



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Estratégia e Capacidade Estratégica dos Conselhos de Administração dos Hospitais Públicos Portugueses

Doutoramento em Saúde Pública

Especialidade em Política, Gestão e Administração em Saúde

Sandra Morgadinho Logrado de Figueiredo

Maio, 2018



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Estratégia e Capacidade Estratégica dos Conselhos de Administração dos Hospitais Públicos Portugueses

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Saúde Pública, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Paulo Boto e acompanhamento do Professor Doutor Jorge Correia Jesuíno.

Maio de 2018

Para a minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, pela confiança manifestada.

Ao Professor Doutor Jorge Correia Jesuíno, por ter acreditado nesta investigação desde o primeiro momento, e pela forma como sempre me acarinhou e motivou.

Ao Dr. Artur Vaz, pela sua preciosa e imprescindível análise crítica.

À Dr.^a Isabel Andrade, pela sua constante disponibilidade e compreensão perante as minhas *urgências* nos pedidos de artigos.

Ao meu cunhado Carlos Rodrigues pela sua solidariedade e cumplicidade ao longo deste processo.

À minha irmã Maria Helena que não me deixou desistir e que me salvou da espiral angustiante da insatisfação pela não perfeição, auxiliando-me a encerrar processos, para que este momento chegasse.

À minha irmã Sílvia que nunca me deixou perder a fé, motivando-me e galvanizando-me dia após dia.

Aos meus filhos, pelo seu carinho e apoio - por nunca se queixarem da frase repetida: “filhos, jantem e orientem-se, que a mamã vai passar a noite fechada a trabalhar..”

Aos meus amigos, às minhas amigas Alexandra e Raquel, pelo apoio e por nunca terem deixado de acreditar.

Aos meus entrevistados que tornaram possível esta investigação.

A todos vós, o meu *bem haja* por contribuírem para que hoje seja uma pessoa mais rica.

SUMÁRIO EXECUTIVO

Pretende-se com esta investigação fazer uma reflexão sobre o enquadramento do atual modelo de Governação de Topo (i.e., Conselho de Administração) face à Estratégia e capacidade para o exercício estratégico, e ainda, como conseguir um incremento das suas competências estratégicas. Neste sentido, este estudo tenta responder à seguinte questão fundamental de investigação: É o Conselho de Administração um órgão estratégico e capacitado para o desenvolvimento e exercício estratégico?

A resposta à pergunta de investigação requereu uma metodologia que envolveu previamente a condução de entrevistas exploratórias a peritos. A investigação foi dividida em quatro partes – uma primeira parte dedicada ao enquadramento teórico que segue a metodologia clássica de revisão da literatura; uma segunda parte onde é feita a delineação do problema, uma terceira parte onde é apresentado o desenho metodológico, de abordagem qualitativa de base *Grounded Theory*, com aplicação de métodos de natureza quantitativa, numa perspetiva de *Concurrent Embedded Design* (Desenho Integrado Concorrente), que permita olhar o problema através de diferentes perspetivas; uma quarta e última parte de apresentação e discussão dos resultados, finalizando com uma proposta de modelo estrutural para o Conselho de Administração dos hospitais públicos portugueses.

Como resultado, surgiu que o problema residia na qualidade das Lideranças - quer em termos individual, quer coletivo -, e na forma como estas interpretam o seu papel e a sua missão, e que a solução do problema se encontrava na reformulação do modelo estratégico organizacional que modele e imprima um desempenho estratégico, concluindo-se, assim a necessidade, por um lado, de um novo modelo de governação de topo, cuja orgânica, garanta capacidade para o exercício estratégico independente, isento e participado, e por outro, assente num corpo sólido de gestão intermédia, indispensável para implementação da Estratégia.

Palavras-Chave: Estratégia; Conselho de Administração; Governação de topo; Liderança; Processo de Tomada de Decisão Estratégica; Gestão Intermédia.

EXECUTIVE SUMMARY

The aim of this research is to reflect on the framework of the current Top Governance model (i.e., the Board of Directors) in relation to its Strategy and capacity for strategic exercise, as well as how to achieve an increase in its strategic competencies. In this sense, this study tries to answer the following fundamental research question: Is the Board of Directors a strategic and body capable of strategic development and practice?

Answering the research question required a methodology that involved the prior carrying out of exploratory interviews with experts. The research was divided into four parts – a first part dedicated to the theoretical framework which follows the classic methodology of a literature review; a second part where the delineation of the problem is undertaken; a third part where the methodological design is presented, with a qualitative approach based on *Grounded Theory*, applying quantitative methods, from a perspective of Concurrent Embedded Design, which enables a problem to be looked at through different perspectives; a fourth and final part involving the presentation and discussion of results, ending with a proposed structural model for the Board of Directors of Portuguese public hospitals.

In terms of the result, it emerged that the problem lay in the quality of Leadership - both individually and collectively - and in the interpretation of their role and mission, and that the solution to the problem lay in the reformulation of the strategic organizational model that shapes and imprints strategic performance, thus concluding, on the one hand, with the need for a new model of top-level governance, the organic nature of which guarantees the capacity for independent, impartial and engaged strategic exercise, and on the other hand, a reformulation of the organizational management model which is based on a solid body of intermediate management, indispensable for Strategy implementation.

Key Words: Strategy; Board of Directors; Top governance; Leadership; Strategic Decision-Making Process; Intermediate Management.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos.....	iv
Sumário Executivo.....	v
Executive Summary.....	vi
Índice Geral.....	vii
Índice de Quadro.....	x
Índice de Figuras.....	xv
Lista de Acrónimos e Siglas.....	xvi
Lista de Anexos.....	xvii
INTRODUÇÃO.....	1
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
Capítulo 1 – Estratégia.....	7
1.1. Definição e formulação da Estratégia.....	7
1.1.1. Conceito de Estratégia – As várias dimensões.....	12
1.1.2. Escolas de Pensamento e de Formação Estratégica.....	14
1.2. Estratégia e o Setor Público.....	22
1.2.1. A Intervenção do Estado.....	22
1.2.2. Estratégia no Setor Público.....	23
1.3. Liderança, Cultura e Estratégia.....	27
1.3.1. Gestão Estratégia Vs Liderança Estratégica.....	28
1.3.2. Cultura e Gestão da Mudança.....	30
1.3.3. As Lideranças e o Ambiente Estratégico.....	34
1.4. Sumário.....	35
Capítulo 2. Estratégia e o Processo de Tomada de Decisão	
Estratégica.....	37
2.1. Tipos de Decisão.....	37
2.2. A Tomada de Decisão Estratégica.....	40
2.2.1. Gestão Estratégica e Planeamento Estratégico.....	40
2.2.1.1. Ferramentas de Análise e Planeamento	
Estratégico.....	42
2.2.2. Modelos de Tomada de Decisão Estratégica.....	45
2.2.2.1. O modelo de Mintzberg – A Estrutura	
Desestruturada do Processo de Tomada de Decisão.....	49

2.3. As Dimensões do Processo de Tomada de Decisão	
Estratégica.....	50
2.3.1. A Estrutura e a Estratégia.....	51
2.3.2. As Dimensões do Processo de Tomada de Decisão	
Estratégica.....	53
2.3.2.1. A Complexidade e a Burocracia Profissional.....	62
2.3.2.2. As dimensões do Processo de Tomada de	
Decisão Estratégica e a Performance Organizacional.....	63
2.4. Sumário.....	66
Capítulo 3. Governação de Topo e Estratégia.....	67
3.1. Governação e Austeridade.....	67
3.2. Governação e órgãos de Topo.....	70
3.3. Modelos de Governação das Organizações Públicas	83
3.4. Experiências Internacionais.....	88
3.5. Sumário.....	90
 PARTE II – DELINEAÇÃO DO PROBLEMA	
Capítulo 4. O Problema de Investigação.....	91
4.1. Cronologia do Modelo de Governação nos Hospitais	
Portugueses.....	91
4.2. O modelo de Governação Atual – Delineação do Problema.....	100
4.3. Sumário	107
 PARTE III – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	
Capítulo 5 – Metodologia.....	109
5.1. Desenho da Investigação.....	109
5.1.1. Justificação da Metodologia Escolhida.....	110
A) Descrição do Estudo.....	110
B) Pressuposto Filosófico.....	111
C) Seleção da Estratégia.....	111
5.1.2. Descrição dos Métodos	113
A) <i>Grounded Theory</i>	114
B) Instrumentos de Recolha de Dados.....	117
i) Entrevista.....	117
ii) Questionário.....	118
iii) Grelha PTDE – Modelo Adaptado de Mintzberg.....	119
5.1.3. A Amostra.....	121
5.1.4. O Processo Metodológico.....	126
i) Processamento e Análise dos dados.....	128

5.2. Sumário	131
PARTE IV - RESULTADOS, DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	
Capítulo 6 – Apresentação de Resultados.....	133
6.1. A Entrevista – Método <i>Grounded Theory</i>	133
6.1.1. Impressões Gerais.....	133
6.1.2. Enredo.....	134
6.1.3. Resultados.....	138
i) O Problema.....	138
ii) A Solução.....	141
iii) Apresentação do Diagrama.....	143
iv) Síntese.....	146
6.2. Resultados do Questionário de Entrevista.....	147
i) Síntese.....	175
6.3. Resultados da Grelha PTDE – Modelo Adaptado de Mintzberg.....	178
A) Análise estatística e interpretação.....	178
i) Síntese.....	196
6.4. Sumário	201
Capítulo 7 – Análise, Discussão e Teoria Emergente.....	203
7.1. Integração e Análise de Resultados.....	203
7.2. Discussão de Resultados: A teoria emergente.....	216
7.3. Sumário.....	226
Capítulo 8 – Conclusão e Proposta	227
8.1. Conclusão.....	227
8.2. Proposta de novo modelo de Conselho de Administração.....	230
i) Síntese.....	235
Bibliografia.....	237
Anexos.....	I
Anexo I – Carta de Pedido de Participação no Estudo.....	III
Anexo II – Questionário de Entrevista.....	IV
Anexo III – Grelha Entrevista PTDE.....	XI
Anexo IV – Verbatins e processo de Codificação.....	XIII
Anexo V – Folha de Cálculo resumo PTDE.....	XXXII

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Definição de Estratégia no meio empresarial e militar

Quadro 2 – Aceções do conceito de Estratégia

Quadro 3 – Definição de Estratégia

Quadro 4 – Escolas de Pensamento

Quadro 5 – 5 P'S de Mintzberg

Quadro 6 – Tipologia quanto à Formação da Estratégia

Quadro 7 – Tipos de Processos de Formação de Estratégia

Quadro 8 – Quadro Síntese

Quadro 9 – Posicionamento das Escolas face ao Estado

Quadro 10 – Diferenças Potenciais entre os setores Público e Privado

Quadro 11 – Características das Estratégias nos Setores Público e Privado

Quadro 12 – Diferenças entre Gestão Estratégica e Liderança Estratégica

Quadro 13 – Tipos de Decisão

Quadro 14 – Classificação das Decisões Organizacionais

Quadro 15 – Esquema concetual de Gestão Estratégica de diferentes autores

Quadro 16 – Modelos de Tomada de Decisão

Quadro 17 – Dimensões Processo de Tomada Decisão Estratégica

Quadro 18 – Impacto das Dimensões nas Características Críticas do Processo de Tomada de Decisão

Quadro 19 – Impacte das Dimensões na *Performance* Organizacional

Quadro 20 – Diferenças entre Modelos face ao tipo de membros

Quadro 21 – Recomendações para a Independência dos Órgãos de Governação

Quadro 22 – Síntese do Relatório *Cadbury*

Quadro 23 – Síntese da Lei *Sarbanes-Oxley*

Quadro 24 – Direção Executiva/Conselho da Administração: comparação das responsabilidades

Quadro 25 – Os Quatro Passos para a tomada de decisão estratégica

Quadro 26 – Papel do Órgão de Governança no Processo de Tomada de Decisão Estratégica

Quadro 27 – As componentes “*Building Blocs*” do papel do *Board*

Quadro 28 – Resumo das Perspetivas de Conflito e de Consenso

Quadro 29 – Grelha comparativa dos modelos de governação de alguns países

Quadro 30 – Construção Teórica de *Design* Metodológico

Quadro 31 - Etapas do Processo

Quadro 32 – Grelha de verificação do Processo de Tomada de Decisão

Quadro 34 – Caracterização da amostra por Região Geográfica

Quadro 35 - Caracterização da amostra por Tipo de Modelo Organizacional

Quadro 36 - Tipo de Modelo Organizacional vs. Tipo por Natureza de Responsabilidades

Quadro 37 – Caracterização da amostra por Tipo de Gestão

Quadro 38 – Processo de construção da Teoria segundo a lógica de *Grounded Theory*

Quadro 39 – Categorias, Subcategorias e Conceitos na apresentação dos resultados

Quadro 40 – Síntese do método relativo ao Problema

Quadro 41 – Síntese do método relativo ao Solução

Quadro 42.1 – O desenho da Estratégia do Hospital é uma das competências do Conselho de Administração?

Quadro 42.2 – Que tipo de decisões são da competência do Conselho de Administração?

Quadro 42.3 – Que tipo de decisões deverão ser da competência do Conselho de Administração?

Quadro 42.3a – Que tipo de decisões são da competência do Conselho de Administração vs. Que tipo de decisões deverão ser da competência do Conselho de Administração?

Quadro 42.4 – A que órgão deverá caber a competência da Tomada de Decisão Estratégica do hospital?

Quadro 42.5 – A que nível estratégico se situa o Conselho de Administração?

Quadro 42.6 – A que nível estratégico se deverá situar o Conselho de Administração?

Quadro 42. 6a - A que nível estratégico se situa o Conselho de Administração? vs. A que nível estratégico se deverá situar o Conselho de Administração?

Quadro 42.7 – É necessário o desenho e planeamento estratégico para o hospital?

Quadro 42.8 – A que órgão deverá caber a competência de Desenho e planeamento estratégico do Hospital?

Quadro 42.9 – Considera haver falta de desenho e planeamento estratégico a nível superior?

Quadro 42.10 - Está a capacidade estratégica do hospital comprometida por falta de planeamento estratégico superior?

Quadro 42.11 – Tem o Conselho de Administração capacidade técnica e profissional para tomar e Implementar decisões estratégicas?

Quadro 42.12 – Deverá ter o Conselho de Administração capacidade para tomar e implementar decisões estratégicas?

Quadro 42.13 – Tem o Conselho de Administração autonomia para tomar e implementar decisões estratégicas?

Quadro 42.14 - Está a capacidade estratégica do Conselho de Administração comprometida por falta de autonomia para tomar e implementar decisões estratégicas?

Quadro 42.17 – Considera necessário planeamento estratégico a nível superior?

Quadro 42.18 – Que órgão deverá ter a competência de desenho e planeamento estratégico a nível superior?

Quadro 42.19 – Tem a ARS capacidade e competências técnicas e profissionais para desenho e planeamento estratégico?

Quadro 42.20 – Tem a ACSS capacidade e competências técnicas e profissionais de desenho e planeamento estratégico?

Quadro 42.21 – Como considera ser a relação ACSS/ARS em termos de interesses e competências?

Quadro 42.22 – Como considera ser a relação ARS com o Conselho de Administração em termos de interesses?

Quadro 42.23 – Como considera ser a relação ACSS com o Conselho de Administração em termos de interesses?

Quadro 42.24 – Como considera ser a relação ACSS-ARS com o Conselho de Administração?

Quadro 42.25 – Como garantir a clara definição de interesses e a não conflitualidade dessas competências?

Quadro 42.26 – Qual deveria ser o modelo de governação estratégico nacional?

Quadro 42.27 - De acordo com a resposta anterior, considera estar o atual modelo de composição do Conselho de Administração adequado ao exercício das suas funções?

Quadro 42.15 – Concorde com a atual forma de constituição do Conselho de Administração (nomeação)?

Quadro 42.28 – Tem os elementos do Conselho de Administração as competências técnicas e profissionais necessárias para o desenvolvimento estratégico?

Quadro 42.16 – Deveriam estar melhor definidas quais as competências técnicas e profissionais de cada el.do Conselho de Administração?

Quadro 42.29 – Está a capacidade estratégica do Conselho de Administração condicionada pelas competências técnicas e profissionais dos seus elementos?

Quadro 42.30 – Como considera os planos estratégicos?

Quadro 43 – Caracterização das decisões

Quadro 44 – Tipologia dos Hospitais por Natureza de Responsabilidades

Quadro 45 – Tipo de decisões por Natureza de Responsabilidades

Quadro 46 - Tipo de Decisões por Tipo de Modelo Organizacional

Quadro 47 – Tipo de Decisões por Tipo de Gestão

Quadro 48 – Tipo de Estímulo

Quadro 49 – Tipo de Solução

Quadro 50 – Tipo de Rotina

Quadro 51 – Passos dos Processos de Tomada de Decisão Estratégicos por natureza de responsabilidades dos Hospitais

Quadro 52 – Passo de necessidade de autorização superior

Quadro 53 – Área Estratégica por Natureza de Responsabilidades

Quadro 54 – Caracterização da Implementação por Área Estratégica

Quadro 55 – Caracterização da implementação das Decisões por natureza de Responsabilidades

Quadro 56 – Percentagem de Implementação por natureza de responsabilidades

Quadro 57 – Caracterização das Decisões Implementadas por natureza e Responsabilidades

Quadro 58 – Caracterização das Decisões Implementadas por Modelo Organizacional

Quadro 59 – Tipo de Modelo organizacional vs Tipo por Natureza de Responsabilidades

Quadro 60 – Proposta Genérica do Novo Modelo de Conselho de Administração

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Tipo de Estratégias

Figura 2 – Objetivos e o tipo de Estratégia nas diferentes escolas

Figura 3 – Modelo de Cebola

Figura 4 – Fatores para a Tomada de Decisão

Figura 5 – Modelo de constrangimentos da Tomada de Decisão

Figura 6 – Processo de Tomada de Decisão Estratégica de Mintzberg

Figura 7 – Ideologias Políticas sobre Austeridade

Figura 8 – Tipos de Austeridade

Figura 9 – Dinâmicas dos *Boards* corporativos no Reino Unido e USA

Figura 10 – Modelo tradicional burocrático

Figura 11 – O modelo de sistema de governação das organizações públicas

Figura 12 – Modelo Geral

Figura 13 – Modelo deste estudo

Figura 14 – Processo de análise dos dados segundo Método *Grounded Theory*

Figura 15 – Processo de Tomada de Decisão de Mintzberg

Figura 16 – O Problema – processo *Grounded Theory*

Figura 17 – A Solução – processo *Grounded Theory*

Figura 18 – Quadro síntese simplificado da Teoria Emergente

Figura 19 – Modelo proposto para estrutura e composição do Conselho de Administração

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSS – Administração Central dos Serviços de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

BCG – Boston Consulting Group

CA – Conselho de Administração

CEO – Chief Executive Officer

CH – Centro Hospitalar

DGS – Direção Geral de Saúde

EPE. – Empresa Pública do Estado

G8 – Os oito grandes hospitais

GT - Grounded Theory

SA – Sociedade Anónima

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP

MF – Ministério das Finanças

MS – Ministério da Saúde

NRE - *Nouvelle Régulations Economiques*

PDG – *President Directeur General.*

PPP – Parceria Público-Privada

PRACE – Programa de Reestruturação da Administração Pública

PTD – Processo de Tomada de Decisão

PTDE – Processo de Tomada de Decisão Estratégica

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SPSS – Statistical Program Software System

SWOT – Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

TAPIC – Transparency, Accountability, Integration, Capacity

ULS – Unidade Local de Saúde

IPO – Instituto Português de Oncologia

LISTA DE ANEXOS

Anexo I – Carta de Pedido de Participação no Estudo

Anexo II – Questionário de Entrevista

Anexo III – Grelha Entrevista PTDE

Anexo IV – Verbatins e processo de Codificação

Anexo V – Folha de Cálculo resumo PTDE

INTRODUÇÃO

Neste estudo quisemos compreender o papel do Conselho de Administração, enquanto órgão de governação de topo, dos hospitais públicos portugueses, face à Estratégia e à capacidade estratégica, isto é, à capacidade de formulação e desenvolvimento estratégico.

A estratégia das organizações públicas, designadamente as organizações de saúde, pelas suas especificidades e pelos diferentes contextos em que se movem, está sujeita a constrangimentos particulares, pelo que se deduz ser a sua Estratégia, necessariamente diferente face às organizações privadas. (Ring e Perry, 1985).

O ambiente de protecionismo ao sector público e o facto de o sector público estar nas mãos de executivos eleitos que governam os recursos, fez e faz aparentar estar a Estratégia nas mãos dos políticos e a sua implementação nas mãos de Executivos nomeados, e também estes, políticos. Tal facto, refletiu-se na educação dos profissionais do sector público. Enquanto no sector privado se assistia, por parte dos executivos, a um percurso académico na linha da Gestão, os executivos públicos, por sua vez, faziam incursões na linha da Administração. Esta crê-se ser a raiz da ideia, da crença vigente de estar a Estratégia está na mão do Governo e que os Executivos se limitam apenas a administrar.

Se bem que a crescente escassez dos recursos trouxe, em Portugal desde as últimas duas décadas, uma crescente migração do pensamento estratégico para o sector público e uma escalada da gestão sobre a administração, no sector da saúde - talvez pelo tipo de bens que gera e de serviços que produz-, tem havido pudor em aderir a esta tendência, fazendo com que a Nova Gestão Publica se introduzisse pouco e tarde na prática corrente das organizações de saúde e, muito menos que se consolidasse.

No entanto, o sucesso de uma Estratégia passa pela sua boa implementação. E para que tal seja possível, torna-se necessário garantir que a mensagem estratégica seja passada de forma clara, e que não acontece no sector público da saúde. Assim, a capacidade estratégica da organização, resume-se à capacidade de organização, desenvolvimento e implementação estratégica.

Tendo em consideração que a Estratégia do setor público acarreta uma série de especificidades e condicionantes, quisemos conhecer o caráter estratégico dos CA dos hospitais públicos portugueses, e suas características, e constatámos empiricamente a Estratégia dependerá, por um lado, da estrutura organizacional e por outro, da sua política de gestão.

Os hospitais são organizações prestadoras de cuidados de saúde, integrantes de um sistema de saúde cujos grandes objetivos são a eficiência, a eficácia, a efetividade e sempre numa lógica de equidade, quer na prestação, quer no financiamento, quer na distribuição de recursos entre os serviços públicos. Estes valores colocam, assim, pressão à organização, a qual se move num ambiente algo estável, mas que se revela muito complexo. A esta complexidade do seu ambiente externo - necessidade de inovação, alteração de paradigma quanto à prestação, foco no cidadão e multifatorialidade das doenças -, soma-se a sua complexidade interna. Trata-se de uma organização estruturalmente caracterizada pela Burocracia Profissional, cujo centro operacional, apesar da sua típica estandardização de procedimentos, se revela complexo. Verifica-se a existência de dupla linha de autoridade e inerentes dificuldades de coordenação das atividades e dos recursos, bem como dificuldades de definição de papéis quanto à tomada de decisão. Adicionalmente, estas organizações deparam-se com a necessidade de mão-de obra intensiva, altamente qualificada e que requer autonomia, acentuando, assim a dimensão Complexidade.

Neste sentido, compreende-se serem os hospitais um grande desafio à disciplina da Gestão, a qual, segundo a doutrina, responde à necessidade de integração da racionalidade e eficiência no desempenho organizacional, mas que por si só, se revela insuficiente. A internalização das suas especificidades - como a incerteza (o controlo diminuto sobre as atividades *core* e sobre o momento em que estas ocorrem, mas que exigem satisfação imediata), o caráter multidisciplinar do seu produto (os cuidados de saúde), coordenação e cultura organizacional difícil -, revela-se crucial.

Fundamental será dispor de visão e um plano de ações, integrado e unificado, de modo a conduzirem a organização aos objetivos vertidos na sua missão, isto é, dispor de Estratégia. É necessário pois, capacitar-se para a formulação, planeamento e gestão estratégica, com vista a transformar a sua complexidade em performance organizacional, garantindo a sua sustentabilidade e prossecução do interesse público.

Tal como o *core business* do centro operacional do hospital, é a sua atividade clínica, o *core business* do órgão de governação de topo, é a Estratégia do hospital.

Nesta perspetiva o nosso trabalho vai no sentido de compreender melhor a problemática do enquadramento do atual modelo de governação de Topo (i.e. Conselho de Administração) face à Estratégia e capacidade para o exercício estratégico numa organização pautada pela grande complexidade clínica e organizacional.

A amostra da investigação incidiu sobre os Conselhos de Administração dos hospitais que foram representados pelos respetivos presidentes e é representativa de 48% dos hospitais públicos portugueses.

Tal como era expectável, a recolha de dados, de um serviço da Administração pública, foi bastante difícil de conseguir, pela dificuldade compreensível de agenda por parte destes elementos, bem como pela sua resistência a uma entrevista sobre estas temáticas.

O objetivo primordial deste estudo é responder à questão fundamental de investigação: É o Conselho de Administração um órgão estratégico e capacitado para o desenvolvimento e exercício estratégico?

No entanto, algumas subquestões surgem e que importa responder:

Terá o órgão de gestão de topo dos hospitais públicos necessidade de incorporar a dimensão estratégica? Ou fará sentido apenas a dimensão executiva, limitando-se a atividades de controlo interno?

Integrará este órgão preocupações estratégicas na tomada de decisão? Estará habilitado para o fazer?

É aceitável, que pelo facto de ser público, considere não haver ambiente externo com o qual se preocupar e, portanto, sem necessidade de Estratégia, no sentido, de esta ser indissociável de um ambiente-cliente?

Dada a pouca informação e poucos estudos empíricos sobre a *praxis* relativa à governação dos hospitais portugueses no que concerne à Estratégia e à Governação de Topo, a metodologia utilizada para investigação envolveu previamente a condução de entrevistas exploratórias a peritos, sensibilizando-nos para uma melhor identificação das questões reais e eliminação de eventuais falsas questões, e pela opção da metodologia *Grounded Theory*, isto é, Teoria fundamentada nos dados, como metodologia base.

Este trabalho está organizado em quatro partes e sete capítulos.

A primeira parte dedica-se ao enquadramento teórico através de uma revisão de literatura pertinente e está organizado em três capítulos - o primeiro capítulo é dedicado

à Estratégia de forma genérica, revisitando conceitos, escolas de pensamento, enquadrando o setor público na Estratégia e sua formulação, cultura organizacional e Liderança; o segundo capítulo detém-se sobre o Processo de tomada de decisão estratégica, revisitando classificações, modelos e dimensões; O terceiro capítulo dedica-se à Governança de Topo e seus modelos teóricos com uma pequena incursão por algumas experiências internacionais.

A Segunda parte, é composta por um capítulo (4) e que nos conduz à delineação do problema de Investigação.

A Terceira parte é dedicada à metodologia e é composta pelo capítulo 5 onde são apresentados os fundamentos e pressupostos filosóficos de desenho desta investigação e a respetiva proposta metodológica.

A quarta e última parte, de natureza prática, apresenta, integra e discute os resultados de cada método, por forma a elaborar teoria emergente. É composta por três capítulos: capítulo 6 onde são apresentados os resultados do trabalho de campo de acordo com os três métodos; capítulo 7 com a análise, discussão dos resultados e teoria emergente. O capítulo 8 apresenta a conclusão e termina com o desenvolvimento de teoria explicativa do fenómeno em estudo. Termina com uma proposta de modelo de governação de topo do hospital público português, à luz dos conhecimentos da literatura visitada e que julgamos vir minimizar alguns dos problemas que têm sido tradicionalmente levantados na Administração Pública em geral, e no setor da saúde em particular.

