer, are we forgetting who owns the boat?

Denhardt e Denhardt (2000)

Agradecimentos

Aproveito este momento para deixar o meu profundo agradecimento a todas as pessoas que me ajudaram, direta ou indiretamente, a chegar a este momento de conclusão de mestrado. Depois de seis anos na Faculdade de Economia da Universidade de Economia, é este relatório que marca o fim da viagem.

Começo por agradecer à minha orientadora de estágio, a Professora Doutora Teresa Carla Oliveira, pela sua confiança ao transmitir o conhecimento necessário para elaborar este relatório, o qual contribuiu para uma melhor preparação neste início da minha vida profissional.

Ao Professor Stuart Holland deixo o meu sincero muito obrigado pela sua disponibilidade e pela indispensável partilha de conhecimento. A sua orientação foi, sem qualquer dúvida, essencial, especialmente no que concerne à análise de discurso das entrevistas.

Agradeço também à minha supervisora de estágio, a Dr.^a Marta Bronze, pelo tempo e apoio despendidos, e pela partilha de informação fundamental para compreender a dinâmica da realidade hospitalar.

Agradeço ainda a todos os profissionais de saúde que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização deste relatório e do estágio que o mesmo relata. Destes, um especial agradecimento aos médicos e diretores de serviços hospitalares, que gentilmente aceitaram ser entrevistados.

Quero agradecer também à Professora Doutora Isabel Cruz, pela orientação ao nível da pesquisa bibliográfica na área da contratualização.

Um especial obrigado a todos os mestrandos e doutorandos com quem tive o privilégio e a honra de estudar e desenvolver estes temas.

O mais sincero agradecimento à minha família e amigos pois foram o maior pilar no meu percurso académico.

Um agradecimento especial para a Rita pelo seu apoio afetivo e emocional.

Por fim, agradeço aos meus pais, pelos valores e princípios que me fomentaram, e por isso faço questão de sublinhar a minha eterna admiração e gratidão.

Resumo

Este relatório versa sobre um estágio curricular realizado num grande hospital universitário sob o paradigma da nova gestão pública, no contexto da implementação de um modelo de contratualização que visa alcançar eficiência económica. O estágio foi enquadrado num projeto de investigação-ação denominado de "*Higher Performance and Psychological Well-Being*", coordenado pela professora Teresa Carla Oliveira.

O relatório avalia a literatura sobre o absentismo e o contrato psicológico e se o processo de contratualização, enfatizando a eficiência económica, favorece ou desfavorece a eficiência social, em termos de satisfação e motivação dos profissionais em termos de envolvimento com propósito e bem-estar psicológico.

O relatório inclui também uma codificação de discurso relativo a estes temas como resultado de entrevistas realizadas pelo pesquisador com um administrador de dois Centros de Responsabilidade Integrada, dois médicos seniores e dois médicos intermédios, que são diretores, respectivamente, de cardiologia, oftalmologia, neurologia e cirurgia plástica.

Palavras-chave: Contratualização; Nova Gestão Pública; Eficiência Económica e Social; Contrato Psicológico.

Abstract

This report is of a traineeship in a major teaching hospital under new public management and in which the government was deploying a contractualisation model to try to achieve great economic efficiency. The traineeship was framed in an action research project called "High Performance and Psychological Well-being", under the guidance of Professor Teresa Carla Oliveira.

The report evaluates literature on absenteeism and psychological contract and whether performance contractualisation, with its emphasis on economic efficiency, helps or hinders social efficiency in terms of the satisfaction and the motivation of professionals in terms of their sense of purposeful engagement and psychological well-being.

The report also includes coding of discourse relating to these themes as the outcome of one-to-one interviews undertaken by the researcher with an administrator of two Centres of Integrated Responsibility, two senior doctors and two middle doctors, who are managers respectively of cardiology, ophthalmology, neurology, and plastic surgery.

Keywords: Contractualisation; New Public Management; Economic and Social Efficiency; Psychological Contract.

Índice

Introdução.....	1
PARTE I – CONTRATUALIZAÇÃO E NOVA GESTÃO PÚBLICA.....	3
1. O Serviço Nacional de Saúde e Nova Gestão Pública.....	3
1.1. Nova Gestão Pública e Contratualização.....	10
1.2. Contratualização e Contratos-Programa.....	13
1.2.1. Contratos-Programa.....	17
1.2.2. Agências de Contratualização.....	18
1.2.3. Contratualização Externa e Contratualização Interna.....	20
1.3. Sumário.....	24
2. Nova Gestão Pública no setor da saúde e Contrato Psicológico.....	25
2.1. Gestão do Contrato-Psicológico.....	25
2.2. Absentismo.....	28
2.3. Sumário.....	33
3. Modelo de Análise.....	35
PARTE II – UMA EXPERIÊNCIA EM DOIS CENTROS DE RESPONSABILIDADE.....	39
4. Descrição do Estágio.....	39
4.1. Objetivos do Estágio.....	39
4.2. A Instituição de Acolhimento.....	41
4.3. Tarefas Desenvolvidas.....	46
4.3.1. Temas para <i>Workshops</i>	47
4.4. Análise das Entrevistas.....	49
4.4.1. Discussão dos Resultados.....	60
5. Estudo de Caso: Contratualização Interna.....	63

5.1. Profissionais de Saúde	65
5.2. Atos Clínicos	67
5.3. Orçamento – Custos e Proveitos.....	71
6. Notas Finais.....	73
7. Referências Bibliográficas.....	75
ANEXOS	81
Anexo 1.....	83
Anexo 2.....	85
Anexo 3.A.....	87
Anexo 3.B.....	89
Anexo 4.....	91

Lista de Figuras e Quadros

Figura 1 – Evolução dos gastos em saúde em % do PIB 2004-2010.....	pág. 6
Figura 2 – Abordagem Sistémica da Contratualização	pág. 16
Figura 3 – Traduzindo a Visão e Estratégia: 4 perspetivas do BSC.....	pág. 22
Figura 4 – <i>Conceptual Framework for Assessing Psychological Well-Being and Performance in Hospitals</i>	pág. 27
Figura 5 – Os fatores do absentismo	pág. 28
Figura 6 – As origens do absentismo	pág. 29
Figura 7 – Duas abordagens para regular o absentismo	pág. 30
Figura 8 – Evolução da Taxa Geral de Absentismo – 2008/2011	pág. 31
Figura 9 – Reconciliando as lógicas organizacional e operacional	pág. 38
Figura 10 – Composição do CHUC	pág. 44
Quadro 1 – Principais características de Bismarck e Beveridge.....	pág. 9
Quadro 2 – Componentes Doutriniais da NGP	pág. 12
Quadro 3 – Análise SWOT da contratualização interna	pág. 21
Quadro 4 – Evolução das ausências no trabalho por motivo (2010-2011) ...	pág. 32
Quadro 5 – Código de Entrevistados	pág. 49
Quadro 6 – Valorização da Cirurgia de Ambulatório (Exemplo)	pág. 67
Quadro 7 – Internamento (Exemplo)	pág. 68
Quadro 8 – Valorização do Internamento (Exemplo).....	pág. 69

Quadro 9 – Consultas Externas (Exemplo) pág. 70

Quadro 10 – Custos do contrato-programa (Exemplo)..... pág. 71

Quadro 11 – Proveitos vs. Custos (Exemplo)..... pág. 72

Lista de Siglas e Acrónimos

- ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde
- AGI – Área de Gestão Integrada
- ARS – Administração Regional de Saúde
- BSC – *Balanced Scorecard*
- CA – Conselho de Administração
- CHC – Centro Hospitalar de Coimbra
- CHPC – Centro Hospitalar e Psiquiátrico de Coimbra
- CHUC – Centro Hospitalar e Universidade de Coimbra
- CRI – Centro de Responsabilidade Integrado
- CRI-CCT – CRI de Cirurgia Cardiorádica e Transplantação de Órgãos Torácicos
- CRIO – Centro de Responsabilidade Integrado de Oftalmologia
- EPE – Entidade Pública Empresarial
- FSE – Fornecimentos e Serviços Externos
- GC – Governação Clínica
- GDH – Grupos de Doença Homogéneos
- HCWS – *High Commitment Work System*
- HRM – *Human Resource Management*
- HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra
- KAS – *Knowledge, Abilities and Skills*
- LEC – Lista de Espera para Consulta
- MCDD – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
- NGP – Nova Gestão Pública
- NHS – *National Health Service*
- NPM – *New Public Management*
- OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development*
- PIB – Produto Interno Bruto
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats.*
- UE – União Europeia
- USF – Unidade de Saúde Familiar
- VBP – *Values, Beliefs and Personality*

Introdução

Numa era em que a eficiência da gestão de serviços públicos é um assunto relevante para a atual realidade económica, e essencial para uma boa prática de gestão pública, tendo em conta as restrições e dificuldades com que as instituições se deparam, há quem veja na redução da despesa pública o caminho a seguir. Tendo em vista esse efeito, o paradigma da nova gestão pública e a implementação de processos de contratualização são frequentemente apontados como a solução.

Assim, perante um contexto económico tão exigente, a reforma da gestão pública na saúde é necessária. Esta visa responder ao ritmo crescente dos gastos em saúde, procurando, todavia, obter ganhos efetivos em saúde, medidos pela redução de mortes e de doenças, pelo aumento da esperança média de vida e da qualidade da saúde dos anos ganhos (Campos, 2008). É essencial perceber que no sector da saúde, é imperativo tornar as organizações economicamente sustentáveis, não negligenciando a eficiência social das organizações (Oliveira *et al.*, 2013). Deste modo, é fundamental saber distinguir entre gastos necessários a um bom funcionamento do sistema de saúde e gastos que são meramente desperdício (Rigoli e Dussault, 2003).

A contratualização, tema central do estágio curricular em causa, é relevante para a implementação de uma gestão pública eficiente e eficaz. Melhor compreender o processo de contratualização é essencial para promover a eficiência dos serviços, não por qualquer redução na qualidade dos mesmos, mas por uma gestão eficiente do sistema de saúde (Matos *et al.*, 2010). Sendo o paradigma da Nova Gestão Pública uma realidade, é determinante observar as consequências, tanto positivas como negativas, de gerir hospitais como se de uma empresa se tratasse (Harfouche, 2008), na medida em que incide sobre a aplicação de técnicas e modelos de gestão empresarial em instituições públicas (Rocha, 2011).

Deste modo, é importante refletir e discutir para além dos números, pois a contratualização poderá ter como consequência a insatisfação e perda de motivação por

parte dos profissionais de saúde, isto se não estiver implementada uma prática de gestão de pessoas que vá para além de uma mera gestão de financeira. Neste sentido, com os serviços envolvendo pessoas, assume forma a gestão das relações de emprego, com particular ênfase na gestão do contrato psicológico (Guest e Conway, 2002).

No entanto, a questão da responsabilidade e da gestão efetiva das unidades hospitalares também é importante, na medida em que a complexidade da direção passa por diretores clínicos, enfermeiros-chefe e administradores. Portanto, com esta burocratização do modelo de gestão, revela-se incerto qual ou quais daquelas figuras possuem efetivamente os poderes de contratualizar, de gestão clínica, e de gestão de profissionais de saúde. O interface dos diferentes níveis organizacionais desempenha um papel fundamental na formulação e implementação das estratégias organizacionais (Raes *et al.*, 2011).

No que se refere à estrutura do relatório, esta divide-se em duas partes. A primeira, **“Contratualização e Nova Gestão Pública”**, pretende estabelecer uma reflexão teórica sobre o tema, com particular ênfase sobre o processo de contratualização e o paradigma da nova gestão pública, tanto ao nível da eficiência económica como ao nível da eficiência social, particularmente no que se refere à gestão do contrato psicológico e do absentismo. Por outro lado, a segunda parte, denominada **“Uma Experiência em Dois Centros de Responsabilidade”**, versa sobre a realidade prática do estágio, onde é descrito o estágio e os respetivos objetivos, é apresentada a instituição de acolhimento, e é ainda apresentado um breve estudo de caso acerca da contratualização interna no âmbito da nova gestão pública. Fiz ainda uma análise do discurso de entrevistas realizadas no âmbito do projeto de investigação-ação, e ainda uma discussão dos resultados obtidos. Por fim, elaborei um capítulo de notas finais que tem como objetivos, não apenas a reflexão crítica do estágio e da experiência e aprendizagem adquiridas no decorrer do mesmo, como também a reflexão sobre a análise crítica de modelo de gestão de serviços públicos fazendo uso de contratualização, optando por uma perspetiva comportamental e institucional.

PARTE I – CONTRATUALIZAÇÃO E NOVA GESTÃO PÚBLICA

1. O Serviço Nacional de Saúde e a Nova Gestão Pública

Ao longo da história, a organização dos serviços de saúde em Portugal sofreu inúmeras alterações, sendo que remonta ao final do século XIX. Porém, no final do ano de 1945, no Decreto-Lei nº 35108, de 7 de Novembro¹, é reconhecido o problema da situação sanitária do país, e estabelecida a criação de serviços técnicos, numa tentativa de combater problemas de saúde, de higiene e sociais, tais como a tuberculose, oncologia, defesa da família, assistência psiquiátrica e saúde mental, entre outros. A Lei nº 2120, de 19 de Julho de 1963², cria os pilares que sustentam a política da saúde, atribuindo ao Estado competências para a organização e manutenção do sistema de saúde e assistência médica (Portal da Saúde, 2010).

Em 1971 é promulgado o Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro³, que decreta a reforma do sistema de saúde que viria a ser conhecida como a “reforma de Gonçalves Ferreira”, e explicitando princípios basilares como o direito à saúde universal, o planeamento central e a descentralização da sua execução, surgindo os primeiros centros de saúde. Com a revolução de Abril de 1974, são criadas condições políticas e sociais que tornariam possível a criação do Serviço Nacional de Saúde. Tais condições são reforçadas dois anos mais tarde, com a aprovação da nova Constituição da República Portuguesa (Portugal, 1976), em que no artigo 64º é garantido aos portugueses o direito constitucional à protecção da saúde e a um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito. Antecipando-se à criação do SNS, o conhecido como “Despacho Arnaut” permite o acesso de todos os cidadãos aos Serviços Médico-Sociais, assegurando, deste modo, cuidados de saúde universais, gerais e gratuitos, assim como a comparticipação de medicamentos. Finalmente, ao abrigo da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro de 1979⁴, é

¹ Decreto-Lei n.º 35:108, 7 de Novembro de 1945. Disponível em: <http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/3/3d/DL35108.PDF>

² Lei n.º 2120, 19 de Julho de 1963. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1963/07/16900/09690973.pdf>

³ Decreto-Lei n.º 413/71, 27 de Setembro de 1971. Disponível em: <http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/7/74/DL413-71.pdf>

⁴ Lei n.º 56/79, 15 de Setembro de 1979. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/1979/09/21400/23572363.pdf>

criado o Serviço Nacional de Saúde, “pelo qual o Estado assegura o direito à protecção da saúde, nos termos da Constituição”, como se pode ler no mesmo diploma. No artigo 7º da mesma lei, é possível ler: “O acesso ao SNS é gratuito, sem prejuízo do estabelecimento de taxas moderadoras diversificadas tendentes a racionalizar a utilização das prestações”, admitindo assim a possibilidade de serem cobradas taxas moderadoras. No ano de 1982, são criadas as administrações regionais de cuidados de saúde (ARS), pelo Decreto-Lei n.º 254/82, de 29 de Junho⁵. No mesmo ano, o Decreto-Lei n.º 357/82⁶, de 6 de Setembro, torna o SNS autónomo, administrativa e financeiramente. Em 1988 é aprovada a lei da gestão hospitalar, no Decreto-Lei n.º 19/88 de 21 de Janeiro⁷, mostrando a preocupação no que diz respeito ao aumento galopante das despesas do setor público da saúde. Na lei, o legislador sugere a introdução de conceitos empresariais nos hospitais, integrando a actividade hospitalar na economia nacional. A própria criação de centros de responsabilidade como níveis de gestão intermédia é um exemplo dessa empresarialização dos hospitais, visando assegurar a qualidade, procurando atingir níveis elevados de eficiência.

Com a segunda revisão da Constituição da Republica Portuguesa em 1989, no artigo 64.º, onde antes se lia “serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito” de acordo com a Lei Constitucional n.º 1/82⁸, passou a ler-se “serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”⁹. No ano seguinte foi publicada a Lei de Bases da Saúde¹⁰, onde se reafirmou o direito à protecção da saúde, inovando no sentido que não se trata apenas de um direito, mas de uma responsabilidade de todos os cidadãos, da sociedade e do Estado. Na Base XXXIV, é admitida a hipótese de serem cobradas taxas moderadoras,

⁵ Decreto-Lei n.º 254/82, 29 de Junho de 1982. Disponível em:

<http://www.dre.pt/pdf1s/1982/06/14700/18971900.pdf>

⁶ Decreto-Lei n.º 357/82, 6 de Setembro de 1982. Disponível em:

<http://www.dre.pt/pdf1s/1982/09/20600/26452645.pdf>

⁷ Decreto-Lei n.º 19/88, 21 de Janeiro de 1988. Disponível em:

<http://www.dre.pt/pdf1s/1988/01/01703/00200023.pdf>

⁸ Lei Constitucional n.º 1/82, 30 de Setembro de 1982. Disponível em:

<http://dre.pt/pdf1sdip/1982/09/22700/31353206.pdf>

⁹ Lei Constitucional n. 1/89, 8 de Julho de 1989. Disponível em:

<http://dre.pt/pdf1sdip/1989/07/15501/00020069.PDF>

¹⁰ Lei n.º 48/90, 24 de Agosto de 1990. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf>.

sendo estas receitas próprias do Serviço Nacional de Saúde, ficando a elas isenta a população sujeita a maior risco e/ou financeiramente mais desfavorecida (Portal da Saúde, 2010).

A Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro¹¹, vem alterar o modelo da gestão hospitalar, empresariando os hospitais, com uma reforma no setor da saúde suportada pela Nova Gestão Pública (Harfouche, 2008). Resultando daí os hospitais como Entidade Pública Empresarial (EPE), em 2006, visando objetivos de eficiência, transparência e flexibilização dos processos internos. Um dos maiores sucessos alcançados pelo SNS é, sem dúvida, a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF). Trata-se de um modelo de gestão inovador no quadro do SNS, que pela descentralização da gestão responsabiliza os profissionais de saúde e prime pelo alcance de metas e objetivos (Carvalho, 2013). As primeiras USF surgem em 2007, dando forma à reforma dos cuidados de saúde primários, garantindo uma maior acessibilidade das populações. Um ano mais tarde são criados os agrupamentos de centros de saúde do SNS (ACES), tendo origem no seguimento da reforma dos cuidados de saúde primários, que procura a obtenção de ganhos em saúde por via de uma gestão equilibrada (Portal da Saúde, 2010).