Com este trabalho esperamos contribuir para o conhecimento sobre a governação e a relação estratégica dos Conselhos de Administração dos hospitais públicos portugueses.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Sendo este trabalho dedicado à compreensão do comportamento face à Estratégia do hospital público português, pareceu-nos de capital importância visitar os autores de teoria que nos ajudassem neste desiderato.

Neste sentido, o enquadramento teórico será constituído por três capítulos que pretendem fazer uma incursão pela literatura, começando por enquadrar de forma genérica a Estratégia de um ponto de vista global e ir afunilando, passando pela relação entre a Estratégia e o Processo de Tomada de Decisão Estratégica, e sua importância para a Governança de Topo e seus modelos, em direção ao setor da Saúde, em particular, o hospital.

O primeiro capítulo, dedica-se à compreensão da Estratégia e da sua importância para as organizações, revisitando os conceitos, as escolas de pensamento e de formação da Estratégia, fazendo o enquadrando o setor público e suas particularidades na formação e formulação da Estratégia, passando pela relação entre a cultura organizacional com a Liderança e com a Estratégia.

O segundo capítulo detém-se sobre a importância do processo de tomada de decisão para a capacidade de exercício estratégico, revisitando classificações, modelos e dimensões críticas, afunilando para a dimensão crítica da estrutura organizacional típica do hospital – a burocracia profissional;

O terceiro e último capítulo dedica-se à relação entre a *Governance*, seus princípios e fundamentos e o órgão de governação de Topo, face à Estratégia, visitando os seus modelos teóricos conceptuais, terminando com uma pequena incursão por algumas experiências internacionais.

CAPÍTULO 1 – ESTRATÉGIA

Neste capítulo iniciamos a incursão pela literatura que nos dará o enquadramento teórico para a definição, dimensões e formulação de Estratégia, a Estratégia no setor público, assim como o papel das lideranças e da cultura na Estratégia.

1.1. DEFINIÇÃO E FORMULAÇÃO DA ESTRATÉGIA

Com origem na Grécia antiga no século V a.C., o termo Estratégia esteve ligado às qualidades e habilidades do General. No entanto, Sócrates, filósofo grego do mesmo século, já vislumbrava a ligação entre a Estratégia militar e os Negócios, no sentido do planeamento dos recursos para alcance dos almejados objetivos. Na China do mesmo século, Zun Tzu pressentiu estar a essência da Estratégia ligada à excelência do Líder, cuja força e superioridade se resumia à Inteligência e clareza de cada movimento no xadrez da Guerra. E Maquiavel, quinze séculos depois, associava o Príncipe à organização e implementação da sua Guerra. Assim, da Grécia Antiga à Itália de Maquiavel, no Séc. XVI, o termo estratégia passou a significar “habilidades de gestão, quer administrativa, quer de Liderança, quer de poder” (Mintzberg, 1978).

É de referir que, ao nível político-militar, a estratégia é definida como sendo uma arte. Uma Arte desenvolvida pelo Líder, pelo *Strategos*.

Ao nível organizacional, a Estratégia afasta-se do campo subjetivo da Arte, com a justificação dos Clássicos (Wittington, 2001) e das escolas determinísticas (Mintzberg, 1978) de que a Estratégia é, sobretudo, análise detalhada e planeamento. No entanto, já os Evolucionistas e a escola emergencial de Mintzberg começaram por devolver a Arte à Estratégia e à Liderança Estratégica.

O Quadro 1 ilustra as definições de estratégia no meio empresarial e no meio militar.

A definição de estratégia tem sido objeto de estudo nas últimas décadas, dando origem a diversas abordagens. Trata-se de um “*conceito multidimensional e situacional, o que dificulta uma definição de consenso*” (Nicolau, 2001).

No entanto, constata-se que a **indissociabilidade entre a organização e o ambiente externo** (Nicolau, 2001) é um denominador comum entre todas as definições de

Estratégia. O ambiente externo oferece, por um lado, riscos e condicionantes ao *status quo* do negócio, e por outro lado, permite o acesso a novas oportunidades. Este carácter ambivalente de ameaças/oportunidades do ambiente externo é a base e a razão de ser do conceito de Estratégia.

No Quadro 1 ilustra-se a definição de Estratégia por diferentes autores nos meios empresariais e militar.

Quadro 1 - Definição de Estratégia no meio empresarial e militar

	Meio Empresarial	Meio Militar
Definição	Estratégia de uma empresa é definida como a sua teoria para obtenção de vantagens competitivas.	1. Arte de coordenar a ação das forças militares, políticas, económicas e morais implicadas na condução de um conflito ou na preparação da defesa de uma nação ou comunidade de nações.
Grande Dicionário da Língua Portuguesa		2. Parte da arte militar que trata das operações e movimentos de um exército, até chegar, em condições vantajosas, à presença do inimigo.
BARNEY, J.; HESTERLY, W. S. Strategic management and competitive advantage. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2006;	Estratégia é o conjunto de decisões coerentes, unificadoras e integradoras que determina e revela a vontade da organização em termos de objetivos de longo prazo, programa de ações e prioridade na alocação de recursos.	3. Arte de aplicar com eficácia os recursos de que dispõe ou de explorar as condições favoráveis de que porventura desfrute, visando o alcance de determinados objetivos.
HAX, A. C.; MAJLUF, N. S. The concept of strategy and strategy formation process. Interfaces, v.18, n.3, p. 99-109, 1988.	Estratégia é o padrão ou plano que integra as principais metas, políticas e sequências de ações de uma organização num todo coeso para alocar os recursos da organização numa postura única e viável baseada nas suas competências e limitações internas, alterações antecipadas no ambiente e movimentações de oponentes inteligentes.	
QUINN, J. B. Strategies for change: logical incrementalism. R.D. Irwin Inc., 1980.		
OBJETIVO	Conquistar e Controlar os mercados.	Conquistar e controlar os territórios.
ANÁLISES	Estudo do mercado; Estrutura da Indústria; Pontos fortes e fracos; Organização e liderança.	Condições climáticas; Condições do Terreno; Distribuição da Forças; Estrutura de Comando.
RESULTADOS	Estratégia Empresarial; Plano Estratégico.	Estratégia militar; Plano de Campanha.

Fonte: adaptado de Freire (1999) e Nicolau (2001)

Se bem que a base do conceito – a indissociabilidade entre a organização e o meio envolvente - seja comum entre os vários autores, já as suas componentes, propósito e processos de formação têm merecido alguma divergência teórica. Os diferentes sentidos e as diferentes dimensões de Estratégia que têm proliferado na literatura dão origem às diferentes abordagens e perspectivas de operacionalização do conceito.

Nem sempre o conceito de Estratégia se apresenta de forma clara, na diversa literatura, pelo que existe necessidade de proceder à sistematização do conceito, seguindo as aceções encontradas nos vários autores da especialidade – temporal, grau de Explicitação e grau de planeamento.

Aceção Temporal

Subjacente às definições de Estratégia está, de forma mais ou menos explícita, uma dimensão temporal que dá sentido à relação entre empresa e meio envolvente.

Uns autores consideram que a Estratégia é constituída por planos de ação para um posicionamento **futuro** no seu ambiente externo, outros consideram que a Estratégia é o posicionamento **presente** no seu ambiente externo, resultante de decisões tomadas anteriormente.

A escola Clássica (como se verá mais à frente) defende a Estratégia como a relação no futuro entre a organização e o seu ambiente, ou seja, uma forma de planear e projetar o futuro, planos capazes de antecipar a mudança de modo a fazer face aos desafios do meio envolvente, como a determinação dos objetivos básicos de longo prazo (Chandler, 1962 e Hax e Majluf, 1988); o forjar de missões da empresa (Steiner e Miner, 1977); o problema da afetação de recursos para o assegurar da existência da organização no futuro (Ramanantsoa, 1984 e Nicolau, 2001).

Ao contrário, encontramos autores que entendem a Estratégia como sendo o posicionamento atual, no momento presente entre a empresa e o seu ambiente externo, ou seja, a Estratégia é vista como sendo um padrão de decisões e de comportamento resultante das decisões tomadas e só plenamente conhecidas depois de realizadas (Mintzberg e Waters, 1985 e Nicolau, 2001).

No entanto, purismos à parte, é sabido que a Estratégia está sempre embebida de planos e decisões de sucesso repetidas, mas ganhos passados não garantem ganhos futuros, pelo que definir uma estratégia é sempre um “*delicado balanço entre a aprendizagem passada e o projetar do futuro*” (Hax e Majluf, 1988).

Grau de Disseminação - Estratégias implícitas versus explícitas

A classificação das Estratégias Implícitas ou Explícitas, prende-se já, não com a sua formação, mas sim com o grau de conhecimento e divulgação da Estratégia da organização. Para além das estratégias formais, planeadas e explicitadas na organização e sua implementação, existem também estratégias implícitas, decorrentes da racionalidade e dos padrões do fluxo de decisões passadas. Por outro lado, em organizações que operem em ambientes instáveis, o planeamento formal é muitas vezes substituído por pensamento estratégico.

As novas situações, sejam ameaças ou oportunidades exigem da sua gestão respostas efetivas e em tempo útil, baseadas nas estratégias implícitas, ou seja, no conhecimento da organização e do seu ambiente externo, permitindo, assim, uma reação mais rápida e eficaz, muitas vezes antecipada.

Trata-se de um tipo de estratégia muito relacionada com lideranças criativas e visionárias (Glauck, kaufmann, Walleck, 1982) e sem o grau de divulgação ao exterior, designadamente à concorrência, que se verifica nas estratégias explícitas amplamente comunicadas no interior da organização e, conseqüentemente, conhecidas por todos os interessados (Hax e Majluf, 1988).

O facto de permanecer implícita não significa que a estratégia esteja ausente. Torna-se mais difícil, para um observador, o conhecimento da estratégia da organização para o futuro quando esta se encontra implícita, permitindo apenas a sua dedução através da linha de trajetória e do padrão de decisões (Nicolau, 2001).

Grau de Planeamento - Estratégias deliberadas versus estratégias emergentes

Em que medida é que as ações realizadas resultam de ações conscientes e formalmente planeadas e previstas, é uma das questões mais polémicas no processo de formação da Estratégia. Será a posição estratégica de uma organização aquela que se planeou e previu? Terão sido todas as ações planeadas, parcial ou integralmente implementadas? É sabido que muitas das orientações e decisões estratégicas organizacionais não resultam de um plano previamente estabelecido, tal como outras ocorrem apesar do planeado, conforme elaboram Mintzberg e Waters (1985), através da classificação das estratégias em Estratégias Intencionais/Desejadas (*Intended Strategies*) e estratégias Realizadas.

As Estratégias Realizadas podem, por sua vez, ser classificadas em Estratégias Deliberadas e Estratégias Emergentes, de acordo com o grau de planejamento que tiveram. Assim, são aquelas cujas estratégias intencionais ou desejadas foram integralmente realizadas. Consideram-se Estratégias Emergentes quando o padrão de ações realizado não foi expresso, intencional, ou seja, quando a estratégia realizada não foi a Estratégia intencional/desejada (Figura 1).

Figura 1 – Tipo de Estratégias



Fonte: Mintzberg (1985; 2005)

No entanto, e porque a realidade é sempre mais complexa do que os exercícios acadêmicos, Mintzberg (1985) considera que as Estratégias puramente deliberadas e puramente emergentes são situações extremas, sendo entre estas que se encontram as estratégias correntemente realizadas.

A corroborar esta ideia, Wright, Kroll e Parnell (2000) sustentam que, uma vez que a estratégia planeada seja implementada, irá frequentemente requerer modificações, à medida que as condições ambientais ou organizacionais se modificam.

Em consequência dessas modificações, os elementos estratégicos sofrem, também, alterações, o que consideram ser sempre de difícil ou mesmo impossível previsão.

Consequentemente, uma estratégia pretendida pode ser realizada na sua forma original, numa forma modificada ou até mesmo de forma completamente diferente, podendo mesmo acontecer a implementação de uma estratégia planeada pela gestão de topo que resulta numa estratégia realizada diferente, dada a constante mutação dos elementos ambientais (Quadro 2)

Assim, enquanto a definição de estratégias deliberadas encontra o seu foco no planeamento e controlo, a estratégia emergente prende-se com a noção de aprendizagem, através de mecanismos de feedback no processo de tomada de decisão, que permitem a correção e otimização de processos que conduzirá à definição de uma Estratégia. *"Podem desenvolver-se de todas as formas menos usuais, à medida que as pessoas interagem, aprendem, se ajustam mutuamente, lutam e desenvolvem consensos"* (Nicolau, 2001).

Quadro 2 – Aceções do conceito Estratégia

ACEÇÃO DO CONCEITO DE ESTRATÉGIA	
Temporal	Futura
	Presente
Grau de Disseminação	Implícita
	Explícita
Grau de Planeamento	Deliberadas
	Emergentes

Fonte: adaptado de Nicolau (2001)

1.1.1. Conceito de Estratégia – As Várias Dimensões

Na literatura encontramos diversos conceitos de Estratégia, cuja diferença reside na hierarquia dos seus componentes. Hax (1986) sugere que os conceitos de Estratégia elaboradas na literatura obedeçam a diferentes dimensões, sendo todas elas de importância para a formulação de um conceito mais amplo e abrangente.

No Quadro 3 são referidos esses conceitos, bem como a dedução de um conceito agregador das várias dimensões.

Quadro 3 – Definição de Estratégia

ESTRATÉGIA COMO:	DEFINIÇÃO	DEFINIÇÃO CONVERGENTE
1. means of establishing the organizational purpose, in terms of its long-term objectives, action programs, and resource allocation priorities	<p>"Strategy is the determination of the basic long-term goals of an enterprise, and the adoption of courses of actions and the allocation of resources necessary to carry out these goals"</p> <p>"Strategy is the basic goals and objectives, and the major pattern of resource allocation used to relate the organization to its environment"</p>	<p>Strategy is:</p> <p>A coherent, unifying and integrative pattern of decision,</p> <p>-that determines and reveals the organizational purpose in terms of long term objectives, action programs, and resource allocation priorities,</p>
2. definition of the competitive domain of the firm	"Strategy is the pattern of objectives, purposes or goals and major policies and plans for achieving these goals, stated in such a way as to define what businesses the company is in or is to be in and the kind of company it is or is to be"	

3. coherent, unifying, and integrative blueprint of the organization as a whole	<p>“Strategy is a unified, comprehensive, and integrative plan designed to assure that the basic objectives of the enterprise are achieved”</p>	<p>-selects the businesses the organization is in or is to be in,</p> <p>- defines the kind of economic and human organization the company is or intends to be,</p> <p>-attempting to achieve a long term sustainable advantage in each of its businesses, by properly responding to the opportunities and threats in the firm’s environment, and the strengths and weaknesses of the organization,</p> <p>-engaging all the hierarchical of the firm-corporate, business, functional-</p> <p>-and defining the nature of the economic and non-economic contributions it intends to make to its stakeholders</p>
4. response to external opportunities and threats, and internal strengths and weaknesses	<p>“Strategy formulation and implementation include identifying opportunities and threats in the organization’s environment, evaluating the strengths and weaknesses of the organization, designing structures, defining roles, hiring appropriate people, and developing appropriate rewards to keep those people motivated to make contributions”</p> <p>“Strategy is the forging of company missions, setting objectives for the organization in light of external and internal forces, formulating specific policies and strategies to achieve objectives of the organization will be achieved”</p> <p>“Strategy is a mediating force between the organization and its environment: consistent patterns of streams of organizational decisions to deal with the environment”</p>	
5. central vehicle for achieving competitive advantage	<p>“The search for a favorable competitive position in an industry, the fundamental arena in which competition occurs. Competitive strategy aims to establish a profitable and sustainable position against the forces that determine industry competition”</p>	
6. motivating force for the stakeholders	<p>“Corporate strategy is the pattern of decisions in a company that determines and reveals its objectives, purposes, or goals, produces the principal policies and plans for achieving those goals, and defines the range of businesses the company is to purpose, the kind of economic and human organization it is or intends to be, and the nature of the economic and noneconomic contribution it intends to make to its shareholders, employees, customers, and communities”</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Corporate strategy defines the businesses in which a company will compete, preferably in a way that focuses resources to convert distinctive competence into competitive advantage” • “Business strategy is the determination of how a company will compete in a given business, and position itself among its competitors” <p>“Strategy is defined as orienting “metaphases” or frames of reference that allow the organization and its environment to be understood by organizational stakeholders. On this basis, stakeholders are motivated to believe and to act in ways that are expected to produce favorable results for the organization”</p>	

Fonte: Hax (1986)

De acordo com Hax (1986) e com a sua definição emergente, o caráter uno deste novo conceito de estratégia revela-se uma base essencial, um “*framework*” para a continuidade da vitalidade da organização, bem como da sua adaptação a um ambiente em constante evolução.

Também refere aquele autor que a essência da Estratégia é o *empowerment* da organização para alcançar vantagem competitiva sustentável e introduz na sua definição o reconhecimento formal da importância dos *stakeholders*, bem como de relações e contratos sociais entre a organização e os seus interessados.

1.1.2. Escolas de pensamento e de Formação da Estratégia

A Estratégia e o processo de formação da Estratégia têm sido formalizados por vários teóricos, originando diferentes classificações, tendo em conta as diferentes perspetivas face aos objetivos, conteúdos e resultados.

A classificação de Mintzberg (1988) remete-nos para as “Dez Escolas de Pensamento” que agrupa em três categorias – prescritiva, descritiva e integrativa, sintetizadas no Quadro 4.

Quadro 4 – Escolas de Pensamento

ESCOLAS DE PENSAMENTO	FORMAÇÃO DE ESTRATÉGIA	TIPO DE ESCOLA
<i>Escola de Design</i>	Processo de <i>Conceção</i>	Prescritiva
<i>Escola de Planeamento</i>	Processo <i>formal</i>	
<i>Escola de Posicionamento</i>	Processo <i>analítico</i>	
<i>Escola Empreendedora</i>	Processo <i>visionário</i>	Descritiva
<i>Escola Cognitiva</i>	Processo <i>mental</i>	
<i>Escola de Aprendizagem</i>	Processo <i>emergente</i>	
<i>Escola de Poder</i>	Processo <i>negociação</i>	
<i>Escola Cultural</i>	Processo <i>coletivo</i>	Integrativa
<i>Escola Ambiental</i>	Processo <i>reativo</i>	
<i>Escola de Configuração</i>	Processo de <i>Transformação</i>	

Fonte: adaptado de Mintzberg (2005)

O primeiro grupo formado pelas três primeiras escolas – **Escola de Design; Escola de Planeamento e Escola de Posicionamento**, são de natureza prescritiva, normativa,

preocupadas com a forma como deverão ser formuladas as estratégias, A **Escola de Design** teve início nos anos 60 e via a formação da estratégia como um processo informal de *design*, de conceção, enquanto a segunda escola, a **Escola de Planeamento**, que se desenvolveu paralelamente com a de design, mas que teve maior destaque ao longo da década de 70, via a estratégia como um processo mais sistemático de planeamento formal. Esta escola foi posta em causa durante os anos 80 pela **Escola de Posicionamento**, menos preocupada com o processo de formação da Estratégia e mais preocupada com o conteúdo da estratégia, focando-se no posicionamento analítico no mercado económico.

O segundo grupo consiste nas **seis escolas** seguintes mais preocupadas com a forma como o processo de formação de Estratégia, é de facto elaborado e não tanto com a prescrição de planos ou posicionamentos ótimos e ideais. É, assim, de natureza descritiva. É o “como” em detrimento de o “devem”.

Neste grupo incluem-se as **Escolas Empreendedora**, que viam a estratégia como a criação da visão estratégica personalizada do líder, e a **Escola Cognitiva**, na mesma linha, que via a estratégia como o resultado das capacidades cognitivas e psicológicas do líder, tentando perceber a mente do estratega.

Ainda no grupo das seis, na linha descritiva, mas saindo das características e capacidades individuais do grande líder para uma perspetiva que integra outras forças e outros atores no processo de formação da Estratégia, encontramos a **Escola de Aprendizagem** e a **Escola de Poder**. A **Escola de Aprendizagem** considera que o mundo é demasiado complexo para caber em planos concretos e visões simples. Considera que as estratégias emergem em pequenos passos ao longo da aprendizagem da organização, ou seja, a Organização Aprendente. Nesta linha de pensamento, também a **Escola de Poder** defende que a estratégia é um processo de negociação entre os vários atores, dentro e fora da organização, à medida que a empresa se confronta com o seu ambiente externo.

Em contraste com esta Escola, surge a **Escola Cultural**, que defende que o processo de formação da estratégia deverá alicerçar-se na cultura da organização sob os fundamentos no processo coletivo e cooperativo.

Por fim surge a **Escola Ambiental**, que acredita que a formação da estratégia é um processo reativo ao seu ambiente externo em detrimento do seu ambiente interno, preocupando-se, assim, em compreender as pressões impostas à organização pelo seu mercado específico.

O último grupo, constituído unicamente por uma Escola de Pensamento, destaca-se das restantes escolas, não por trazer algo de novo, mas pela inovação de combinar e integrar as proposições defendidas pelas escolas anteriores. É a denominada **Escola de Configuração ou Escola Transformacional**, um híbrido das restantes escolas. Procura integrar os vários elementos da Estratégia - o processo de formação da Estratégia, o conteúdo da estratégia, as estruturas organizacionais e os seus contextos. Ou seja, defende que, em diferentes estádios, acontecimentos ou ciclos de vida, as estratégias deverão ser aquelas que mais se adequam, e não estarem limitadas por fundamentalismos. Consoante as circunstâncias, tais como estabilidade ou instabilidade do mercado, maturidade da organização, tipologia e características do setor, assim deverão ser as estratégias utilizadas, umas mais planeadas outras mais dadas à visão e características do líder. Estamos perante uma perspetiva de Transformação que incorpora muito do que se tem lido e defendido acerca de “Mudança Estratégica”.

Algumas destas escolas entraram em declínio com o passar do tempo e com a evolução e desenvolvimento da gestão estratégica. Muitas destas escolas não passaram de meras teorizações, mas foram efetivamente seguidas e influenciaram a prática estratégica.

O desenvolvimento desta classificação, levou Mintzberg (1988) a realizar que a Estratégia e a sua formação obedecem a um processo um pouco mais fluido e imprevisível do que se poderia pensar, pelo que conclui que as estratégias podem ser de cinco tipos, dependendo das circunstâncias, que denomina **Cinco P's** (Quadro 5).

Quadro 5 – 5 P's de Mintzberg

P1	Estratégia como um Plano – uma direção, uma orientação, um percurso de ação – Intencional mais do que o atual.
P2	Estratégia como uma Manobra (Ploy) – como uma Manobra com intenção de baralhar o competidor.
P3	Estratégia como um Padrão – um padrão consistente com o comportamento passado – realizado mais do que intencionado.
P4	Estratégia como uma Posição - posicionamento e localização de marcas, produtos ou negócios dentro da grelha conceptual dos consumidores ou outros <i>Stakeholders</i> – estratégia determinada primeiramente pelos fatores externos à organização.
P5	Estratégia como uma Perspetiva – Estratégia determinada primeiramente por um Estratega principal (<i>Master</i>).

Fonte: Mintzberg (1978; 2005)

As cinco definições e as dez Escolas apresentam relações entre si, percebendo-se algumas tendências entre as Escolas face aos cinco P's de Mintzberg.

A exemplo dessas preferências, temos o **P** de *Plano* para a Escola de Planeamento, o **P** de *Posição* para a Escola de Posicionamento, o **P** de *Perspetiva* para a Escola Empreendedora, o **P** de *Padrão* para a Escola de aprendizagem e o **P** de *Ploy* (com tradução para Manobra) para a Escola de Poder.

Apesar de não haver uma definição simples para Estratégia há, no entanto, áreas de acordo entre os diversos autores, sobretudo nestas últimas duas décadas.

A natureza dinâmica e indissociabilidade com o mercado são duas dessas áreas, salientadas por Markides (1999), o qual considera a formação da estratégia e sua implementação um processo integrado, em movimento, que requer uma contínua reavaliação e reformulação, revelando que o processo estratégico é planeado, emergente, dinâmico e interativo.

Moncrieff (1999) considera ser a estratégia parcialmente deliberada e parcialmente não-planeada. O elemento não planeado advém das estratégias emergentes, as quais resultam do surgimento de oportunidades e ameaças do ambiente, bem como das estratégias *ad-hoc* em ação ao longo da organização.

Esta noção de ações *ad-hoc* é muito interessante porque, efetivamente numa organização constituída por pessoas, as ações subjetivas revestem-se de um papel muito importante no resultado final, uma vez que vão modificando, de forma sub-reptícia, o caminho estratégico da organização.

A importância da origem estratégica é refletida na sistematização e classificação feita por Hax e Majluf (1984) dando origem a Estratégias com diferentes características (Quadro 6).

Quadro 6 – Tipologia quanto à Formação da Estratégia

TIPOLOGIA FORMAÇÃO ESTRATÉGIA	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA ESTRATÉGIA
Formal	Estratégias Planeadas originadas em planos formais : existência de intenções precisas, formulados e articulados centralmente pela Liderança, assente em controlo formal para uma implementação sem surpresas em ambientes afáveis, controláveis e previsíveis; São sobretudo Estratégias deliberadas.
Empreendedora	Estratégias originadas por uma visão central : existência de intenções personalizadas; visão de um líder, não-articulada, e, portanto, adaptável a novas oportunidades; organização sob controlo pessoal do líder em nicho protegido; Estratégias relativamente deliberadas, mas que poderão emergir.
Ideológica	Estratégias originadas em Crenças Partilhadas : Existência de intenções coletivas; visão partilhada entre os atores, sob forma inspirada e relativamente imutável, controlada normativamente através de doutrinação e/ou socialização; Organização frequentemente proativa, tendo em vista o ambiente. Estratégias predominantemente deliberadas.
Chapéu de Chuva	Estratégias originadas em Restrições: a liderança define fronteiras ou alvos dentro do seu ambiente em controlo parcial das ações da organização, como forma de superar os condicionalismos de um ambiente complexo e imprevisível; Estratégias parcialmente deliberadas, parcialmente emergentes e deliberadamente emergentes.
Processo	Estratégias originada em Processos : Liderança controla certos aspetos dos processos da estratégia, como contratação, estrutura e outros, deixando os aspetos de conteúdo para outros atores; Estratégias parcialmente deliberadas, parcialmente emergentes
Desligada	Estratégias originadas em enclaves . Atores com fraca ligação à restante organização produzem um padrão de ação em ausência ou em contradição com as intenções comuns ou centrais; Estratégias organizacionalmente emergentes, sejam ou não deliberadas pelo ator.
Consensual	Estratégias originadas em Consensos : Através de ajustamento mútuo, os atores convergem em padrões que se tornam prevalentes quando em ausência de intenções centrais; Estratégias sobretudo emergentes.
Imposta	Estratégias originados no ambiente : o ambiente dita os padrões de ação, pelas suas exigências ou pela sua degradação e até desaparecimento do mercado organizacional; Estratégias maioritariamente emergentes, que poderão, no entanto, ser internalizadas pela organização e tornadas deliberadas.

Fonte: Hax e Majluf (1984)

Classificação Whittington

Uma outra classificação para o processo de formação estratégico é a classificação de Whittington (2001), que organizou quatro abordagens genéricas de Pensamento: a clássica, a evolutiva, a processual e a sistémica. Esta classificação é feita à luz de quatro

grandes critérios de análise: os objetivos; o foco estratégico; o comportamento face aos processos; e a relação com a estrutura.

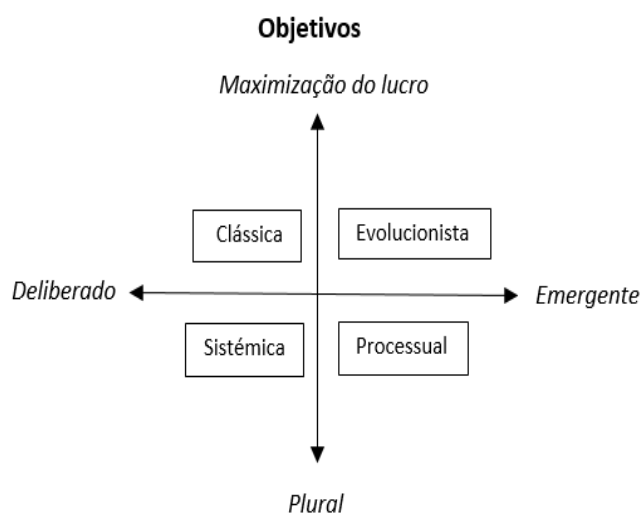
Objetivos

Whittington (2001) sugere que as abordagens possam ser divididas em estratégias unitárias e pluralistas, dependendo do número de objetivos ou resultados a perseguir.

As estratégias unitárias, que têm apenas um único objetivo- a maximização do lucro - ,e as pluralistas que têm vários e diferentes objetivos, que não apenas a maximização do lucro.

A Figura 2 ilustra o posicionamento das diferentes escolas relação entre os Objetivos e o tipo de Estratégia.

Figura 2 – Objetivos e o tipo de Estratégia nas diferentes escolas



Fonte: Mintzberg (1979); Whittington (2001); Rowe (2008)

Processos

Segundo Wittington as quatro estratégias genéricas, para além da sua classificação face aos objetivos, também podem ser classificadas face ao comportamento deliberado ou emergente.

A discussão assenta essencialmente sobre onde se situará o cerne: se na tomada de decisão e planeamento como atividades estratégicas que nos levam às atuais estratégias implementadas (realizadas), ou se nas estratégias realizadas sob forças

emergentes da organização e do seu ambiente. Ou seja, se a Estratégia é planeamento formal e previsão ou se a estratégia também requer um olhar para o passado, para nos guiar no futuro (Quadro 7).

Quadro 7 – Tipos de Processos de Formação de Estratégia

ESTRATÉGIAS REALIZADAS	
Voluntarismo/Deliberada	As estratégias são planeadas e voluntárias. Podem ser controladas e dependem da qualidade de quem as toma. Voluntarismo é definido como um exercício de livre vontade
Determinismo/Emergente	Estratégias não são definidas. Estratégia é o que se tem passado até ao momento - ela emerge . Determinismo é definido como as ações e as escolhas que são determinadas pelos eventos e estados precedentes.

Fonte: adaptado de Mintzberg (1979); Whittington (2001)

Foco

Tendo em conta, ainda, as quatro perspetivas de Whittington (2001) e olhando em particular para o foco estratégico, verifica-se que as forças determinantes em estratégia podem ser internas ou externas à organização, ou ambas. Pelo que se considera que a estratégia flutua entre os interesses do mercado e os interesses da organização.

A Estratégia clássica considera o planeamento e controlo como o foco do nosso pensamento.

A estratégia processual vê a organização através do seu poder e das suas capacidades.

A estratégia evolucionista considera o mercado como o foco e, por fim, a estratégia sistémica vem devolver o foco à organização, ao mesmo tempo que tem em consideração o ambiente em termos culturais e sociológicos e não apenas em termos económicos.

Se olharmos para o foco estratégico verificamos que as abordagens clássica e processual são ambas focadas internamente, enquanto a clássica é considerada voluntarista e a processual é considerada determinística, ou seja, uma é mais pelo planeamento formal racional e a processual é mais relacionada com as políticas e as capacidades internas.

As abordagens evolucionista e sistémica são ambas focadas externamente enquanto a sistémica é considerada voluntarista e a evolucionista é considerada determinística.

Em conclusão, as forças do determinismo podem ser interna ou externamente conduzidas, assim como as organizações podem ser prisioneiras do seu ambiente e dos seus limites cognitivos.

Mas estará a formação da estratégia relacionada com a estrutura organizacional? Ou a estrutura de uma organização relaciona-se apenas com o seu “*core business*”, independentemente do mercado, do ambiente e dos objetivos de longo prazo? Quem é que condiciona quem? É a estrutura condicionada pela estratégia ou é a estratégia que condiciona a estrutura?

O Quadro 8 pretende fazer uma síntese dos aspetos fundamentais das escolas.

Quadro 8 – Quadro Síntese

ESCOLA PERSPETIVA	FOCO ESTRATÉGICO	PROCESSOS FORMAÇÃO ESTRATÉGIA	OBJETIVO ESTRATÉGICO	ESTRATÉGIA VS ESTRUTURA
Clássica	Interno (planos)	Deliberado	Unitário	Estrutura segue Estratégia
Processual	Interno (políticas/cognição)	Emergente	Pluralista	Estrutura condiciona Estratégia
Evolucionista	Externo (mercados)	Emergente	Unitário	Estrutura segue Estratégia
Sistémica	Externo (Sociedades)	Deliberado	Pluralista	Contexto condiciona Estrutura/ Estratégia

Fonte: adaptado de Whittington (2001)

Relação entre Estrutura e Estratégia

A relação entre a estrutura e a estratégia difere entre as quatro abordagens.

Para a abordagem clássica, a estrutura segue a Estratégia, ou seja, a estrutura é consequência da Estratégia, adaptando-se e moldando-se de acordo com os imperativos da Estratégia. Para os Processualistas, o ajustamento organizacional é sempre lento, mas sugerem que nem sempre a estrutura segue a Estratégia. Muito pelo contrário, a estrutura pode possibilitar ou impedir certas estratégias.

Os evolucionistas consideram ser o mercado, o ambiente, a determinar as Estratégias e a pressão da seleção natural pouco incentiva a mudança.

Para os Sistémicos, as organizações nem sempre perseguem o lucro dos seus *Shareholders*, mas sim os interesses da sua gestão. A Cultura e a sua história podem

determinar formas organizacionais, assim como as lógicas abstratas de eficiência e os mercados.

Quando é que a Estrutura segue a Estratégia e quando é que a Estrutura, através do seu efeito direto no Processo de decisão estratégica, determina a Estrutura são questões que se mantêm.

A Estratégia e a sua formação são um processo complexo. A Escola Processual, como definido por Bower e Boz (1979), encara a Estratégia como o resultado de três diferentes processos que, em articulação, contribuem para a formação da Estratégia:

- “1. Os Processos cognitivos dos indivíduos, nos quais a compreensão do ambiente da Estratégia se baseia;*
- 2. Os processos sociais e organizacionais, pelos quais as percepções são canalizadas e os compromissos desenvolvidos; e*
- 3. Os processos políticos, pelos quais o poder de influência sobre os propósitos e os recursos é alternado.”*

No entender destes autores, a tarefa do *Chief Executive Officer (CEO)* é vista como a gestão destes três processos, a qual requer uma visão abrangente do que se pretende alcançar e a gestão das forças da rede organizacional que conduz à descoberta, à evolução e ao enriquecimento dessa visão.

1.2. ESTRATÉGIA E O SETOR PÚBLICO

1.2.1. A Intervenção do Estado

As diferentes escolas e suas diferentes perspetivas alertam-nos para a necessidade de adequação da Estratégia ao seu ambiente, ao seu Mercado.

A perspetiva clássica e sua análise, ordem, planeamento e controlo é desafiada pelos Processualistas, céticos quanto à capacidade cognitiva dos indivíduos, racionalidade e flexibilidade. O Incrementalismo lógico dos Processualistas é por sua vez desafiado pela exigência e impaciência dos mercados dos Evolucionistas. E por último, os sistémicos levantam a questão social e a existência, não apenas, do Mercado económico, mas de um “Mercado social” e de um Estado que é chamado a intervir.

No Quadro 9 sintetizamos o posicionamento das Escolas relativamente ao papel do Estado.

Quadro 9 – Posicionamento das Escolas face ao Estado

ESCOLA	PRESCRIÇÕES PARA A POLÍTICA NACIONAL
CLÁSSICA	Assentar em melhor Pensamento Estratégico e em melhor Planeamento
PROCESSUAL	Nutrir o desenvolvimento no sentido “ <i>Bottom-up</i> ”
EVOLUCIONISTA	Manter o Estado afastado. Aguardar que a competitividade do Mercado se transforme numa vantagem competitiva generalizada.
SISTÉMICA	Engenharia Social. Estratégia e Performance económica intimamente ligada ao contexto social.

Fonte: adaptado de Rowe (1986)

1.2.2. Estratégia no Setor Público

Mas terão os mercados as mesmas características? Estarão, o setor público e o setor privado nas mesmas condições?

Ring e Perry (1985) defendem que o setor público e o setor privado se movem em diferentes contextos, bem como estão sujeitos a diferentes constrangimentos, pelo que se deduz serem as respetivas estratégias necessariamente diferentes (Quadro 10). O setor público é geralmente constituído por serviços e baseado em organizações infraestruturais, como a saúde, a educação, a energia, comunicações e transportes. É um setor mais vocacionado para a economia social, enquanto o setor privado está mais virado para a economia tecnológica.

Em Portugal, após a revolução de 25 de Abril de 1974, o processo de nacionalização trouxe para o controlo do Estado os serviços e infraestruturas, visando assegurar, assim, o acesso, a qualidade, a segurança e a estabilidade dos bens e serviços. Posteriormente, a dinâmica de privatização verificada nos anos 90 do século XX, por seu lado, colocou muitos desses serviços no setor privado, acreditando no aumento de eficiência, facilidade de financiamento, focalização no cliente como forma de empoderamento face à competição, no sentido da melhoria contínua. A saúde continua, predominantemente, no setor público, apesar dos constrangimentos económico-financeiros, uma vez que o Serviço Nacional de Saúde foi criado após a revolução, com todas as virtudes de um modelo criado de raiz, ao abrigo dos novos conhecimentos e teorias em saúde pública.

O ambiente de protecionismo ao setor público foi prática corrente na maioria dos países ocidentais, na última metade do século XX. O facto de o setor público estar nas mãos de executivos eleitos que governam os recursos, fez e faz aparentar estar a Estratégia

nas mãos dos políticos e a sua implementação nas mãos de Executivos nomeados, e também estes, políticos. Tal facto refletiu-se na educação dos profissionais do setor público. Enquanto no setor privado se assistia, por parte dos executivos, a um percurso académico na linha da Gestão, os executivos públicos faziam incursões na linha da Administração. Esta crê-se ser a raiz, mas também o fruto da ideia, da crença vigente, de que a Estratégia está na mão do Governo e que os Executivos apenas se limitam a administrar.

A escassez dos recursos, determinou, em Portugal desde as últimas duas décadas, mas já desde os anos 70 do século XX noutros países, uma crescente migração do pensamento estratégico para o setor público e uma escalada da gestão sobre a administração. Michael Porter foi consultor de vários governos para aconselhamento sobre a forma de tornarem algumas das suas políticas mais competitivas.

No setor da saúde, talvez pelo tipo de bens que gera e de serviços que produz, tem havido pudor em aderir a esta tendência, fazendo com que a Nova Gestão Pública se introduzisse, pouco e tarde, na prática corrente das organizações de saúde e muito menos que se consolidasse.

No entanto, a demarcação entre a autonomia dos profissionais e o papel de Controlo da Gestão tem sido um fator-chave para a necessidade de reforma do setor público, em particular do setor público da saúde. O Sistema Nacional de Saúde britânico tem sido exemplo disso desde 1980 (Ferlie *et al.*, 1996). Aqui reside a raiz do conflito entre os altos ideais do serviço público e o efeito negativo do setor público burocrático, em conjugação com a multiplicidade de propósitos que complexifica a realização dos seus objetivos estratégicos, para além do facto da formulação e implementação estratégicas estarem mais sujeitas e abertas ao escrutínio e à regulamentação. Este facto contribui para que o desenvolvimento da estratégia seja demorado, impedindo a rápida reação a crises ou a rapidez na mudança.

De acordo com Ring e Perry (1985) existem três grandes fatores com impacto no desenvolvimento da Estratégia no setor público: os fatores contextuais em substituição do que o setor privado entende por Ambiente, os Constrangimentos processuais, como natural consequência do contexto, propósito e constrangimentos estruturais e a estrutura Organizacional Pública dividida de forma confusa criando indefinição nos objetivos organizacionais (Quadro 10).

Quadro 10 – Diferenças Potenciais entre os setores Público e Privado

Setor Público	Setor Privado
Opera num ambiente de nomeações e eleitorado	Opera em economia de mercado.
Não cria produtos/serviços mas controla (transplantes, cuidados aos idosos/crianças)	Cria ou modifica produtos.
Tem de responder a todo o mercado	Segmenta mercados de forma específica.
É motivado pela diminuição das Ameaças, pelo serviço público e pela ética profissional	É motivado pela busca de oportunidades
Escuta uma multiplicidade de fontes filtradas e não homogêneas (i.e., cidadãos e não só os consumidores e com diferenças regionais)	Escuta o mercado.
Medição da performance mais complexa	Performance medida em termos de lucro, crescimento e eficiência, preço, qualidade e prestação
A responsabilidade é frequentemente pouco clara e negociável (Ministério/Serviço Civil)	É responsável perante a organização e <i>Shareholders</i>
Estruturado para prevenir abusos de poder	Estruturado para promoção da eficiência
Tem objetivos relativamente pouco claros	Tem objetivos claros (lucro, quota de mercado, crescimento)
Tem os <i>stakeholders</i> como principal grupo de interesses	Têm os <i>shareholders</i> como principal grupo de interesses
Está sob escrutínio público	Está sob escrutínio privado
É conduzido pelos <i>timings</i> políticos	É conduzido pelo mercado nos seus <i>timings</i>

Fonte: Adaptado de Rowe (1986); (Ring e Perry, 1985; Lowdes e Skelcher, 1998; McNulty, 2003)

O setor público é assim caracterizado pela ambiguidade das políticas, que advêm da natureza pluralista e da diversidade dos seus interesses e, ainda assim, pela cautela própria da arte política. (Ring e Perry, 1985). Esta sua natureza pluralista, aliada aos constrangimentos da calendarização política e à artificialidade da variável tempo, bem como aos procedimentos formais internos, levam à necessidade de relações de parcerias. A ambiguidade e a pluralidade das organizações públicas são favoráveis, mais do que à autoridade, à influência, as quais, combinadas entre si, resultam numa grande dificuldade na gestão e manutenção de parcerias que se revelariam tão necessárias e prementes ao desenvolvimento e mudança de paradigma do setor público.

No setor privado, o propósito das organizações é claro: o lucro, o crescimento e a quota de mercado são os grandes objetivos. No setor público, a aquisição de poder comporta-se como um objetivo equivalente (Quadro 11).

Quadro 11 – Características das Estratégias nos Setores Público e Privado

Características das Estratégias do Setor Público vs Setor Privado

As diretivas políticas tendem a ser mais mal definidas no setor público do que no setor privado.

A relativa abertura da tomada de decisão cria maiores constrangimentos aos gestores e aos executivos do setor público do que aos seus congéneres privados.

Os “*policy makers*” do setor público estão mais sujeitos a influência direta e sustentada dos grupos de interesse do que os gestores e executivos do setor privado.

A gestão do setor público tem de lidar com constrangimentos de tempo que são mais artificiais do que aqueles com que a gestão privada se confronta.

As parcerias politicamente legitimadas são muito menos estáveis no setor público do que no privado e muito mais propensas à desintegração durante a implementação das políticas.

Fonte: Adaptado de Rowe (1986); (Ring e Perry, 1985; Lowdes e Skelcher, 1998; McNulty, 2003)

No setor privado, a forma de garantir a implementação e sucesso da estratégia é a garantia do envolvimento e participação de todos na organização da estratégia – “*get on board*”. Para tal, é necessário que a mensagem estratégica seja passada de forma clara, o que não acontece no setor público. A importância do *shareholder* e do *stakeholder* é também diferente. Em Portugal, no setor público, a inclusão dos interesses dos *stakeholders* é diminuta, mas, sobretudo, falta a inclusão dos interesses do *shareholder*. O *shareholder* no Estado é apenas considerado quando este impõe pressão no financiamento. No entanto, o retorno do capital ao *shareholder* não é preocupação do setor público. Ainda no setor privado, esta relação é bastante mais equilibrada.

O facto de o setor público operar dentro de constrangimentos temporais, relacionados com a duração dos ciclos políticos, leva-o a ter o seu “*timing*” próprio, que acaba por afetar o mercado, ao abrandar o passo do ambiente em que se insere, uma vez que o mercado tenta adequar-se a este “elefante” de passo lento. Este consequente controlo do mercado, num tempo de globalização, pressão dos custos e aumento de complexidade do ambiente económico, é o mecanismo desencadeador da privatização do setor público, levando, eventualmente, a um novo setor público-privado.

Bentley e Wilsden (2003) sublinham a preocupação e empenho relativamente aos sacrifícios, em termos financeiros e em termos de liberdade, no sentido de um serviço público com maior “valor público”, preocupações que têm reconduzido a Estratégia pública para, segundo os autores, áreas nunca experimentadas.

Ring e Perry (1985), por sua vez, sugerem a separação entre a formulação da estratégia e a sua implementação, por forma a assegurar um mecanismo de segurança e a

prevenir o abuso de poder. A Escola clássica (Whittington, 2001) considera ser a legislação o instrumento de separação entre formulação e implementação. Mas, no setor privado, esta separação é um exercício de escolha, tendo a competitividade de mercado e sua vantagem competitiva como instrumentos impeditivos do abuso de poder.

Nutt e Backoff (1993) consideram que no setor público a necessidade de líderes estratégicos é ainda maior que no setor privado, uma vez que estes, para além da implementação da visão, estão ainda sujeitos a fazê-lo expostos politicamente e a lidar com subordinados que poderão ter lealdades profissionais e políticas diferentes.

A realidade da implementação da estratégia no setor público é a da gestão da mudança em períodos de risco e incerteza. Neste setor a Liderança é a nova gestão.

1.3. LIDERANÇA, CULTURA E ESTRATÉGIA

Se a Liderança é a Nova Gestão, de que forma é que a Liderança condiciona a Estratégia? Serão a Estrutura e a Cultura fatores contingenciais da Estratégia? Qual a influência das lideranças sobre os fatores contingenciais e no percurso estratégico das Organizações? São estas as questões que tentaremos abordar de seguida.

As elites da Gestão são unânimes quanto à importância e à relevância da qualidade da liderança. Se por Gestão se compreende o providenciar de ordem e dos necessários procedimentos para lidar com a complexidade do dia-a-dia de uma organização, a liderança, por contraste, lida com a necessidade constante de mudança.

A Liderança visionária é o mecanismo para tal mudança (Rowe, 2008), providenciando os ideais para modelar a estratégia e a energia para fazê-la acontecer. Mas, segundo alguns autores, esta liderança não é inócua, já que, se bem que pode dar aos indivíduos o sentido de propósito, de rumo, pode, por outro lado, dar ênfase ao individualismo, negligenciar o ideal de equipa e exagerar no poder individual.

Recorrendo à classificação de Whittington (2001) verificamos que para a perspectiva Sistémica, o conceito de liderança está inerentemente ligado à cultura vigente, sendo dificilmente transversal a todas as culturas e, como tal, suscetível de ser olhada de diferentes formas, dependendo do contexto histórico. No entanto, verifica-se um certo fascínio pela liderança, característico dos tempos de crises económicas, enquanto o seu declínio parecer coincidir com as crises políticas. A Liderança parece ser um conceito

ainda muito ligado ao gênero, muito associado a um perfil masculino, em detrimento do perfil feminino. Ou seja, apesar da Liderança ser vital e força empoderadora nas organizações contemporâneas, continua a ser um fenômeno cultural, histórico e de gênero, focando-se, assim, nas características sociais das elites de gestão e nos interesses sociais que estes representam.

Consideram os Sistêmicos que a entrada na elite de gestão não é apenas meritocrática, mas por conformidade social. As Estratégias são, assim, para estes teóricos, influenciadas pelos interesses de grupos dominantes, em vez de serem determinadas simplesmente pelos benefícios e cálculo do lucro.

Neste sentido, os processos políticos internos podem conduzir à dominância da gestão por representação de grupos funcionais particulares, o que conduz à moldagem da Estratégia de acordo com os interesses destes grupos. A dominância da gestão de topo por um determinado grupo profissional pode originar profundos vieses na estratégia organizacional. *“Assim que uma profissão adquire vantagem, o processo tende a ser reforçado”* (Rowe, 2008), como acontece no setor público da saúde, nomeadamente nos hospitais, em que a liderança não é apenas um simples assunto de performance individual, mas que envolve uma vantagem coletiva de interesses individuais de grupos sociais, sejam os gestores ou outros grupos profissionais, como os médicos.

1.3.1. Gestão Estratégica vs. Liderança Estratégica

Liderança e Gestão são dois conceitos diferentes, cada um com as suas características e relações próprias. Se a gestão estabelece a sua rede em áreas como recursos, operações, tecnologias, racionalidade, controlo e estabilidade, já a liderança estabelece a sua rede nas relações entre processos, emoção, instabilidade, mudança, tempo e cultura (Rowe, 2008). Tais diferenças implicam diversidades significativas entre estes dois conceitos ao nível do contexto estratégico.

A este propósito, Pettigrew (1987) afirma que *“a conduta humana é perpetuada num processo do que está por vir”* e por isso *“a realidade social não é um estado imutável”*. Assim, o difícil para os estrategas será dominar a realidade no seu contínuo e não apenas captá-la num determinado ponto e aprisioná-la numa gaiola, por mais conveniente que tal fosse.

E, neste sentido, Miller e Friesen (1984) sugerem que a mudança ocorre entre paradigmas, bem como Greenwood e Hinings (1988) e Grenier (1972) acreditam que a

mudança ou o crescimento ocorrem entre paradigmas, especialmente devido a crises de adaptação do paradigma anterior, ou seja, muda-se de paradigma por necessidade.

Assim, a distinção deve-se fazer entre *mudança* e *índice de mudança*, ou seja, entre gestão da mudança e gestão da aceleração, ou seja, liderança. E a diferença reside entre a mudança estática (dentro de um mesmo paradigma) e a mudança dinâmica (entre paradigmas), a qual implica sempre mudança em qualquer grau. A gestão da dinâmica é de racionalidade difícil, sendo por vezes mais fácil senti-la. O que nos leva à questão de quem é operador da mudança - se o *CEO* ou a sua liderança - venha ela de onde vier de dentro da organização.

A gestão estratégica, o controlo da organização e até de algum nível do seu ambiente, estão muito associados com a mudança estável, enquanto a mudança dinâmica poderá requerer a consideração de outras dimensões do conhecimento estratégico. Uma delas poderá ser a necessidade de liderança mais do que gestão ou, ainda, uma situação de relação entre as duas. Liderança estratégica poderá estar onde o voluntarismo falha no desenvolvimento estratégico da organização.

Se por gestão considerarmos a ciência que reduz a organização em percebidas partes constituintes, de forma a tornarem-se separáveis e geríveis, então a liderança é a arte que relaciona o todo e a emoção da organização. Gestão é ordem, controlo, recursos e apela à ciência racional. Liderança trata do caos, da desordem e apela às emoções, aspirações e medos e dirige-se ao futuro.

Estas classificações não são absolutas ou mutuamente exclusivas aos indivíduos, os quais poderão situar-se entre os gestores e o líder tendo em conta os diferentes objetivos do *continuum*.

Tendo em conta o papel do voluntarismo e da liderança, Pettigrew (1992) via mudança no pensamento e na formação da estratégia sobre uma série de coisas isoladas como ações, decisões, causas, eventos, ou seja, “constelações de força que modelam o carácter do processo e do seu resultado”. Considerar a organização como um conjunto de comportamentos repetíveis (processos dos quais a estratégia pode emergir) é mais útil do que considerar a organização como um conjunto de funções estáticas separadas, as quais a estratégia pode juntar.

Mais uma vez, aqui a liderança estratégica torna-se claramente fundamental. Para a liderança o nosso ambiente é o nosso passado e o nosso futuro, com o qual interagimos e voltaremos a interagir, enquanto a gestão estratégica modifica o presente no sentido

de criar o futuro (Quadro 12). Os gestores necessitam duma organização para gerirem, enquanto os líderes apenas precisam das pessoas para liderarem.

Quadro 12 – Diferenças entre Gestão Estratégica e Liderança Estratégica

Gestão estratégica	Liderança Estratégica
Relativa a mudança	Relativa ao índice de mudança
Estável	Dinâmico
Apela a ciência racional	Apela à emoção e ao espírito da arte
Vê a organização por partes	Cria a organização como um todo

Fonte: adaptado de Rowe, 2008

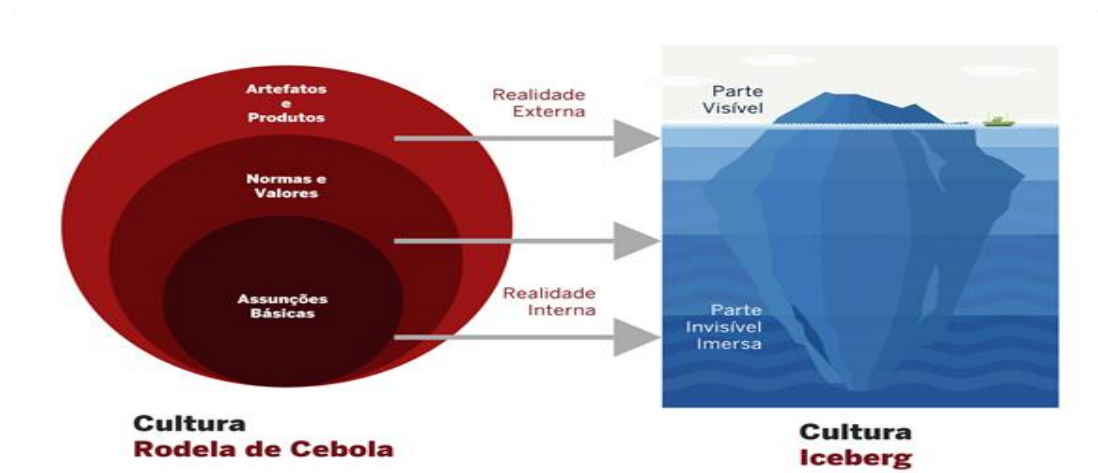
1.3.2. Cultura e Gestão da Mudança

Quando se dá ação à Estratégia, ou seja, quando a Estratégia começa a ser implementada, o rumo da organização passa a estar de acordo com os planos traçados, que se presumem diferentes dos anteriores. Quando tal acontece, a mudança organizacional já se encontra em curso, quer seja ao nível do pensamento ou da estrutura quer seja ao nível da cultura organizacional. E, por esta ordem, uma vez que, segundo vários autores, a cultura organizacional é o ponto mais interior e de difícil mudança.