Em plena crise económica, os desafios da gestão pública da saúde são intensificados, resultando em decisões cada vez mais complexas. Por um lado, temos os gastos em saúde crescentes a um ritmo galopante. Por outro, a necessidade de manter o SNS mais leve e eficiente, com forte pressão do governo e da *troika* para um melhor desempenho clínico. Campos identificou alguns dilemas atuais que o sistema nacional de saúde enfrenta (Campos, 2008):

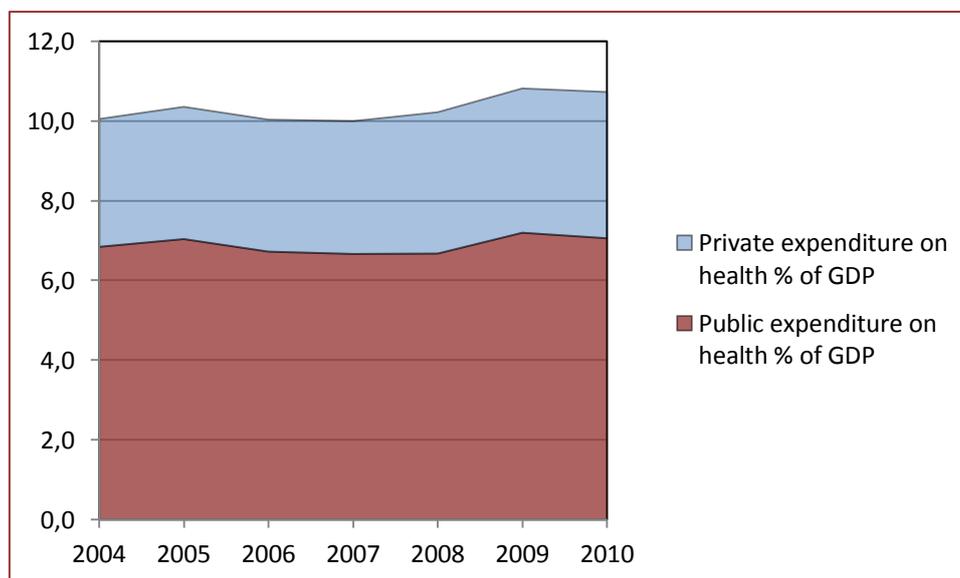
- Manter o actual modelo do SNS, cada vez mais dispendioso, estando obrigado a promover a equidade;
- Encontrar o equilíbrio entre a solidariedade e a viabilidade;
- Encontrar o equilíbrio entre a responsabilidade setorial e a partilha de tarefas e de responsabilidade, com outros setores, ministérios e atores;

¹¹ Lei n.º 27/2002, 8 de Novembro de 2002. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/2002/11/258A00/71507154.pdf>

- Equilíbrio entre equidade em saúde e equidade na utilização dos serviços de saúde (Campos, 2008).

Ainda relativamente à despesa pública com a saúde, no período entre 1990 e 2004, Portugal apresentou uma tendência inversa à da média dos gastos com a saúde no PIB da União Europeia a quinze (UE 15), pois esta diminuiu 1,3%, enquanto que, no caso português, o peso dos gastos públicos com a saúde no PIB aumentou 6,4% (Campos, 2008). No período de 2004 a 2010, a figura 1 mostra uma evolução positiva nos gastos totais com a saúde em percentagem do PIB, embora se observe um aparente controlo dos gastos públicos, e um aumento nos gastos privados com a saúde (OECD, 2013).

Figura 1 - Evolução dos gastos em saúde em % do PIB 2004-2010



Fonte: Adaptado de OECD (2013)

Ao abordar o tema, Barros (2013) considera que, embora se espere alguma proteção relativamente às verbas destinadas ao campo da saúde, é muito difícil que não haja do setor público da saúde uma contribuição para a redução do défice.

As medidas constantes no memorando de entendimento passam, por um lado, pela contenção e racionalização dos gastos, por exemplo, em medicamentos, transporte, horas extraordinárias, e por outro pelo aumento de receitas por via de pagamentos de

taxas moderadoras (OPSS, 2012). Estas medidas têm de ser implementadas cautelosamente, tendo em conta efeitos negativos envolvendo como a redução da qualidade e o surgimento de iniquidades no Serviço Nacional de Saúde.

Contudo, a necessidade de organizar e estruturar os sistemas de saúde surgiu já no final do século XIX, e está relacionada com diversos fatores. Em primeiro lugar temos a questão de baixos níveis de produtividade, pois acidentes laborais em obras exigentes e a propagação de doenças transmissíveis mortais levaram a um decréscimo da produtividade. Em segundo lugar, o impacto avassalador das doenças na guerra, dado que morriam mais soldados por motivo de doença do que pelas balas ou baionetas inimigas. Por fim, observava-se na Europa um crescimento do movimento político socialista (Simões, 2004), com uma necessidade emergente de resposta daqueles problemas sanitários.

Assim, quando falamos em organização dos sistemas de saúde, é crucial abordar os modelos de Bismarck, oriundo da Alemanha, e de Beveridge, do Reino Unido, como dois marcos históricos dos sistemas de saúde. Os sistemas de saúde atuais desenvolveram-se a partir destes dois modelos, embora muitos tenham tentado aproveitar características de um e de outro, que foi o caso do SNS português, embora em Portugal predomine o modelo *beveridgeano* (Harfouche, 2008).

Em 1883, o Chanceler alemão Bismarck, tanto por motivos de paternalismo para com a população mais desfavorecidas como também por interesses de carácter político (Friedman e Friedman, 1980), aprovou uma lei em que os empregadores contribuiriam obrigatoriamente para um sistema de seguro social em favor dos mais pobres, sendo posteriormente alargado aos trabalhadores com rendimentos mais elevados. Assim, quase toda a população ficaria coberta por este sistema, subsidiando o Estado pensionistas e desempregados (Raposo, 2007). Tratou-se assim do primeiro modelo de segurança social imposto pelo Estado, sendo que influenciou que outros países se debruçassem sobre a situação, tanto na Europa como nos Estados Unidos, e obtendo impacto mundial com a Carta do Atlântico em 1941 (Harfouche, 2008). São exemplo de países que adotaram este modelo a Alemanha, a França e os Países Baixos.

A contratualização faz parte integrante dos sistemas de saúde com base no seguro social, desde o início do modelo de Bismarck. São os seguradores e associações de médicos ou subscritores individuais que atuam como compradores de cuidados de saúde, deixando para o governo pouco espaço para contratar. A relação entre comprador/prestador pode ser contratualizada por contratos colectivos ou individuais (Harfouche, 2008).

O Relatório de Beveridge¹², intitulado de *Social Insurance and Allied Services*, é apresentado ao parlamento britânico em 1942 (Harfouche, 2008), definindo os serviços de saúde como condição necessária para um sistema viável de segurança social na Grã-Bretanha. Aquele, baseia-se na existência de um Estado interventor, incumbido de encontrar respostas a diversas situações de risco social. Assim, trata-se de um modelo mais completo do que o de Bismarck, já que pretende cobrir todos os riscos sociais ao longo da vida da população, incluindo situações de exclusão social (Simões, 2004).

O *National Health Service* (NHS) é finalmente criado em 1948, no seguimento da *NHS Act*, lei de 1946. Esta lei influenciará durante décadas a organização dos sistemas de saúde de outros países, pelos seus cinco aspectos nucleares (Simões, 2004). Assim, os cinco aspetos nucleares do modelo de Beveridge são (Simões, 2004; Raposo, 2007):

- O Estado tem a responsabilidade de garantir cuidados de saúde gratuitos no momento em que a necessidade se verifica (princípio da gratuidade);
- O Estado tem o dever de promover de forma alargada e geral o serviço de saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento (princípio da generalidade);
- O Estado responsabiliza-se por cuidados de saúde para toda a população (princípio da universalidade);
- Padrão de qualidade dos serviços de saúde para todos os cidadãos, não havendo lugar à discriminação económica, social e geográfica (princípio da igualdade);
- A autonomia profissional dos profissionais, nomeadamente a autonomia clínica é garantida pelo princípio da autonomia.

¹² Relatório disponível em http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf

A Austrália, o Canadá, a Espanha e o Reino Unido são exemplos de países que adotaram o modelo de Beveridge.

No quadro 1, adaptado da tese de doutoramento da Dr.ª Ana Escoval, são comparadas as principais características dos dois modelos de sistema de saúde.

Quadro 1 - Principais características de Bismarck e Beveridge

Características	Modelo Beveridge	Modelo Bismarck
Financiamento	Predominantemente por impostos	Predominantemente por quotizações de empregados e empregadores para o seguro social
Gestão orçamental	Governamental	Não-governamental
Trabalho médico	Assalariados ou remuneração por capitação	Contratados pelos fundos de seguro social e médicos liberais pagos por honorários
Modelo de propriedade	Público	Não público
Países	Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Noruega, Suécia, Espanha, Itália, Portugal e Grécia	Alemanha, Áustria, Holanda, Suíça, França, Bélgica
Forma da regulação da oferta	Directa	Indirecta

Fonte: Adaptado de Escoval (2003).

1.1. Nova Gestão Pública e Contratualização

Esta filosofia administrativa, a Nova Gestão Pública (NGP), apareceu no início da década de oitenta do passado século, mais especificamente em 1979 na Grã-Bretanha com o Partido Conservador e em 1981 nos Estados Unidos com o Presidente Reagan (Simões, 2004). No fundo, trata-se da aplicação de processos e métodos do tipo empresarial na administração pública tradicional (Rocha, 2011). A NGP surge como uma forma de governação empresarial, assente na adoção de uma gestão empresarial e de mecanismos de mercado (Raposo, 2007). Para Hood (1991), a NGP resulta de uma junção entre uma ‘nova economia institucional’ e ‘managerialismo’.

O principal aspeto que define esta nova corrente é a procura pela eficiência, isto é, promover um melhor serviço público a um custo mais baixo (Simões, 2004). A NGP caracteriza-se por: profissionalização e autonomização da gestão, explicitação de medidas de desempenho, colocar ênfase nos resultados e na eficiência, liberdade de escolha do consumidor, fragmentação de unidades administrativas, competitividade entre unidades, e adoção de estilos de gestão empresarial. Todas estas características estão presentes nas doutrinas da NGP no quadro 2.

A NGP demonstra resultados em três dimensões fundamentais: no mercado interno, introduzindo mecanismos de mercado e concorrência em setores não privatizáveis; nas estruturas organizacionais, através do uso de agências como unidades que prestam um serviço ao Estado, competindo entre elas, promovendo a liberdade de escolha dos ‘consumidores’ e maior satisfação, avaliando os resultados; e em avaliando indicadores de desempenho, que permitem medir a eficiência, eficácia e qualidade das organizações, sendo necessária uma clara definição dos objetivos (Simões, 2004).

São apontadas como vantagens da nova gestão pública a racionalização das despesas, a definição de estratégias e de objetivos, os serviços públicos mais responsáveis pelos seus utilizadores, a responsabilidade dos gestores pelo desempenho das suas organizações, a flexibilização da gestão e a capacitação da inovação (Simões, 2004). A universalidade é também apontada como um fator de relevo, assente em duas vias: primeiro por ser uma filosofia administrativa com características de portabilidade e

difusão, e segundo por ser politicamente neutro; trata-se um instrumento de aplicabilidade geral (Hood, 1991).

Todavia, a NGP não está imune a críticas. Hood tece quatro críticas fundamentais à NGP relativamente à sua implementação prática (Hood, 1991:9):

- A primeira crítica é a ideia de que se trata de ‘roupagem vazia’, algo sem substância, apenas um novo título para o novo managerialismo e um novo discurso;
- A segunda é de que a NGP prejudicou o serviço público por ser ineficiente, pois na sua demanda pela redução de custos, levou a um enorme aumento de controladores orçamentais e de desempenho;
- A terceira é que, embora a NGP se proclame de promotora do bem público, fazendo mais por menos, na verdade se trate de um veículo para promover interesses privados, criando uma elite de novos gestores públicos;
- Por fim, a última crítica versa sobre a suposta universalidade da NGP, pois que diferentes valores administrativos têm diferentes implicações em aspetos fundamentais no *design* administrativo (Hood, 1991).

Do ponto de vista teórico, a nova gestão pública levanta algumas dúvidas (Rocha, 2001, 2011). Em primeiro lugar, parte do pressuposto que a gestão empresarial é superior à gestão pública, e de que os cidadãos podem ser simplesmente vistos como ‘clientes’. Em segundo lugar, existem contradições no processo de decisão e implementação de políticas, pois por um lado a NGP defende a descentralização e eliminação de escalões intermédios, e por outro insiste no controlo financeiro, orçamental e do desempenho. Por fim, muitos dos serviços públicos são difíceis de serem medidos a nível da eficiência e avaliação de desempenho.

Hood sintetizou diferentes correntes práticas da Nova Gestão Pública (*cf.* quadro 2), a que apelidou de componentes doutrinárias, sendo estas essenciais para o debate sobre o paradigma da nova gestão pública (Hood, 1991).

Quadro 2 - Componentes Doutriniais da NGP

Nº	Doutrina	Significado	Justificação típica
1	Gestão profissional ativa no sector público	Controlo ativo, visível e discricionário das organizações através de pessoas no topo, com “liberdade para gerir”	Responsabilidade requer uma clara concentração de autoridade e não de difusão do poder
2	<i>Standards</i> explícitos e medidas de desempenho	Definição de objetivos, metas, indicadores de sucesso, preferência expressos em termos quantitativos, especialmente para serviços profissionais	A responsabilização requer uma clara definição de objetivos; a eficiência requer um olhar preciso sobre os objetivos
3	Maior ênfase em controlo de <i>outputs</i>	Alocação de recursos e recompensas ligadas à avaliação de desempenho, separação entre burocracia centralizada e ampla gestão de pessoal	Necessidade da ênfase nos resultados, em vez de nos processos
4	Mudança para a desagregação das unidades do setor público	Divisão das unidades anteriormente ‘monolíticas’, através de sistemas de gestão em forma de ‘U’, com unidades corporizadas em redor de produtos, operando com orçamentos descentralizados e ligadas às outras unidades	Necessidade de criar unidades ‘geríveis’, separar provisão de produção, ganhar vantagens de eficiência na utilização de contratos ou franchises, tanto a nível interno como externo do setor público
5	Mudança para maior competitividade no setor público	Mudança para contratos com termo e procedimentos públicos regulados	Rivalidade como chave para baixar custos e melhorar <i>standards</i>
6	Ênfase em estilos de práticas de gestão do setor privado	Afastamento de uma ética de serviço público de ‘estilo militar’, maior flexibilidade na contratação e recompensas; recurso a técnicas de relações públicas	Necessidade de utilizar ferramentas de gestão do setor privado no setor público
7	Maior disciplina e parcimónia no uso de recursos	Cortar em custos diretos, aumentar disciplina laboral, resistir a exigências sindicais, limitar custos inerentes ao negócio	Necessidade de controlar a procura de recursos no setor público e ‘fazer mais com menos’

Fonte: Adaptado de Hood (1991)

É da implementação do paradigma da NGP que surge a contratualização (Rocha, 2011), que no fundo consiste num processo de negociação de objetivos entre quem

financia e quem presta os cuidados de saúde. Observa-se assim uma clara mudança na estrutura organizacional de um controlo hierárquico para uma governação por contratos (Ferlie *et al.*, 1996). Já na década de 70, Stuart Holland sugeriu acordos de planeamento (*planning agreements*) para empresas públicas. No fundo tratava-se de um conceito semelhante a contrato-programa, embora apresentasse um carácter voluntário (Holland, 1975).

1.2. Contratualização e Contratos-Programa

Atualmente, verifica-se uma tendência para a insustentabilidade dos sistemas de saúde, sendo o ritmo dos custos crescente e a necessário assegurar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde (Campos, 2008). Neste sentido, os sistemas de saúde precisam de implementar reformas, por forma a superar o desafio de um orçamento limitado, garantindo resposta do serviço de saúde às necessidades da população (Escoval e Matos, 2009).

O desenvolvimento do processo de contratualização em Portugal provém do movimento reformista observado por toda a União Europeia, e do surgimento de teorias e princípios como a Nova Gestão Pública, a teoria do agente-principal e da aprendizagem organizacional (Escoval, 2010).

Podemos definir a contratualização na saúde como um instrumento de negociação de objetivos de desempenho clínico, social, e económico-financeiro, entre duas partes: no caso português, quem financia (Estado) e quem presta os serviços, i.e. instituições do Serviço Nacional de Saúde (Meireles, 2008).

Assim, a contratualização consiste num instrumento que facilita a implementação das políticas da saúde, e possibilita uma gestão de recursos mais inteligente e *'market oriented'* (Barros e Gomes, 2002), em que as funções de comprador e prestador se encontram separadas. Relembrando o modelo de sistemas de saúde de Bismarck, podemos afirmar que nos sistemas de saúde de seguro social, que é o caso da

Alemanha e da Holanda, a contratualização já existe há largos anos, servindo para estabilizar as relações entre segurador e prestador. Por outro lado, no caso de sistemas de saúde do tipo *beveridgeano*, assentes em impostos, a contratualização serve de ferramenta para as negociações de preço e de qualidade, assegurando a concordância do prestador dos cuidados (Barros e Gomes, 2002).

De um modo geral, o modelo de contratualização apresenta como principais objetivos os seguintes (ACSS, 2012):

- Promover o nível de saúde da população
- Promover o acesso e o desempenho assistencial das instituições
- Melhorar o controlo financeiro das instituições
- Definir preços e fazer previsão de custos
- Promover a eficiência na utilização de recursos das instituições
- Promover a actividade programada em detrimento da assistência urgente
- Incentivar a articulação das instituições hospitalares com os prestadores de cuidados primários e cuidados continuados
- Promover a redução dos tempos de espera (cirurgia, consulta, etc.)
- Maximizar a capacidade instalada de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT)

A prática de contratualização apresenta várias vantagens, tais como: a ligação entre alocações financeiras a *outputs* de serviços, resultados e padrões de consumo, facilitando a mediação de melhorias em eficiência e equidade; e clarificação das funções e responsabilidades de ambas as partes (Matos *et al.*, 2010).

O uso da contratualização no setor da saúde desenvolveu-se bastante nos últimos anos, com resultados promissores, embora não isento de lacunas e de críticas. Se for mal utilizada, a contratualização pode apresentar algum perigo, na medida em que no processo de descentralização e o afastamento da alçada do Estado, pode perder-se de

vista o interesse público (Perrot, 2008). Perrot identificou três principais desvantagens do uso da contratualização:

- O recurso da contratualização no sector da saúde desenvolve-se por conveniência de oportunidades e não devido a uma estratégia claramente definida pelo Ministério da Saúde;
- O recurso da contratualização conduz por vezes a desvios e derrapagens consideradas inaceitáveis;
- Frequentemente, o processo de contratualização é feito sem profissionalismo, pois alguns agentes contratantes trabalham sem experiência prévia e precaução, o que conduz muitas vezes ao fracasso (Perrot, 2008).

Escoval (2010) identificou como as principais dificuldades relativas ao processo de contratualização as seguintes:

- Falta de orientações claras e adequadas por parte dos governos;
- Dificuldade em associar objetivos e metas pré-fixadas e devidamente quantificadas ao orçamento da saúde;
- Desarticulação entre orçamento e execução financeira;
- Falta de um programa de reestruturação organizacional;
- Insuficiente capacitação dos profissionais para a organização e gestão dos serviços de saúde;
- O não-envolvimento da área das finanças.

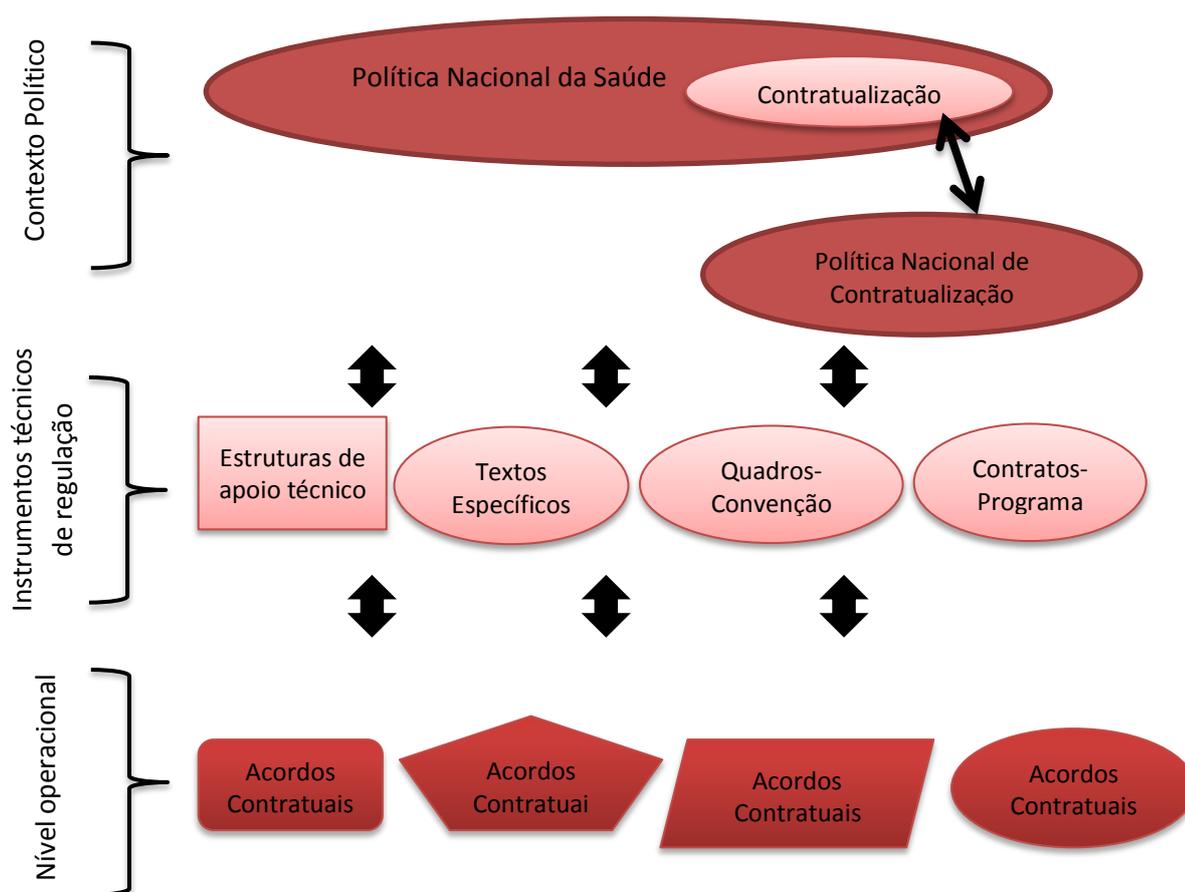
Ao se analisar a tipologia da contratualização, é possível distinguir entre contratualização 'dura' e 'leve'. Assim, na contratualização dura, as partes são mais autónomas e esforçam-se por fazer prevalecer os seus interesses. Já no caso da contratualização leve, existe uma menor formalidade dos contratos, e os interesses de ambas as partes são semelhantes (Barros e Gomes, 2002; Escoval, 2010; Valente, 2010).

Na figura 2 é apresentada uma abordagem sistémica da contratualização. Para que a contratualização não se apresente nociva, e para que esteja inscrita no âmbito de

uma política nacional de saúde, é dever o Estado e do Ministério da Saúde aplicar mecanismos de regulação (Perrot, 2008).

Perrot (2008) defende que a elaboração de uma política nacional de contratualização deve ser vista como a criação de um quadro que trará coerência ao uso da contratualização, evitando o seu uso desorganizado, e protegendo a população contra o uso inapropriado para benefício privado do processo da contratualização, em detrimento do interesse público. Ora, a regulação das práticas contratuais serve para isso mesmo. Embora as leis e os regulamentos se observam suficientes para regular abusos e falhas do sistema, por vezes, torna-se necessário recorrer a outras formas de regulação das práticas contratuais, como por exemplo contratos-programa, convenções

Figura 2 - Abordagem sistémica da contratualização



Fonte: Adaptado de Perrot (2008:938)

relativamente a objectivos específicos, e documentos orientadores sobre diversas matérias da gestão da saúde (Perrot, 2008).

De referir ainda que, para que a contratualização seja realizada com o devido profissionalismo pelos intervenientes no processo, é essencial que estes tenham ao seu dispor estruturas de apoio (Perrot, 2008).

1.2.1. Contratos-Programa

Os contratos são a parte mais visível do processo de contratualização, e são o instrumento chave que estabelece e define as relações entre quem financia e quem presta os cuidados de saúde (Escoval e Matos, 2009). Os Contratos-Programa, também denominados de orçamentos-programa (Valente, 2010), definem o nível e a produção contratada, os objetivos e metas acordados com a tutela, os indicadores que permitem medir o desempenho das instituições na perspetiva de garantia dos princípios de acesso e qualidade, e desempenho económico, financeiro e assistencial (Matos *et al.*, 2010).

No desenho de um contrato devem ser considerados os seguintes elementos: objetivos, partes contratantes, relações, resolução de conflitos, tipo de contrato, definição do *output*, duração, subcontratação, regras de pagamento, incentivos e penalizações, partilha de risco, grau de especificação de serviços, qualidade, monitorização, auditoria e métodos de validação. As entidades prestadoras dos cuidados de saúde asseguram o fornecimento dos serviços de saúde na quantidade e qualidade prevista no contrato, e procuram atingir níveis de eficiência compatíveis com os preços fixados no contrato (Valente, 2010).

Relativamente aos tipos de contratos-programa, é possível a distinção entre os que se seguem (Barros e Gomes, 2002; Escoval, 2010):

- Contratos Globais ou Rígidos – contratos em que o comprador ou agente se compromete a pagar um valor em troca do acesso a uma série de serviços claramente definidos. Este é o tipo predominante de contratos.

- Contratos de Custo-Volume – constituem um melhoramento dos contratos globais na medida em que o pagamento para determinados serviços está mais explicitamente relacionado com os serviços a serem oferecidos.
- Contrato Custo por caso ou ato – em que é estabelecido um único custo para cada item de serviço ou prestação. Uma vez que requer informação extremamente detalhada dos custos, é raro o recurso a estes contratos.

O contrato em saúde contempla várias dimensões. De destacar que o contrato desempenha funções de: monitorização da negociação entre as partes contratantes (utilizadores e prestadores); avaliação das necessidades dos utilizadores, dos recursos disponíveis, das alocações alternativas e dos resultados esperados; e definição dos recursos a afetar e a que necessidades afetar, demografia dos utilizadores, preço dos cuidados, quais os objetivos e período de tempo (Escoval, 2010).

1.2.2. Agências de Contratualização

Uma das principais características da nova gestão pública assenta na separação entre financiamento e prestação (Ferlie *et al.*, 1996), sendo que as agências e o próprio processo de contratualização fazem parte integrante desta filosofia administrativa. Portanto, não será de estranhar a globalização das agências (Rocha, 2011).

As agências procuram alcançar determinados objetivos, nomeadamente a nível financeiro, pela limitação do crescimento da despesa, ao nível de confiança dos cidadãos em relação às instituições, e a nível da qualidade dos serviços. Trata-se, portanto, de uma filosofia de “fazer mais com menos” (Pollitt *et al.*, 2001). Aquelas exercem uma função de responsabilidade pelas necessidades e vontades dos utilizadores no processo de contratualização. Quando as agências têm poder de negociação, isso será visível nos contratos (Ferlie *et al.*, 1996).

A *'função agência'* propõe-se a defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, atuando como intermediário entre os utilizadores e os prestadores de serviços de saúde. Representa a necessidade de uma utilização mais eficiente dos recursos públicos afectos à saúde, e de assegurar melhorias na qualidade dos serviços prestados (Valente, 2010). Devido às assimetrias de informação, o utilizador delega a transferência de responsabilidades para uma entidade (agência) que passa assim a atuar como seu *'agente'*. Assim, a *função agência* serve de intermediária entre os utilizadores e os prestadores dos cuidados de saúde; visa representar os cidadãos e defender os seus interesses relativamente à aplicação de recursos (Escoval, 2010).

Na sua definição de agência, Pollitt *et al.* (2001) identificaram cinco características. Os autores consideram *'agência'* qualquer organismo que apresente todas ou apenas algumas das seguintes características (Pollitt *et al.*, 2001):

- Há um grau de desagregação das hierarquias dos ministérios;
- Executam tarefas de serviço público, a nível nacional;
- Os seus colaboradores são funcionários públicos;
- Em princípio são financiados pelo orçamento do estado;
- Estão sujeitos a pelo menos alguns procedimentos administrativos legais; não são inteiramente ou predominantemente entidades de direito privado.

O modelo de gestão ideal de agência, no paradigma da nova gestão pública, seria: gestão profissional, flexível, responsável perante os utilizadores, especializada, eficiente, e extremamente orientada para o desempenho (Pollitt *et al.*, 2001).

1.2.3. Contratualização Externa e Contratualização Interna

Um dos grandes desafios que a contratualização enfrenta atualmente passa pelas dinâmicas de articulação entre a gestão estratégica e gestão operacional das organizações de saúde. Assim, devemos considerar uma divisão entre a contratualização externa e a contratualização interna.

A contratualização externa implica uma filosofia de responsabilização e transparência, transpondo essa mesma filosofia para o interior da organização pela contratualização interna (Escoval e Matos, 2009).

A contratualização interna apresenta-se como um instrumento de gestão por objetivos, suscetível de promover um alinhamento entre os objetivos contratualizados externamente e a missão das instituições de saúde, onde se deverá valorizar a criação de ganhos efetivos em saúde, e não apenas produção de atos médicos (Matos *et al.*, 2010). Implicitamente, a contratualização interna envolve uma nova forma de relacionamento interno, alternado as metodologias de tomada de decisão, apresentando-se como um modelo de gestão participada, criando consistência entre todas as atividades da organização, através de um alinhamento das atividades com a estratégia, visando atingir objetivos delineados a partir de uma componente externa, dos meios existentes e dos resultados desejados (Escoval e Matos, 2009). No quadro 3, Matos *et al.* (2010) faz uma excelente e ampla análise SWOT da contratualização interna.

Sabendo que a implementação de práticas da contratualização está positivamente relacionada com a nova gestão pública (Ferlie *et al.*, 1996), também no âmbito daquela se recorre a instrumentos de gestão, do tipo de mercado, com particular destaque para o *Balanced Scorecard* (BSC) e a governação clínica.

A formulação e a implementação de uma estratégia começam logo pela capacitação das pessoas que a realizam, sendo que é absolutamente necessário que se compartilhe a visão e a estratégia a longo prazo, materializando-se num instrumento de gestão, o BSC (Kaplan e Norton, 1996; Matos *et al.*, 2010).

Quadro 3 - Análise SWOT da contratualização interna

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<ul style="list-style-type: none"> • Diversos hospitais já têm práticas de contratualização interna instituídas • A contratualização interna desenvolvida com base no histórico de diversos anos tem sido melhorada nestes hospitais • Nestes hospitais já existem planos de formação da gestão intermédia • Envolvimento dos níveis de gestão intermédia na contratualização externa, em alguns hospitais 	<ul style="list-style-type: none"> • Excessiva focalização na gestão operacional em detrimento da gestão estratégica • Falta de cultura de responsabilização e qualidade em algumas organizações (eficácia vs. eficiência) – fraco envolvimento da gestão intermédia na gestão do hospital • Falta de capacidade de liderança • Falta de formação em gestão ao nível dos níveis intermédios de gestão • Falta de autonomia na gestão de RH • Dificuldade (legal e cultural) em implementar políticas de avaliação de desempenho e sistemas de incentivos • Falta de sistemas de informação credíveis e integrados que permitam acompanhar os resultados a nível qualitativo e em tempo real • Falta de sistemas de informação que permitam apurar proveitos e custos por serviço e acto médico • Imposição legislativa quanto à necessidade de informação do processo clínico co-existir em papel • Dificuldade no desenvolvimento de <i>Benchmarking</i> com outros hospitais ao nível de indicadores internos • SIGIC
Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> • Interiorização do mecanismo de contratualização externa • A contratualização externa promove e potencia o registo da produção anteriormente deficitário • Actuais linhas de financiamento do contrato-programa • <i>Benchmarking</i> nos hospitais públicos – Inquéritos de satisfação dos utentes • Implementação de um programa de certificação de qualidade de serviços nos hospitais 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de metodologias de custeio real a nível nacional • Falta de alinhamento entre o contrato programa e o Plano Nacional de Saúde • Falta de definição de critérios e linguagem comum, calendário explícito, interlocutor único e simplicidade documental, na contratualização externa • Imposição de valores fixos de crescimento de custos aos hospitais • Regime jurídico de RH nos hospitais • Intervenções pontuais da administração (central e regional) na administração dos hospitais EPE • Perspectiva estritamente financeira do contrato programa • Falta de impacto do não cumprimento dos indicadores do contrato programa – falta de transparência • Falta de fiabilidade dos sistemas de informação e dados da ACSS (ex IGIF) • Excessiva exposição do sector aos <i>media</i> e a clientes pouco informados

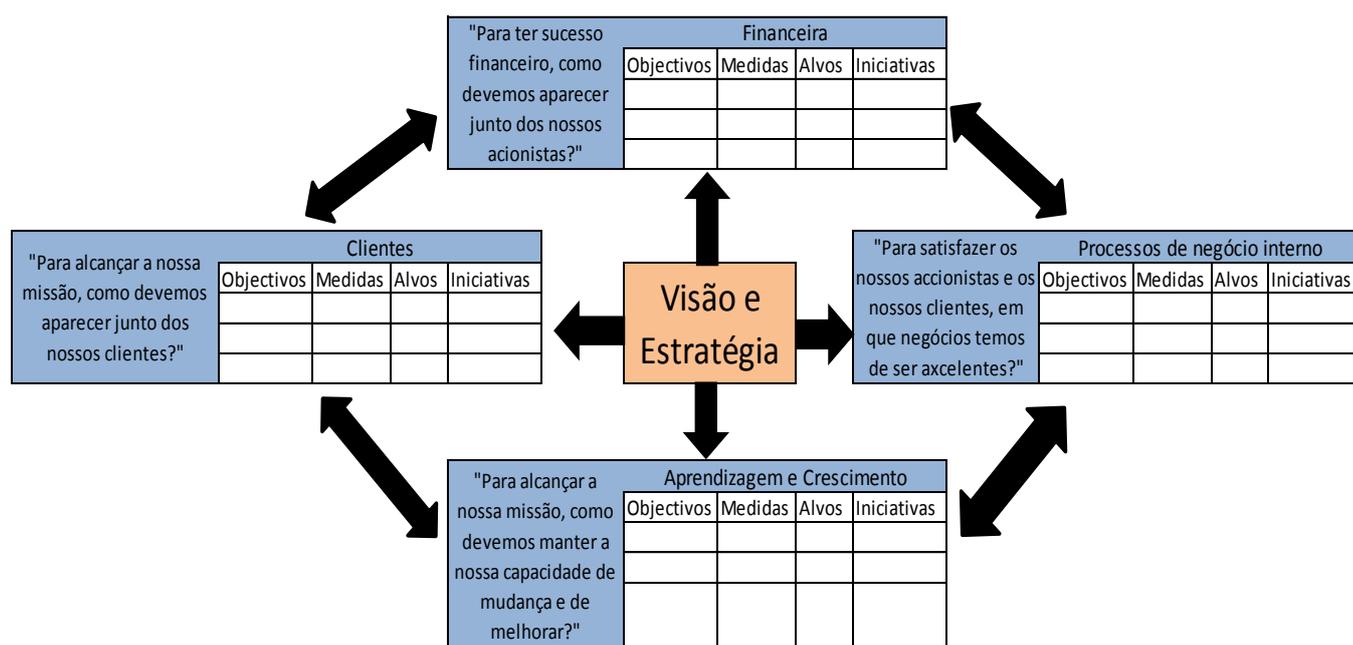
Fonte: Adaptado de Matos *et al.* (2010)

O *Balanced Scorecard* é um instrumento de gestão estratégica, que considera indicadores financeiros e não financeiros, tendo como função equilibrar e alinhar as atividades operacionais das organizações com a respetiva visão estratégica, com uma forte vertente de monitorização do desempenho. Funciona através de uma lógica de causa efeito, onde se tenta desenhar o caminho para atingir os objetivos da organização (Kaplan e Norton, 1996).

Como podemos constatar pela figura 3, o BSC é um instrumento que integra diferentes perspetivas: financeira, dos clientes, aprendizagem e crescimento, e processos de negócio internos (Kaplan e Norton, 1996).

A perspetiva financeira foca-se na capacidade da organização concretizar os seus objetivos financeiros, e remunerar os seus recursos. Na perspetiva dos clientes, temos as expetativas dos clientes, e dos segmentos em que a organização opera (no caso específico da saúde, considerar-se-ia que os clientes são os utentes). No que concerne à perspetiva dos processos de negócio internos, são considerados os processos que criam a cadeira de valor. Por fim, a perspetiva da aprendizagem e crescimento focaliza os recursos, as competências e a capacidade da estrutura organizacional em melhorar continuamente a sua performance (Kaplan e Norton, 1996; Matos *et al.*, 2010).

Figura 3 - Traduzindo Visão e Estratégia: 4 perspetivas do BSC



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1996:9)

O BSC possibilita quatro processos de gestão: em primeiro lugar, a tradução da visão, que ajuda os gestores a construir um consenso em torno da visão e da estratégia da organização; o segundo processo, comunicação e ligação, permite aos gestores comunicar a estratégia da organização e ligar aos objetivos individuais e dos departamentos; o planeamento do negócio capacita as organizações a integrar os seus planos de negócio e financeiro. Por último, o processo de *feedback* e aprendizagem transmite às organizações a capacidade de modificar as estratégias e aprender em tempo real (Kaplan e Norton, 1996).

Relativamente à governação clínica (GC), esta consiste num modelo de governação para a melhoria do desempenho económico-financeiro, e do desempenho clínico e qualidade clínica. Este conceito, oriundo do *National Health Service* (NHS) britânico, é um sistema para melhorar os padrões de funcionamento dos serviços e da prática clínica, assente numa série de processos (monitorização, auditoria, gestão do risco, envolvimento), para melhorar a qualidade e assegurar que os profissionais de saúde assumam responsabilidade pelos atos da sua prática clínica (Raposo, 2007).

Os principais componentes da GC nos hospitais incluem: definição clara da responsabilidade da qualidade dos cuidados de saúde; programa de melhoria da qualidade dos atos clínicos; políticas claras de gestão do risco clínico; procedimento para identificar e corrigir reduzido desempenho, relativamente a todos os grupos de profissionais de saúde (Freedman, 2002).

A GC não é um fim por si só, mas antes um meio. Juntamente com uma gestão eficiente, é um meio para um sustentado sistema de qualidade dos cuidados de saúde, quer pelo profissional individualmente, quer por equipas, quer pelas organizações, ou por um sistema de saúde local coordenado e coerente (Matos *et al.*, 2010).

Podemos compreender a GC como uma filosofia de melhoria contínua da qualidade (Sally e Donaldson, 1998), quase como a aplicação da filosofia de gestão de origem japonesa *kaizen* (Oliveira *et al.*, 2013) ao campo da saúde. Ao discordar de Sally e Donaldson (1998), Goodman (1998) afirma que a qualidade é difícil de ser definida e mensurada, e que a aplicação da GC é bastante mais complexa do que aparenta ser. Para

Goodman, os mais importantes elementos na qualidade dos cuidados de saúde são as relações entre os profissionais. Defende que, havendo boas relações laborais, a governação clínica surge naturalmente (Goodman, 1998).

Raposo (2007) defende ainda a necessidade de integrar a governação empresarial e a governação clínica, com vista a atingir melhorias no desempenho hospitalar.