Edgar Schein (1997) considera que a cultura é constituída por três grandes níveis ou camadas. A primeira camada, mais superficial, refere-se aos valores como manifestações visíveis da cultura para o exterior, a que o autor denomina por Artefactos; a segunda camada, mais profunda, constituída por valores mais específicos, assunções e comportamentos que muitas vezes podem estar escondidos da superfície mas que poderão emergir criando discussão e ação sobre eles, que denomina de Normas e valores e uma terceira camada, correspondente ao âmago, constituída pelo que chama de Assunções básicas ou Crenças, tomadas como garantidas no centro da cultura, o Paradigma.

Aquele autor via, assim, a cultura organizacional como uma “Cebola” constituída por três camadas, sendo a camada superficial aquela que é mais passível de ser alterada e a sua camada mais interior, o seu âmago, como o mais difícil de atingir e mais impermeável à mudança. Esta tem correspondência com a cultura iceberg (Figura 3).

Figura 3 – Modelo de Cebola



Fonte: adaptado de Schein (1997)

Por norma, os gestores nunca conseguem descer fundo até às questões do paradigma, o que poderá levar muitas vezes a crises ou catástrofes sempre que se pretende ter uma visão destas assunções mais profundas, isto é, sempre que se tenta trazer o esquecido à superfície. Por esta razão, alguns gestores e académicos julgam existir a possibilidade da cultura poder não ser conhecida impossibilitando, assim, a sua articulação ou acesso. Outros sugerem que a cultura pode ser gerida ou moldada para servir uma necessidade percebida, sendo esta o imperativo para o fazerem.

Tal como Schein (1997), Johnson e Scholes (2002) consideram o paradigma organizacional como o âmago da cultura, a sua raiz mais profunda e central, mas salientam serem seis as principais dimensões da cultura que contribuem para o paradigma. Estas seis dimensões são as histórias, símbolos, rituais e rotinas, estruturas de poder, sistemas de controlo e estruturas organizacionais.

Pfeffer (1992) e Hardy (1996) verificaram o importante papel desempenhado pelo poder na mudança estratégica, ao preverem a resistência e as forças iniciais e as barreiras para a disseminação e colaboração face à mudança desejada.

Os sistemas de controlo ao nível organizacional estão fortemente relacionados com as ferramentas de gestão estratégica, como *benchmarking*, *balance score card*, qualidade do serviço e objetivos, através de indicadores de performance.

As estruturas organizacionais formais e informais estão claramente relacionadas com as estruturas de poder e controlo normalmente em termos de comunicação e velocidade de reação dentro da organização. Alguns autores consideram isto interessante, uma vez que o tempo não é considerado nesta rede de cultura, tornando assim muito útil como

ferramenta de “*snapshot*” para descrever a cultura, inclusivamente até limitando-a face à mudança em consideração.

Bate (1994) sugere que estratégia é cultura e a cultura é estratégia. A formulação estratégica falhará se a estratégia não conseguir ser implementada por formas antagónicas da estrutura e da cultura organizacional, pelo que a falha na forma como se lida com estes elementos irá determinar o nível de desenvolvimento estratégico.

A teoria da gestão da mudança de Schein (1980) defende que a mudança se faz em três fases: *descongelamento*, gestão da mudança e *recongelamento*. A primeira fase - de *descongelamento* - pressupõe a disponibilidade para alterar a cultura organizacional vigente através dos pressupostos básicos, como crenças, valores, modos de procedimento cristalizados. Seguindo-se a fase da mudança e sua gestão, a qual poderá ser feita através de pequenos passos, isto é, de forma incremental. Após esta fase, é fundamental que se siga a fase do *recongelamento*, ou seja, de sedimentação das alterações geradas pela mudança. Esta fase de *recongelamento* (terceira fase) é, pois, muito importante, porque permite trazer novamente estabilidade à organização, que passa a operar nos novos moldes. Assim, o gráfico de uma organização em mudança irá revelar ciclos repetidos de congelamento-mudança-recongelamento ao longo da vida da organização, trazendo-lhe a dinâmica necessária a uma correta adaptação e evolução.

Sugere ainda Paul Bate (1994) que a Estratégia emerge de um contexto cultural e que a cultura emerge de um contexto estratégico. Este autor considera a cultura a cocriação (ficção) de uma organização, quando muitas ficções podem existir conjuntamente. Consequentemente, os líderes comportam-se como escritores de ficção uma vez que eles vão criando a história da organização como gostariam que fosse apresentada internamente e externamente. Esta é, para Bate, a ferramenta do líder.

O líder não utiliza uma matriz de dois por dois para organizar o seu pensamento e os seus recursos; o líder cria histórias para delinear ordem no pensamento e nos comportamentos culturalmente aceites.

O uso das noções de valor de Porter (1980,1985) emergem do estojo de ferramentas do líder. O uso de valor e outras metáforas, como organismo, permite-nos aceder ao enten¹dimento quando não estamos na posse de todos os factos.

a) O Papel da Liderança Estratégica

O papel dos líderes na gestão da mudança é fundamental, uma vez que a cultura necessita de ser liderada e não gerida. A Cultura da organização tem impacto na mudança da cultura, mas a cultura em si poderá corresponder ao tipo de liderança porque a cultura não é facilmente gerível.

Os líderes estão para a dinâmica como os gestores estão para a estabilidade, para a fase de recongelamento. O mestre da mudança é o líder capaz de recriar, reinventar a organização e ser perseverante face ao caos. Verificamos, através da Curva de Grainer que os líderes são fundamentais para a passagem de estádios nas organizações, uma vez que, segundo este autor, as mudanças de estádios ocorrem por crise do paradigma anterior. Durante estas crises, a organização necessita de um líder, não de um gestor. Como o “centro da Indeterminância” os líderes são capazes de adaptar a cultura e a estrutura da organização, expondo e/ou protegendo a organização, durante a mudança de transição e dos que lideram. Um líder que cria e colabora com a mudança de transição entre estádios é empoderado pelo ambiente, mas consegue estar simultaneamente empoderado o suficiente para o ignorar, se tal for necessário para a mudança.

Nos estádios de estabilidade, a estrutura e a cultura da organização é também estável, e logo, gerível. Nas mudanças de estádios transientes, a cultura e a estrutura da organização são fragmentadas e menos úteis à organização. A organização que exista no caos criado pelos líderes para que a mudança possa ocorrer, como é defendido por Greiner (1998), requer que a sua estrutura faça sentido com a liderança. Os valores do líder modelam a prática organizacional para que a cultura na organização possa ser indiretamente gerida e para que os valores sociais permaneçam estáveis.

Burns (1978) considera a liderança como sendo transacional e transformacional, um pouco mais do que a capacidade de criar e sobreviver no caos e na mudança. A Liderança é, assim, referida como a gestão do significado – a gestão dos símbolos e da semiótica. Os líderes são capazes de criar caos e/ou complexidade, assim como viver nela, o que é contrário à noção de que a gestão procura controlar e atenuar o caos e a complexidade. Os líderes operam com emoções mais do que com recursos, uma vez que lidam bem com a mudança e com a dinâmica. A liderança relaciona-se com a cultura, com o fluxo e com a transição ou mudança entre paradigmas. A gestão é de manutenção, enquanto a liderança é o que está para vir. A liderança é, assim, um conceito holístico (Rowe, 1986).

1.3.3. As Lideranças e Ambiente Estratégico

Como já foi referido, existe uma inseparabilidade entre a Estratégia e o Ambiente, seja o ambiente externo seja o ambiente interno. A determinação do ambiente estratégico é um dos papéis da gestão de topo, ou seja, das Lideranças, enquanto órgão de gestão de topo. De acordo com Quinn (1980), o papel do gestor é fundamental para a determinação do contexto das decisões: se ativo ou passivo, pois pode ser um facilitador ou inibidor do reconhecimento e da chegada das iniciativas estratégicas do *core business* à gestão de topo, i.e. sentido “*bottom-up*”, exercendo uma influência crítica nas iniciativas estratégicas desde a base, pois a definição do contexto no qual estes níveis mais baixos de decisores agem e tomam decisões, revela-se determinante para a direção estratégica geral da organização, principalmente em organizações complexas. Este contexto estratégico, a par com o contexto estrutural, tem grande influência na forma como os gestores ao nível do *core business* ou de unidades funcionais, percebem as oportunidades, modelando premissas e concretizando a análise estratégica.

Dada a relação entre a Estrutura e a tomada de decisão, e uma vez que a estrutura condiciona a Estratégia (Chandler, 1962; Fouraker e Stopford, 1968; Rumelt, 1974), sendo que a Estrutura impõe “fronteiras à racionalidade” que acomodam as limitações cognitivas dos seus elementos (March e Simon, 1956), importa agir sobre o ambiente em que a tomada de decisão se dá, por forma a que a estrutura, ao delimitar responsabilidades e canais de comunicação, permita que as organizações alcancem resultados racionais organizativos, apesar das limitações cognitivas dos seus elementos (Simon, 1976). Assim, mudando o ambiente em que a tomada de decisão ocorre, consegue diminuir-se o efeito negativo das lideranças deficientes que condicionam a Estratégia.

O tipo e estilo de personalidade do decisor, bem como o papel desempenhado pelos valores do líder e da organização, refletido nas suas atitudes, têm grande impacto na formulação de alternativas e no próprio curso de ação (Nichols, 2005).

1.4. SUMÁRIO

Neste capítulo pretendemos fazer uma revisão de literatura sobre o conceito de Estratégia, fazendo um périplo pelas escolas de Estratégia. Sendo o objeto deste estudo a Estratégia no setor público, tentámos compreender as suas especificidades face ao setor privado, condições e condicionantes inerentes, levando-nos inevitavelmente à importância da Liderança para o desenvolvimento estratégico e como esta poderá ser determinante para a implementação estratégica, gerindo a mudança em organizações cuja cultura poderá revelar-se um forte condicionante.

No próximo capítulo pretende-se descer da formulação da Estratégia global para o exercício da tomada de decisão estratégica, passando pelos conceitos de gestão estratégica e planeamento estratégico, e modelos de tomada de decisão, compreendendo as diferentes dimensões que moldam o processo de tomada de decisão estratégico e seu impacto, em particular na estrutura organizacional com as especificidades das organizações hospitalares.

CAPÍTULO 2 - A ESTRATÉGIA E O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO ESTRATÉGICA

Tomar decisões faz parte do dia-a-dia de uma organização. Algumas decisões encontram-se previstas e outras emergem das circunstâncias. Mas nem todas as decisões, tal como o respetivo processo de formulação, podem ser consideradas de carácter estratégico.

Afinal, o que é a Tomada de decisão e no que difere da tomada de decisão Estratégica?

Neste capítulo iremos tentar definir e situar-nos no conceito de decisão estratégica, compreender um pouco da disciplina de gestão estratégica, assim como, as etapas e dimensões do processo de tomada de decisão estratégica e a sua relação com a estrutura e com o sucesso da Estratégia organizacional.

2.1. TIPOS DE DECISÃO

A Tomada de decisão implica a existência de alternativas e a escolha entre elas.

A escolha entre diferentes alternativas pressupõe, por um lado, que se escolha a alternativa mais adequada, a que tem maior probabilidade de sucesso ou efetividade, e por outro, a que melhor se adapta aos objetivos, intenções e valores organizacionais.

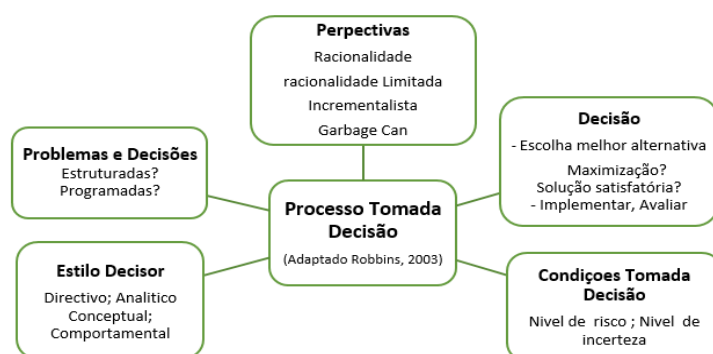
É de salientar que, na tomada de decisão, está refletido o seu processo, ou seja, a escolha da melhor alternativa. Portanto, a decisão entre “fazer” ou “não fazer” é, de facto, uma escolha, mas não é um processo de escolha da melhor alternativa, tendo em conta uma série de critérios definidos.

Já a decisão sobre “o que se vai fazer” ou “como se vai fazer” pressupõe o processo de escolha entre um conjunto de alternativas que lhe conferem o estatuto de tomada de decisão.

Toda a decisão deve ser tomada à luz de critérios que reflitam os valores e as preferências do decisor.

Estes valores e preferências são geralmente influenciados pelas regras organizacionais ou corporativas, bem como pela sua cultura, enquadramento legal e melhores práticas (Figura 4).

Figura 4 – Fatores para a Tomada de Decisão



Fonte: Adaptado de Robbins (2008)

Em segundo lugar, a tomada de decisão coloca grande ênfase na recolha de informação, tornando-se esta, naturalmente, o seu fator crítico de sucesso, uma vez que todo o seu processo tem como função e objetivo primordial a *redução da incerteza*.

O completo conhecimento e domínio de todas as variáveis e alternativas é um objetivo praticamente inatingível, inviabilizando a eliminação total de risco, pelo que todo o processo, toda a tomada de decisão envolvem algum grau de risco, não se tratando, de um mero algoritmo ou de uma receita que, seguida à risca, passo-a-passo, nos trará um resultado certo e sem surpresas.

No Quadro 13 identificam-se os Tipos de decisão de acordo com a definição da tomada de decisão.

Quadro 13 – Tipos de Decisão

DECISÕES ESTRATÉGICAS	DECISÕES ADMINISTRATIVAS	DECISÕES OPERACIONAIS
1. Estudo de identificação e escolha de alternativas baseadas em valores e preferências do decisor.	Quando	Decisões Sim/Não, que deverão ser tomadas antes de proceder à seleção de alternativas.
	Quais	Estas decisões envolvem a escolha entre uma ou mais alternativas dentro de um conjunto de possibilidades, cuja escolha é baseada na adequabilidade e medida dentro dos critérios pré-definidos.
2. Processo de redução considerável de incerteza e de dúvida acerca das alternativas que permitam a escolha adequada entre elas.	Contingenciais	São decisões que aguardam a reunião de certas condições.

Alternativas Contingenciais	Idênticas às decisões contingenciais, as alternativas contingenciais envolvem duas ou mais opções de escolha, uma das quais será tomada por ocorrência do fator desencadeador - geralmente um evento, algum facto ou mais elementos informativos.
-----------------------------	---

Fonte: adaptado de Rowe (1986)

No entanto, as decisões não têm todas a mesma natureza. E, dependendo da sua natureza, assim será a especificidade, singularidade e complexidade do seu processo.

Existem decisões de natureza operacional, administrativa e de natureza estratégica. A sua diferente natureza e respetivas características comportam diferenças não só quanto ao seu processo e antecipação do resultado final, mas também quanto às características do centro de decisão.

No Quadro 14 tentou-se uma classificação das decisões organizacionais, resultando em três grandes grupos – As decisões administrativas, as decisões operacionais e as decisões estratégicas.

Quadro 14 – Classificação das Decisões Organizacionais

DECISÕES ESTRATÉGICAS	DECISÕES ADMINISTRATIVAS	DECISÕES OPERACIONAIS
Decisões estratégicas são tomadas a longo prazo.	Decisões administrativas são tomadas diariamente.	Decisões operacionais não são tomadas frequentemente.
Tomam-se quando está em causa o planeamento futuro	São decisões baseadas no curto prazo	São decisões baseadas no médio prazo.
As decisões estratégicas são tomadas de acordo com a visão e a missão da organização.	São tomadas de acordo com as decisões estratégicas e operacionais.	São tomadas de acordo com as decisões estratégicas e administrativas.
Relacionam-se com todo o planeamento da organização no seu todo.	Relacionam-se com o trabalho dos elementos na organização.	Relacionam-se com a produção.
Dizem respeito ao Crescimento Organizacional.	Dizem respeito ao bem-estar do trabalho dos elementos na organização.	Dizem respeito ao crescimento da produção e das operações <i>core business</i> .

Fonte: adaptado de Rowe (2008)

Decisões Estratégicas são consideradas decisões que dizem respeito ao ambiente onde as organizações operam, a todos os seus recursos e respetivo interface.

Pelo que as decisões estratégicas têm características e propósitos próprios. São decisões primordiais para qualquer organização, pois dizem respeito ao processamento de novos recursos, organização e/ou realocação de outros.

São responsáveis pela harmonização das capacidades organizacionais face às ameaças e/ou oportunidades. Nas decisões estratégicas encontra-se plasmado tudo aquilo que a organização pretende ser.

São decisões que lidam com um ambiente em constante mutação e muitas vezes imprevisível, lidam com o futuro e envolvem elevado risco. São de natureza complexa e de nível organizacional de topo. As decisões estratégicas, são, por estas razões, decisões de natureza e características diferentes das decisões administrativas e das decisões operacionais.

As decisões administrativas, por serem decisões de rotina, são facilitadoras e dão suporte às decisões estratégicas, tal como as decisões operacionais, as quais, sendo de natureza técnica, dão execução às decisões estratégicas.

2.2. A TOMADA DE DECISÃO ESTRATÉGICA

2.2.1. A Gestão Estratégica e o Planeamento Estratégico

Por Gestão estratégica entende-se o conjunto da base concetual e das suas ferramentas para auxílio da tomada de decisões ao longo do percurso da organização e consequente performance organizacional.

A Gestão Estratégica permite a adequação da organização ao seu ambiente, por forma a criar uma maior eficiência e melhor desempenho da estrutura organizativa, bem como um posicionamento único perante a tomada de decisão estratégica. As escolhas estratégicas são, assim, feitas de acordo com a visão da organização.

Como disciplina, a Gestão Estratégica surgiu na segunda metade do século XX. Nasceu como uma disciplina híbrida, sob influências da sociologia e da economia, sendo, essencialmente, uma evolução das teorias das organizações (Vasconcelos, 2001). O Quadro 15 sintetiza o pensamento sobre Gestão Estratégica dos principais autores sobre o tema.

Quadro 15 – Esquema conceitual de Gestão Estratégica de diferentes autores

AUTOR	DEFINIÇÃO	ETAPAS
Hitt, Ireland e Hoskinson (2008)	Conjunto de compromissos, decisões e ações necessários para obtenção de vantagem competitiva e retornos acima da média.	1. Análise do Ambiente (interno e Externo); 2. Elaboração e Escolhas Estratégias; 3. Decisão da forma de implementação; Obs. As etapas 2 e 3 devem ser integradas simultaneamente
Certo e Peter (2005)	Série de etapas básicas que constituem uma atividade contínua e interativa que visa manter a organização adaptada ao seu ambiente.	1. Execução da análise do Ambiente (interno e externo) 2. Estabelecimento de diretrizes Organizacionais (missão e objetivos) 3. Formulação de Estratégia organizacional 4. Implementação da Estratégia 5. Controlo Estratégico
Harrison (2005)	Um processo que comporta uma progressão de atividades para a tomada de decisão e da sua implementação para a obtenção e desenvolvimento de vantagem competitiva.	1. Análise do ambiente geral e operacional 2. Estabelecimento direção estratégica 3. Formulação de estratégias específicas 4. Implementação da Estratégia (que inclui, estrutura organizacional, controlo de processos, gestão de Públicos interessados (PI) e gestão de recursos para obtenção de vantagem competitiva)
Soloner, Shepard e Podolny (2001)	Conjunto de processos para a identificação e seleção da estratégia, sua comunicação e implementação.	1. Identificação Estratégia 2. Evolução estratégia 3. Desenvolvimento da opção estratégica 4. Evolução da opção estratégica 5. Seleção da estratégia 6. Comunicação da estratégia 7. Implementação Obs. Para estes autores, os dois primeiros passos são os mais importantes
Wright, Kroll e Parnel (2000)	Gestão dos estádios e de passos pela gestão de topo para alcance de resultados consistentes com a missão e com os objetivos gerais da organização	1. Análise do ambiente externo 2. Análise do ambiente interno 3. Estabelecimento de diretrizes organizacionais 4. Formulação de estratégia 5. Implementação 6. Controle Estratégico
Mintzberg (1976)	Sequência de atividades para formulação e escolha da estratégia de negócio, implementação da estratégia escolhida para alcance dos objetivos pretendidos e gestão e sustentação da estratégia implementada para a manutenção da sua vantagem competitiva no seu mercado.	1. Análise Estratégica Análise do Ambiente interno e externo Pensamento Estratégico 2. Desenvolvimento Estratégico - Formulação Estratégica 3. Implementação - Gestão e manutenção

Fonte: adaptado de Vasconcelos, 2001

A par da evolução das diversas Escolas de Pensamento, nos anos 50, o tema dominante era o da Orçamentação.

Nos anos 60, o Planeamento predominava. Nos anos 70, o foco era a estratégia corporativa, tendo-se vivido, de 1975 a 1985, o auge da análise da indústria e da competição, dando origem, até 1990, à época da vantagem competitiva. Dos anos 90 em diante, principalmente com Porter, passou a predominar a noção de Valor, conduzindo à inovação, às novas formas organizacionais, às alianças estratégicas, às redes empresariais, bem como, às dinâmicas organizacionais, no sentido da inovação e da melhoria continua.

2.2.1.1. Ferramentas de análise e Planeamento Estratégico

Mintzberg (1988) refere-se à Gestão Estratégica como a “comunicação de uma visão estratégica global da empresa para os diversos níveis funcionais, com o objetivo de que as iniciativas da empresa sejam coerentes com a diretriz geral”. No entanto, hoje em dia, a gestão estratégica está intimamente ligada, senão mesmo fundida, com o planeamento estratégico e suas ferramentas de estudo, análise e previsão, tornando-se fundamental no processo de formação da estratégia e tomada de decisão estratégica, através da redução da incerteza.

São exemplos de ferramentas de gestão e planeamento estratégico os modelos de análise:

A Matriz de Ansoff, para análise do problema estratégico e respetiva definição de estratégia, relacionando produtos e mercado e propondo quatro estratégias distintas: Penetração de mercado, desenvolvimento de mercado, desenvolvimento de produto e diversificação pura;

A matriz BCG do *Boston Consulting Group*, para mensuração e análise de posicionamento e oportunidades, relacionando a participação de mercado e a taxa de crescimento do mercado, classificando e identificando os quadrantes, através de uma forma muito intuitiva: Estrela, Interrogação, Vaca Leiteira e Cão;

A análise SWOT, acrónimo de *Strength, Weakness, Opportunity, Threat*;

A análise PEST, acrónimo de *Política, Económica, Social, Tecnológica*, ferramentas de análise de cenário que ajudam a perceber a posição atual, servindo como ponto de partida;

A Curva de Experiência ou Aprendizagem, fundamental para a otimização de processos;

A Análise de Portfólio, entre outros tipos de análise como a análise económica de estrutura, de conduta e *performance* e das competências distintivas. As cartas de missão, apesar de simples, são também ferramentas estratégicas que permitem guiar ou inspirar os gestores a pensar o posicionamento futuro.

No entanto, apesar da diversidade de definições de Gestão Estratégica, verifica-se uma dificuldade de separação entre a análise necessária à formulação de Estratégias macro e o processo de tomada de decisão estratégica mais específico e concreto.

Entre o desenvolvimento da Estratégia e a implementação da Estratégia e/ou respetivos processos de tomada de decisão estratégica, o estabelecimento de fronteiras é muitas vezes difícil e nem sempre forçosamente necessário.

Nesse sentido, podemos considerar que a literatura converge quanto a quatro etapas, se considerarmos que o controlo e monitorização estão intimamente associados: Análise do Ambiente, Formulação, Implementação, Controle e Monitorização/feedback.

Análise do Ambiente – Interno e Externo

A análise do Ambiente, interno e externo, pode ser feita por recurso a diversas ferramentas estratégicas.

O modelo das Cinco Forças de Porter (1985), através da análise da relação da organização face às cinco forças, *i.e.*, poder negocial dos fornecedores, poder negocial dos clientes, ameaças à entrada, pressão de produtos substitutos e rivalidade entre players (ao número de concorrentes, permite o conhecimento da rivalidade da Indústria, ou seja, do ambiente setorial onde a organização se move. É um modelo que se assenta no paradigma SCT (*structure-conduct (e.g.strategy)-performance*), o qual é facilmente aplicado ao setor da Saúde, quando encarado no sentido de indústria, como acontece no caso americano (Dixit, 2016)

Por outro lado, outras ferramentas, como a Matriz de Ansoff, Matriz BCG e análise SWOT permitem o conhecimento das capacidades da organização, a capacidade e a força dos seus produtos face à concorrência e face às respetivas rendibilidades, bem como os pontos fortes e fracos da organização, por forma a saber atuar sobre eles.

Através da utilização destas ferramentas e da intuição, é possível acrescentar valor à organização, escolher a estratégia mais apropriada para os seus produtos ou mesmo a definição de novos mercados onde operar.

Formulação da Estratégia

A formulação da Estratégia tem origem na conjugação das análises do ambiente externo e das competências internas da organização (Freire, 2000). Através da visão organizacional são definidos a missão e os objetivos estratégicos da organização, bem como o estilo de governação adequado à estratégia definida.

Estes três componentes irão determinar qual o desenvolvimento organizacional pretendido, implicando a definição de estratégias de implementação da Estratégia.

A formulação estratégica pressupõe a escolha entre alternativas estratégicas. Esta escolha, a tomada de decisão em termos de formação estratégica, pode ser suportada por técnicas qualitativas e quantitativas, como a técnica *Delphy* ou os modelos multicritério.

Implementação da Estratégia

É a concretização da Estratégia. Muitas estratégias falham por dificuldades de implementação, que poderão ser de várias ordens, desde uma deficiente avaliação do ambiente externo, do mercado em que a organização opera, ou por dificuldades ao nível interno da organização - comunicação, ambiente da decisão estratégica e estrutura organizacional.

As estratégias de implementação são várias, podendo classificar-se, grosso modo, em estratégias de estabilidade, crescimento, desinvestimento e combinadas, internas e externas; estratégias de Liderança de Custos e de Diferenciação, de domínio concorrencial largo ou estreito e Estratégias horizontais ou Verticais.

Estas estratégias são sempre apoiadas por ferramentas de gestão estratégica, como as “técnicas actuariais” e modelos: BCG, *McKinsey/GE*, *PIMS* e ciclo de vida dos produtos.

Controlo/Monitorização e Feed-back

O controlo e a monitorização do processo de implementação da estratégia permitem à organização acompanhar o seu desenvolvimento estratégico ativa e proativamente, pois permite-lhe saber, em tempo útil, onde reforçar ou corrigir a tomada de decisão estratégica. O mecanismo de *feed-back* permite uma aprendizagem e rápida

internalização dos fatores críticos de sucesso para alcance da implementação da Estratégia Organizacional.

A Estrutura organizacional e a sua governação são fundamentais para que o processo de formulação e tomada de decisão estratégica tenham sucesso.

2.2.2. Modelos de Tomada de Decisão Estratégica

A tomada de decisão estratégica separada da formulação estratégica é um exercício puramente académico (Mintzberg, 1988), uma vez que não é possível a compreensão das dificuldades associadas à formulação e à implementação da Estratégia se não se assumir a inseparabilidade que existe entre o conceito de estratégia e o processo para torná-la realidade, num determinado contexto organizacional.