1.3. Sumário

Numa fase em que a economia global enfrenta uma grave crise, e a necessidade de redução dos avultados gastos das organizações do setor público da saúde é emergente, a luta pela eficiência dos serviços e o ressurgimento de uma lógica de “fazer mais com menos” são evidentes.

A nova gestão pública, surgida no início da década de 80, assume-se como o instrumento de procura pela eficiência no setor público. Consiste, sumariamente, na aplicação de instrumentos de gestão empresarial à gestão pública, valorizando o controlo de custos e a gestão do desempenho.

Assim, no seguimento da implementação da NGP no setor da saúde, surge a contratualização nas organizações de saúde. Esta visa estabelecer objetivos, procurando alcançar melhorias ao nível da eficiência económica das organizações de saúde. Contudo, enquanto as organizações de saúde debatem para serem economicamente eficientes e sustentáveis, não deverão esquecer nem negligenciar o seu propósito social.

2. Nova Gestão Pública e Contrato Psicológico

No primeiro capítulo, a abordagem ao paradigma da nova gestão pública versou essencialmente sobre a sua vertente económica e financeira. Contudo, não é apenas ao nível do orçamento e do financiamento das instituições que a NGP tem consequências: não nos deveremos esquecer dos efeitos psicológicos da NGP sentidos pelos profissionais de saúde. Deste modo, a gestão pública de organizações de saúde deverá demonstrar preocupação com as dinâmicas que prejudiquem o bem-estar psicológico dos seus profissionais. A congruência cognitiva entre os diferentes níveis hierárquicos das organizações deve ser tal que permita uma comunicação da estratégia e das suas limitações eficaz e transversal.

2.1. Gestão do Contrato psicológico

Um contrato psicológico não é escrito nem falado. Apesar de ainda não haver um consenso sobre uma definição de contrato psicológico, os investigadores aceitam que se trate de uma perceção recíproca de promessas e obrigações (Guest e Conway, 2002).

Segundo Rousseau (1989), os contratos psicológicos são caracterizados pela crença de um indivíduo relativamente às obrigações recíprocas entre esse indivíduo e uma outra parte, sendo que uma das partes paga ou oferece uma consideração em troca de uma promessa de que a outra parte vai cumprir (Rousseau, 1989). Por outro lado, Guest e Conway (2002) definiram contrato psicológico como ‘as perceções de ambas as partes da relação de emprego – organização e indivíduo – das promessas e obrigações implícitas nessa mesma relação’. Consideram assim que, ao contrário de Rousseau, o contrato psicológico pode ser tanto dos indivíduos como da organização.

Oliveira *et al.* (2013) entenderam contrato psicológico como os valores e confiança recíprocos e implícitos entre indivíduos e grupos.

O contrato psicológico entre o indivíduo e a organização pode ser também entendido como a ligação entre os objetivos organizacionais e a motivação individual, tratando-se de uma relação recíproca com expectativas mútuas (Rigoli e Dussault, 2003).

Um conceito fundamental na gestão do contrato psicológico é o conceito de violação ou fenda do contrato psicológico. Uma violação do contrato psicológico ocorre quando uma das partes se apercebe de que a outra parte não cumpre com as suas obrigações. Consiste no falhanço das organizações ou outras partes em responder a uma contribuição do trabalhador da forma que o indivíduo acredita que aqueles têm obrigação. Enquanto que, se o indivíduo se aperceber da iniquidade pode levar a insatisfação e frustração, a violação do contrato psicológico leva a sentimentos mais intensos como raiva e indignação (Rousseau, 1989).

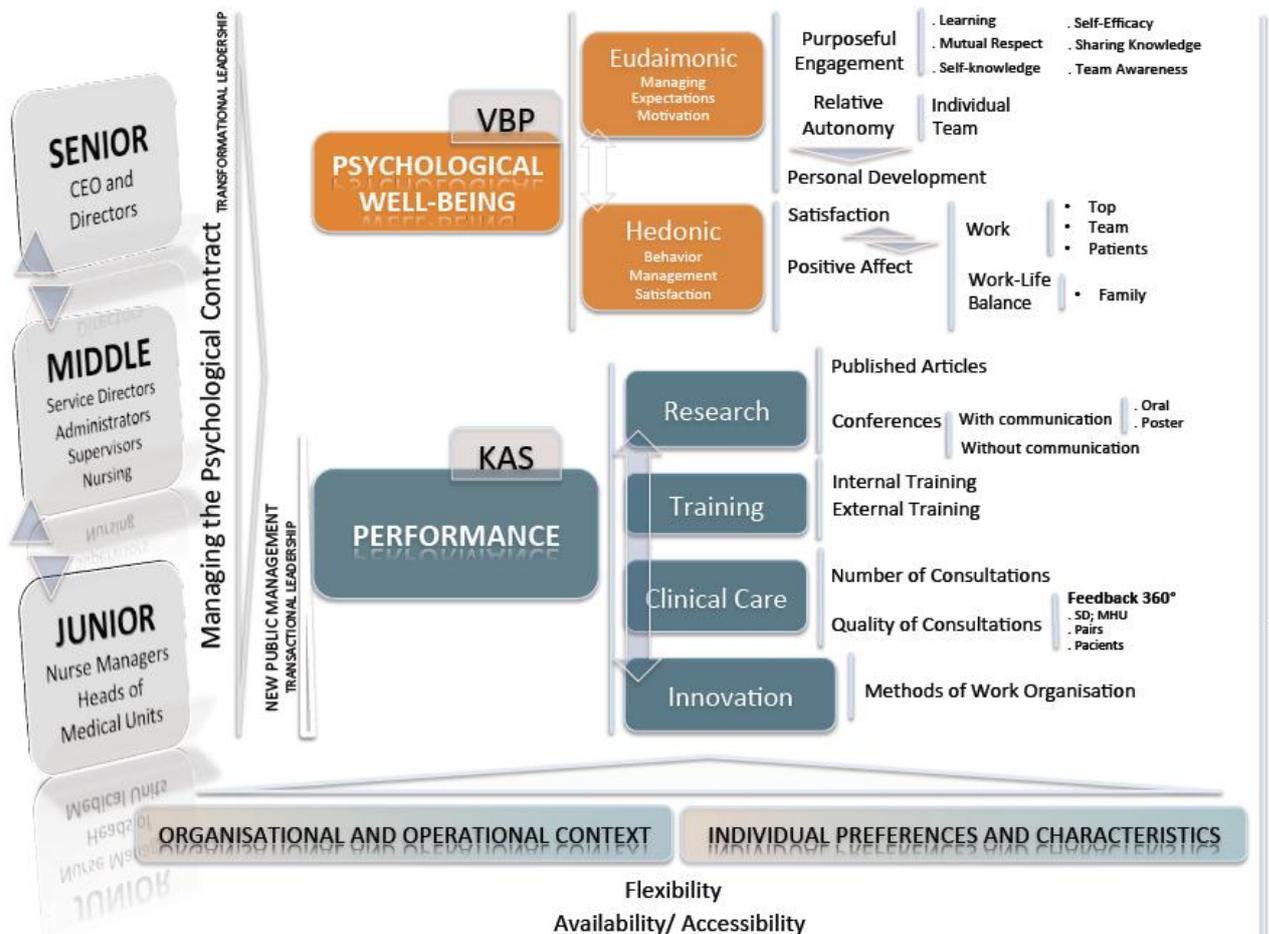
Oliveira *et al.* (2013) apresentam um modelo conceptual (*ver figura 4*), distinguindo diferentes níveis de gestão (*senior, middle, junior*), e apresentando dois grupos de critérios relevantes para um contrato psicológico funcional nos hospitais: por um lado, o bem-estar psicológico e eficiência social, por outro, o desempenho em termos de eficiência económica. Os critérios de bem-estar psicológico e eficiência social identificam-se por valores, crenças, e personalidade (VBP) em termos de dimensões eudemónicas tais como autonomia, compromisso com significado, e desenvolvimento pessoal, e dimensões hedónicas, tais como satisfação com o trabalho e afeto positivo em relação ao equilíbrio vida-trabalho. Os critérios de desempenho e eficiência económica foram identificados em termos de conhecimentos, capacidades e competências (KAS) relacionados com investigação, ensino, assistência clínica e inovação (Oliveira *et al.*, 2013).

A gestão de pessoas está positivamente associada ao desempenho, pois causa uma resposta positiva por parte dos trabalhadores (Guest e Bos-Nehles, 2012). A satisfação dos clientes apresenta uma relação positiva com a satisfação dos profissionais, especialmente aqueles que interagem diretamente com os clientes (Mayo, 2001). Assim, profissionais satisfeitos e motivados, ao proporcionarem uma melhor qualidade do seu

trabalho, possibilitarão uma experiência de satisfação por parte dos clientes (ou utentes, no caso de organizações de saúde).

A função gestão de pessoas desempenha um papel importante no desenvolvimento de estratégias coerentes de alto empenho organizacional ou alto desempenho, introduzindo e assegurando a qualidade das práticas de implementação da estratégia. É de extrema importância que a gestão intermédia apoie a estratégia e a encare com seriedade, o que muitas vezes não acontece, pois, por vezes, os gestores intermédios atribuem às iniciativas dos departamentos de recursos humanos um carácter de monitorização e controlo burocrático (Guest e Bos-Nehles, 2012).

Figura 4 – Conceptual Framework for Assessing Psychological Well-Being and Performance in Hospitals



Fonte: Oliveira et al., 2013

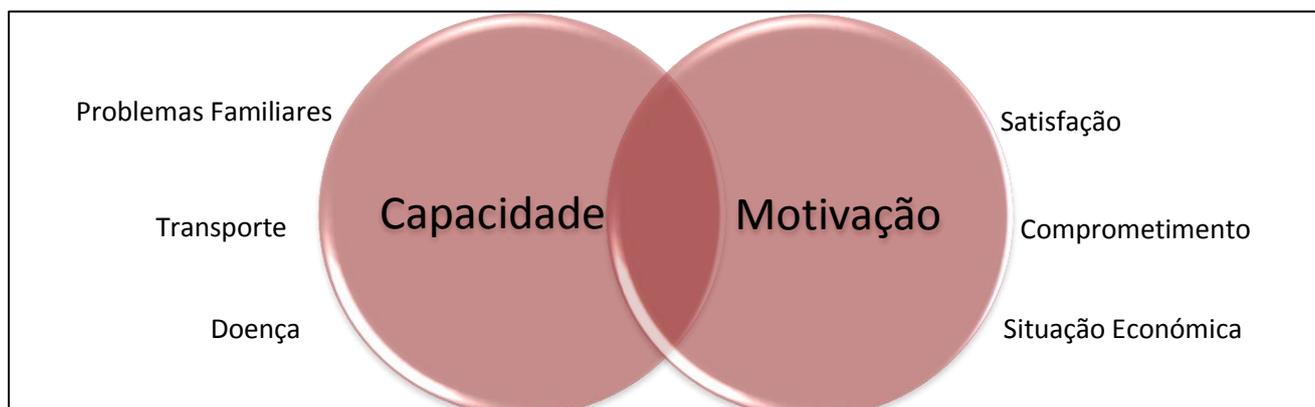
2.2. Absentismo

Um fenómeno de grande importância ao nível de eficiência económica e social das organizações, no âmbito da gestão de pessoas é o absentismo. Este pode ser entendido como o comportamento caracterizado por ausências recorrentes (Dumas, 2005). Pode ser definido como o somatório dos períodos de tempo em que o trabalhador está ausente do trabalho, sendo que tal ausência não é motivada por desemprego, doença prolongada, ou licença legal (Alves *et al.*, 2006). Como Mayo (2001) afirma, o absentismo pode ser um indicador de motivação dos profissionais, se comparado com dados do setor.

As causas do absentismo são multifacetadas e estão interligadas. As causas das ausências podem ser depressão, estresse e fadiga, cansaço físico, ou degradação das condições de trabalho. Outras causas podem ainda ser: longas jornadas de trabalho, baixa remuneração, tensão emocional, doenças comprovadas, motivos familiares, atrasos involuntários, faltas voluntárias, diminuição da motivação para o trabalho, supervisão precária e política organizacional imprópria. O absentismo de doença pode atingir 75% do absentismo total (Dumas, 2005; Alves *et al.*, 2006).

A diminuição da carga de trabalho no setor público pelo trabalhador, ou a sua ausência, pode ser um forte indício de pluriemprego médico, sendo que o profissional pode estar a dirigir o seu esforço para o setor privado. Nestes casos, o sistema de

Figura 5 - Os fatores do absentismo



Fonte: Adaptado de Dumas, 2005

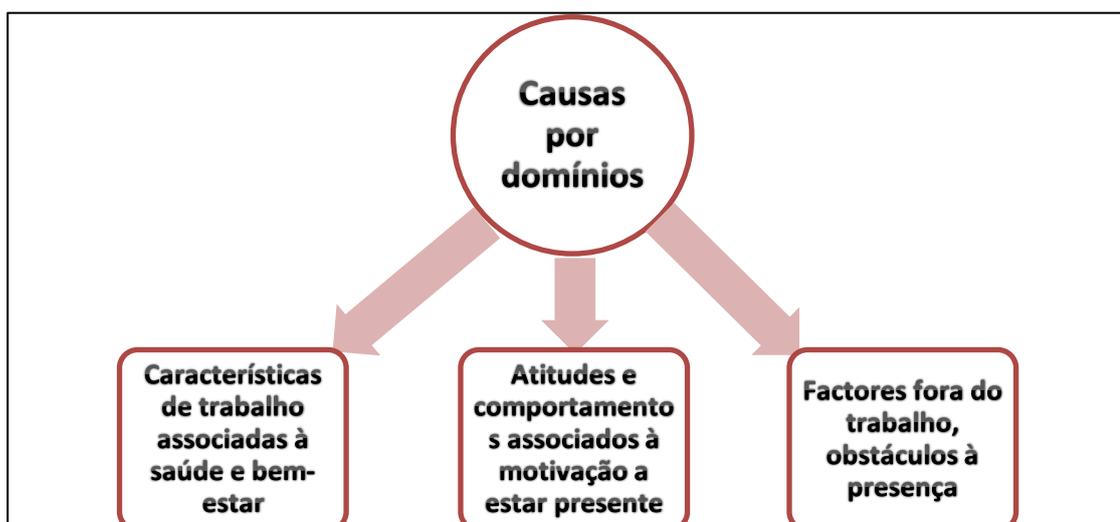
pagamento, nomeadamente a falta de incentivos, pode estar na origem de tal fenómeno (Gante, 2011).

O absentismo poderá estar relacionado com a capacidade a estar presente (problemas familiares, transporte, doença) ou com a motivação a estar presente (satisfação no trabalho, comprometimento organizacional, situação económica). Teoricamente, estas duas variáveis devem interagir, como mostra a figura 5.

É de reforçar que fenómeno do absentismo está relacionado com questões de eficiência económica e eficiência social, pois que tem implicações tanto no desempenho como no bem-estar psicológico dos profissionais de saúde.

Dumas (2005) afirma que as ausências raramente resultam de uma livre escolha, pois que são sempre consequência de vários fatores. Contudo, apesar de não ser possível identificar objetivamente as causas para o absentismo, pois que se inter-relacionam, o autor identifica três domínios de causas: 1) absentismo pelas características do trabalho associadas à saúde e bem-estar; 2) atitudes e comportamentos associados à motivação; 3) fatores de fora do trabalho que se apresentam como obstáculos à presença (Dumas, 2005). Tais causas podem ser analisadas na figura 6.

Figura 6 – As origens do absentismo



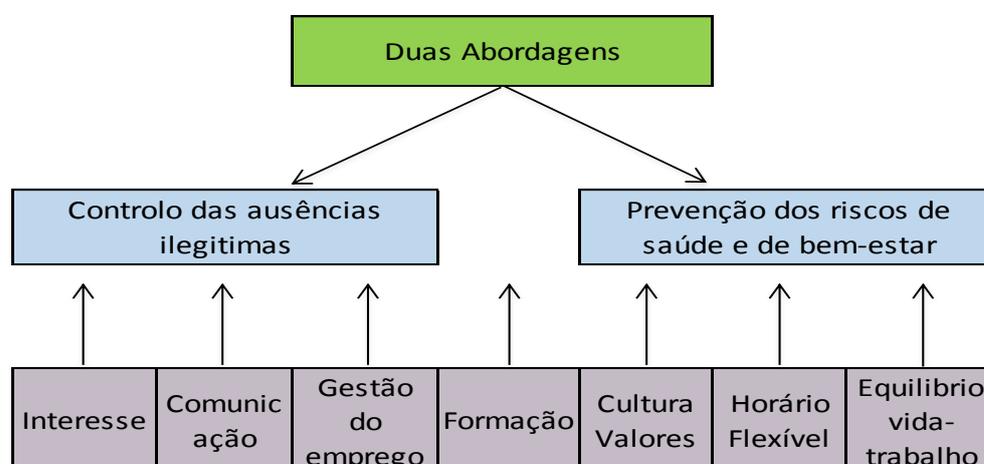
Fonte: Adaptado de Dumas, 2005

Trata-se de um fenómeno preocupante, pois apresenta várias consequências negativas: desorganiza o serviço, gera insatisfação, sobrecarrega os restantes trabalhadores, diminui a produtividade e a qualidade dos serviços prestados (Alves *et al.*, 2006).

Apesar do seu lado negativo, certas ausências até podem, por vezes, ser benéficas e necessárias para as pessoas, para as organizações e para a sociedade, como um regulador de bem-estar e de saúde (Dumas, 2005). Compreende-se que promover um elevado nível de bem-estar físico e psicológico dos profissionais, beneficie diretamente de uma melhoria na assistência e prestação de cuidados (Alves *et al.*, 2006).

Dumas (2005) propôs que para solucionar o absentismo, duas abordagens podem ser adotadas (*cf.* figura 7). Pode-se seguir uma política centrada no absentismo, ou reforçar o bem-estar. Contudo, na gestão do absentismo é necessário seguir uma política que, não apenas lute contra ausências ilegítimas, como também dê prioridade às ausências legítimas e promova o regresso ao trabalho. Assim, os gestores devem promover tarefas interessantes, comunicar com os profissionais, criar limites realistas para as tarefas, formação do pessoal, encorajar uma cultura de qualidade total, introduzir formas de trabalho flexível e promover uma cultura “family-friendly”. O tratamento do absentismo tem efeitos diretos na motivação e no comprometimento com o trabalho, na saúde no trabalho, na produtividade e na imagem da organização (Dumas, 2005).

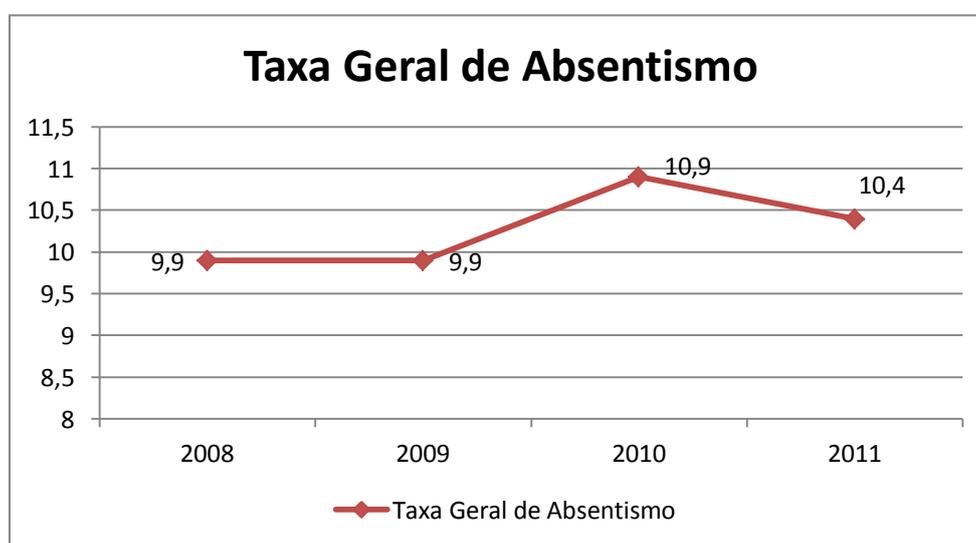
Figura 7 - Duas abordagens para regular o absentismo



Fonte: Adaptado de Dumas, 2005

Relativamente a dados concretos sobre o absentismo para o caso português, segundo os relatórios Balanço Social e Global do Ministério de Saúde de 2010 e 2011, podemos observar uma quebra da taxa geral de absentismo nesse biénio, de 10,9% para 10,4%. No entanto, essa diminuição não compensa o aumento da taxa de absentismo de 2009 para 2010, sendo que passou de uma taxa estável de 9,9% para 10,9% (Ministério da Saúde, 2011, 2012). Podemos observar tal evolução na figura 8.

Figura 8 - Evolução da Taxa Geral de Absentismo – 2008/2011



Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2011, 2012)

No quadro 4 podemos observar quais os motivos das ausências mais comuns, neste caso é inquestionável o peso do absentismo-doença, que teve um peso mais significativo em 2011, sendo praticamente responsável por metade das ausências, mantendo-se abaixo dos 75% referidos por Dumas (2005) e Alves *et al.* (2006). É possível também analisar quais as rubricas que mais influenciaram na descida da taxa geral de absentismo (motivos de assistência a familiares e greve). O motivo de greve teve uma quebra de 85%, pois em 2010 ocorreram 12 greves no ministério de saúde (Ministério da Saúde, 2011).

Quadro 4 - Evolução das ausências no trabalho por motivo (2010-2011)

Motivo de Ausência	2010		2011		Variação %
	Nº de dias	%	Nº de dias	%	
Casamento	30.001	1,0	29.424	1,0	-1,92%
Protecção na parentalidade	729.468	24,0	792.168	27,5	8,60%
Doença	1.468.219	48,4	1.421.414	49,3	-3,19%
Assistência a familiares	67.380	2,2	57.949	2,0	-14,00%
Greve	157.169	5,2	23.528	0,8	-85,03%
Outros	583.491	19,2	558.217	19,4	-4,33%
Total	3.035.728	100,0	2.882.700	100,0	-5,04%

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (2011, 2012)

Assumindo que profissionais motivados apresentam uma taxa de absentismo menor, Mayo (2001) afirma que devemos definir uma taxa expectável de uma equipa altamente motivada como objetivo, e procurar eliminar a diferença entre a taxa atual dos profissionais e a taxa dos profissionais.

2.3. Sumário

Enquanto que a contratualização surge no seio da nova gestão pública, visando objetivos de melhoria do desempenho e da eficiência, a gestão do contrato psicológico surge, por sua vez, no âmbito da gestão e pessoas.

A existência de boas relações entre os profissionais de saúde nas organizações é importante para benefício de um melhor serviço clínico. É também deveras importante que a gestão de topo consiga o apoio dos gestores intermédios e de linha para a implementação de estratégias organizacionais, sendo que no caso particular dos recursos humanos estas deverão ser formuladas tanto ao nível do desempenho como ao nível do bem-estar psicológico dos profissionais.

É de notar que a satisfação e o bem-estar psicológico dos profissionais contribuem positivamente para a satisfação dos utilizadores dos serviços. Situações de absentismo voluntário, possivelmente resultantes de uma violação do contrato psicológico, pelo contrário, provocam insatisfação tanto dos restantes profissionais como dos utentes.

3. Modelo de Análise

Para além do modelo conceptual da figura 4, o trabalho de investigação-ação incidiu também sobre o modelo de análise sobre o interface entre as lógicas organizacional e operacional, e a mudança de práticas organizacionais (ver figura 9).

Os gestores de topo e intermédios exercem uma importante influência sobre a formulação e implementação de estratégias. Raes *et al.* (2011) desenvolveram um modelo do processo de contacto entre a gestão de topo e intermédia. Segundo os autores, o interface entre gestores de topo e intermédios tem como funções detetar alterações no ambiente externo da organização e relacionar essas alterações com a estratégia da organização, e gerir as forças de mudança e estabilidade da estratégia.

No âmbito da aprendizagem organizacional, Oliveira (2007) descreve lógica implícita como representante de uma organização racional de ‘dados obtidos através da cognição’. A autora exemplifica, com o desenvolvimento inconsciente da cultura e clima organizacionais, um processo da lógica implícita.

Lok (2010) definiu lógica institucional como um conjunto de práticas e construções simbólicas que constituem os princípios organizadores para ordens “supra-racionais” amplas. Assim, trata-se da forma como um “mundo social” funciona, sustentando as práticas por regras culturais, normas e crenças. A lógica institucional não define apenas quais os interesses e o comportamento dos atores sociais, como também a sua identidade, i.e. quem eles são. Porém, algumas lógicas institucionais inertes podem ser indício de mudança apenas na ‘retórica’, não sendo efetivamente aplicada na prática (Oliveira e Holland, 2013). As lógicas institucionais podem ser explícitas ou implícitas (Oliveira *et al.*, 2013).

Os autores (*ibid.*) propõem a distinção entre lógica institucional, organizacional e operacional. Fazendo uso da nova gestão pública no setor da saúde, os autores afirmam que o SNS é uma instituição, os hospitais uma organização, e por sua vez as unidades e centros de responsabilidade têm a sua própria lógica operacional, pelo que indicadores

de desempenho estandardizados prejudicaram a eficiência, a motivação dos profissionais e o seu bem-estar.

No âmbito das barreiras organizacionais presentes nas instituições de saúde, Mørk *et al.* (2012) identificaram quatro domínios de práticas organizacionais nas organizações de saúde, e sugeriram mudanças nas práticas pela organização das barreiras existentes. Em primeiro lugar, as práticas clínicas referem-se às atividades quotidianas vivenciadas nas organizações de saúde, e terão que ser repensadas no sentido que têm refletido barreiras organizacionais entre grupos profissionais, especialidades, departamentos e até hospitais. Por outro lado, as práticas científicas são as práticas de inovação e desenvolvimento de novos conhecimentos científicos. As barreiras entre as práticas científicas e as práticas clínicas são pouco claras, e regularmente confundidas, sendo que essa ‘confusão’ é por vezes usada como justificação para bloquear investimento financeiro para investigação. As práticas científicas explicitam os processos clínicos ideais, pois existe uma procura de desenvolvimento constante. O terceiro domínio são práticas industriais, que se referem às práticas de profissionais da indústria em que estes desenvolvem novas tecnologias, produtos e serviços, muitas vezes em estreita colaboração com profissionais de saúde. As barreiras entre estes três domínios de práticas surgem quando se torna necessário definir novas formas de colaboração. Por fim, as práticas políticas consistem na produção de políticas para as práticas clínicas, científicas e industriais. Este domínio de práticas revela-se por meios regulamentação, financiamento e aspetos políticos. Por vezes estes meios não se encontram alinhados. Também aqui pode haver equívoco relativamente à fraca clareza entre os outros domínios, o que pode levar a políticas de má qualidade ou a uma implementação desequilibrada (Mørk *et al.*, 2012).

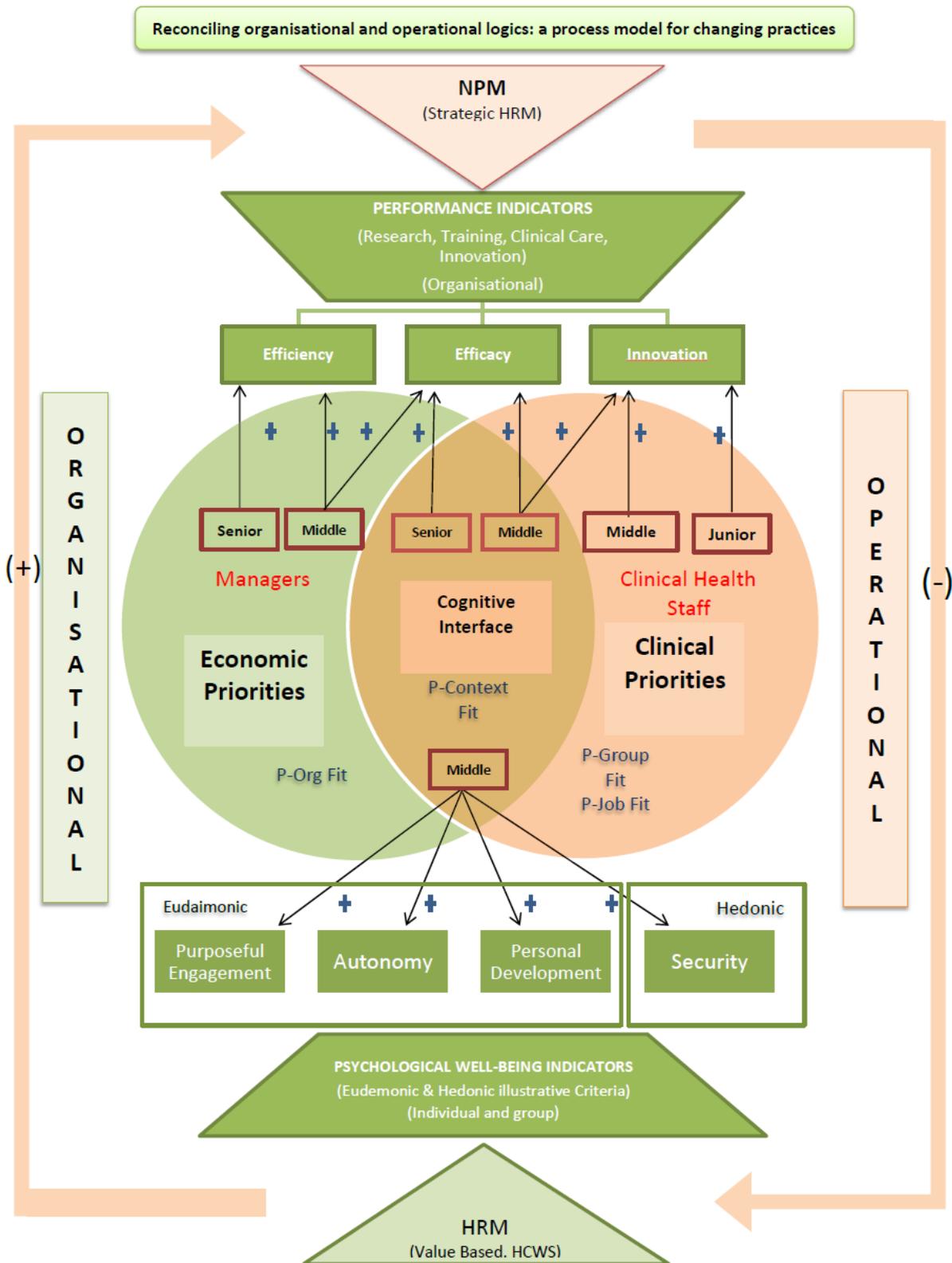
Atravessar as barreiras intelectuais e institucionais possibilita sinergias, trazendo benefícios mútuos na promoção da inovação. Para isso, é necessária a reconciliação dos diferentes interesses (Oliveira e Holland, 2013).

As barreiras entre as práticas podem ser reduzidas através de *boundary spanners*, que são ligações interfuncionais. Trata-se de indivíduos cuja principal tarefa é

integrar o trabalho de outras pessoas. No caso da saúde, são exemplo de ligações interfuncionais os enfermeiros que ficam encarregues de um doente específico, coordenando os cuidados de saúde com outros profissionais até ao fim do internamento. Por facilitarem a interação entre participantes de processos interdependentes, os *boundary spanners* melhoram o desempenho organizacional (Gittel, 2002).

No modelo da figura 9, vemos evidenciado o interface cognitivo entre as prioridades económicas, numa ótica organizacional, e as prioridades clínicas, numa ótica operacional. Enquadrado na ótica organizacional das prioridades económicas, situa-se o modelo de gestão da contratualização. Este modelo difere do modelo de gestão do contrato psicológico na medida em que, incidindo aquele essencialmente em questões de desempenho e eficiência económica, este adota uma lógica operacional versando sobre o bem-estar psicológico dos profissionais. É deste contacto entre as lógicas organizacional e operacional que surge a gestão de recursos humanos como um sistema de alto envolvimento no trabalho (HCWS). Ao contrário das políticas da NGP, que versam sobre a eficiência e desempenho, a gestão do contrato psicológico versa sobre o bem-estar psicológico, a satisfação e motivação dos profissionais.

Figura 9 – Reconciliando as lógicas organizacional e operacional



Fonte: Adaptado de Oliveira, T. C. (2012) FEUC/CEISUC/CCIM

PARTE II – UMA EXPERIÊNCIA EM DOIS CENTROS DE RESPONSABILIDADE

4. Descrição do Estágio

Ao contrário da primeira parte, que consistiu numa reflexão teórica, esta segunda parte do relatório incide sobre a vertente prática do estágio curricular.

Para orientação do estágio curricular, tive a oportunidade de contar com o conhecimento teórico da orientadora pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, a Professora Doutora Teresa Carla Oliveira, e ainda com a experiência prática da supervisora da entidade de acolhimento, a Doutora Marta Bronze, exercendo funções de administradora dos dois Centros de Responsabilidade Integrados onde efetuei o estágio.

O respectivo estágio curricular decorreu no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, instituição que recentemente passou por um processo de fusão. O estágio teve início no dia 5 de Março de 2012, terminando no dia 20 de Julho de 2012, totalizando as 20 semanas previstas e obrigatórias para estágio.

Apesar de já se ter concluído o processo de fusão dos hospitais à data do estágio, este estágio realizou-se apenas no âmbito dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

4.1. Objetivos do Estágio

Tendo por base o plano de estágio apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, os objetivos gerais estabelecidos no mesmo para o estágio curricular foram os que se seguem:

- Identificar e compreender, do ponto de vista dos diretores dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), no atual contexto de implementação de um modelo de fusão hospitalar baseado no paradigma da Nova Gestão Pública, os desafios da contratualização.

Parte II – Uma Experiência em dois Centros de Responsabilidade

- Analisar o nível de congruência cognitiva entre a equipa de gestão de topo e os diretores dos dois CRI's no processo de definição e implementação da contratualização.
- Refletir proativamente, sobre implicações deste processo de contratualização para a articulação do elevado desempenho organizacional e bem-estar psicológico dos profissionais de saúde.
- Identificar o grau de institucionalização das práticas de gestão de desenvolvimento do potencial humano e seu relacionamento, direto ou indireto, com os indicadores de desempenho.

Ainda no âmbito do plano de estágio, é importante discriminar as tarefas planeadas para o decurso do estágio curricular, não esquecendo, porém, da vertente de pesquisa inerente ao presente relatório:

1. Acompanhamento do modelo de contratualização interna em dois CRI's, sendo esta uma das tarefas principais, pois, atualmente, a contratualização apresenta-se como o instrumento fundamental na procura pela eficiência
2. Realização de entrevistas a médicos, quer como diretores de CRI, quer como diretores de serviço clínico
3. Transcrição e codificação das entrevistas, tendo em vista os objetivos gerais do estágio, ao longo do projeto
4. Identificar áreas e temas para propostas de futuros *workshops* a propor aos diretores dos CRI's

4.2. A Instituição de Acolhimento

Os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) são um hospital geral e universitário, localizado na região centro, dirigindo especialmente o seu foco assistencial na população do centro do país. Oferece ainda apoio especializado a outros hospitais da região centro, tais como os Hospitais de Aveiro, Viseu e Castelo Branco. Com objetivos de eficiência de obtenção de ganhos em saúde, os HUC passaram a ser Entidade Pública Empresarial (EPE) a 1 de Setembro de 2008, ao abrigo do Decreto-Lei n.º180/2008¹³.

Como sua missão, os HUC ambicionam ser uma referência do Serviço Nacional de Saúde, com funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde, na formação pré-graduada, pós-graduada e contínua, e na investigação científica, sustentadas no mais atualizado conhecimento científico e técnico dos seus profissionais e na inovação e desenvolvimento de metodologias terapêuticas e tecnológicas próprias.

A sua visão estratégica assenta em 4 pontos:¹⁴

1. Aprofundar a sua natureza de grande hospital geral, central e aglutinador de um centro hospitalar universitário,
2. Ser um centro assistencial de elevada competência, saber e experiência, dotado dos mais avançados recursos tecnológicos e terapêuticos,
3. Ter um forte compromisso com a investigação, a inovação e o desenvolvimento tecnológico e terapêutico,
4. Ser, na área da saúde, uma referência de elevada capacidade e qualidade no ensino superior e universitário e na formação pós-graduada e contínua.

Dada a importância de bons valores numa organização e na conquista da sua missão, os HUC difundem e partilham pelos seus profissionais de saúde os seguintes valores:

¹³ Decreto-Lei n.º180/2008, 26 de Agosto de 2008.

¹⁴ Informação sobre visão, missão e valores retirada do *site* oficial dos HUC:
<http://94.46.217.154/paginas/hospital/missao-visao-e-valores.php>

Parte II – Uma Experiência em dois Centros de Responsabilidade

1. Respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e pelos direitos dos doentes
2. Universalidade do acesso a cuidados de saúde e equidade no tratamento
3. Colocação do doente no centro dos processos
4. Honestidade, sinceridade e franqueza no relacionamento com os doentes e com os seus familiares e entre os seus profissionais
5. Elevados padrões de humanização, de qualidade e de competência técnica e científica dos serviços prestados – excelência
6. Espírito de equipa, integridade, confidencialidade, privacidade e cordialidade
7. A mudança como motor do desenvolvimento, centrada nos profissionais
8. Respeito pela cultura e pelas tradições fundadoras do hospital, assumindo cada um o dever de acrescentar algo ao capital de cultura herdado
9. Responsabilidade social
10. Respeito pelo ambiente
11. Eficácia e eficiência na utilização dos recursos que a comunidade coloca ao seu dispor.

Relativamente às suas instalações localizadas no seu *campus* hospitalar, estas se dividem por três edifícios:

- O Bloco Central, também popularmente conhecido como ‘hospital novo’, inaugurado em 1987, albergando a maioria das valências hospitalares e serviço de urgência;
- O edifício de S. Jerónimo, contendo o serviço de Radioterapia, o Serviço de Saúde do Pessoal, Medicina do Trabalho e Apoio Domiciliário, o Hospital de Dia de Oncologia, o serviço de Reprodução Humana e o Centro de Histocompatibilidade da Região Centro;
- E o edifício do Centro de Responsabilidade de Cirurgia Cardiorácica e Transplantação, inaugurado em 2002.

Faz parte ainda dos HUC o Bloco de Celas, próximo do *campus* hospitalar, funcionando nesse espaço a Ortopedia, a Cirurgia Maxilo-Facial, o serviço de Cirurgia Plástica Reconstructiva, e a Estomatologia e Medicina Dentária. Por fim, pertence também aos HUC o edifício onde funcionam o serviço de Obstetrícia e o serviço de Neonatologia, situando-se um pouco mais distante do *campus*, embora ainda dentro da cidade de Coimbra.