Ao longo dos anos, foram sendo conceptualizados alguns modelos para a tomada de decisão. Os modelos de tomada de decisão organizacionais podem ser classificados em modelos racionais e modelos não racionais, tendo em conta a sua natureza quantitativa e qualitativa, respetivamente.

Os modelos racionais são análogos aos modelos racionais individuais, baseados em séries de passos sequenciais, mas aliados à ciência computacional.

Os modelos não racionais englobam uma série de modelos diferentes entre si que têm em conta outras variáveis de natureza qualitativa, o que lhes confere uma abordagem naturalmente diferente. São exemplo de modelos não racionais, o modelo Incremental, o modelo Político, e o modelo Anárquico Organizado “*Garbage Can*”.

O modelo misto corresponde à abordagem Contingencial que, através de uma matriz de dupla entrada, classifica as situações e o ambiente da decisão e o modelo que melhor se adapta a cada caso. Por fim, encontramos o Modelo *Cynefin*, que tipifica o ambiente e adapta a perspetiva teórica que melhor se adapta para cada caso, podendo ser racional ou não-racional.

O **Modelo Racional** é baseado em modelos matemáticos e estatísticos que buscam a solução ótima para o problema, bem como a otimização de procedimentos através da investigação operacional. Foi desenvolvido durante a II Grande Guerra, tendo por base assunções económicas e a maximização de ganhos.

É um modelo particularmente interessante em situações de posse de informação completa e objetivos conhecidos e consensuais. É um modelo sistemático e sequencial, compreendendo entre 4 e 8 passos.

O **Modelo Incremental** baseia-se no reconhecimento que a racionalidade é limitada, uma vez que, verdadeiramente, nunca se dispõe da totalidade da informação necessária, e que, por si só, os processos são já uma limitação à quantidade e fluxo de informação. Desta forma, os incrementalistas procuram a primeira solução satisfatória e não a maximização e solução ótima para o problema, pois consideram que a busca do ótimo poderá trazer custos, uma vez que, por um lado, a solução encontrada poderá já estar obsoleta, e por outro lado, poderá ser utópica, dada a abordagem da racionalidade limitada. É disso exemplo o modelo iterativo de Mintzberg, que define uma série de passos sequenciais, mas iterativos, divididos em três fases: Identificação, Desenvolvimento e Seleção.

Este modelo é também denominado de modelo desestruturado, fazendo parte da abordagem incrementalista que bebe da perspectiva da Racionalidade Limitada de Lindblom e Quinn.

O **Modelo Político** assenta na ideia do compromisso, uma vez que, frequentemente, existe desacordo entre os indivíduos quanto aos “meios” e aos “fins”.

Quer isto dizer que se trata de um modelo que assume ser a organização composta por diversos grupos de interesse que, por valorizarem diferentes coisas, alteram o alinhamento entre objetivos organizacionais e objetivos individuais, trazendo, desta forma, ambiguidade à informação.

Neste modelo, as Decisões são o resultado do poder de negociação e do comportamento político dos vários atores envolvidos. O modelo mais conhecido foi desenvolvido na *Carnegie-Mellon University* pelo trio de autores Cyert-March-Simon, o qual obedece também à perspectiva da racionalidade limitada de Lindblom e Quinn e ao critério de “*Solution Satisfice*”.

O **Modelo de Anarquia Organizada**, também denominado de “*Garbage Can*”, assenta na noção tripartida das Decisões - Participantes, Problemas e Soluções e uma oportunidade de escolha em dinâmica de grupo (*Garbage Can*), razão pela qual é considerado um modelo inspiracional, uma vez serem os participantes independentes e a solução ocorrer do resultado encontrado no “*Garbage Can*”.

É um modelo particularmente interessante para contextos de elevada incerteza e turbulência e defendido por March (1988).

O **Modelo Cynefin** é um modelo de Cenários que sugere quatro abordagens tipo, quatro cenários, para a tomada de decisão estratégica baseada nas características da situação – Complexo; Conhecível/Complicado, Caótico e Simples/Conhecido.

É um modelo de cenário, menos prescritivo, relevando a necessidade de utilização das perspectivas teóricas que melhor se adequem a cada cenário.

No Quadro 16 sintetizam-se os Modelos de Tomada de Decisão descritos anteriormente.

Quadro 16 – Modelos de Tomada de Decisão

MODELOS TOMADA DE DECISÃO						
Individuais		Organizacionais				
Racional	Não Racional	Racionais	Não-Racionais			Modelo Misto
Linear	Racionalidad e Limitada	Modelo Racional/Co mputacional	Politico	Incremental	Anarquico	Cenário
Identificação e solução	Decisões programadas vs não programadas	Management Science (matemática/Esta tística)	Carnegie (Racionalidade Limitada; Coligaçã o Satisfice)	Incremental (Iterativo; Racionalidade Limitada; Satisfice)	Garbage Can (Anarquia Organizada)	Perspectivas teoricas Racionais e não-racionais
Há mais de 300 anos	Simon (1960)	Formalizado II Guerra Mundial	Cyert-March- Simon	Lindblom e Quinn Mintzberg	Cohen-March- Johan	Kurtz, C. Snowden, D.

Fonte: Adaptado de Simon (1980); Cyert-March (1963); Quinn (1980); Rowe (2008)

Muitos estudos questionam a possibilidade de identificação clara dos estádios/passos do Processo de Tomada de Decisão (PTD) Estratégica.

Um dos primeiros autores na formulação de estádios específicos na tomada de decisão foi Soeldberg (1966). Considera a existência de uma sequência de 8 estádios, com início no estádio de participação e terminando no estádio de Controlo e “*Feed-back*” (Papadakis, 2002). Fama e Jansen (1983) formalizaram o processo de tomada de decisão estratégica em quatro grandes passos, deixando em aberto as ações em que cada uma das fases ou passos se desmultiplicariam.

No seu artigo “*The Structure of Unstructured Decision Process*”, Mintzberg *et al.* (1976), (que irá ser mais à frente abordado com maior detalhe), consideravam a tomada de decisão como um processo composto por 3 fases inter-relacionadas que incorporam sete ações de rotina, bem como seis conjuntos de fatores dinâmicos.

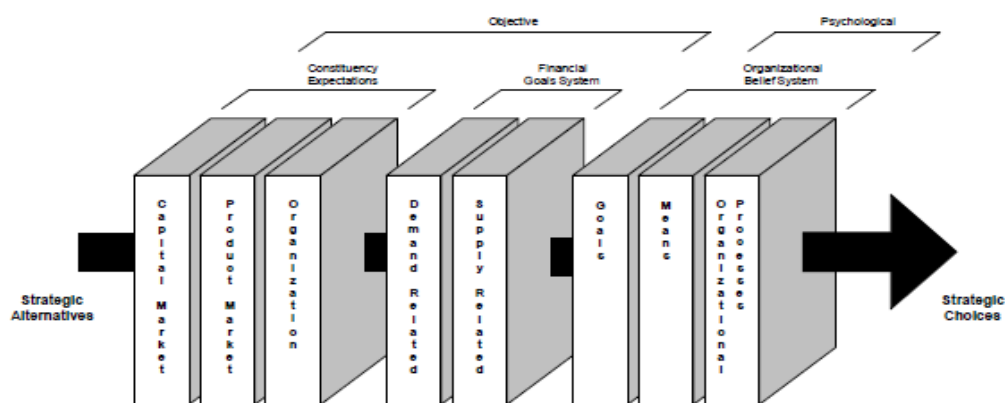
No entanto, Papadakis (2002) alerta para a necessidade de cautela na adoção de qualquer destes modelos. Apesar da aparente razoabilidade e rigor conceptual, existem

alguns desafios à ideia da sequencialidade do Processo de Tomada de Decisão estratégica.

Efetivamente, poderá existir uma muito estreita relação entre os diferentes estádios do processo, uma vez que os gestores muitas das vezes tendem a procurar soluções logo desde o estágio de diagnóstico da situação ou a avaliar possíveis alternativas ainda antes de terem recolhido toda a informação necessária (Mintzberg *et al.* 1976; Nutt, 1984).

Gordon Donaldson e Jay Lorsch (1983) desenvolveram um modelo que chama a atenção para uma série de constrangimentos que interagem com o modelo clássico de tomada de decisão estratégica, com ênfase particular para a fase de seleção de alternativas e escolha estratégica (Figura 5).

Figura 5 – Modelo de constrangimentos da Tomada de Decisão



Fonte: adaptado de Donaldson e Lorsch (1983)

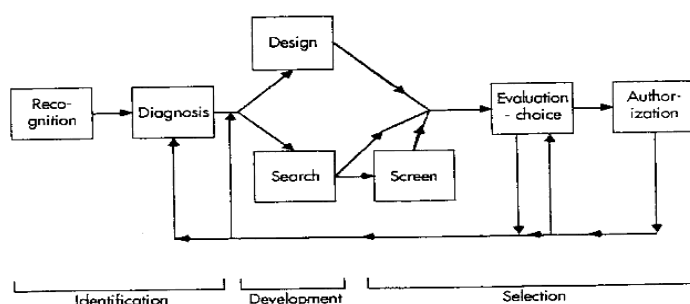
Segundo os autores, os constrangimentos são de variada ordem, desde a própria noção de tomada de decisão estratégica, que terá de ser entendida como um compromisso com um determinado curso de ação, e não apenas como escolha entre alternativas, passando pelos fatores e questões contextuais, tais como a natureza fluida, ambígua e incerta do ambiente, conferindo-lhe complexidade, instabilidade e imprevisibilidade.

2.2.2.1. O Modelo de Mintzberg – A Estrutura Desestruturada do Processo de Tomada de Decisão Estratégica

O modelo desenvolvido por Mintzberg é um modelo incrementalista que se preocupa em perceber as fases e as etapas por que passa a tomada de decisão de nível estratégico. É um modelo analítico para o processo de tomada de decisão. Este modelo foi desenvolvido por Mintzberg (1979) para caracterização do Processo de Tomada de Decisão (PTD), e publicado no artigo “*The Structure of Unstructured Decision Processes*”. Neste artigo é apresentado um modelo geral de Processo de Tomada de Decisão que se encontra ilustrado na Figura 6.

Este modelo considera que todo o PTD é constituído por 3 fases: A fase de Identificação, com os passos de Reconhecimento e Diagnóstico da Situação; a fase Desenvolvimento, com os passos de Pesquisa (que pode ainda incluir um outro passo de *Screen*, que aqui não foi utilizado), e Design, e a fase de Seleção, com o passo de Avaliação e Seleção de Alternativas e o passo de Autorização. É um modelo iterativo, isto é, um processo não linear, com possibilidade voltar atrás, sempre que necessário, e retomar mais à frente o processo, com novas informações ou ajustes. É o modelo que mais consenso reúne e mais referido na literatura especializada.

Figura 6 – Processo de Tomada de Decisão Estratégica de Mintzberg



Fonte: Mintzberg (1979)

2.3. DIMENSÕES DO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO ESTRATÉGICA.

A corroborarem Mintzberg na noção de que o processo de tomada de decisão estratégico é um processo algo desestruturado na iteração do seu conjunto de atividades e longe de ser linearmente sequencial, alguns autores desenvolveram um conjunto de dimensões que comportam os atributos genéricos inerentes ao processo de tomada de decisão.

Alguns autores, como Bradford e a sua equipa (Hickson *et al.*, 1986) classificaram os processos de acordo com as características de Complexidade (descrevendo o intrincado processo e suas dificuldades), política e uma terceira dimensão que consistia numa série de processos não relacionados (tais como, a duração, disrupção, formalidade, negociação, etc.), como já se podia encontrar no estudo de Mintzberg (1976), naquilo que classificou como “*Dinamic factors*”. Outros autores, como Chou; Dyson; Powel (1998), Stein, (1981) e Cray *et al.* (1988), sentiram necessidade de validar quantitativamente as referidas dimensões do processo para alcance de resultados menos suscetíveis a dúvidas.

No Quadro 17 encontram-se sumariadas as mais relevantes dimensões propostas pela literatura.

Quadro 17 – Dimensões Processo de Tomada Decisão Estratégica

CARACTERÍSTICAS	AUTORES
Rationality/Comprehensiveness dimension	Dean and Sharfman, 1993; Fredrickson, 1984; Lyles and Mitroff, 1980; <i>Elements of rationality can also be traced in several other studies as complexity of methodology</i> (Langley, 1989; 1990), <i>degree of inquiry</i> , (Lyles, 1987), <i>scrutiny</i> (Cray <i>et al.</i> , 1988), <i>information gathering</i> , (Fahey, 1981).
Political/dynamics dimension	<i>politicality</i> (Butler <i>et al.</i> , 1991; Dean and Sharfman, 1993b; Lyles 1987; Pfeffer e Salancik, 1974), <i>negotiation/bargaining</i> (Cray <i>et al.</i> , 1988; Hickson <i>et al.</i> , 1986; Pettigrew, 1973), <i>individual vs group dynamics</i> (Stein, 1981), <i>power</i> (Narayanan e Fahey, 1982), and <i>consensus/dissension</i> (Lyles, 1987; Miller, 1987).
Centralisation	Cray <i>et al.</i> , 1988; Lyles, 1987; Mallory <i>et al.</i> , 1983; Miller 1987.
Complexidade	Hall, 1977; Thompson, 1967; Simon, 1979; Mintzberg, 1976; Bower, 1970; Cyert e March, 1963, Pettigrew, 1977; Allison, 1971; Carter, 1971; Reiman, 1973; Grynier e Yasake-Ardekani, 1980.
Disruption, impedance, speedups and other dynamic factors	Cray <i>et al.</i> , 1988; Mintzberg <i>et al.</i> , 1976; Hickson <i>et al.</i> , 1986.
Other process dimensions include: duration, risk taking behavior, need for intuition	Fahey, 1981; Hickson <i>et al.</i> , 1986; Cray <i>et al.</i> , 1988), <i>risk taking behavior</i> (Miller, 1987), <i>need for intuition</i> (Lyles e Mitroff, 1980).

Fonte: Papadakis (2002)

Papadakis (2002) desenvolveu um modelo integrado de decisão estratégica onde apresenta as cinco áreas questões contextuais que condicionam o desenvolvimento da decisão estratégica:

1. Características **Específicas da decisão**, e.g. magnitude do impacto, ameaça/crise, frequência.
2. Características do **ambiente externo organizacional**, e.g. heterogeneidade, dinamismo, hostilidade, incerteza.
3. Características do **ambiente interno organizacional**, e.g. estrutura interna, sistema de recompensas, sistema de planejamento.
4. Características e **personalidade da Gestão de Topo**, e.g. necessidade de “*achievements*” do CEO, tolerância à ambiguidade, educação/formação, filosofia agressiva da equipa de gestão de topo, nível de educação/formação da equipa de gestão de topo.
5. **Outras** características organizacionais, e.g. dimensão, área de atividade, propriedade.

2.3.1. A Estrutura e a Estratégia

A vastíssima literatura especializada em teoria e comportamento organizacionais, é unânime quanto à importância da estrutura organizacional. Mintzberg (1979) demonstrou as significativas relações entre os fatores: dimensão, idade, tecnologia, ambiente, cultura e Estratégia com a Estrutura da organização. Miller (1989) refere a relação existente e obrigatória entre a Estrutura e Estratégia, assim como Burns e Stalker (1961) já descreviam a interpelação crítica entre a estrutura, o ambiente e a performance organizacional. Estudos sugerem que a estrutura é mais dominante em organizações em que a Estratégia geral da organização não está formalizada e institucionalizada, bem como em certos contextos, como os de crise, em que a estrutura se manifesta subserviente a variáveis como, por exemplo, o ambiente. Revela-se assim crítico compreender os efeitos da estrutura bem como da sua relação com a Estratégia.

Apesar da relação lógica entre a Estrutura e a Estratégia, que Chandler (1962), Burns e Stalker (1961), Mintzberg (1979), Miller (1989) e outros autores referiram e constataram, a questão tem-se mantido ao longo das décadas. Será que a “Estrutura segue a Estratégia” ou será a Estratégia condicionada pela Estrutura?

Há cada vez mais estudos que sugerem haver um maior efeito da estrutura sobre a Estratégia.

De acordo com diversos autores, uma vez criada a estrutura, esta irá influenciar o processo de decisão estratégica de uma organização e, conseqüentemente, a sua Estratégia.

A Estrutura poderá motivar ou impedir a atividade estratégica (Bower, (1970), condicionando a escolha estratégica (Bobbitt e Ford, 1980; Duncan, 1979; Hedberg *et al.*, 1976).

Segundo Simon (1976), para compreensão da relação entre a Estrutura e a Estratégia importa compreender a relação existente entre o processo de tomada de decisão e a Estrutura, uma vez que a estrutura impõe “fronteiras à racionalidade” que acomodam as limitações cognitivas dos seus elementos, ao delimitar responsabilidades e canais de comunicação, permitindo à organização alcançar “resultados racionais”, apesar da existência das limitações cognitivas dos seus elementos. Simon considera, também, que a Estrutura é um mecanismo para os gestores controlarem o ambiente da decisão, facilitando o processamento da informação.

Para Bower (1970) “quando a gestão escolhe uma determinada forma organizacional está a providenciar não apenas uma estrutura operacional, mas, também, os canais pelos quais a informação estratégica irá fluir...” (Bower, 1970).

Assim, por Estrutura considera-se o “padrão de relações internas de uma organização, autoridade e comunicação” (Thompson, 1976). É importante compreender que numa organização se considera Estrutura aquela que melhor descreve toda a organização.

O conceito de “Estrutura Dominante”, apesar da eventualidade de existência de sub-estruturas (pequenas unidades) dentro de uma organização (é o caso de uma estrutura descentralizada) encontrará formas de lidar com as decisões estratégicas. Estas formas correspondem a comités, equipas de projeto, etc., onde a estratégia pode “emergir” (Mintzberg, 1979), mas que serão, indubitavelmente, filtradas pela Estrutura Dominante.

A forma como o processo de decisão pode ser afetado pela estrutura organizacional tem sido objeto de estudo nas últimas décadas.

A estrutura organizacional tem sido caracterizada em diversos tipos. Mintzberg classificou-a brilhantemente em cinco tipos de configuração estrutural organizacional.

2.3.2. As Dimensões do Processo e a estrutura na Tomada de Decisão estratégica

Friedrikson, (1986) elencou uma série de fatores críticos na tomada de decisão e de que forma a estrutura da organização os poderia influenciar, tendo em conta três grandes dimensões: Formalização, Centralização e Complexidade.

As três dimensões do Processo – Centralização, Formalização e Complexidade estão fortemente relacionadas com três tipos de Estrutura, sendo cada uma delas a característica dominante de cada um desses três tipos de Estrutura: Simples, Burocracia Mecânica e Burocracia Profissional. Mintzberg (1979) considera que estas três estruturas são as formas mais “puras”, sendo as restantes estruturas combinações destas três quando competem entre si, sempre dominadas por uma delas.

Desta forma, temos a Centralização como a dimensão dominante na Estrutura simples, a Formalização a dominar a Burocracia Mecânica, enquanto a Burocracia Profissional é caracterizada sobretudo pela Complexidade.

A relação existente entre estas três estruturas e as três dimensões produz um padrão de características que permitem descrever a forma como as decisões estratégicas se formam em cada tipo de configuração. A literatura tem vindo a tornar cada vez mais claras as implicações das dimensões na tomada de decisão estratégica.

Outros autores referem também outras dimensões, ditas “comportamentais”, com impacto no processo de tomada de decisão estratégico, com interessantes associações à performance das organizações.

As características críticas no processo de tomada de decisão, segundo Friedrichson (1986), sofrem impacto pelas dimensões estruturais de Centralização, Formalização e Complexidade. Por características do Processo considera, aquele autor, um conjunto de seis: Iniciação do Processo; Papel dos objetivos; Relação Meios/fins; Explicação da ação estratégica; Compreensividade na tomada de decisão e Compreensividade na integração das decisões.

As dimensões serão seguidamente analisadas à luz deste conjunto de características. de Processo.

Dimensão Centralização

Uma estrutura centralizada é aquela na qual a tomada de decisão e de avaliação das atividades está concentrada. Mintzberg (1979) considera que, mesmo numa organização altamente centralizada, o poder e a autoridade para a tomada de decisão dificilmente se encontram num só indivíduo, pela dificuldade de estar na posse de toda a informação. Assim, considera-se que este poder, esta concentração de poder e legitimidade para a tomada de decisão está nas mãos de um conjunto ou coligação de executivos de topo afetando, assim, as características do processo de tomada de decisão, tais como e onde o processo é iniciado.

As organizações estão frequentemente expostas a estímulos, ou seja, a problemas e oportunidades. Por o poder estar concentrado nas mãos de muito poucas pessoas, os problemas e as oportunidades permanecem desconhecidas e ignoradas até chegarem ao topo.

Desta forma, a centralização assegura que as decisões sejam altamente coordenadas entre os executivos de topo, o que poderá atrasar o processo de tomada de decisão estratégico ou até ser o responsável pelo seu fracasso total, por já não acontecer em tempo útil e fundamental para responder a um estímulo estratégico, isto é, a um problema ou uma oportunidade.

As decisões estratégicas em organizações centralizadas são reações a estímulos ou iniciadas proativamente, segundo os interesses do grupo de decisores de topo. Neste último caso, outros autores defendem que, existindo interesses, estes são mais facilmente protegidos quando estes membros dominam o processo de decisão. Assim, Friedrickson (1986) sugere que a centralização se associa positivamente a um processo de tomada de decisão proativo na busca de oportunidades.

A estrutura centralizada tem efeitos sobre o papel que os objetivos representam na tomada de decisão estratégica. As preferências dos membros da coligação de topo representam, por um lado, a finitude dos objetivos, ao contrário duma estrutura descentralizada e, por outro, as "intenções futuras de domínio" (Thompson, 1967). Assim, em estruturas centralizadas, quando o grupo dominante é pequeno, as decisões estratégicas estão positivamente associadas às suas preferências.

Segundo a classificação de Simon (1976) todas as decisões são compostas por elementos factuais (meios) e por elementos valorativos (fins) em que, no modelo racional de tomada de decisão, os fins são identificados, antes dos meios para os alcançar serem avaliados.

Numa estrutura centralizada, a relação meios/fins está intimamente relacionada, uma vez que os objetivos da coligação de topo irão conduzir a tomada de decisão e terá mais impacto do que em qualquer outro tipo de estrutura. A coligação de topo mostrará grande compromisso com os objetivos, por se tratarem dos seus próprios objetivos, mesmo que sejam justificados como “para sobreviver” ou para serem o “número um” (Latham e Yukl, 1975).

Assim, os objetivos persistirão em face de alterações significativas nos meios, o que levará a organização a continuar a perseguir objetivos que possam ter-se mostrado obsoletos por mudanças no seu ambiente competitivo.

A explicação racional para a ação, aquando da escolha de uma alternativa, baseada na sua capacidade para alcançar o objetivo pretendido, nem sempre espelha a realidade da tomada de decisão.

Segundo March e Simon (1958), o processo de “maximização” dos objetivos é frequentemente substituído pelo processo de “satisfação”, em que o “racional” se substitui por “intencionalmente racional”.

Assim, numa estrutura centralizada, está facilitada para aqueles que dominam, a perseguição de qualquer interesse proativo em busca de oportunidades, levando a grandes alterações, e não incrementais, face à estratégica atual da organização, conforme Mintzberg refere naquilo a que chamada de “leaps” (saltos).

Quanto maior for a descentralização duma estrutura, maior será a “fatorização” das responsabilidades no processo de tomada de decisão e a multiplicidade de canais de comunicação, acomodando a limitação cognitiva dos seus membros, como Simon (1976) referia.

Numa estrutura centralizada, passa-se o oposto. Ela é especialmente suscetível a tais limitações, as quais afetam a compreensividade das organizações na tomada de decisões estratégicas. Muitos autores referem princípios das teorias cognitivas para descreverem o tipo de tomada de decisão estratégica como sofrendo de grande não-compreensividade, e outros fundamentam empiricamente a tendência dos indivíduos para simplificarem as situações de decisão neste tipo de estrutura (Braybrooke e Lindblom, 1970; Schwenk, 1984). Assim, numa estrutura centralizada, as limitações cognitivas da coligação irão determinar a compreensividade da organização na tomada de decisões estratégicas.

Por fim, a compreensividade na integração de decisões, ou seja, a capacidade de integrar as decisões, compreensivamente, para formação de uma estratégia global

disseminada. A compreensividade na integração das decisões está bem representada em estruturas matriciais, positivamente associada a mecanismos de formalização, mas está, sobretudo, fortemente associada a organizações controladas por líderes com poder, como poderá verificar-se em muitas estruturas centralizadas (Mintzberg, 1979).

Dimensão Formalização

A Formalização estrutural é caracterizada pela presença de regras e procedimentos que influenciam o comportamento da tomada de decisão. Mesmo quando apenas existe nos níveis mais baixos e/ou intermédios, a formalização afeta os processos estratégicos da organização, uma vez que a informação é passada através da hierarquia.

Mintzberg (1979) considera que nas organizações em que a formalização está mais presente nos níveis operacionais, esta tende a ser mais formalizada em todos os seus níveis e, segundo Bower (1970), os sistemas de planeamento atentam claramente à formalização da tomada de decisão até aos mais altos níveis.

Quanto ao processo de iniciação parece que a formalização aumenta a probabilidade do processo estratégico ser motivado por reação (resolução de problemas ou crises) por oposição ao comportamento proativo, ou seja, busca de oportunidades. Isto sugere que as estruturas formalizadas possuem a capacidade inerente de desencorajamento da procura de oportunidades, uma vez que os sistemas de planeamento formal desviam o comportamento criativo e proativo.

No que diz respeito ao papel que os objetivos desempenham no processo estratégico, prescrevendo fronteiras e limites ao comportamento, as burocracias formalizadas reduzem as incongruências de objetivos entre os membros e providenciam expectativas razoavelmente bem definidas acerca da avaliação da performance. Assim, é expectável que as decisões estratégicas sejam elaboradas com objetivos precisos e não gerais, cujo critério dominante seja o da eficiência (Simon, 1976).

Assim, o carácter reativo do processo estratégico, sob as condições de formalização faz com que os objetivos estejam mais relacionados com “correções remediais” do estado atual da organização, do que com estados futuros intencionados.

Por último, a formalização tende a afetar a relação entre meios e fins, dando origem à “personalidade burocrática” da organização, uma vez que a preocupação com a “prescrição” dos meios se transforma num fim em si mesmo, tornando os meios mais importantes que os fins.

Isto explica por que razão muitas vezes o planeamento estratégico formal degenera na produção de apenas mais um documento de trabalho, invocando (Quinn, 1978) o perigo da formalização dos objetivos de nível estratégico, sob pena de ativação de processos organizacionais irreversíveis.

A tendência de uma estrutura formalizada é responder a estímulos para a decisão, com procedimentos standardizados e predeterminados, encaminhando a organização para um modelo processual, resultado da limitação do quadro de capacidades (Allison; Zellikow, 1971), que tendem a institucionalizar o incrementalismo, por produzirem ações que são apenas desvios marginais ao status existente.

No que se refere à compreensividade na tomada de decisão estratégica, as regras e procedimentos contribuem para o reportório de comportamentos, ditando a forma como muitas atividades estratégicas são desenvolvidas. Muitas vezes assentam em comportamentos passados, utilizando soluções passadas, perpetuando o comportamento passado. No entanto, o objetivo é planejar o comportamento organizacional para alcançar a racionalidade na tomada de decisão. A compreensividade na tomada de decisão será determinada pelo leque de comportamentos contabilizados nas suas regras e procedimentos, ou seja, pelo nível de detalhe conseguido.

A formalização afeta, também, o nível de compreensividade na integração estratégica, na medida em que os sistemas de planeamento formal são a primeira ferramenta usada para disseminação e integração das políticas formais da organização.

No entanto, e apesar do seu sucesso estar igualmente relacionado com o nível de detalhe do seu design, a formalização parece estar negativamente associada à integração compreensiva, uma vez que, segundo Quinn (1978), *“por mais elaborado que seja o sistema, as decisões estratégicas não tendem a agregar numa simples matriz de decisão todos os fatores tratados simultaneamente no sentido de chegar a um ótimo holístico”* (Friedrickson, 1986).

Dimensão Complexidade

Numa organização existem três fontes potenciais de complexidade: a integração horizontal, a integração vertical e a dispersão espacial.

A integração horizontal e vertical são as que mais se relacionam com a acomodação das limitações cognitivas dos seus membros de topo, uma vez que a grande divisão do trabalho requer grande coordenação.

O impacto da complexidade aparece logo na forma como e onde o processo de decisão é iniciado, uma vez que a estrutura organizacional impõe fronteiras de racionalidade aos seus membros. O grau de complexidade irá determinar a amplitude dessas mesmas fronteiras. Numa organização cuja estrutura seja altamente complexa, as fronteiras revelam-se numerosas e estreitas.

Assim, uma vez que o estímulo de decisão (problemas e oportunidades) poderá aparecer em qualquer ponto da organização, as orientações cognitivas e motivacionais induzidas por tal estrutura em particular irão afetar a percepção do estímulo e a consequente forma de atuação. Ou seja, como Mintzberg (1979) refere, o grau de complexidade será o maior determinante do reconhecimento desse estímulo, por parte dos que foram inicialmente expostos, como tendo importância estratégica ou simplesmente ignorado, devido a interesses paroquiais, por parte daqueles que foram expostos inicialmente ao estímulo.

Assim, uma vez que estruturalmente são impostas fronteiras finas, como o são em níveis elevados de complexidade, os interesses pessoais dos membros poderá levá-los à não atuação deixando, consequentemente, os problemas críticos e as oportunidades por considerar e por resolver ou por explorar.

É assim sugerido que a complexidade estrutural tem igualmente impacto no papel que os objetivos desempenham no processo de tomada de decisão estratégico, uma vez que um elevado nível de complexidade resulta em diferentes orientações face aos objetivos pelos diversos departamentos da organização. Porque, conforme sugerido por Bower (1970), diferentes pessoas envolvidas nos processos estratégicos possuem diferentes preferências, constituindo-se a relação objetivos e preferências como uma série de constrangimentos no processo de decisão, dificultando o sucesso da tomada de decisão estratégica como forma de alcance de determinado estado futuro. Por acréscimo, um nível elevado de complexidade aumenta a saliência de objetivos individuais, aumentando assim a dificuldade dos objetivos organizacionais poderem influenciar ou moldar a tomada de decisão.

Por estas razões, segundo Friedrickson (1986), compreende-se que o nível de complexidade tenha grande influência sobre a relação existente entre Meios e Fins. A especialização das tarefas que acompanha o nível de complexidade, gera também percepções paroquiais, pelo que é expectável que numa estrutura complexa se encontre grande dificuldade de consenso quanto aos objetivos e que o processo de decisão se mostre um processo iterativo e político.

Assim, derivado da diferença entre objetivos, torna-se difícil o consenso quanto aos fins, levando os gestores a darem-se por satisfeitos com a obtenção de acordo quanto aos meios, mesmo quando se verifica aceitação desses meios por diferentes motivos. É desta forma sugerido que os diversos efeitos da complexidade estrutural se combinam gerando movimentações estratégicas incrementais, não pelos motivos institucionais nas estruturas formalizadas, mas sim pela diferença marcada face aos objetivos (Friedrickson, 1986).

Por estes motivos, não é provável que a escolha consciente seja a justificção para a ação estratégica nas estruturas complexas. Primeiramente, porque a informação, ao ter de passar por diversos níveis organizacionais, irá afetar o resultado do processo estratégico, e por último, porque a diferenciação horizontal e vertical, para além de darem origem a diferentes preferências, também, dispersam o poder. Assim, “a divisão do trabalho, que é um manifesto da estrutura complexa, explica a ação estratégica como resultado de um processo de política interna” (Pettigrew, 1973), cuja descrição é consistente com o modelo “Política Burocrática” de Allison (Allison, 1971).

Esta justificção de política interna para a ação, juntamente com os limites impostos pela complexidade estrutural, tem impacto no nível de compreensividade na tomada de decisão estratégica a nível individual, tendo em conta que a “busca” de informação para a tomada de decisão é enviesada, pois as perceções seletivas dos seus participantes os direcionam para a informação que é relevante para os seus interesses e/ou para os interesses do seu departamento ou unidade (Cyert e March, 1963). Esta informação, de acordo com Carter (1971), é então “pré-processada” ao longo do caminho até ao topo. O que revela que a compreensividade na tomada de decisão estratégica será afetada de acordo com a extensão da permissividade da complexidade estrutural aos comportamentos paroquiais dos seus participantes, quer sejam eles individuais, de unidade ou de grupo.

Apesar da estratégia organizacional ser geralmente caracterizada por um conjunto de decisões conscientemente integradas, a complexidade vem criar problemas ao nível da integração.

No Quadro 18 resumimos o impacto das Dimensões nas Características Críticas do Processo de Tomada de Decisão.

Quadro 18 – Impacto das Dimensões nas Características Críticas do Processo de Tomada de Decisão

		DIMENSÕES ESTRUTURAIS		
		Centralização	Formalização	Complexidade
Descrição Dimensões		Grau de concentração no direito de tomada de decisões e de avaliação das atividades	Grau de uso de regras e procedimentos para prescrição do comportamento	Grau de composição por diversas partes geralmente interrelacionadas (hall, 1977)
Características críticas	Descrição e Questões			
Iniciação	<p>Como e Onde? Iniciado por Reação aos estímulos, isto é, a problemas/crise, ou proactivo na busca de oportunidades e interesses?</p> <p>A que nível (operacional ou estratégico) deveria o estímulo aparecer antes de ser reconhecido como Estratégico? Qual o nível a assumir primariamente a responsabilidade de iniciação do processo?</p>	<p>Reativo aos Estímulos</p> <p>Proativo na busca de interesses da coligação.</p> <p>Reconhecido quando chega ao topo</p>	<p>Reativo aos estímulos. Pode por em causa a proatividade na busca de oportunidades e a criatividade</p>	<p>Reativo aos estímulos que ocorrem em por todos os níveis organizacionais, e as limitações cognitivas e diferentes motivações, e percepções locais podem por em causa a sua correta percepção e respetiva ação</p>
Papel dos Objetivos	<p>Questões relacionadas com o papel que os objetivos desempenham no processo de decisão.</p> <p>São as decisões tomadas para alcance de objetivos de nível individual vs organizacional? Serão os objetivos apenas corretivos do status quo ou talhados com vista a um status futuro pretendido? São os objetivos conceptualizados em termos precisos vs gerais?</p>	<p>Papel dos objetivos. Positivamente associado aos interesses da coligação de topo</p>	<p>Papel de redução das incongruências entre objetivos.</p> <p>Objetivos precisos.</p> <p>Correções remediais do status.</p>	<p>negativamente associado aos objetivos organizacionais devido às diferentes preferências constituindo uma serie de constrangimentos aumentando a saliência dos objetivos individuais face aos objetivos dos níveis organizacionais.</p>
Relação Meios/fins	<p>Relativa à relação entre meios (alternativas) e fins (objetivos). Qual é a possibilidade dos meios substituírem os fins no processo de decisão? Manter-se-ão os fins face a alterações significativas nos meios disponíveis?</p>	<p>Fins</p>	<p>Meios como fins em si mesmo.</p> <p>Personalidade Burocrática.</p>	<p>Dificuldade de consenso quanto aos fins. Aceitação de acordo quanto aos meios como alternativa satisfatória</p>

Justificação da ação estratégica	Consiste em explicações alternativas do processo que resultou em ação estratégica. Escolha racional intencional, o resultado de processos organizacionais standadizados, um processo de <i>bargaining</i> Política, ou alguma outra explicação? As movimentações estratégicas serão incrementais ou grandes alterações face à estratégia existente?	Interesses da coligação positivamente associado a demarcação/alteração face à estratégia existente	Modelo processual. Movimentações estratégicas incrementais face ao status por motivos de Institucionalização. Negativamente associado à alteração/demarcação face à estratégia existente	Modelo Político Burocrático Movimentações estratégicas incrementais devido ao um conjunto de constrangimentos causados por diferenças quanto aos objetivos e preferências entre os elementos dos vários níveis organizacionais, conduzindo à dispersão de poder e resultando num processo político interno. Negativamente associado à alteração/demarcação face à estratégia existente
Compreensividade Tomada Decisão	Tentativa de identificação dos fatores condicionantes da compreensividade do processo de decisão estratégica. Serão primeiramente as limitações cognitivas da gestão de topo, o detalhe no design dos processos organizacionais standadizados ou as percepções “paroquiais” dos gestores?	Limitações cognitivas da coligação de topo determinam o grau de compreensividade da organização	Determinado pelo espectro de comportamentos impregnados nas suas regras e procedimentos, ou seja, o nível de detalhe conseguido	Interesses individuais e paroquiais (departamentais ou de unidades) resultam em enviesamentos da informação para a tomada de decisão, encontrando-se muitas das vezes já pre-processada quando chega ao topo. A extensão desses enviesamentos está negativamente associada à compreensividade na tomada de decisão
Compreensividade integração das decisões	Relativo à forma como são compreensivamente integradas as decisões individuais. Qual o nível de integração conseguido para formar uma estratégia global?	Positivamente associada em caso de lideranças fortes e poderosas	Nível de integração das decisões relacionado com o detalhe do design dos procedimentos. Negativamente associado com a agregação em matriz decisão holística	Negativamente associado à integração das decisões pelos enviesamentos da informação e pela limitação cognitiva dos seus membros por incongruência entre as decisões tomadas entre diferentes níveis organizacionais, departamentos ou unidades.

Fonte: adaptado de Frederickson (1986)

A complexidade, ao restringir o âmbito das atividades relativas ao processo de decisão (como recolha de informação que se dá nos mais variados locais dentro da estrutura, como departamentos e diferentes níveis organizacionais), para além de reforçar as limitações cognitivas dos membros, aumenta a probabilidade de as ações tomadas num determinado local (ou unidade) não serem consistentes com as ações tomadas noutro.

Assim, de acordo com Mintzberg (1978), níveis elevados de integração estratégica só serão alcançados precocemente na vida de uma organização, quando a sua complexidade estrutural ainda é baixa e quando o poder ainda é centralizado.

2.3.2.1. A Complexidade e a Burocracia Profissional

A Burocracia Profissional de Mintzberg (1979) refere-se a uma estrutura organizacional que se encontra com frequência nos hospitais, nas universidades, nos tribunais e em instituições de serviço social, organizações caracterizadas por assentarem em profissionais altamente treinados e autónomos no controlo do seu trabalho. Portanto, organizações bastante descentralizadas, muito especializadas por áreas, resultam em estruturas horizontalmente complexas e diferenciadas (mais limitada verticalmente), cujo comportamento se pretende estandardizado.

E aqui reside um dos Problemas: é que, ao exigir-se estandardização de competências e de comportamentos estabelecidos pelas profissões dominantes, esta estandardização não significa um outro tipo de formalização, antes reflete uma outra dimensão, separada e independente – a complexidade/Especialização (Reimannn, 1973).

Assim, numa estrutura organizacional do tipo da burocracia profissional, os problemas e as oportunidades estratégicas poderão permanecer ignoradas e não reconhecidas, devido aos interesses dos seus membros serem demasiado especializados, tal como as suas perceções tendem a ser paroquiais. Este elevado nível de especialização horizontal aumenta a probabilidade de a ação estratégica ser tomada apenas depois de uma extensiva disputa política entre os membros ou em resultado da aplicação de soluções individuais tiradas do “*Garbage Can*” coletivo de competências (Cohen; March; Olsen., 1972).

Além disso, segundo as sugestões de Friedrickson (1986), verifica-se que a diversidade entre membros e a relevância dos objetivos pessoais diminuem a probabilidade de impacto dos objetivos organizacionais, produzindo ações estratégicas que não passam de alterações incrementais do estado corrente da organização.

Do mesmo modo, as percepções paroquiais são o principal constrangimento à compreensividade do processo da decisão estratégica e contribuem para uma reduzida integração da decisão. Pelo que Mintzberg (1979) conclui que “a noção de estratégia como um padrão de único, integrado de decisões comuns a toda a organização – perde uma boa parte do seu significado numa Burocracia Profissional”

Numa burocracia Profissional, o ambiente interno é geralmente descrito na literatura como complexo e estável. Complexo, devido às competências requeridas, à mão de obra intensiva e à formação avançada contínua, e estável, porque as competências necessárias asseguram e permitem à profissão desenvolver *standards* de performance. Por outro lado, a força e divergência, entre os objetivos dos seus diversos membros tornam estas organizações altamente políticas.

Assim, aparentemente, a única forma do nível de executivos de topo desenvolver uma estratégia global é através do trabalho de “*patchwork*” dos diversos e díspares projetos e preferências dos seus profissionais ou através da alocação de recursos apenas àqueles que ofereçam aparentes sinergias (Friedrickson, 1986).

2.3.2.2. As dimensões do Processo de Tomada de Decisão Estratégica e a Performance Organizacional

Lioukas e Papadakis, (2003) estudaram a influência do Processo de tomada de decisão estratégico no desempenho e nos resultados das organizações. Estes autores adicionaram às dimensões estruturais outras dimensões do tipo comportamental, resultando nas dimensões: Racionalidade, Formalização, Politização e Descentralização, concluindo ser o Controlo do Ambiente da Decisão, de capital importância na “moldagem” da relação entre processo e resultados.

Racionalidade. Vários estudos verificaram uma relação positiva entre a racionalidade e os resultados e as suas vantagens para a tomada de decisão racional. Consideram que o processo de decisão racional conduz a estratégias mais elaboradas. No entanto, os benefícios da racionalidade tornam-se mais fracos em certos contextos. Fredrikson (1989) sugere que os processos de decisão estão associados com performance inferior em ambientes instáveis.

Glazer e Weiss (1993) demonstraram que o planeamento formal leva os decisores a subestimarem a sensibilidade temporal da informação, conduzindo à utilização de informação obsoleta, uma vez que a busca de informação exaustiva e a revisão de dados com base no histórico se tornam conseqüentemente menos efetivas quando a

informação utilizada se torna obsoleta, resultando em decisões racionalmente tomadas com resultados menos satisfatórios, quando o planeamento formal é elevado.

Formalização. Os processos decisoriais formalizados parecem conduzir a resultados superiores, criando a percepção de justiça processual (Papadakis, 2003). No entanto existem limitações à formalização, uma vez que apenas existe uma compreensão limitada, quanto à forma como o contexto condiciona a relação entre a formalização e os resultados. Vários elementos contextuais que poderão moderar esta relação continuam por explorar. Como, por exemplo, o facto de a formalização ser mais útil em ambientes complexos.

O efeito da formalização nos resultados poderá depender da agressividade da equipa de gestão de topo, uma vez que os processos de tomada de decisão poderão acelerar a tomada de decisão. Por último, as decisões com diferentes magnitudes poderão produzir diferentes resultados, se formalizadas. As decisões com grande impacto são melhor geridas fora das regras e canais de rotina.

Politização. É, geralmente, aceite que a politização tem um impacto nos resultados das decisões. No entanto, estes argumentos assumem uma relação descontextualizada entre politização e resultados, o que pode levar a negligenciar o efeito positivo da politização dentro de certos contextos como, por exemplo, a decisão ser entendida como uma situação de crise.

Nestes casos, a politização pode ser considerada como uma reação psicológica natural às ameaças, uma vez que envolve interação e troca de perspetivas, dando a sensação aos membros da organização de estarem a lutar coletivamente contra a situação de crise, de uma forma unificada. Sob estas condições, os gestores poderão fazer melhores escolhas, pelas quais, por sua vez, poderão conduzir a melhores resultados.

Descentralização. Tem sido argumentado que uma maior participação conduz a melhores resultados. No entanto, a literatura existente parece não ter em conta os efeitos interativos causados pelo ambiente, como acontece principalmente em ambientes dinâmicos, em que a descentralização poderá conduzir a resultados menos satisfatórios em termos de resultados, por abrandar a rapidez com que as decisões são tomadas.

Controlo do ambiente da decisão

No que se refere aos efeitos interativos do contexto, no relacionamento Processo-Resultados, ou seja, de que forma o contexto poderá “moldar” o relacionamento entre o processo de decisão e os resultados, tem sido concluído que o ambiente tem efeito em ambos, sendo absolutamente necessário ter controlo sobre o contexto do ambiente da decisão para controlo dos resultados.

O Impacto das Dimensões Estruturais, como a Centralização e Formalização/Mecanismos de Coordenação e das Dimensões Comportamentais como a duração, politização, racionalidade e participação dos vários níveis na performance organizacional está sintetizado no Quadro 19.

Quadro 19 – Impacte das Dimensões na *Performance Organizacional*

DIMENSÕES ESTRUTURAIS		DIMENSÕES COMPORTAMENTAIS		
Centralização	Formalização-mecanismos de coordenação	Politização-discordância	Racionalidade – Compreensividade	Participação dos vários níveis
Descentralização hierárquica fortemente relacionada com medidas de rentabilidade, tanto objetivas como subjetivas.	Formalização de regras sem relação estatisticamente significativa. Coordenação formal sem relação com Performance:	Inconclusivo devido à complexidade das variáveis que podem ter efeito moderador.	Positivamente relacionado com a performance; Ajuda a escolher melhor e a tomar decisões mais racionais que levam a melhor performance	Positivamente relacionado com a performance; Intervenção dos vários níveis hierárquicos e comunicação lateral
Gestão intermédia positivamente relacionada	Comités e outros mecanismos positivamente relacionados com a performance em grandes organizações			Positivamente relacionada com a performance

Fonte: adaptado de Lioukas; Papadakis (2003)

2.4. SUMÁRIO

A escassez dos recursos, e a crescente consciência de um ambiente externo cada vez mais complexo e exigente que importa satisfazer, tem confrontado as organizações com a necessidade de se reinventarem, reorganizando-se e concentrando esforços no desenho e desenvolvimento estratégico, com vista, tanto à sua sobrevivência, como no caso das organizações de saúde, à satisfação das crescentes necessidades de um ambiente cada vez menos estável e cada vez mais complexo. Decidir bem, com base em informação rigorosa e em atitude proativa tem-se revelado imperioso.

Neste capítulo debruçamo-nos sobre o processo de tomada de decisão estratégico, suas dimensões e condicionantes. No entanto, parece-nos de suma importância enquadrar o órgão de governação de topo, compreendendo o seu papel e condições para a boa tomada de decisão estratégica ao serviço da Estratégia organizacional. Para tal, no próximo capítulo, revisitaremos a literatura, tentando compreender os pressupostos fundamentais para uma governação adequada, eficiente e integradora das perspectivas de todos os interessados na prossecução da Estratégia organizacional.

Capítulo 3 – GOVERNAÇÃO DE TOPO E ESTRATÉGIA

Após o enquadramento teórico sobre de Estratégia e Gestão Estratégica, em particular sobre o Processo de Tomada de Decisão Estratégica, nos capítulos anteriores, prosseguimos a nossa incursão na literatura sobre o órgão de governação de topo (que passaremos por simplicidade a utilizar o termo anglo-saxónico Board) e a forma como este se relaciona com a Estratégia. Abordaremos a Governação de uma forma mais abrangente e iremos estreitando o nosso olhar em direção à Governação das organizações públicas, compreendendo pelo caminho, o seu papel e os seus modelos, designadamente, os modelos teóricos para a tomada de decisão estratégica no órgão de governação de topo.

3.1. GOVERNAÇÃO E AUSTERIDADE

A governação é um conceito abrangente, e tem sido utilizado de “diferentes formas em diferentes disciplinas e com diferentes propósitos dando origem a diversas variedades de governação, fruto da adaptação a vários contextos” (Raposo, 2007).

De facto, existe uma miríade de interpretações e aplicações, que vão desde a governação empresarial, também esta adaptada a contextos e setores específicos, como a governação em Saúde, governação hospitalar, governação clínica, até à noção de Boa governação, sendo, e de acordo com o modelo apresentado pela Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), a tomada de decisão a sua componente central, quer a nível meta, quer a nível micro. (Raposo, 2007).

Assim, o desenho das relações entre os componentes do sistema de governação, será responsável pela articulação entre a transparência, prestação de contas (*accountability*) e efetividade seja do modelo de governação macro, quer micro.

A governação e os seus órgãos um importante mecanismo para a melhoria da performance e para a competitividade das organizações (Maassen, 2002).

A governação aparece, então, em duas formas distintas: uma relativa ao modo como é “exercido um poder legítimo em interação com as diferentes componentes de uma sociedade, tendo por objetivo o bem comum”, e uma outra mais de carácter analítico abrangendo um “conjunto complexo de interações com instituições e grupos onde as instituições públicas representam a parte visível do *Iceberg*” (Raposo, 2007).

O termo “*good governance*” é geralmente utilizado pelas organizações internacionais para caracterizar uma condição necessária ao desenvolvimento económico e humano sustentado, através da aplicação de um conjunto de princípios e boas práticas que consideram estarem relacionados com o sucesso ou o insucesso das políticas adotadas (Rodrigues,2011).

A crise económica e fiscal iniciada em 2008, levou à adoção de medidas e políticas austeridade. A forte pressão financeira, tem levado à redução das despesas públicas e criado um grande desafio ao setor: como é que os serviços de saúde poupam dinheiros públicos sem afetarem a mortalidade e a morbilidade e sem prejudicar o funcionamento e a qualidade dos serviços prestados pelo sistema de saúde?

A boa *governance* pressupõe a confiança e a consideração de todos os intervenientes, através de uma boa prestação de contas, transparência, participação, segundo a integridade e a capacidade política que permitam relações de longo prazo entre os diferentes atores. A ausência de capacidade para a boa *governance*, ou a falta vontade política para a sua aplicação poderá conduzir a cortes lineares, turbulentos e desfasados para obtenção de poupanças líquidas rápidas. Os estudos confirmam a relevância dos princípios da boa *governance* para construção e sustentabilidade dos sistemas de saúde.

O rápido crescimento das despesas em saúde e de segurança social tem vindo a criar pressão sobre o modelo social europeu. Os investigadores e conselheiros políticos têm demonstrado a necessidade imperiosa de fazer mudanças estruturais, para os tornarem internamente sustentáveis e eficientes: eficiente, produtiva e alocativa (*doing things right and doing right things*) são estratégias essenciais para manutenção da equidade e qualidade dos serviços de saúde para os cidadãos. A reconfiguração dos serviços, informação, mecanismos de financiamento, comportamento relacionado e *accountability* desempenham um papel fulcral na eficiência (Greer et al. 2016).

A chegada da crise, que fez a saída da zona confortável dos tempos de crescimento económico e do sucessivo adiar de reforma, trouxe a sustentabilidade para cima da mesa.

No entanto, a sustentabilidade foi substituída e até, convenientemente, confundida com austeridade no discurso político e as reformas estruturais substituídas por cortes radicais nas despesas e no orçamento, pois o importante era salvar o sistema do naufrágio (reduzindo o défice e o débito), afogando a anterior aspiração à universalidade (Repullo, 2016).

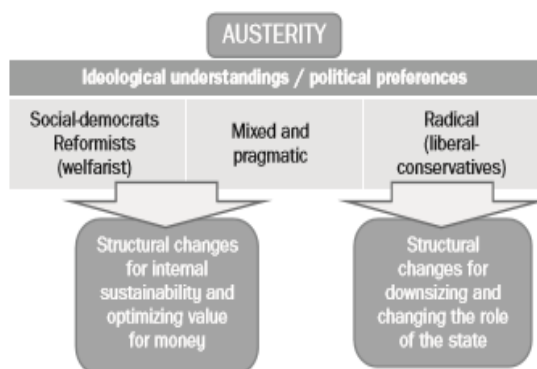
Austeridade passou a significar em vários países, nomeadamente em Portugal, Espanha, Itália e Grécia, a política baseada nos cortes sociais, para equilíbrio do défice público e para poder atender a outras prioridades, nomeadamente, a falência do sistema bancário. O significado positivo da austeridade, isto é, o impulso para encontrar formas de redução das despesas desnecessárias acarreta, também, consigo, o risco da incapacidade governamental de distinguir o fundamental do supérfluo. No entanto, nalguns casos, nos nossos hospitais, a circunstância da austeridade conduziu à introdução de alguns princípios básicos de racionalidade e eficiência.

Do ponto de vista das preferências e da ideologia política, a austeridade tem duas perspetivas distintas, que a Figura 7 lustra.

As perspetivas ideológicas governamentais modelam os objetivos da austeridade, mas a capacidade de desenvolver a boa qualidade da *governance* poderá fazer uma diferença fundamental na criação e implementação de políticas de austeridade.

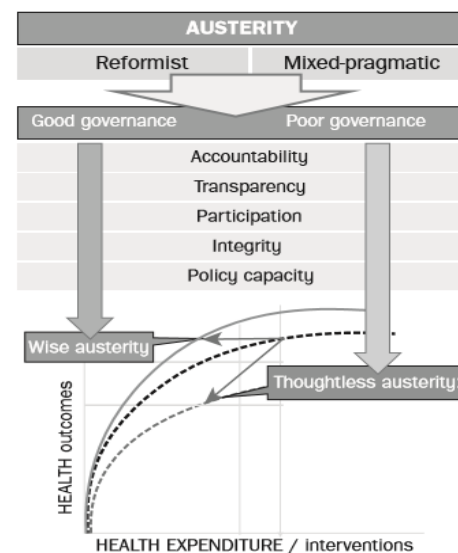
Existem em termos de governação dois tipos de austeridade: a *Wise*, (sensata) a qual é capaz de mobilização dos instrumentos da boa *governance* para “get value for Money”.e a versão *Thoughtless* (cega), a qual não é capaz de ir além da imposição de cortes financeiros e redução de prestação e de serviços.(Figura 8)

Figura 7 – Ideologias Políticas sobre Austeridade



Fonte: Repullo, 2016

Figura 8 – Tipos de Austeridade



Fonte: Repullo, 2016

Do ponto de vista dos reformistas ou da abordagem pragmática, o melhor resultado de uma política de austeridade deveria ser o alcance de contenção de custos, aliado à

manutenção ou subida da saúde e dos indicadores de saúde e a contenção de danos, nomeadamente, na erosão dos serviços, na descapitalização dos ativos, e na desmoralização dos trabalhadores.

Para este efeito, os princípios e as dimensões da boa *governance* são fundamentais, fazendo toda a diferença no alcance dos melhores resultados da política de austeridade na saúde.