No que se refere à atividade dos HUC, esta centra-se em três vertentes: assistência, ensino e investigação. As vertentes ensino e investigação são vistas como eixo estratégico para projetar os HUC como ‘Hospital do Futuro’ (HUC, 2010). A sua estrutura organizacional assenta em 3 níveis de gestão: gestão estratégica, gestão intermédia e gestão operacional. O nível de gestão estratégica corresponde à gestão de topo, às decisões levadas a cabo pelo conselho de administração. O nível operacional incide nos vários serviços clínicos sob alçada da gestão intermédia (HUC, 2010). Quando se fala em gestão intermédia dos Hospitais da Universidade de Coimbra fala-se nas sete Áreas de Gestão Integradas (AGI) e nos dois Centros de Responsabilidade Integrados (CRI).

As sete AGI que compõem a estrutura dos HUC são as seguintes:¹⁵

- AGI de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT);
- AGI Médica I
- AGI Médica II
- AGI Urgência/Cuidados Intensivos
- AGI Materno-fetal
- AGI Cirúrgica I
- AGI Cirúrgica II.

O Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) foi criado recentemente, pelo Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de Março, sendo nomeado nesse mesmo ano o

¹⁵ Cf. Estrutura de Gestão no Anexo 1

respectivo Conselho de Administração, resultando na fusão das três maiores entidades públicas hospitalares da região centro, tal como a Figura 10 assim o discrimina:

- Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC)
- Centro Hospitalar de Coimbra (CHC)
- Centro Hospitalar e Psiquiátrico de Coimbra (CHPC)

Figura 10 - Composição do CHUC



Fonte: Elaborado pelo próprio

Como já foi referido, existem apenas dois centros de responsabilidade integrados nos HUC, nomeadamente: Cirurgia Cardiorácica e Transplantação (CRI-CCT) e Oftalmologia (CRIO). O estágio que o presente relatório pretende relatar ocorreu em ambas as unidades.

Como apontaram Barros e Gomes (2002), os CRI “são dotados de órgãos de gestão com poder de decisão sobre os meios necessários à realização dos objetivos, nos termos e no âmbito do contrato-programa e orçamento acordados com a administração do hospital. No fundo, os CRI surgem como resultado de uma visão contabilística de organização em centros de custos”.

O serviço de cirurgia Cardiotorácica já funciona nos HUC desde 1988, sendo que apenas em 1998 passou a funcionar com o modelo de gestão de Centro de Responsabilidade Integrado, dispondo de autonomia financeira e administrativa.

Desde 2002, o CRI-CCT funciona no edifício inaugurado nesse mesmo ano, localizado no *campus* hospitalar e com ligação direta ao Bloco Central. O edifício contém uma unidade de internamento, uma unidade de cuidados intensivos e um bloco operatório. O CRI-CCT ocupa uma posição de liderança no panorama nacional, sendo que sozinho realiza 60% das transplantações cardíacas. Em 2010, foram realizadas 1722 intervenções, relevando o crescimento das atividades efetuadas (Regateiro, 2012).

O segundo CRI (CRIO) foi constituído em 2010, apesar de ser reconhecido, há muito, como referência nacional e internacional, nas seguintes áreas especializadas: Retinopatia Diabética, Degenerescência Macular, Genética e Doenças Hereditárias, Glaucoma, Oncologia Ocular, Qualidade da Visão para Cirurgia Refractiva, Diagnostico pela Imagem, Investigação Clínica e Ensaio Clínicos. No seguimento da missão dos HUC, o CRIO aposta nas valências assistenciais, no ensino da oftalmologia pré-graduada e pós-graduada, e ainda na investigação (Regateiro, 2012).

Portanto, no âmbito do estágio, é desafiante refletir sobre os obstáculos, as ameaças, e as tensões que estes dois centros de responsabilidade enfrentam, e é de sublinhar o enorme esforço e perseverança por parte dos diretores e administradores para continuar a garantir qualidade e segurança nos cuidados de saúde. Contudo, os dois CRI diferem entre si ao nível dos modelos de gestão intermédia, pois os diretores têm estilos de liderança diferentes.

Um terceiro e quarto CRI's serão ainda criados, para a investigação clínica e para ensaios clínicos de fase I. Com a criação do CRI para a investigação clínica, que será para breve, o CHUC tem como objetivo reforçar o papel de líder nacional em investigação hospitalar, contribuindo para o aumento da qualidade em saúde, e esperado destaque como um dos melhores hospitais europeus na área da investigação clínica (RTPN, 2013).

4.3. Tarefas Desenvolvidas

Enquanto estagiário, estive integrado num projecto de investigação liderado pela orientadora de estágio, a Dra. Teresa Carla Oliveira, denominado de *Higher Performance and Psychological Well-being in Hospitals*, tendo assim oportunidade para conciliar atividades práticas com a pesquisa bibliográfica necessária ao longo do estágio. Naturalmente, este facto permitiu-me beneficiar de sinergias técnicas e humanas, pois pude contar com um grupo de mestrandos e doutorandos e com os seus diferentes *backgrounds* académicos e profissionais. Envolvendo esse mesmo grupo, participei em várias sessões de *focus groups*. Ainda no âmbito do projeto de investigação, tive tarefas simples como o contacto com os departamentos hospitalares, quer por via de *e-mail*, quer por telefone, com objetivo de marcar reuniões e entrevistas com os diretores das AGI e dos CRI. Desenvolvi também muito trabalho ao nível de pesquisa bibliográfica, procurando por artigos em diversas plataformas *on-line*. No decorrer do estágio, tive ainda prazer de participar em dois eventos em Coimbra relacionados com a saúde. O primeiro, foi a inauguração e visita às instalações de um novo hospital privado em Coimbra. O outro, foi o XVI Congresso Nacional de Medicina, realizado em Coimbra em Abril de 2012, que teve como presidente o Sr. Bastonário da Ordem dos Médicos, o Dr. José Manuel Silva. O tema do congresso foi a qualidade em medicina, tema bastante na ordem do dia, especialmente quando se procura aumentar a eficiência hospitalar sem prejuízo da qualidade.

O acompanhamento do processo de contratualização com uma administradora de dois centros de responsabilidade integrados, fazendo uso de uma perspetiva comportamental, foi, sem dúvida, a tarefa mais importante e relevante para o estágio. Desse acompanhamento resultou um breve estudo de caso sobre o contrato-programa interno. A participação em entrevistas a diretores hospitalares, foi também extremamente importante no sentido de compreender as dinâmicas organizacionais, num contexto de fusão e no paradigma da nova gestão pública.

4.3.1. Temas para *Workshops*

Um dos objetivos a que me propus neste estágio foi a identificação de áreas e temas a propor a diretores de serviços e de departamentos dos hospitais para a eventual realização de *workshops* ou seminários. Considero que a realização de eventos direccionados a administradores e diretores de AGI/CRI ou diretores de serviço, teria benefícios para a gestão das instituições de saúde.

Deste modo, no que se refere à temática do estágio, identifiquei como relevantes os seguintes temas:

- As vantagens de boas práticas da contratualização interna
- As barreiras organizacionais e gestão de conflitos
- A gestão do contrato psicológico
- O bem-estar psicológico e o absentismo
- Eficiência económica vs. Eficiência social
- Lógica Organizacional e Lógica Operacional – O alinhamento estratégico
- Governação da Saúde vs. Governação Clínica
- *Teamwork*, comunicação e eficácia nos hospitais
- O *Balanced Scorecard* em organizações de saúde.

4.4. Análise das Entrevistas

Ao longo do estágio, assisti a diversas entrevistas a diretores e administradores hospitalares, no âmbito de um projeto de investigação-ação. Neste sentido, a análise qualitativa dessas mesmas entrevistas, tendo em conta uma lógica implícita que enfatiza a gestão do contrato psicológico num contexto da nova gestão pública, em termos de bem-estar psicológico e de desempenho (*cf.* modelos conceptuais das figuras 4 e 9), revela-se deveras importante para compreender o grau de institucionalização de práticas de gestão do potencial humano, e a sua influência no desempenho.

Visando a análise das entrevistas, fiz uso de dois grupos de critérios: bem-estar psicológico, identificado por valores, crenças e personalidade (VBP); e desempenho, em termos de conhecimento, habilidades e talentos (KAS). Relativamente ao bem-estar psicológico, este contém dimensões eudemónica (envolvimento com propósito, satisfação e desenvolvimento pessoal) e hedónica (satisfação com o trabalho, afetos positivos) como se constata no anexo 2. Envolvimento com propósito subdivide-se em aprendizagem, respeito mútuo, sentido de equipa, auto-eficácia, autoconhecimento e partilha de conhecimento.

O discurso analisado das entrevistas semiestruturadas foi obtido por gravação de áudio e posteriormente transcrito. Para este capítulo analisei entrevistas de dois diretores médicos sénior, dois diretores médicos médios e um administrador. Para facilitar, atribui códigos a cada entrevistado, como podemos ver no quadro abaixo. De seguida, apresento os resultados tendo por base o código de análise.

Quadro 5 – Código de Entrevistados

Entrevistado	Código
Administrador 1	A1
Médico Sénior 1	MS1
Médico Sénior 2	MS2
Médico Médio 1	MM1
Médico Médio 2	MM2

1. Valores, Crenças e Personalidade (Bem-Estar Psicológico) – Eficiência Social

1.1. Gestão da Motivação (Eudemónico)

Quando se fala em envolvimento com propósito (purposeful engagement) consiste nos motivos pelos quais as pessoas estão empenhadas. Este envolve: aprendizagem, respeito mútuo, sentido de equipa, auto-eficácia, autoconhecimento, e partilha de conhecimento. No fundo, entra-se no âmbito da gestão da motivação.

1.1.1. *Purposeful Engagement*

1.1.1.1. Aprendizagem

Um diretor de serviço apontou a falta de monotonia associada ao trabalho como uma forma de forma de aprendizagem, tratando-se de um propósito para manter as pessoas envolvidas e motivadas.

MM2 – Porque o nosso trabalho não é monótono (...). Apesar de andarmos insatisfeitos com a maneira como as coisas estão a funcionar, continuamos motivados.

Um diretor *senior* sugeriu que a falta de uma discriminação positiva prejudica o efeito motivador da aprendizagem.

MS1 – De que vale ser o melhor de todos se depois tenho as mesmas condições?

Ainda neste aspeto, outro diretor *senior* afirmou:

MS2 – Em relação à parte científica, aqui é muito forte e as pessoas motivam-se com isso.

1.1.1.2. Respeito Mútuo

O sentimento de respeito mútuo no seio das equipas e organizações é também motivo para o envolvimento das pessoas. Como vários entrevistados sugeriram, a

transparência e a confiança dos diretores é importante para a motivação dos profissionais.

A1 – Se o diretor for transparente e falar com as pessoas, aí a motivação não baixa.

MM1 – Eu sou um indivíduo que eles respeitam (...), não é por ser diretor. Sou um camarada entre eles

MS1 – Eu por acaso tenho sorte, porque confio bastante na minha enfermeira-chefe e juntos decidimos.

1.1.1.3. Sentido de Equipa

Há também a questão do envolvimento por motivo do sentido de equipa, i. e. as pessoas sentem-se motivadas por pertencerem a uma equipa interessante com pessoas interessantes. Ao se referir à equipa de enfermagem, um administrador observou que:

A1 – É uma equipa muito coesa. Dão-se todos muito bem entre eles.

Apesar de um diretor *senior* ter admitido alguma desmotivação na sua equipa de profissionais, concluiu que há membros que continuam motivados e tentam motivar a restante equipa:

MS1 – Nota-se desmotivação em alguns mas há outros que continuam a puxar a corda.

MS2 – As pessoas continuam a estar aqui pela camisola.

1.1.1.4. Auto-eficácia

Não Disponível

1.1.1.5. Partilha de Conhecimento

Um diretor de serviço, referindo-se à partilha de conhecimento como, não só algo que motiva as pessoas na sua unidade, mas também como algo essencial numa equipa:

Parte II – Uma Experiência em dois Centros de Responsabilidade

MM1 – *É uma área enorme e é impossível cada um de nós ter conhecimento tão vasto que abranja todas as áreas.*

1.1.1.6. Autoconhecimento

Por fim, no que concerne ao envolvimento com propósito de autoconhecimento, ou seja, motivação para o empenho profissional derivada do conhecimento próprio, um diretor clínico afirmou o seguinte:

MS1 – *Ainda ontem lhes disse a eles, eu não escolhi nenhum de vocês, vocês sabiam para o que vinham.*

1.1.2. Autonomia Relativa

1.1.2.1. Individual

Não Disponível

1.1.2.2. Equipa

Com a reorganização hospitalar, em que se passou de 42 serviços para sete áreas de gestão integrada e dois centros de responsabilidade, a autonomia individual e de equipa ganhou uma nova forma. Para um diretor, a autonomia na gestão do quadro de pessoal é da maior importância, como o mesmo refere:

MS1 – *[A autonomia] deveria ser total na gestão do funcionário.*

A autonomia relativa entre as diferentes estruturas de gestão desenvolveu uma dimensão comparativa complexa, sendo que vários diretores apontam como havendo discrepâncias entre as autonomias relativas entre AGI e CRI, e outros consideram que a autonomia relativa dos centros não é suficiente. Como exemplo de duas opiniões divergentes, foi dito por um administrador e por um diretor:

Parte II – Uma Experiência em dois Centros de Responsabilidade

A1 – *A delegação de competências que o conselho [de administração] fez aos diretores dos CRI foi igual à dos diretores de AGI.*

MM2 – *Eu acho que um serviço deveria ter uma autonomia completamente diferente (...) como por exemplo os centros de responsabilidade integrados.*

Uma diferente abordagem a respeito da autonomia de equipa prende-se com a consequência nefasta que o controlo orçamental e a burocracia exerce sobre a inovação hospitalar:

MM1 – *Esta dificuldade de inovação e dos avanços, no nosso hospital e não sei nos outros, provavelmente também, no nosso hospital está muito parada por esta burocracia... e depois é a contenção orçamental.*

1.1.3. Desenvolvimento Pessoal

Uma parte importante da motivação das pessoas por via de envolvimento com propósito, é certamente a possibilidade do desenvolvimento pessoal e profissional das pessoas. Dois diretores médicos intermédios apresentaram preocupação em possibilitar aos seus subordinados o desenvolvimento das suas potencialidades:

MM1 – *É fundamental capacitar as potencialidades de cada um deles [dos médicos].*

MM2 – *E há outros que têm um potencial muito grande e que nós tentamos estimular.*

Portanto, como um desses diretores adiantou, os profissionais de saúde, ao seguirem uma determinada especialidade, aplicam tudo de si nessa área:

MM2 – *Significa que as pessoas, numa determinada altura da sua vida, fazem opções, digamos de subespecialização (...). E investem tudo, prática, conhecimento, estudo nessa área.*

1.2. Gestão da Satisfação (Hedónico)

1.2.1. Satisfação com o trabalho

No âmbito da dimensão hedónica do bem-estar psicológico, a gestão da satisfação é parte integrante e fulcral para a gestão do contrato psicológico. Neste sentido, a satisfação com o trabalho envolve satisfação com superiores, equipa e pacientes.

1.2.1.1. Superiores

No âmbito da avaliação de desempenho, um diretor hospitalar enfatizou a conformidade e coerência da avaliação, colocando a questão:

MS1 – Quem é que me garante que eu vou avaliar exatamente com a mesma fita métrica que avalia o vizinho do lado?

A política de saúde foi também apontada como uma preocupação relevante, do seguinte modo:

MS2 – E depois não há uma política de saúde como deve de ser.

Ainda no que concerne à satisfação com os superiores, os diretores médicos médios expressaram insatisfação relativamente ao modelo de contratualização por um lado, e relativamente a lhes serem impostas barreiras que impedem a comunicação direta com o Conselho de Administração, demonstrando insatisfação com os canais.

MM1 – Há uma série de barreiras entre os diretores de serviço e a administração.

1.2.1.2. Equipa

Já no âmbito da satisfação com a equipa, o primeiro diretor *senior* apresentou-se satisfeito com as pessoas no seu serviço:

MS1 – Tenho noção de que de uma maneira geral tenho gente boa.

Uma frase bastante esclarecedora do papel da satisfação com a equipa, foi enunciada pelo mesmo diretor *senior*:

MS1 – Pura e simplesmente o prazer de trabalhar numa equipa que é vista exteriormente.

1.2.1.3. Pacientes

A importância de o doente estar no centro da atividade clínica é evidentemente relevante para o desempenho dos profissionais. No entanto, tal apenas é alcançado se os profissionais de saúde tirarem satisfação pelo contacto com o doente. Como um diretor intermédio concluiu, relativamente às horas extra de trabalho realizadas pela sua equipa:

MM1 – Ninguém lhes dá um tostão por aquilo [horas extra]. Porque é que lá vão fazer? Pelo doente é claro.

1.2.2. Afeto Positivo

1.2.2.1. Equilíbrio Vida-Trabalho

A componente hedónica do bem-estar psicológico, em particular do equilíbrio vida-trabalho, é fundamental para reforçar o contrato psicológico e evitar situações de absentismo. Como a foi referido por um administrador:

A1 – Portanto, estou menos tempo em casa com a minha família e tenho de ir buscar os meus filhos mais tarde.

A atividade por via de horas extraordinárias, sem compensação financeira afeta negativamente a satisfação, tal como referido por um diretor médico da cirurgia:

MM1 – Estiveram os meus colegas a operar até às nove da noite completamente de borla.

No sentido inverso, um diretor *senior* deu relevo à questão do absentismo e abuso de uma cultura ‘family-friendly’, colocando a problemática do seguinte modo:

MS1 – Para nós, um indivíduo que no ano todo conseguiu usar 11 dias de casamentos, 4 dias de nojo porque morreu o tio, mais 8 faltas porque teve que ir com o menino ao pediátrico, mais aquelas faltas é um mau funcionário.

2. Conhecimento, Habilidades e Capacidades (Performance) – Eficiência Económica

2.1. Investigação

2.1.1. Artigos Publicados

Relativamente à componente da investigação no âmbito do desempenho, um diretor clínico apontou como obstáculo à investigação científica a falta de influxos financeiros a curto prazo. Afirmou ainda que:

MM1 – Tem de haver projetos mas bem constituídos não pode ser na base do ‘malabarismo’.

MM1 – A investigação é uma coisa que não dá dinheiro a curto prazo.

Compreensivelmente, um diretor *senior* fez questão de afirmar:

MS2 – Fomos a uma conferência em Viana e a nossa investigação ganhou o “best paper of research”.

2.1.2. Conferências/Seminários

Não Disponível

2.2. Formação

2.2.1. Interna

Não Disponível

2.2.2. Externa

Relativamente a formação externa das diferentes categorias profissionais da saúde, um médico intermédio observou que:

MM2 – O que eu digo é que o espectro da formação por parte da enfermagem tem melhorado muito.

2.3. Cuidados Clínicos

No que diz respeito aos cuidados clínicos, estes envolvem uma dimensão quantidade e uma de qualidade. Relativamente à primeira, é de notar que diferentes especialidades implicam diferentes graus de complexidade de cuidados (consultas e cirurgias).

2.3.1. N2.3.1 Consultas/Cirurgias

Mas numa comparação entre a mesma especialidade, um diretor clínico senior afirmou com algum orgulho:

MS2 – Transplantamos mais que Lisboa toda, quase, e dependemos só do nosso banco de horas.

A questão da pressão pela eficiência económica por via de contratualização foi colocada da seguinte forma:

MM2 – De facto às vezes é difícil lutar contra essa pressão dos números (...), há um contrato que é feito todos os anos com números.

2.3.2. Qualidade de Consultas/Cirurgias

Por outro lado, enquanto que a quantidade envolve uma vertente numérica, a qualidade tem um impacto mais clínico e profissional. Como colocou o diretor:

MS2 – Não interessa produzir 1000 se 990 são mal produzidos. Tem que haver controlo de qualidade.

Deste modo, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade, o controlo do erro clínico é fundamental. Tal foi apontado por um diretor *senior*:

MS2 – Nós temos uma sessão aqui uma vez por mês, de erro clínico, para ver “o que é que a gente errou?”.

2.3.2.1. Incentivos

A questão dos incentivos ao desempenho foi tema recorrente nas entrevistas aos diretores *senior* e administrador. Como se constata nas citações abaixo, existe a percepção de que os incentivos são essenciais para melhorar tanto o desempenho como a qualidade dos profissionais:

MS1 – Se um indivíduo pode ser punido por não atingir determinado parâmetro de qualidade, também tem que ser premiado de ultrapassar esse parâmetro de qualidade.

A1 – (...) havia os incentivos. E notava-se que as pessoas estavam motivadas por si, e porque sabiam que essa motivação lhes podia fazer alcançar os prémios de desempenho.

2.4. Inovação Organizacional

Várias críticas foram apontadas às recentes políticas de reorganização das organizações de saúde, que afirmam se tratar de políticas pela eficiência e qualidade. Relativamente à passagem dos hospitais a entidades públicas empresariais, um administrador afirmou que:

A1 – Tivemos de fazer um regulamento interno quando passámos a E.P.E.. Tudo o que havia desapareceu.

Parte II – Uma Experiência em dois Centros de Responsabilidade

No que se refere a reorganização da estrutura de gestão no hospital em estudo, nomeadamente a passagem de 42 serviços para 7 áreas de gestão e 2 centros de responsabilidade, o médico diretor intermédio argumentou que a descentralização da gestão resultou numa nova forma de burocratização para as pequenas unidades que compõem as áreas de gestão.

MM2 – Eu penso que a eficácia não é tão grande como se houvesse um canal direto de serviço e os órgãos decisores, especialmente nesta fase, em que é tudo baseado na parte económica.

4.4.1. Discussão dos Resultados

No âmbito do bem-estar psicológico, o envolvimento com propósito, ou seja, o motivo pelo qual as pessoas estão empenhadas, obteve bastantes referências. Contudo, salienta-se o sentido de equipa dos profissionais como o subcritério mais relevante para a motivação (eudemónica). Todos os entrevistados apontaram a coesão, o sentido de pertença e as boas relações interpessoais no seio das equipas como algo que exerce o maior poder motivacional [A1, MS1, MS2; 1.1.1.3 Team Awareness].

Relativamente ao critério auto-eficácia, os diretores relacionaram implicitamente com a falta dos incentivos que é significativa, e contribui negativamente, pois que os profissionais, de um modo geral, não se sentem motivados a apresentar um elevado desempenho na medida em que não existe uma política de discriminação positiva [A1, MS1; 2.3.2.1 Incentives].

Notou-se uma discrepância no que se refere à perceção da autonomia relativa entre AGI e CRI dos respetivos diretores. Por um lado, observou-se uma unanimidade entre os diretores dos CRI, e também do administrador dos mesmos, sendo que consideram que a autonomia de gestão dos centros de responsabilidade não difere da autonomia das áreas integradas. Por outro lado, os diretores das AGI afirmam a necessidade de disporem de uma autonomia semelhante à dos centros de responsabilidade. Há aqui então uma divergência das percepções sobre a autonomia em termos financeiros e funcionais [A1, MS1, MM2; 1.1.2.2 Team].

Ainda na dimensão eudemónica do bem-estar psicológico, o aspeto do desenvolvimento pessoal apresenta contornos de maior importância na motivação dos profissionais. Neste sentido, ambos os diretores médios apontam a necessidade de os diretores criarem condições para capacitar e desenvolver as suas potencialidades [MM1, MM2; 1.1.3 Personal Development].

Relativamente à dimensão hedónica do bem-estar psicológico dos profissionais de saúde, tanto os diretores como os administradores apresentaram-se satisfeitos com as suas equipas, tanto ao nível de médicos, enfermeiros, e internos. Todavia, o cenário é

totalmente diferente no que se refere à satisfação relativamente aos superiores. Neste ponto, observou-se alguma insatisfação entre diretores intermédios e de linha e administradores relativamente ao conselho de administração e ministério. As políticas da saúde e a gestão de topo das organizações, de um modo geral, são consideradas fracas e negativas, de um modo geral [MM1, MS1, MS2; 1.2.1 Work Satisfaction].

Os resultados da análise sugerem uma forte preocupação por parte dos diretores de serviços sobre a burocracia resultante do processo de reorganização, pois que este implicou o surgimento de um novo grau de gestão intermédia, neste caso as AGI. Neste sentido, os diretores de serviço subordinados a uma direção intermédia, demonstram uma vontade de maior autonomia ao nível da comunicação direta com o Conselho de Administração [A1, MM1, MM2, MS1; 1.1.2.2 Team].

Relativamente ao desempenho ao nível da investigação, os vários diretores realçaram a sua importância para a inovação, e também como fator de motivação dos profissionais. Contudo, estes constataram que, mesmo encorajando uma cultura de investigação, publicação de artigos e realização e participação em conferências e seminários, sente-se um forte constrangimento em termos de financiamento [MM1, MS2; 2.1.1 Published Articles].

A qualidade dos serviços prestados é também posta em causa, pois que da perspetiva numérica dos cuidados sai fragilizado o foco no doente. Assim, como foi opinião unânime entre diretores e administradores, a política da saúde deve estar centrada no doente, pois que só assim é possível alcançar resultados de qualidade da saúde. Sumariamente, não basta ser economicamente eficiente, como é essencial ter em mente a importância social de prestação de serviços de saúde com qualidade. As relações interpessoais e a atitude profissional foram também apontadas como essenciais para a qualidade dos cuidados, na medida que são fundamentais para o bem-estar psicológico dos pacientes [MS2; 2.3.2 Quality of Consultations/Procedures].

Um dos temas recorrentes nas entrevistas foi a exclusividade e a atribuição de incentivos ao desempenho. Nem todos os médicos e diretores são exclusivos, o que significa que alguns trabalham também em clínicas e consultórios privados. Por um lado, ambos os diretores senior constataram que com a falta de incentivos, é deveras difícil reter bons profissionais na organização em regime de exclusividade, assim como melhorar o seu empenho e envolvimento, pois sabem que serão recompensados pelo seu alto desempenho [A1, MS1; 2.3.2.1 Incentives]. Ambos apontam o “amor à camisola”, ou seja, um forte sentido de equipa e identidade organizacional, como o motivo pelo qual os bons profissionais optam por ficar numa organização onde obtêm um rendimento significativamente menor [A1, MS1, MS2; 1.1.1.3 Team Awareness]. No entanto, por outro lado, ao nível dos diretores de serviço, vários apresentaram-se notoriamente desmotivados com as dinâmicas da gestão, admitindo que o seu trabalho no setor privado resulta da própria organização do hospital e das áreas de gestão integrada [A1, MM2; 2.4.1 Organisational Innovation].

5. Estudo de Caso: Contratualização Interna

Como resultado último da experiência vivenciada no acompanhamento da contratualização em dois centros de responsabilidade integrados no âmbito da nova gestão pública, farei uma exposição das principais rúbricas dos respectivos contratos internos para 2012, assim como quadros exemplificativos elaborados por mim, tendo por base os contratos-programa internos oficiais. Contudo, não divulgarei quaisquer valores, na medida em que apenas efetuari uma análise aos quadros incluídos nos contratos-programa de ambos os centros de responsabilidade.

No início do contrato-programa interno, antes de se proceder ao preenchimento das rúbricas de carácter quantitativo, é definido o plano de ação e os objetivos do serviço hospitalar para o ano a que o contrato respeita. Trata-se de objetivos alinhados com a missão da instituição e com as políticas do Ministério da Saúde.

De seguida, é elaborado um resumo do contrato programa interno, resumindo as principais rubricas de todos os quadros e tabelas do contrato, apresentando metas para o ano de contrato relativamente a:

- Profissionais de saúde (Nº de profissionais; nº total de horas ordinárias; entradas e saídas previstas)
- Atos clínicos (internamento; GDH's médicos e cirúrgicos ambulatório; consultas; hospital de dia; urgência; visitas domiciliárias; MCDT's)
- Orçamento (meta da valorização da produção; custos – meta)

Após o resumo, são apresentados extensivamente os assuntos dos quadros por três áreas: Profissionais de Saúde, Atos Clínicos, e Orçamento em termos de custos e proveitos.

Como anexo ao contrato-programa interno, as instituições devem apresentar uma Demonstração de Resultados Previsional equilibrada, assim como um Balanço Previsional e uma Demonstração Previsional de Fluxos de Caixa (ACSS, 2012).

5.1. Profissionais de Saúde

O primeiro objeto a contratualizar nos contratos-programa internos para 2012 são os profissionais de saúde, embora através de uma abordagem de capital humano, pois apresenta-se como um orçamento. Deste modo, como o contrato programa interno é implementado ao abrigo da NGP, nele apenas consta informação sobre eficiência e desempenho. Neste sentido, numa abordagem comportamental, pouco é possível fazer acerca do bem-estar, satisfação ou motivação dos profissionais de saúde.

São vários os quadros apresentados nos contratos neste sentido, pois existe a necessidade de considerar a totalidade dos fatores associados aos profissionais da entidade. Os quadros relativos à área de recursos humanos dividem-se em dois grandes grupos: 1) evolução do nº de efetivos 2010-2012, 2) distribuição da carga horária ordinária semanal para 2012. Nos quadros dos anexos 3.A e 3.B, podemos conferir esses dois aspetos da contratualização dos profissionais de saúde, sendo que os quadros são exemplificativos e têm por base contratos-programa internos oficiais. Nos referidos anexos, podemos observar as rúbricas que constituem a contratualização ao nível do número de efetivos, da categoria profissional, e a distribuição da carga horária semanal.

Relativamente à contratação de objetivos de n.º de profissionais de saúde para 2012, o anexo 3.A. apresenta os dados verificados nos anos precedentes, com indicação do n.º de profissionais efetivos por categoria profissional, por tipo de contrato de trabalho e por regime horário semanal. Para o ano a contratualizar, são estabelecidas metas sobre entradas de profissionais por via de novas contratações ou de contratações para substituição, e também sobre as saídas previstas de profissionais por aposentação ou por outro motivo. Neste último ponto, é talvez obter um vislumbre acerca da satisfação dos profissionais. Por fim, é calculado o número final de efetivos.

Por outro lado, ainda no âmbito da contratualização de recursos humanos, a distribuição da carga horária semanal, exemplificada no anexo 3.B., é efetuada através da conjugação do n.º de profissionais e do n.º de horas de trabalho, sendo que os profissionais estão distribuídos pelas respetivas categorias profissionais, e as horas de

Parte II – Uma Experiência em dois Centros de Responsabilidade

trabalho são afetas a diversas atividades clínicas (consultas, internamento, urgências, bloco operatório), de ensino, de direção, e outras atividades.

De uma perspectiva comportamental, considero que atendendo especificamente a esta parte de contrato, é possível promover a satisfação dos profissionais de saúde, por via de remuneração, por equilíbrio vida-trabalho, ou natureza das atividades e funções. No entanto, reconheço que tal gestão de pessoas esteja sujeita a bastantes limitações orçamentais e administrativas.

5.2. Atos Clínicos

Relativamente à definição dos principais atos clínicos, no processo de contratualização é feita uma projeção relativamente ao internamento, cirurgia, consultas externas e MCDT's, assim como a sua respetiva valorização.

No que se refere às cirurgias, contratualiza-se a quantidade de cirurgias e de doentes operados, abrangendo a produção base e a produção adicional (cf. anexo 4).

No quadro 6, estima-se o valor da produção base da cirurgia de ambulatório, tendo em conta os proveitos (financiamento) obtidos junto do SNS e de terceiros. Relativamente ao internamento de doentes, o processo de contratualização interna define a lotação do serviço, assim como o número de doentes saídos, número de dias de internamento, duração média e taxa de ocupação.

Considera também alguns índices de internamento: índice de *case-mix* do serviço, rácio de doente equivalente do serviço (cf. quadro 7).

Quadro 6- Valorização da Cirurgia de Ambulatório (Exemplo)

Valorização GDH's Cirurgicos de Ambulatório	Realizado 2010		Realizado 2011		Meta 2012	
	P.Unit. (€)	Total €	P.Unit. (€)	Total €	P.Unit. (€)	Total €
% SNS*						
%Terceiros						
Total						

* SNS = SNS+ADSE+SAD GNR e PSP+ADM Forças Armadas

Fonte: Elaboração própria, tendo por base um contrato-programa interno.

Tal como na valorização das cirurgias de ambulatório, também é feita a valorização do internamento, considerando a evolução 2010-2011 e estabelecendo metas para 2012 (cf. Quadro 8).

Parte II – Uma Experiência em dois Centros de Responsabilidade

Quadro 7 - Internamento (Exemplo)

Internamento (Perspectiva do Serviço Responsável)		Realizado 2010	Realizado 2011	Var. % 11/10	Meta 2012	Var. % 12/11
Lotação do Serviço						
N.º Doentes Saídos sem TI						
N.º Doentes Saídos com TI						
N.º Dias de Internamento						
N.º Dias de Internamento Doentes Saídos						
Demora Média						
Taxa de Ocupação						
Proveniência	Urgência					
	Programado					
	Transf. Interna					
Internamento (Perspectiva do Serviço Físico)		Realizado 2010	Realizado 2011	Var. % 11/10	Meta 2012	Var. % 12/11
Lotação do Serviço						
N.º Doentes Saídos sem TI						
N.º Doentes Saídos com TI						
N.º Dias de Internamento						
N.º Dias de Internamento Doentes Saídos						
Demora Média						
Taxa de Ocupação						
Proveniência	Urgência					
	Programado					
	Transf. Interna					
Indicadores do Internamento		Realizado 2010	Realizado 2011	Var. % 11/10	Meta 2012	Var. % 12/11
Índice de <i>Case-Mix</i> do Serviço						
Rácio de Doente Equivalente						
Taxa de readmissões nos primeiros 5 dias						
N.º de Doentes enviados para RNCCI/ Doentes Saídos						

Fonte: Elaboração própria, tendo por base um contrato-programa interno.

Quadro 8- Valorização do Internamento (Exemplo)

Valorização GDH's de Internamento	Realizado 2010		Realizado 2011		Meta 2012	
	P.Unit. (€)	Total €	P.Unit. (€)	Total €	P.Unit. (€)	Total €
% SNS*						
%Terceiros						
Total						

* SNS = SNS+ADSE+SAD GNR e PSP+ADM Forças Armadas

Fonte: Elaborado pelo próprio, tendo por base um contrato-programa interno.

Ao se analisar o quadro 9, podemos ver um exemplo de como se contratualiza nas consultas externas. Estima-se o n.º de primeiras consultas e subsequentes, e indica-se a sua evolução. É importante destacar a rubrica que tenta medir a acessibilidade, utilizando o rácio 'primeiras consultas/consultas totais'. Note-se a procura pela eficiência nas consultas externas de utentes referenciados pelos Cuidados de Saúde Primários, e note-se também que a redução das listas de espera para consultas é um objectivo da contratualização contemplado no mesmo quadro.

Mais uma vez, calcula-se o valor da produção (tal como no caso das cirurgias e do internamento) obtido pelas consultas externas, distinguindo o valor obtido do SNS e de terceiros. Neste caso das consultas externas, valoriza-se também em termos de primeiras consultas e consultas subsequentes.

Os indicadores de consultas externas para o ano contratado são evidenciados num outro quadro à parte, tais como:

- Rácio Primeiras Consultas/ Total de Consultas (procura medir acessibilidade);
- Rácio N.º Consultas/ Médico/ Semana;
- Tempo médio por consulta;
- N.º de Consultas/ Mês;
- N.º de Consultas/ dia útil.

Ainda no contexto das principais linhas de atividade contratadas, é também elaborado um quadro contemplando os MCDT's do último biénio, assim como a proposta de meta para 2012.

Quadro 9 - Consultas Externas (Exemplo)

N.º Consultas Externas Médicas	Realizado 2010	Realizado 2011	Var. % 11/10	Meta 2012	Var. % 12/11
Primeiras					
Subsequentes					
Total					

N.º Consultas Externas Médicas	Realizado 2010	Realizado 2011	Var. % 11/10	Meta 2012	Var. % 12/11
Acessibilidade: %1as Cons./Total Cons.					
Percentagem de utentes referenciados pelos CSP para a consulta externa atendidos	-	-	-	-	-
Até 30 dias (Muito Prioritária)					
Até 60 dias (Prioritária)					
Até 150 dias (Normal)					
Após 150 dias					

Lista de Espera Primeira Consulta	a 31/12/201	a 31/12/201	Var. % 11/10	Meta 2012	Var. % 12/11
N.º de Doentes em espera para primeira consulta					
Taxa de Resolução da LEC (em meses)					
Mediana Tempo de Espera					

N.º de Consultas Externas Realizadas por Outros profissionais de saúde que não médicos	Realizado 2010	Realizado 2011	Var. % 11/10	Meta 2012	Var. % 12/11

Capacidade Instalada	Realizado 2010	Realizado 2011	Var. % 11/10	Meta 2012	Var. % 12/11
N.º Horas Necessárias de Gabinetes em média por semana					

Fonte: Elaboração própria, tendo por base um contrato-programa interno.

5.3. Orçamento – Custos e Proveitos

Finalmente, temos a contratualização da questão dos custos e proveitos. No fundo, é nesta parte do contrato que se procura tornar economicamente eficiente a unidade. Podemos constatar que envolve uma dimensão contabilística, onde se procura criar uma previsão para o próximo ano, com intuito de que essa previsão seja de facto concretizada.

Quadro 10 - Quadro dos Custos do Contrato-programa (Exemplo)

Rúbricas Orçamentais	Realizado 2010	Realizado 2011	Var. %	Meta 2012	Var. %
61 - Consumos					
Produtos Farmacêuticos					
Material Consumo Clínico					
Produtos Alimentares					
Material Consumo Hoteleiro					
Material Consumo Administrativo					
Material Manutenção					
Outro Material					
Total de Consumos					
62 - Fornecimentos e Serviços Externos					
Subcontratos					
Fornecimentos e Serviços					
Total de FSE					
64 - Despesa com Pessoal					
Ordenados e Salários					
Remunerações Adicionais					
Subsídio de Férias e de Natal					
Outros Custos com o Pessoal					
Total de Despesa com Pessoal					
66 - Amortizações do Exercício					
69 - Custos e Perdas Extraordinários					
Total de Custos Diretos					
Custos Indiretos					
TOTAL CUSTOS					

Fonte: Elaboração própria, tendo por base um contrato-programa interno.

Parte II – Uma Experiência em dois Centros de Responsabilidade

Utilizando os dados do quadro que contém a valorização da produção e o quadro anterior, resulta o quadro 11, comparativo dos custos e dos proveitos. Sintetiza a informação dos recursos humanos, das principais linhas de atividade. Assim, como proveitos, temos o valor contabilístico dos internamentos, das consultas externas, das cirurgias de ambulatório, hospital de dia, urgência, GDH's médicos de ambulatório, visitas domiciliárias. No lado dos custos, temos os consumos totais, os fornecimentos e serviços externos, os gastos com o pessoal, outros custos diretos e os custos indiretos.

Quadro 11 - Quadro Proveitos vs. Custos 2012 (Exemplo)

PROVEITOS:	
Internamento (GDH's)	
Internamento de outros serviços	
Consultas externas	
Cirurgias Ambulatório	
Hospitalar de Dia	
Urgência	
GDH's Médicos Ambulatório	
Visitas Domiciliárias	
Total Proveitos:	
CUSTOS:	
Consumos	
FSE	
Pessoal	
Outros Custos Diretos	
Sub-total Custos Diretos	
Custos c/doentes internados noutros serviços	
Custos Indiretos	
Total Proveitos:	

Fonte: Elaboração própria, tendo por base um contrato-programa interno.