Uma certa qualidade na *governance* é a condição necessária da política para evitar a falha. A *framework* TAPIC foi desenvolvida com base numa extensa revisão de literatura e identificou e definiu 5 atributos mutuamente exclusivos com influência no tipo e consequências de decisões que o sistema elabora. O nome desta *framework* (**TAPIC**) é o acrónimo desses 5 atributos: **T**ransparência; **A**ccountability; **P**articipação, **I**ntegridade e **C**apacidade. Governance: a framework (Greer et al. 2016)

Assim, estas cinco dimensões aplicadas a uma política de austeridade, através de boa *governance*, conduzem a um padrão denominado de *wise austerity*, e a “má” *governance* a um outro padrão denominado *Thoughtless austerity*

3.2. GOVERNAÇÃO E ÓRGÃOS DE TOPO

Em diversas definições de Governação encontramos os papéis dos órgãos de governação, sendo que, nas mais recentes definições, tanto a Governação *como o* papel do *Board* (*órgão de governação de topo*) reflete as mudanças das expectativas acerca do papel da própria organização na sociedade, levando as organizações a uma maior responsabilização face aos direitos e desejos dos seus *stakeholders* nos processos de tomada de decisão daquelas.

O modelo de Fama e Jansen (1983) está associado ao conceito de independência do Board através da separação das atividades designadas por atividades de serviço e atividades de controlo da decisão. As atividades de serviço referem-se às atividades e tarefas executivas no iniciar e implementar das decisões estratégicas que designam por “gestão de decisão”. As atividades de “controlo de decisão” referem-se às atividades e tarefas relativas, à ratificação e monitorização das decisões de carácter executivo. Estas atividades são da responsabilidade dos elementos não-executivos. Assim sendo, estes autores consideram que a independência de um *board* assenta na separação das atividades desempenhadas pelos elementos executivos e dos não-executivos.

A noção de independência é, portanto, pedra basilar na configuração da sua estrutura.

São exemplos os modelos de configuração *One tier* e *Two tier* que se apresentam como abordagens organizacionais alternativas para o papel dos *Boards* no alinhamento dos interesses divergentes entre os gestores, os *shareholders* e os restantes *stakeholders* (Quadro 20).

Quadro 20 – Diferenças entre Modelos face ao tipo de membros



Fonte: adaptado de Maassen, 2002

A configuração de um *Board* independente pode ser alcançada através de uma estratégia de design construída por três grandes blocos: (1) **estrutura de liderança** – papéis de CEO e Chairman desempenhados por diferentes personalidades, e/ou inclusão de elementos não executivos seniores (lead directors); (2) **composição** – com maioria de elementos não executivos; (3) **estrutura** – por hierarquização da gestão/supervisão e/ou introdução de comités independentes.

São vários os autores que afirmam que o modelo *Two-tier* representa uma estrutura de *Board* (Cadbury, 1995 e Tricker, 1984) na qual são formalmente aplicadas as três estratégias de *design* (Maassen, 2002), considerando este modelo de *board* um modelo formalmente mais independente (Quadro 21).

Quadro 21 – Recomendações para a Independência dos Órgãos de Governação

QUESTÕES DE GOVERNAÇÃO	CADBURY COMMITTEE DEZ 1992	HAMPEL COMMITTEE (CADBURY II) JAN 1998
SEPARAÇÃO DO CEO E CHAIRMAN	Recomendada mas não obrigatória	Preferível e deve a combinação dos papéis ser justificada no relatório Anual
LEAD DIRECTOR	Deverá ser um forte elemento independente no <i>Board</i> como reconhecido membro sénior	Necessidade veemente de membros não-executivos. Um membro sénior não-executivo deverá ser identificado no relatório anual
NOMEAÇÃO DOS MEMBROS	Via <i>committees</i> de nomeação maioritariamente constituídos por elementos não-executivos	O uso do <i>committee</i> de nomeação é considerado a melhor prática, à exceção de <i>Boards</i> de pequenas dimensões que preencherão eles próprios essa função
MEMBROS NÃO-EXECUTIVOS	Mínimo de 3 membros não-executivos	Mínimo de um terço de membros não-executivos
INDEPENDÊNCIA DOS MEMBROS	Maioria de elementos não-executivos deverá ser independente	Maioria de elementos não-executivos deverá ser independente – baseado na mesma definição do Cadbury
ROTATIVIDADE DOS MEMBROS	Deverão ser designados por períodos específicos sem renovação automática	Todos os membros deverão ser sujeitos a reeleição no mínimo cada três anos
PAGAMENTOS E BÓNUS	Os relatórios anuais deverão ter as remunerações dos membros desagregadas; O comité de remuneração deverá ser maioritariamente constituído por membros não-executivos	Os relatórios anuais deverão conter o anúncio da política de remuneração e informação detalhada da remuneração de cada membro. A remuneração dos elementos do comité de remuneração deverá ser exclusiva para elementos independentes não-executivos

Fonte: adaptado de Massen (2002)

O Relatório *Cadbury* surgiu, no Reino Unido, nos anos 90 na sequência de grandes pressões face à constituição e funcionamento dos conselhos de administração face a preocupações de cruzamento de interesses individuais e organizacionais. Neste sentido este Relatório dedicou-se às questões fundamentais como a separação das competências e responsabilidades entre a direção executiva e o conselho assim como, a sua própria constituição tendo em vista serem no âmbito da sua atuação, a gestão estratégia e o controlo/supervisão.

O Quadro 22 procura sintetizar os aspetos principais tratados por *Cadbury* (1999).

Quadro 22 – Síntese do Relatório Cadbury

<p>Conselho de Administração</p> <p>(CA)</p>	<p>O CA deve reunir-se regularmente, manter controlo sobre a organização e monitorar a sua direção executiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clareza na divisão de responsabilidades; • Equilíbrio de poder e de autoridade; • Constituição “mista”, com conselheiros externos independentes; • Presidente do CA e diretor executivo não acumulam funções; • Atuação baseada na programação formal dos assuntos relevantes, assegurando que direção e o controlo estratégicos da organização estejam efetivamente no âmbito do poder do CA. • Consenso na contratação de assessorias profissionais independentes, • Pleno acesso ao aconselhamento do principal executivo. • Exoneração do principal executivo: um assunto para o CA como um todo.
<p>Elementos Não Executivos</p>	<p>Os elementos não executivos exercem uma apreciação independente sobre a estratégia, o desempenho, a afetação de recursos e os padrões de conduta da empresa ou organização:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maioria deve ser independente da Direção; • Ausência de quaisquer conflitos de interesse; • Eleitos por mandatos determinados; • Escolhidos por processo formal.
<p>Avaliação e Controlo</p>	<p>É dever do CA apresentar uma avaliação equilibrada e compreensível da situação da empresa ou organização. Com este propósito, o CA deverá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assegurar uma relação objetiva e profissional com os auditores; • Criar e implementar um comité de auditoria: • Constituído por pelo menos três conselheiros não executivos; • Com clara definição de autoridade e de responsabilidades; • Registar a sua responsabilidade na preparação do texto que acompanha os relatórios dos auditores; • Reportar sobre a eficácia do sistema interno de controlo.

Fonte: Adaptado de Rodrigues (2011)

No mesmo sentido, a Lei Sarbanes-Oxley, concebida e aprovada em 2002, veio verter rigorosos princípios éticos para a prática da governação, transformando-se numa lei muito exigente e com grande impacto a nível mundial.

A Lei Sarbanes-Oxley promove uma ampla regulação da vida empresarial fundamentada nas boas práticas de governação, que “*podem ser agrupadas segundo quatro valores essenciais: a conformidade legal (compliance); a prestação responsável de contas (accountability); a maior transparência (disclosure); um sentido de justiça (fairness)*” (Rodrigues, 2011). O Quadro 23 sintetiza as boas práticas de governação da referida lei.

Quadro 23 – Síntese da Lei *Sarbanes-Oxley*

Conformidade legal

- adoção pelas empresas e organizações de um código de ética para os seus principais executivos, que deverá conter formas de encaminhamento de questões relacionadas com os conflitos de interesse, divulgação de informação e cumprimento das leis e regulamentos;
 - as empresas que não adotarem a explicitação de condutas num código de ética deverão explicar as razões da sua não adoção;
 - uma cópia do código deverá ser entregue à *Secutrity Exchange Commission* (SEC) e ter divulgação aberta.
-

Accountability

- o principal executivo e o diretor financeiro, na divulgação dos relatórios periódicos previstos na lei, devem certificar-se de que:
 - nos relatórios não existem falsas declarações ou omissões relevantes;
 - as demonstrações financeiras revelam adequadamente a posição financeira, os resultados das operações e os fluxos de caixa;
 - transmitiram aos auditores e ao comité de auditoria todas as deficiências significativas que eventualmente existam nos controlos internos, bem como quaisquer fraudes evidenciadas, ou mudanças significativas ocorridas após a sua avaliação;
 - têm responsabilidade pelo estabelecimento de controlos internos, pela sua conceção e processos e pela avaliação e acompanhamento da sua eficácia.
 - Constituição de um comité de auditoria, para acompanhar a atuação dos auditores e das contas da empresa, atendendo às seguintes diretrizes:
 - presença de pelo menos um especialista em finanças;
 - composto exclusivamente por membros independentes do conselho de administração, não integrantes da direção executiva que, para além dos valores que já recebem pela participação no conselho, não receberão quaisquer outros a título de pagamento pelo aconselhamento ou consultoria prestada ao comité.
 - responsável pela aprovação prévia dos serviços de auditoria;
 - divulgação, por relatórios periódicos, dos resultados dos seus trabalhos.
-

Transparência

- Detentores de informação privilegiada deverão seguir as exigências da lei nos casos de mudança nas suas participações acionistas;
 - Redução de prazos para que os conselheiros comuniquem à SEC qualquer negociação envolvendo valores mobiliários da companhia;
 - Qualquer informação complementar aos relatórios exigidos pela lei, relativas às condições financeiras e operacionais da empresa, deverão ser divulgadas com rapidez;
 - Contingências não incluídas no balanço patrimonial devem ser divulgadas;
-

	<ul style="list-style-type: none"> • A SEC poderá exigir regras, sobretudo, a divulgação em tempo real de qualquer informação relevante não contabilizada com impacto nos negócios e nos resultados empresariais;
Sentido de	<ul style="list-style-type: none"> • A remuneração do gestor principal deverá ser aprovada pelo conselho de administração;
Justiça	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovação pelos acionistas dos planos de <i>stock options</i>; • Proibição de empréstimos pessoais a diretores executivos. Devolução de bónus e de lucros distribuídos no caso de a empresa retificar demonstrações financeiras em decorrência do não cumprimento das normas estabelecidas pela SEC. Proibição de qualquer forma de perdão aos empréstimos antes concedidos e não liquidados; • Restrições sobre a negociação durante períodos de troca de administradores de fundos de investimento; • Definição de penas historicamente inusitadas para fraudes. Nesta lei são definidos os montantes das multas a pagar. Entendem-se por fraudes empresariais a alteração, a destruição, a mutilação, a ocultação e a falsificação de informação ou de documentos, com a intenção de impedir, obstruir ou influenciar o conhecimento e a análise do desempenho e da situação dos negócios e da gestão.

Fonte: Rodrigues (2011)

O modelo concebido por Fama e Jensen (1983) mostra-nos uma perspetiva de equilíbrio de poderes entre órgãos, através da interação das funções entre um conselho de administração e uma direção executiva – órgãos de diferentes natureza, funções e responsabilidades.

A comparação das responsabilidades do órgão de gestão (direção executiva) e do Conselho de Administração são apresentadas no Quadro 24.

Quadro 24 – Direção Executiva/Conselho da Administração: comparação das responsabilidades

Responsabilidades da Direção Executiva	Responsabilidades do Conselho de Administração
Propõe a estratégia	Analisa e homologa promovendo ajustamentos;
Envolvimento na gestão e no apuramento dos resultados;	Avalia o desempenho da gestão, olhando para os resultados internos e do mercado;
Define e implementa planos operacionais alinhados com a estratégia;	Dá o aval aos planos e monitora o equilíbrio entre resultados operacionais de curto prazo e os de longo prazo;
Antecipa as medidas de correção no caso de desvios relativamente ao planeado;	Examina as causas dos desvios, aprova as correções, mas reforça as suas atenções sobre a gestão;
Expor claramente os riscos a assumir;	Recomendar como enfrentar esses riscos e monitora tendências relacionadas com eles;
É fortemente alinhada com as diretrizes de um líder.	O Conselho de Administração pode também ser liderado por um presidente, mas o seu fortalecimento resulta da diversidade de visões, de complementaridade, de conhecimentos e de experiência para proceder a julgamentos não contaminados e da intransigente atenção aos direitos e às expectativas dos <i>stakeholders</i> .

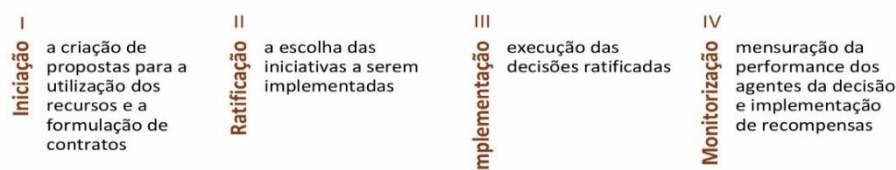
Fonte: Rodrigues (2011)

O PAPEL DO ÓRGÃO DE GOVERNAÇÃO DE TOPO

O papel do(s) órgão(s) de governação no processo de tomada de decisão estratégica tem sido descrita por alguns autores (Maassen, 2002). Em Portugal, este *Board* assume a forma de Conselho de Administração.

Os autores Fama e Jansen (1983) classificam os papéis do órgão de acordo com as funções desempenhadas – Iniciação, Ratificação, Implementação e Monitorização, conforme se ilustra no Quadro 25. Consideram por “gestão da decisão” a articulação dos passos “iniciação” e “implementação” e por “controlo da decisão” os passos “ratificação” e “monitorização”.

Quadro 25 – Os Quatro Passos para a tomada de decisão estratégica



Fonte: adaptado de Fama e Jansen (1983)

Algumas teorias têm dado especial enfoque aos diferentes papéis do *Board* face no processo de tomada de decisão.

A teoria de Agência remete o papel do board para a monitorização da gestão e mitigação de problemas.

A *teoria de* da dependência de recursos e de *stakeholder* focalizam-se na alocação dos recursos e no esbatimento de fronteiras (boundary spanner).

A teoria de *Stewardship*, por sua vez, defende o envolvimento de todo o órgão na definição da estratégia e alternativas estratégicas organizacionais.

No entanto, todas estas correntes teóricas podem ser classificadas em três categorias face ao papel do *Board* - O papel de Serviço, o papel de Controlo e o papel Estratégico.

Os referidos papéis denotam algumas semelhanças com o modelo concetualizado por Fama e Jansen.

De acordo com a literatura, são elencados no quadro 26 os principais argumentos defendidos para cada um dos papéis.

Quadro 26 - Papel do Órgão de Governança no Processo de Tomada de Decisão Estratégica

Papel de Serviço	Papel de Controlo	Papel Estratégico
Teoria da Dependência recursos; Teoria do <i>Stakeholder</i>	Teoria de Agência; Abordagem Legalista	Teoria de <i>Stewardship</i>
Gestão da Decisão	Controlo de Decisão	Gestão da Decisão + Controlo de Decisão
Quatro dimensões: Co-optação de influenciadores externos. O <i>Board</i> como uma forma de assegurar ligações aos seus vários <i>stakeholders</i> ; efetuar contactos (e de captação de financiamento), para assegurar os recursos críticos para a organização (Mintzberg, 1983); assegurar e reforçar a reputação da organização; aconselhamento à organização na atividade de formulação e implementação na tomada de decisão. O desenvolvimento de novas estratégias é da responsabilidade direta da gestão e o <i>Board</i> apoiará a gestão nos passos de iniciação e de implementação do processo de tomada de decisão.	As teorias consideram o papel do <i>Board</i> de monitorização da gestão e de representação dos interesses dos <i>shareholders</i> . Defendem o papel do controlo da gestão, atuando o <i>Board</i> como “ fonte independente disciplinadora” no alinhamento dos interesses da gestão e dos <i>shareholders</i> . Defendem o papel do <i>Board</i> como sendo de “ <i>Wathchdogs</i> ” sobre a gestão. Deve ser o <i>Board</i> a primeira linha de defesa contra a gestão incompetente, papel de controlo com responsabilidade de seleção do <i>CEO</i> , monitorização da sua performance e de ratificação das decisões executivas.	Esta teoria defende o <i>Board</i> com papel estratégico, precisando de ir para além das funções de Serviço e de Controlo para participação ativa na estratégia, combinando o papel Serviço com o papel de Controlo, aquisição subsequente de uma função estratégica, mais envolvidos na iniciação e implementação das decisões, para além da ratificação e monitorização das decisões.

Fonte: adaptado de Maassen, 2002

MODELOS TEÓRICOS PARA A TOMADA DE DECISÃO ESTRATÉGICA

Na literatura Zahra e Pearce (1984) e Jonnergård e Svensson (1995) desenvolveram modelos teóricos para a tomada de decisão estratégica, no que concerne ao papel do *Board* todos eles tendo em comum a integração de quatro componentes denominadas “*building blocs*” e sintetizadas no quadro abaixo (Quadro 27).

Quadro 27 – As componentes “*Building Blocs*” do papel do *Board*

1 – Os atributos do *Board*, tal como a (1) composição e (2) estrutura:

2 – Os papéis do *Board*, tais como os papéis de Serviço, de Controlo e de Estratégia;

3 – As pressões externas ou contingências;

4 – As variáveis de resultados para medir a performance financeira das organizações;

Fonte: adaptado de Zahra e Pearce, 1984; Jonnergard e Svensson, 1995

De acordo com aqueles autores “Em combinação, as contingências internas e externas determinam o *mix* dos atributos do *Board* e, por sua vez, a performance do *Board* nos seus três papéis e, finalmente, na performance da organização”.

Atributos do *Board*:

- Composição

Dizem respeito à dimensão quanto à distinção entre membros executivos e não-executivos e ao grau de filiação dos elementos com a organização, à idade e ao género, ao “*background*” social e educacional, títulos e experiência de trabalho;

- Estrutura

Relativa aos comités, à independência formal, à liderança e ao fluxo de informação dentro da estrutura do *Board*. Existem, também, variáveis de processo como as relativas à formulação da decisão, estilos, formalidade de procedimentos assim como a própria cultura, imprescindíveis numa avaliação sólida da performance dos elementos.

A associação entre performance e atributos constituem uma das componentes destes modelos.

Performance organizacional:

Para aferição da performance organizacional são utilizadas duas abordagens (Judge, 1989). Uma que considera os atributos e outras variáveis com influência direta na performance da organização. Outra abordagem de natureza descritiva, através de uma metodologia de investigação, afere a performance organizacional, não associando, contudo, diretamente a performance da organização aos atributos do *Board*

- Papéis

É através dos papéis do *Board* e dos seus atributos que alguns autores concetualizam o comportamento da organização, onde são considerados fatores de influência na modelação da composição e da estrutura, aquilo que denominam por contingências. De influência fundamental e/ou desencadeadoras do papel estratégico mostram-se relevantes para a função do *Board* (*i.e.*, pressões sociais) e para a performance organizacional (Judge, 1989).

De relação não consensual, alguma investigação alerta para a complexidade e risco de estabelecimento de relações diretas e causais entre performance financeira e atributos do Board (Maassen, 2002).

Consideram que a forma como os papeis são desempenhados, pelos elementos do Board, é também crucial para a performance da organização, bem como as forças internas institucionais. Para além destas contingências de caráter interno, reconhecem a existência de contingências externas com impacto na performance, como questões legais ou ambientais, variáveis de difícil controlo.

O critério para a classificação das correntes teóricas acerca do envolvimento do *Board* na tomada de decisão, baseia-se nas perspetivas teóricas de *Conflito* e de *Consenso* (Jonnergård e Svensson, 1995), refletindo duas filosofias de gestão contrastantes.

Segundo a perspetiva de Conflito, os boards não são suficientemente independentes, considerando que dada a natureza do indivíduo (teoria X e Y de McGregor), os elementos executivos atuam como agentes dos seus interesses individuais e como tal necessitam de ser controlados. O papel de controlo deverá ser da competência de elementos não executivos, sugerindo uma separação de papéis entre os elementos de carácter executivo e não executivo. A formulação da estratégia ficará a cargo dos elementos executivos, e o controlo e monitorização estratégico ficará na competência dos elementos não executivos. Esta teoria baseia-se na teoria de Agência, que defende a separação do CEO do Chairman, assim como o aumento dos elementos não executivos

face ao número de elementos executivos. Defendem a formação de comités de controlo e auditoria e a nomeação dos elementos não executivo. São assim defensores do modelo de configuração *Two-Tier* (dois níveis)

Já a teoria de Consenso, segue uma corrente teórica contrastante - a Teoria de Stewardship, que defende a integração das funções de Gestão da Decisão e da função controlo da decisão, nos elementos executivos, pois consideram estes indivíduos como os guardiões dos ativos e “honrados construtores de valor” (Maassen, 2002). Em oposição à perspectiva de conflito, a Teoria de Consenso, assente na teoria Y de McGregor defende que através de uma adequada estrutura de Board, é possível alinhar os conflitos entre os interesses dos shareholders com os interesses da gestão, sem por em causa o julgamento critico e independente que a Teoria de Conflito sugere ser apenas alcançado pelo devido distanciamento entre papeis. Esta perspectiva é defensora do modelo One-tier, pois considera que o papel Estratégico só será alcançado pela função dos papeis de Serviço e de Controlo, que o capacitará com a liberdade necessária para o exercício estratégico. Esta teoria, considera a inclusão de comités independentes, conforme recomendação no Relatório *Cadbury*, que deverão atuar nas estruturas unitárias, como promotores da independencia e separação entre a gestão da decisão e o controlo de decisão.

Apesar dos estudos, a ótima composição de Board não reúne ainda consenso. Uns alertam para os *Boards One-tier* não serem suficientemente independentes (Zald, 1969). Outros alertam para o perigo dos *Boards One-tier* sofrerem de passividade e ineficiência, e “cerimoniosos” quando se trata de mecanismos de validação (“*rubber-stamping*”) dos objetivos da gestão. Os estudos de Maassen (1998) parecem levar-nos no sentido dos comités de monitorização mistos, que se poderão denominar de comités de suporte.

No Quadro 28 resumem-se estas perspetivas de conflito e de consenso, onde se inclui as respetivas estratégias de *Design*.

Quadro 28 – Resumo das Perspetivas de Conflito e de Consenso

ASSUNÇÕES DO MODELO HUMANISTA	PERSPETIVA DE CONFLITO	PERSPETIVA DE CONSENSO
BASE TEÓRICA	Teoria Agência.	Teoria de <i>Stewardship</i> .
MODELO HUMANISTA	Oportunismo, teoria X, Interesse Individual.	Altruísmo, Teoria Y, Interesse Coletivo.
ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO	Grande.	Pequena.
INCENTIVOS	Recompensas financeiras extrínsecas; Identificação aos objetivos individuais.	Motivação e satisfação intrínsecas; Identificação com os objetivos organizacionais.
PERSPECTIVA TEMPORAL	Curta.	Longa.
OBJETIVO	Controlo de custos.	Aumento da performance.
MECANISMO DE CONTROLO	Mecanismos de controlo internos e externos.	<i>Trust</i> .
MODELO DE BOARD	Orientado para o controlo; modelo de controlo para aliviar os problemas de agência.	Orientado para o envolvimento; modelo participativo para empoderamento da gestão
IMPLICAÇÕES NO DESIGN DO MODELO DE BOARD	PERSPETIVA DE CONFLITO	PERSPETIVA DE CONSENSO
ESTRUTURA DE LIDERANÇA	Independente, separação de posições de CEO e de <i>Chairman</i> .	Dual, combinação das posições de CEO e de <i>Chairman</i> .
COMPOSIÇÃO	Dominantemente externa.	Dominantemente interna.
COMITÉS	Comitês de monitorização.	Comitês de suporte.
ORGANIZAÇÃO	<i>Two-tier</i> .	<i>One-tier</i> .
PAPÉIS DO BOARD	Separação da Gestão de Decisão da de Controlo de Decisão.	Integração da Gestão de Decisão e de Controlo de Decisão.

Fonte: adaptado de Maassen (2002) baseado em Jonnergård e Svensson (1995)

A convergência dos dois modelos

Quanto ao envolvimento dos *Boards* os modelos gerais consideram que as pressões da sociedade e os sistemas de regulação têm impacto na organização e composição dos *Boards* e, portanto, exercem influências no papel e na organização do órgão de governação (Judge, 1989).

Maassen (2002) refere que a incorporação dos atributos chave do modelo *Two-tiers* no modelo *One-tier* poderá ser positiva. Sugere a perspetiva de Consenso que a integração da Gestão de Decisão com o Controlo de Decisão, com a incorporação dos atributos

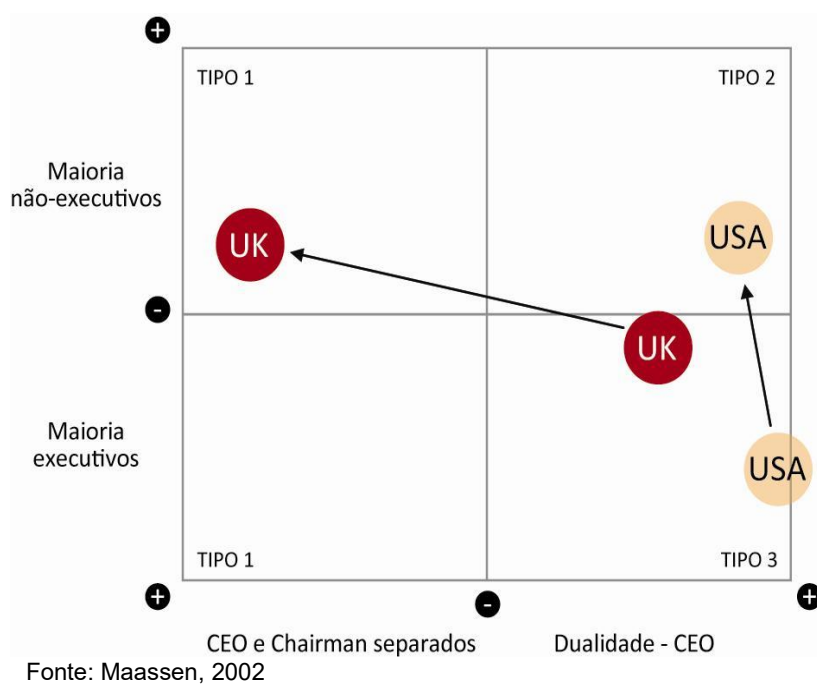
chave do modelo *One-tier* no modelo de *Board two-tiers*, terá efeitos benéficos nos resultados.

Neste sentido, Massen (2002) perspectiva uma pressão para a transformação dos *Board* se operar em duas direções, cujas diferenças entre atributos *One-tier* e *Two-tiers* possam vir a ser esbatidas, resultando esta convergência na adoção das melhores práticas de cada um dos sistemas num processo bidirecional.

Esta movimentação face aos atributos do *Board* poderá ser alvo de análise no respeitante à estrutura e composição dos Conselhos de Administração dos hospitais e ademais órgãos de governação dos hospitais.

A Figura 9 ilustra as dinâmicas dos *Boards* na governação corporativa no Reino Unido e nos Estados Unidos da América.