É importante indicar que, para além destes, são incorporados no contrato interno quadros sobre os investimentos (em obras, equipamento básico e equipamento administrativo), e ainda sobre os equipamentos já existentes (imagiologia e endoscopia).

6. Notas Finais

Com a participação neste estágio, desenvolvi diversas competências e aprofundei conhecimento na área da gestão pública, em particular na gestão de organizações de saúde. Estudei com alguma profundidade temas da maior relevância para a actualidade da gestão pública das organizações de saúde, com particular foco para o processo de contratualização externo e interno, num contexto de um paradigma da Nova Gestão Pública, e as suas respectivas consequências. Também refleti, no âmbito da NGP, sobre a gestão do contrato psicológico, tema que não se aplica apenas às organizações públicas, como também se pode aplicar às empresas privadas. Tive a oportunidade de estudar contratos-programa minuciosamente, e de analisar qualitativamente as entrevistas semiestruturadas, sendo que destes dois aspetos resultou a grande parte do presente relatório. Faço, portanto, um balanço extramente positivo do meu estágio curricular.

É evidente a importância de uma boa prática de contratualização no seio da gestão hospitalar. Em plena crise económica e social e, frequentemente, de cortes na função pública, a contratualização apresenta-se como uma ferramenta essencial para que as políticas e reformas não se apresentem apenas de racionamento, isto é, de cortes irresponsáveis de custos. Pelo contrário, procuram-se políticas de racionalização dos recursos escassos, que assegurem a eficiência, a qualidade e acessibilidade dos cuidados de saúde das populações necessárias para a sustentabilidade do sistema de saúde. Contudo, a NGP não apresenta apenas uma vertente financeira, sendo que, enquanto gestores, devemos considerar também a vertente psicológica dos profissionais, assim como dos utilizadores dos serviços. Os conceitos de contrato psicológico e de bem-estar psicológico devem ser tidos em consideração, com alguma profundidade, na gestão das organizações públicas, em particular, na gestão de organizações de saúde.

Assim, considero que seria uma vantagem, tanto para as organizações e as suas unidades, como para o próprio Serviço Nacional de Saúde, incorporar no processo de contratualização medidas para fortalecer o contrato psicológico dos profissionais de saúde, assim como o seu bem-estar. Apesar de o controlo financeiro e a sustentabilidade

serem extremamente importantes, não nos podemos esquecer que os profissionais de saúde não devem ser negligenciados. É fulcral fomentar a satisfação e motivação dos nossos profissionais, por forma a garantir um serviço de qualidade, e conseqüente satisfação dos utentes dos cuidados de saúde.

É necessária uma gestão hospitalar com as preocupações de eficiência económica e de eficiência social, e que promova a melhoria contínua do desempenho dos profissionais clínicos e da qualidade dos cuidados de saúde.

7. Referências Bibliográficas

- ACSS: Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2012) *Contrato-Programa 2012: Metodologia para a definição de preços e fixação de objectivos*. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP.
- Alves, M.; Godoy, S. C.; Santana, D. M. (2006) “Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência” *Revista Brasileira de Enfermagem*. 59(2), 195-200.
- Asensio, Maria (2011) “Estudo Comparado sobre os Desafios da Nova Gestão Pública no Sector da Saúde e a Arquitectura da Responsabilidade” in Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (ed.) *Tópicos Avançados em Gestão*. Vila Real: UTAD.
- Barros, Pedro Pita (2013) *Pela Sua Saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Barros, Pedro Pita; Gomes, Jean-Pierre (2002) *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. Lisboa: Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa.
- Campos, António C. (2008) *Reformas da Saúde: O Fio Condutor*. Coimbra: Almedina.
- Carvalho, Mário Jorge (2013) *Gestão em Saúde em Portugal – Uma década perdida*. Porto: Vida Económica.
- Denhardt, Robert B.; Denhardt, Janet Vizant (2000) “The New Public Service: Serving Rather than Steering” *Public Administration Review*. 60(6), 549-559.
- Dumas, Marc (2005) “De la gestion de l’absentéisme à la gestion de la santé dans une entreprise de cosmétiques” in Chatillon, E. A.; Bachelard, Olivier (eds.) *Management de la santé et de la sécurité au travail: un champ de recherche à défricher*. L’Harmattan, 379-393.
- Escoval, Ana (2003) *Evolução da Administração Pública da Saúde: O Papel da Contratualização – Factores Críticos do Contexto Português*. Tese de

Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

- Escoval, Ana (2010) “O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005)” *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 9, 7-25.
- Escoval, Ana; Matos, Tânia (2009) “A Contratualização e Regulação nos Hospitais” in Campos, Luís; Borges, Margarida; Portugal, Rui (eds.) *Governança dos Hospitais*. Alfragide: Casa das Letras, 149-186.
- Escoval, A.; Ribeiro, R. S.; Matos, T. T. (2010) “A contratualização em Cuidados de Saúde Primários: o contexto internacional” *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 9, 41-57.
- Ferlie, E.; Ashburner, L.; Fitzgerald, L.; Pettigrew, A. (1996) *The New Public Management in Action*. Oxford: Oxford University Press.
- Freedman, Danielle B. (2002) “Clinical Governance – bridging management and clinical approaches to quality in the UK” *Clinica Chimica Acta*. 319(2002), 133-141.
- Friedman, Milton; Friedman, Rose (1980) *Liberdade para escolher*. Lisboa: Francisco Lyon de Castro.
- Gante, Carlos (2011) *Pluriemprego Médico em Portugal: Motivações, Valores, Conflitos de Interesses e Mecanismos de Regulação*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Universidade de Coimbra.
- Gittell, Jody Hoffer (2002) “Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups: Relational Coordination as a Mediator and Input Uncertainty as a Moderator of Performance Effects” *Management Sciences*. 48(11), 1408-1426.
- Goodman, Neville W. (1998) “Clinical Governance” *British Medical Journal*. 317(7174), 1725-1727.
- Guest, David E.; Bos-Nehles, Anna (2012) “HRM and Performance: the role of effective implementation” in Guest, D. E.; Paauwe, J.; Wright, P. (eds.) *HRM and Performance: Achievements and Challenges*. Chichester, Wiley-Blackwell, 79-96.
- Guest, David E.; Conway, Neil (2002) “Communicating the Psychological Contract: an employer perspective” *Human Resource Management Journal*. 12(2), 22-38.

- Harfouche, Ana P. (2008) *Hospitais Transformados em Empresas – Análise do Impacto na Eficiência: Estudo Comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Holland, Stuart (1975) *The Socialist Challenge*. London: Quartet Books Limited
- Hood, Christopher (1991) “A public management for all seasons?” *Public Administration*. 69, 3-19.
- HUC: Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E. “Missão, Visão e Valores” <http://94.46.217.154/paginas/hospital/missao-visao-e-valores.php> [26 de Agosto de 2013]
- HUC: Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E. (2010) *Relatório e Contas do ano 2009*. Coimbra: Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.
- Kaplan, Robert S.; Norton, David P. (1996) *Translating Strategy into Action: The Balanced Scorecard*. Boston: Harvard Business School Press.
- Lok, Jaco (2010) “Institutional Logics as Identity Projects” *Academy of Management Journal*. 53(6), 1305-1335.
- Matos, T. T.; Ferreira, A. C.; Lourenço, A.; Escoval, A. (2010) “Contratualização interna vs. Contratualização externa” *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 9, 161-180.
- Mayo, Andrew (2001) *The Human Value of the Enterprise: Valuing People as Assets – Monitoring, Measuring, Managing*. London: Nicholas Brealey.
- Meireles, Ana C. (2008) “Contratualização e Necessidades em Saúde nos Cuidados Primários”. Portal da Saúde Pública. http://www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/Contratualizacao_CMeireles.htm [27 de Agosto]
- Ministério da Saúde (2011) *Balanço Social Global do Ministério da Saúde 2010*. Lisboa: Unidade Funcional de Estudos e Planeamento de Recursos Humanos.
- Ministério da Saúde (2012) *Balanço Social Global do Ministério da Saúde 2011*. Lisboa: Departamento de Planeamento e Gestão de Recursos Humanos.

- Mørk, B. E; Hoholm, T; Maaninen-Olsson, E; Aanestad, M. (2012) “Changing practice through boundary organizing: A case from medical R&D” *Human Relations*. 65(2) 263i–288.
- OECD (2013) “Country statistical profile: Portugal 2013”. http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-portugal_20752288-table-prt [27 de Maio de 2013]
- Oliveira, Teresa Carla (2007) “A Organização que Aprende” in Lisboa, J.; Coelho, A.; Coelho, F.; Almeida, F.; Martins, A. (eds.) *Introdução à Gestão de Organizações*. Coimbra: Vida Económica, 327-389.
- Oliveira, Teresa C.; Holland, Stuart (2013) “Institutional Logics Promoting and Inhibiting Innovation” in Machado, Carolina; Davim, J. Paulo (eds.) *Management and Engineering Innovation*. Londres: ISTE, 179-216.
- Oliveira, T. C.; Holland, S.; Costa, J. F.; Carvalho, F. E. (2013) “Hierarchies and Holdings: Implications of SME Entrepreneurship for Enhanced HRM in Hospitals Management” in Machado, Carolina; Melo, Pedro (eds.) *Effective Human Resources Management in Small and Medium Enterprises: Global Perspective*. IGI Global.
- OPSS: Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2012) “Relatório Primavera 2012: Crise & Saúde – Um país em sofrimento”. http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPSS_3.pdf [27 de Maio de 2013]
- Perrot, Jean (2008) “La régulation des pratiques contractuelles” *C. R. Biologies*. 331, 933-941
- Pollitt, C.; Bathgate, K.; Caufield, J.; Smullen, A.; Talbot, C. (2001) “Agency Fever? Analysis of an International Policy Fashion” *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*. 3, 271-290.
- Portal da Saúde (2010) “História do Serviço Nacional de Saúde”. <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm> [27 de Maio de 2013]

- Portugal (1976) *Constituição da República Portuguesa*. <http://www.parlamento.pt/Parlamento/Documents/CRP1976.pdf> [29 de Agosto de 2013]
- Raes, A. M. L.; Heijltjes, M. G.; Glunk, U.; Roe, R. A. (2011) “The Interface of the Top Management Team and Middle Managers: a Process Model” *Academy of Management Review*. 36(1), 102-126.
- Raposo, Vítor (2007) *Governança Hospitalar: Uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*. Tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas. Universidade de Coimbra.
- Regateiro, Fernando J. (2012) *HUC – 4 anos de gestão e o futuro*. Coimbra: Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E.
- Rigoli, Felix; Dussault, Gilles (2003) “The interface between health sector reform and human resources in health” *Human Resources for Health*, <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/9> [8 de Julho de 2013]
- Rocha, J. A. Oliveira (2001) *Gestão Pública e Modernização Administrativa*. Oeiras: Instituto Nacional de Administração.
- Rocha, J. A. Oliveira (2011) *Gestão Pública: Teorias, modelos e prática*. Lisboa: Escolar Editora.
- Rousseau, Denise M. (1989) “Psychological and Implied Contracts in Organizations” *Employee Responsibilities and Rights Journal*. 2(2), 121-139.
- RTPN: Rádio Televisão Portuguesa Notícias (2013) “Hospitais de Coimbra criam centros para a investigação e para ensaios clínicos”. <http://www.rtp.pt/noticias/index.php?article=655173&tm=8&layout=121&visual=49> [1 de Junho de 2013]
- Scally, Gabriel; Donaldson, Liam J. (1998) “Clinical Governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England” *British Medical Journal*. 317(7150), 61-65.
- Simões, Jorge (2004) *Retrato Político da Saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Almedina.

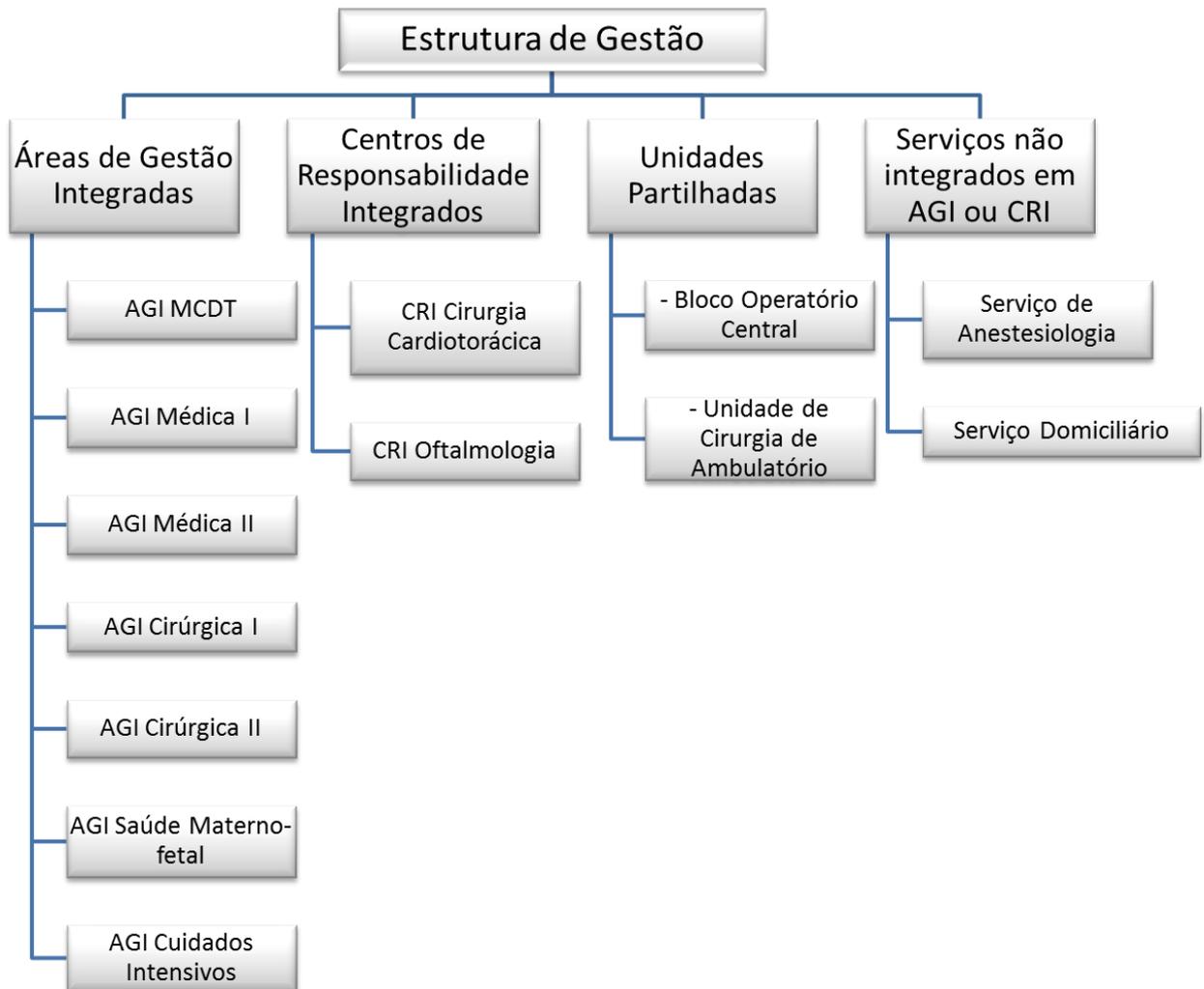
- Turnley, W. H.; Bolino, M. C.; Lester, S. W.; Bloodgood, J. M. (2003) "The Impact of Psychological Contract Fulfillment on the Performance of In-Role and Organizational Citizenship Behaviors" *Journal of Management*. 29(2), 187-206.
- Valente, Maria do Céu (2010) "Contratualização em contexto hospitalar" *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 9, 25-40.

Anexos

ANEXO 1

Estrutura de Gestão dos HUC

Fonte: Adaptado de Regateiro (2012)



Anexos

ANEXO 2

Código de Critérios de Análise de Discurso

Fonte: Elaborado pelo próprio.

Criteria of Discourse Analysis - Managing Psychological Contract of Health Professionals

1. Values, Beliefs and Personality (Psychological Well-Being) – Social Efficiency

1.1. Managing Motivation (Eudaimonic)

1.1.1. Purposeful Engagement

- 1.1.1.1. Learning
- 1.1.1.2. Mutual Respect
- 1.1.1.3. Team Awareness
- 1.1.1.4. Self-efficacy
- 1.1.1.5. Knowledge Sharing
- 1.1.1.6. Self-knowledge

1.1.2. Relative Autonomy

- 1.1.2.1. Individual
- 1.1.2.2. Team

1.1.3. Personal Development

1.2. Managing Satisfaction (Hedonic)

1.2.1. Work Satisfaction

- 1.2.1.1. Superiors
- 1.2.1.2. Team
- 1.2.1.3. Patients

1.2.2. Positive Affect

- 1.2.2.1. Work-Life Balance

2. Knowledge, Abilities and Skills (Performance) – Economic Efficiency

2.1. Research

- 2.1.1. Published Articles
- 2.1.2. Conferences/Seminars

2.2. Training

- 2.2.1. Internal
- 2.2.2. External

2.3. Clinical Care

- 2.3.1. No. Consultations/Procedures
- 2.3.2. Quality of Consultations/Procedures
 - 2.3.2.1. Incentives

2.4. Organisational Innovation

- 2.4.1. Methods of Work Organisation

Anexos

ANEXO 3.B

Exemplo de quadro de contratualização interna da distribuição da carga horária semanal

Fonte: Elaborado pelo próprio, tendo por base um contrato-programa interno

Carreira Profissional	N.º Prof./Horário Praticado				Distribuição da carga horária semanal por atividades										Validação					
	35h	40h	42h	Outro	Consulta Externa	Internam.	Bloco Operatório		Urgência		Hosp. Dia	MCDT Dir.	Outras Atividades				Ensino			
							Convenc. Ambul.	Serv. de Ugência	Urg. Interna	No próprio serviço			Noutros Serviços	Invest.		Fora da Instit.				
N.º Méd. Especialistas																				
HORAS																				
N.º Méd. Internos																				
HORAS																				
N.º Enfermeiros																				
HORAS																				
N.º Téc. Sup. Saúde																				
HORAS																				
N.º Téc Diag. Terap.																				
HORAS																				
N.º Assist. Técnicos																				
HORAS																				
N.º Assist. Operacionais																				
HORAS																				
N.º Outros Prof.																				
HORAS																				
Total (N.º Profissionais)																				
Total N.º Horas()																				

Anexos

ANEXO 4

Exemplos de quadros de contratualização interna de Cirurgias e Doentes Operados

Fonte: Elaborados pelo próprio, tendo por base um contrato-programa interno.

N.º Doentes Operados / N.º de Cirurgias	Realizado 2010						Realizado 2011						Meta 2012					
	Programadas			Urgentes			Programadas			Urgentes			Programadas			Urgentes		
	Produção Base		Produção Adicional	Convenção Ambulatório		Total	Produção Base		Produção Adicional	Convenção Ambulatório		Total	Produção Base		Produção Adicional	Convenção Ambulatório		Total
	Convenção Ambulatório																	
N.º Doentes Operados																		
N.º de Cirurgias																		

	Realizado 2010	Realizado 2011	Meta 2012
Cirurgia de Ambulatório - Produção Base			
N.º de Doentes Operados			
N.º de GDH's			
Índice de Case Mix da Cirurgia de Ambulatório			