Figura 9 – Dinâmicas dos *Boards* corporativos no Reino Unido e USA



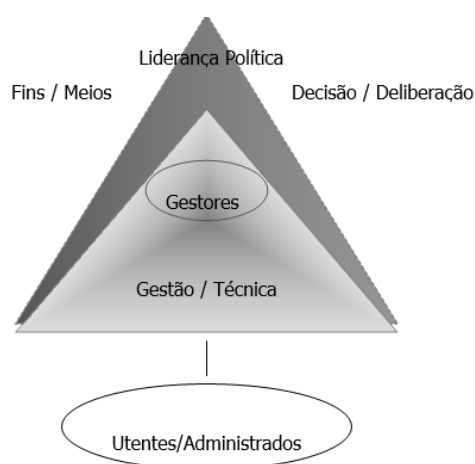
3.3. MODELOS DE GOVERNAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES PÚBLICAS

Entendendo-se a governação das organizações públicas como o modo de estabelecer e estruturar a relação entre os vários *stakeholders* (internos e externos) a fim de responder adequadamente a um duplo desafio: proporcionar condições para a coesão interna e aumentar a capacidade de intervenção externa, para criar valor público (Rodrigues, 2011), esta engloba quatro dimensões (a participação e o papel dos vários interessados; o sistema de órgãos de governo; o processo de tomada de decisão; a filosofia base da coordenação das atividades).

Os Hospitais e outras organizações públicas da saúde caracterizam-se pela mesma matriz cultural das restantes administrações públicas, isto é, têm mantido, predominantemente, os traços culturais do modelo tradicional burocrático. Todavia, este modelo deixou de responder às exigências do contexto atual, designadamente, à necessária *accountability* e transparência, princípios que regem a “*good governance*”.

A Figura 10 pretende ilustrar o modelo tradicional burocrático, o qual se caracteriza por uma governação acoplada politicamente numa organização técnica. Isto significa que o órgão nomeado politicamente se intromete na gestão organizacional (técnica).

Figura 10 – Modelo tradicional burocrático



Fonte: Rodrigues (2011)

O modelo que tem sido proposto por Rodrigues (2011) para análise do sistema de governação das organizações públicas está representado na Figura 11. Este o modelo é representado por duas pirâmides com dois espaços distintos.

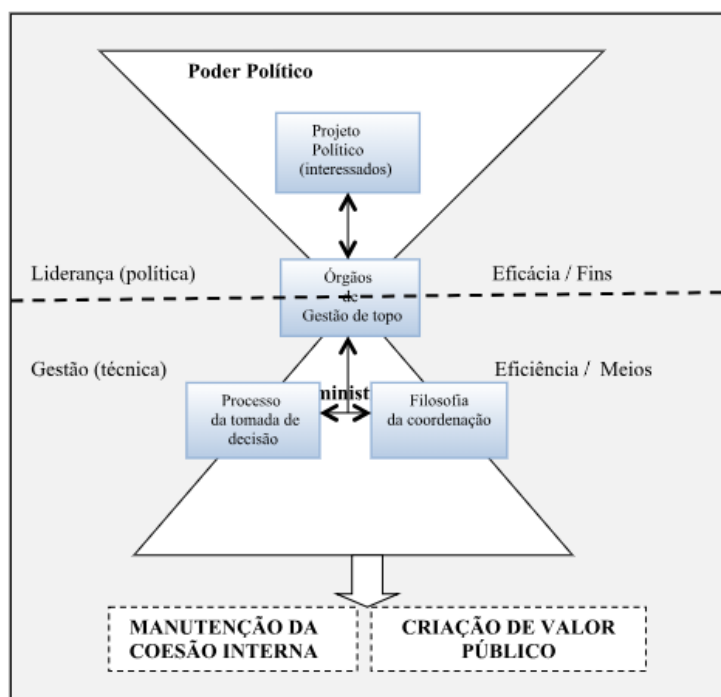
A pirâmide invertida refere-se ao espaço político (ocupado pelos atores, que em nome da “propriedade” coletiva desempenham um papel político). A segunda pirâmide representa a Administração Pública, isto é, o espaço de racionalidade técnica (desempenhado pelos gestores e outros técnicos).

O nível político, composto por uma liderança de natureza política e com legitimidade representativa.

No nível técnico, a legitimidade é essencialmente técnica e o processo de decisão faz-se sob a forma de deliberação, no âmbito do conjunto dos restantes elementos técnicos.

No nível da administração / gestão, a preocupação principal corresponde ao alcance de resultados definidos pela política, através da coordenação e a aplicação de recursos com base, essencialmente, em critérios de eficiência.

Figura 11 - O Modelo proposto por Rodrigues (2011) de sistema de governação das organizações públicas



Fonte: Rodrigues (2011)

Neste modelo de governação, que necessita de funcionar segundo uma racionalidade no sentido aplicado por Weber, haverá uma adequação dos meios utilizados aos fins que se deseja alcançar.

O seu pressuposto fundamental é a diferenciação entre os dois espaços, sendo, contudo composto por quatro dimensões (representadas pelas quatro caixas) que funcionam como mecanismos de coordenação do sistema organizacional.

Estas quatro dimensões assentam e articulam-se através dos dois subsistemas (político/gestão) interagindo com base nos valores do serviço público, por forma a coordenar os diversos interesses dos participantes/interessados, a criar as condições para o indispensável equilíbrio de interesses e para o desenvolvimento da missão, bem como, em simultâneo, para assegurar a manutenção da coesão interna do sistema (Rodrigues,2011).

Para assegurar que a organização pública possa efetivamente criar e repartir valor é necessário que haja integração das expectativas conflituantes dos diferentes atores organizacionais e, portanto, uma das dimensões consideradas neste modelo é a “definição da participação e do papel dos interessados” no desenvolvimento da missão, ou seja, a definição de um projeto político da organização, um projeto cujo propósito é o de conseguir um interesse partilhado entre os vários interessados.

No que se refere à “estrutura e ao funcionamento dos órgãos de gestão de topo”, ou seja, a definição da composição dos respetivos órgãos, trata-se, sobretudo, da criação de condições de equilíbrio de poderes e da eficiência necessária para a governação e gestão públicas.

Uma outra dimensão considerada é a do “processo da tomada de decisão”, que oscila entre a situação tradicional de muito centralizado e os processos mais recentes de desconcentração e descentralização. Esta dimensão contempla a definição das regras de decisão, tanto no plano político como no plano da gestão. Por último, mas não menos importante, a dimensão da “filosofia da coordenação da prestação dos serviços públicos”. Nesta dimensão, consideramos os três tipos de instrumentos teóricos para a coordenação da atividade mais utilizados pela bibliografia da especialidade: a integração hierárquica, a integração pelo mercado e a integração em rede.

Desde os estudos, já clássicos de Chandler, que ficou demonstrada a importância da adequação entre a estratégia e a estrutura organizacional. Mais tarde, Lawrence e Lorsh (1972) confirmaram que a relação entre a estratégia e a estrutura se verifica nos dois sentidos.

Um dos problemas centrais da governação é o da coordenação de várias ordens relacionais e que, dificilmente, se consegue coordenar um sistema organizacional,

através de um simples mecanismo de coordenação (Reis, 2007). De facto, a governação exige um conjunto de processos, cuja complexidade apela para a noção de sistema.

Tal como na governação empresarial, o sistema de governação das organizações públicas baseia-se na ideia defendida sem reservas, por todos os autores, de que a governação deve assentar na separação entre a propriedade e o seu controlo. No âmbito do setor público, as ideias pioneiras de Wilson, nos Estados Unidos e como as de Max Weber, na Alemanha seguiram a mesma linha de pensamento, na defesa da separação entre a política e a administração (Rodrigues, 2011).

Principalmente, o modelo weberiano coloca em destaque a necessidade de separação de racionalidades entre a política e a gestão, através de um modelo dualístico que contemple a existência de dois órgãos que promovam responsabilidades de *accountability*: por um lado, o conselho de administração (ou conselho geral ou conselho de vigilância) representativo da política e da comunidade e, por outro lado, a direção executiva. Trata-se, de facto, de duas atividades com racionalidades distintas, com atores que defendem interesses diferentes, portanto, com legitimidades distintas e lógicas de atuação consideradas em espaços coerentemente diferentes. A Figura 11 procura ilustrar a necessidade de separação das racionalidades e interesses.

Este modelo vai precisamente ao encontro da essência do modelo weberiano, ou seja, a separação entre a política e a gestão através de dois órgãos distintos com responsabilidades atribuídas para que possa existir uma verdadeira *accountability*.

É claro que esta separação contraria frontalmente o tradicional alinhamento, que se traduz numa prática bem conhecida de ocupação de cargos de gestão por parte de indivíduos de “confiança”, geralmente, com efeitos muito perniciosos no domínio da ética e da alteração da racionalidade no funcionamento das organizações.

3.4. EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

Foi a partir dos anos oitenta do século passado que se iniciou em muitos países a transformação da gestão do setor público. Esta foi influenciada pelo setor privado, dado o paradigma da sua maior eficiência: produção mensurável, novas estruturas de gestão, poder aos gestores tecnocratas, incentivando a competição e criando novos modelos de avaliação do desempenho. Nos hospitais estas técnicas de gestão foram aplicadas muito posteriormente, devido fundamentalmente à complexidade das organizações de saúde e à oposição dos setores médicos.

A profissionalização da gestão dos hospitais aconteceu nos países de matriz económica e social semelhante à portuguesa e tornou-se mais próxima do processo político, mas, em muitos países os diretores dos hospitais continuaram a ser médicos, com diminuta formação em gestão (Simões, 2005).

Não obstante a existência de alguns estudos e suas importantes conclusões, verificamos a dificuldade de comparabilidade de modelos de governação hospitalar entre os vários países da Europa e dificuldade de tradução para os hospitais portugueses, devido às suas características contextuais específicas.

Iremos, seguidamente, discriminar alguns exemplos internacionais através de uma grelha para cada país, que permita algum tipo de comparabilidade (Quadro 29).

Quadro 29 – Grelha comparativa dos modelos de governação de alguns países

PAÍS	MODELO DE GOVERNAÇÃO	PAPEL DE CONTROLO/SUPERVISÃO	ASPETOS RELEVANTES
REINO UNIDO <i>Davies, 2003</i>	Modelo One-Tier - Board of Directors , com poderes universais. A função de gestão executiva - <i>Management Directors</i> liderados pelo CEO-	Os membros (<i>directors</i>) executivos, gestores, paralelamente com a sua direção e os elementos não-executivos. Função de controlo- <i>Non- executive Directors</i> liderados pelo <i>Chairman</i> .	<i>Combined Code</i> recomenda que o <i>Board</i> seja constituído pelo menos, por metade de elementos independentes não-executivos. Separação das posições de <i>CEO</i> e de <i>Chairman</i> .
HOLANDA <i>Netherlands Association of Hospital</i>	Modelo Two-Tier -Executive Board limitado pelo órgão de supervisão. Separação de papéis e de poderes,	Órgão de supervisão (<i>Supervisory Board</i>), proposto pela <i>Netherlands Association of Hospital</i> , em 1983. Não é obrigatória por lei a inclusão de um órgão de supervisão (originalmente desenhado para administração de fundos e de heranças).	Falta de clareza quanto às competências do executivo da organização (previsto na legislação). Prestação de contas insipiente aos <i>shareholders</i> .

<p>BÉLGICA Eeckloo et al., 2004</p>	<p>Modelo Two-Tier - regulado pelo <i>Federal Hospital Act</i>, reestruturado em 1987.</p> <p>Gestão Executiva (Executive Management) — é o principal órgão de tomada de decisões, devendo ser composto por membros da equipa administrativa e representantes do pessoal médico;</p> <p>Responsabilidade geral de toda a atividade do hospital (organização, funcionamento e financeiro).</p>	<p>Hospital Board — é o órgão máximo de controlo interno do hospital devendo ser composto por membros independentes a quem compete orientar e aconselhar a gestão executiva;</p> <p>Conselho Médico (Medical Council) — é eleito pelo pessoal médico e tem competências consultivas e de supervisão.</p>	<p>Autoridade Constituinte (Constituent Authority) — órgão constituído por elementos e/ou instituições a quem é confiada a tutela da organização.</p> <p>O <i>CEO</i> é nomeado pelo <i>Board</i>, reportando direta e exclusivamente a este,</p> <p>A dimensão do <i>Board</i>, é geralmente de entre 6 e 12 elementos.</p> <p>O modelo de dois níveis é, contudo, reformulado em 2004 num modelo de quatro níveis.</p>
<p>FRANÇA</p>	<p>Modelo One-Tier - <i>CEO</i> e <i>Chairman</i> num só elemento que é o Presidente</p> <p>É designado por modelo de configuração <i>PDG - President Directeur General</i>.</p>	<p>Inexistência de órgão de controlo/supervisão</p> <p>Tem vindo a ser utilizada o conceito de <i>committees</i> de apoio ao órgão de governação.</p>	<p>O PDG caracteriza-se por uma enorme concentração de poder.</p> <p>O Relatório Viénot (1999), da lei <i>Nouvelle Régulations Economiques (NRE)</i>, adotada em 2001 e o Relatório <i>Bouton</i> veio aproximar as organizações ao modelo empresarial para maior independência entre as funções executivas e não executivas.</p>
<p>ALEMANHA</p>	<p>Modelo Two-Tier, com um <i>Board</i> executivo responsável apenas pela gestão da organização</p>	<p>Board de supervisão responsável pelo controle e monitorização do <i>Board</i> Executivo.</p> <p>O <i>Board</i> de supervisão constituído por 20 elementos, sendo metade eleita pelos <i>Stakeholders</i> e os restantes eleitos pelos colaboradores da organização.</p>	<p>A Lei da co-determinação, determina a constituição dos órgãos de governação, segundo este modelo.</p>
<p>ESTADOS UNIDOS</p>	<p>Modelo One-Tier - Presidente do <i>Board</i> comissão executiva alargada, comissões de apoios à comissão executiva (comissão financeira e comissão clínica).</p> <p>Estão previstos <i>Boards</i> Consultivos de carácter temporário, constituídos por parte dos elementos do <i>Board</i> ou por elementos externos.</p> <p>Quando a comissão executiva é alargada desempenha as funções de: planeamento e revisão da estratégia do hospital, seleção, nomeação e avaliação da gestão de topo do hospital; Relações e interação com o público e com a comunidade.</p>	<p>Supervisão das operações internas da organização e do Board — que inclui atividades de supervisão financeira, relações entre a gestão executiva e o <i>Board</i>, supervisão da qualidade, segurança, resultados clínicos, relações internas com os médicos.</p>	<p>O <i>American Hospital Association</i> criou um modelo de constituição e de regulamentos para hospitais não-empresariais:</p> <p>A estrutura do hospital passou de gestão dual (Administração/clínica) para gestão unitária onde o <i>CEO</i> é o Presidente do Hospital e o Diretor Clínico reporta ao presidente.</p> <p>A dimensão do órgão de Governação do Hospital, depende da dimensão do Hospital, de 7 a 15 elementos até à centena.</p>

3.5. SUMÁRIO

Neste capítulo visitámos a literatura sobre governação de topo e a sua relação com a estratégia.

Enquadrámos a governação estratégica como importante mecanismo para a melhoria da performance e competitividade das organizações numa incursão iniciada nos princípios da boa governação e em tempos de austeridade, passando pelos modelos de governação de topo e seus papéis, culminando numa estratégia de *design* para a composição óptima do órgão estratégico de topo. Afunilámos para as organizações públicas e terminámos na tentativa de compreensão de alguns modelos internacionais.

Assim alicerçados, iremos de seguida estreitar o foco e olhar para a organização hospitalar, com a sua complexidade e diferenciação, indagando sobre as necessidades de carácter estratégico para a governação de topo dos hospitais.

PARTE II - DELINEAÇÃO DO PROBLEMA

A parte dois deste trabalho irá visitar a história da governação do hospital público, levantando questões e procurando compreender o posicionamento do Órgão de Governação de Topo (Conselho de Administração) face à Estratégia e capacidade estratégica, através da análise da legislação desde 1968 até à atualidade, que busque não só conhecer o *status quo*, como sobretudo que nos conduza a uma reflexão crítica informada, delineando assim o problema de investigação.

CAPÍTULO 4 – O PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Neste capítulo abordaremos a evolução do modelo atual da estrutura hospitalar em Portugal, o qual resulta de um sequente conjunto de alterações ao longo de décadas, através das diversas peças legislativas desde 1968, assim como a análise crítica do atual modelo que conduziu à delineação do problema.

4.1. CRONOLOGIA DO MODELO DE GOVERNAÇÃO NOS HOSPITAIS PORTUGUESES

A estrutura do hospital público em Portugal é referida por Simões (2005) como o resultado de diversos conjuntos legislativos. A evolução a partir de diplomas de 1968 com prossecução até 2002 em continuidade relativamente aos aspetos estruturantes.

O Estatuto Hospitalar e o Regulamento dos Hospitais (Decreto-Lei nº 48 357/68 e Decreto-Lei nº 48 358/68, ambos de 28 de abril) promoveram a maturidade da Lei nº 2 011, de 2 de abril de 1946.

Simões (2005) refere que “O modelo de estrutura hospitalar, que se desenha a partir de 1968 faz, então, a distinção entre dois grandes conjuntos de funções: a *função principal*, que compreende toda a prestação (direta ou indireta) de cuidados aos doentes com tradução nos serviços de assistência e as *funções gerais*, que apoiam o hospital na primeira função, as quais têm tradução nos serviços de apoio geral. Em matéria de

organização de cuidados de saúde adota o modelo de Serviço como unidade funcional-tipo, o que aliás corresponde a um objetivo comum ao corpo médico e ao poder administrativo”.

De acordo com o autor Reis (2007)” foi com o estatuto hospitalar que, pela primeira vez, os hospitais dispuseram de um corpo global e generalizado de normas que, entre outros aspetos, estipulavam os órgãos de administração e os órgãos de direção técnica, individuais ou colegiais (art.36º) - ainda que não tenham definido totalmente as respetivas áreas de - e estabeleciam deveres gerais comuns. São estabelecidas, pela primeira vez, linhas de orientação para a gestão hospitalar, designadamente a indispensabilidade de adoção de processos de gestão económica”. O seu art.35º define que *“em ordem a conseguir a maior eficiência técnica e social, os estabelecimentos e serviços hospitalares devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial, garantindo à coletividade o mínimo custo económico no seu funcionamento”*

Assim, nos termos do nº 2 daquele diploma legal os hospitais deveriam:

“a) Elaborar planos de administração que devem ser submetidos à aprovação juntamente com os orçamentos;”

“b) Aplicar métodos atualizados de gestão económica, desde que adequados à sua natureza e afins;”

“c) Prestar a maior atenção à preparação técnica do pessoal;”

“d) Efetuar a vigilância permanente da gerência, de modo a ser saneada a situação económica e prestar à Direção-Geral dos Hospitais as informações necessárias à avaliação periódica da administração.”

Simões (2005) refere que *“a linha de continuidade e, que atesta também a modernidade deste conjunto legislativo de 1968, ser a aproximação a uma matriz empresarial, que, porém, a exemplo dos conjuntos legislativos publicados em momentos posteriores, não teve continuidade em normas executivas, em aspetos determinantes como são a gestão financeira e a gestão de recursos humanos”*. O Estatuto Hospitalar no seu preâmbulo destaca que *“ A administração dos hospitais, ao menos dos mais importantes, tornou-se tarefa de profissionais, com preparação cuidada e estatuto adequado, visto que a mobilização de meios financeiros e humanos nos serviços de saúde atinge enorme volume e os prejuízos decorrentes de uma gestão pouco esclarecida podem ser importantíssimos, tanto do ponto de vista económico como social e humano (...) A gestão hospitalar, infraestrutura indispensável a toda a ação médica, terá de*

desenvolver-se de acordo com as técnicas próprias da vida económica, embora subordinada aos objetivos sociais e humanos que prossegue”.

Foi o diploma Regulamento Geral dos Hospitais que encorpou os princípios gerais constantes no Estatuto Hospitalar, criando-se a carreira de administração de hospitais. Os art. 83º e seguintes respeitam o órgão de administração para os hospitais centrais:

- O Provedor;
- O Conselho de Administração;
- O Administrador.

Os art. 104º e seguintes respeitam os hospitais regionais:

- A Mesa da Misericórdia;
- O Provedor;
- O Administrador.”

Foi a partir de outubro de 1970 com o Decreto-Lei nº 499/70, de 24 de outubro, que a composição anterior dos órgãos sofre alteração.

O Conselho de Administração – constituído pelo Diretor do Hospital ou Provedor da Misericórdia.

O **Conselho de Direção** – constituído pelo Diretor do hospital ou pelo Provedor da Misericórdia e vogais - o Diretor Clínico e o Administrador que respondia pela “orientação, coordenação e eficiência dos serviços de assistência” e “dos serviços de apoio geral”, respetivamente. Este conselho passaria a ser assistido por comissões especiais “*de assistência, de ensino e de investigação*”, conforme disposto no Estatuto Hospitalar de 1968.

Reis (2007) refere que “O Conselho de Direção respondia, então, pela realização dos fins do hospital e respetiva gestão, competindo-lhe orientar, coordenar e fiscalizar o funcionamento dos serviços. Mantinha-se a nomeação pela tutela, com algumas exceções no Conselho Técnico. As referências às competências dos órgãos de gestão receberam um processo de progressivo detalhe, não se tendo verificado alterações na organização interna, em termos de divisão do trabalho, mas a nível de partilha de poderes, um fracionamento sectorial (por áreas), que correspondia aos anseios, mais ou menos corporativos, da época. Quanto à estrutura e competências dos órgãos de administração e apoio técnico, constante na legislação de 1970, *“não pode deixar de produzir uma impressão desfavorável, sobretudo se comparada com a que revogou, sendo patente a falta de coerência, com a parte subsistente da legislação de 1968, e o*

desajustamento do enxerto tentado ao texto base e a muitos dos corretos princípios que o informam. Como único elemento positivo, mas sem força para vingar no quadro das fraturas internas que o novo regime provoca, registre, apenas, a abertura do hospital ao exterior, designadamente, pela inclusão, no seu conselho de administração, de elementos da comunidade (câmaras municipais) e de outros serviços de saúde (Direção-Geral de Saúde)”. Foram, entretanto, construídos novos hospitais regionais pelo Estado na sequência do Decreto-lei nº413/71, de 27 de setembro. Em 1974, os hospitais passaram a ser geridos por comissões instaladoras, isto é, “órgãos colegiais de gestão, vagamente pluridisciplinares ou (na fase posterior a abril de 1974) excessivamente pluridisciplinares, totalmente indefinidas as funções de cada um dos seus membros (...), a gestão hospitalar entrou numa fase dormente, numa situação que se poderia designar por gestão do tipo quase doméstico”.

Em 1977 é publicada a lei orgânica hospitalar, através do Decreto-Lei nº 129/77, de 2 de abril e do Decreto-Regulamentar nº 30/77, de 20 de maio - Regulamento dos órgãos de gestão e de direção dos hospitais “que estabelece os órgãos de gestão e de direção técnica dos hospitais, a sua composição e competências, promovendo a autonomia dos hospitais e a estabilidade dos órgãos de gestão” (Reis, 2007).

Simões (2005) adverte que “Mantinha-se, porém, uma forte participação dos profissionais, embora sem o extraordinário poder conferido às assembleias de trabalhadores entre abril de 1974 e finais de 1975, que em muitos hospitais sancionavam a nomeação das Comissões Instaladoras e de gestão. Outro aspeto de continuidade, em relação ao período de 1974/75, radica no princípio da colegialidade e na participação de membros eleitos na composição de órgãos de administração, de direção e de apoio técnico. “Regressam os elementos exteriores ao hospital, *muito embora “diluídos” num órgão (Conselho Geral) dominado pelas forças internas, e que, por falta de tradição, não só no sector, como no país, não conseguiu impor-se*” (Reis, 2007).

O Decreto-Regulamentar nº 30/77 refere a existência de três órgãos de administração:

- O **Conselho Geral**, com a responsabilidade da definição das linhas orientadoras da política do hospital, acompanhamento e avaliação periódica da sua execução;
- O **Conselho de Gerência**, - “(...) orientação, coordenação e controlo do funcionamento de todos os serviços, órgãos de direção e apoio técnico, privilegiando a elaboração de planos de ação, a fixação de diretivas de aplicação geral e o exercício sistemático e periódico do controlo, podendo a promoção da execução e da aplicação das diretivas gerais aos casos particulares que ocorram na gestão diária do hospital, ser delegadas

pelo conselho nos seus membros” (nº3 do art.11º). constituído por vários elementos: médico, enfermeiro, técnico dos serviços de instalações e equipamento, e “pelo Administrador do hospital, como membro nato do Conselho de Gerência” (art.8º).

- o **Administrador do hospital** - competia “a prática dos atos subsequentes à autorização de despesas” – requisição e pagamento de bens e serviços - e com o pessoal -, “concessão de licenças ao pessoal e despacho de todos os processos de movimentação de pessoal” (art.15º).

Nesta legislação observam-se dois aspetos importantes: o reforço da figura do administrador seguindo o fio condutor da legislação de 1968 e a participação forte dos profissionais e da comunidade.

Através deste diploma a gestão do hospital público encontra alguma definição e linhas de orientação. O Conselho de Gerência apresentava-se como um órgão executivo; — o Administrador, apesar de um órgão individual detinha competências de caráter operacional nas áreas financeira e de recursos humanos. O Conselho Geral assumia-se como órgão de conceção estratégica participada pelo conselho de gerência (art..1º). A nomeação política mantém-se. carreira.

Em 1987 a constituição dos órgãos de gestão sofria alteração com o Decreto-Lei nº16/87 e o Decreto-Regulamentar 3/87, ambos de 9 de janeiro, retomando a linha da gestão empresarial.

De acordo com Reis (2007):

- “ O “*Conselho Geral*” passa de órgão de gestão a órgão de “**participação e consulta**”; -
- O “*Conselho de Gerência*”, passa a ser designado por “**Conselho de Administração**” e, mantendo as funções inerentes a um órgão colegial de gestão, assume carácter mais deliberativo e menos executivo, perde o contributo (que, aliás, já não era obrigatório) do “*técnico dos serviços de instalações e equipamentos*” e passa a integrar o “*Diretor Clínico*” e o “*Enfermeiro Diretor*”;

- Mantém-se um órgão individual de gestão que passa a designar-se por “**Administrador Geral**” e que, mais claramente, assume a incumbência de atuar como “o executivo” do Conselho de Administração”.

- “Em termos de “**órgãos de direção e apoio técnico**” que passam a designar-se por “**órgão de direção técnica**” e “**órgãos de apoio técnico**”, as mais significativas mudanças residem na visível transformação da colegialidade em individualidade com atribuição de dupla responsabilidade ao Diretor Clínico e ao Enfermeiro Diretor, os quais passam a integrar por inerência o Conselho de Administração, e ao aparecimento de um “*Conselho*

Técnico” com composição multidisciplinar do tipo que já tinha existido na legislação de 1968”.

Através do Decreto-Lei nº 19/88, de 21 de janeiro e do Decreto-Regulamentar nº 3/88, de 22 de janeiro dá-se continuidade à reforma hospitalar com uma maior responsabilização da administração do hospital e o elenco dos órgãos de administração com: Conselho de Administração, Presidente do Conselho de Administração e Administrador-Delegado; O Diretor do hospital/Presidente do Conselho de Administração é escolhido em função do seu *“reconhecido mérito, experiência e perfil adequados às respetivas funções, não sendo necessariamente um médico”*;

O Administrador-Delegado é escolhido *“de entre gestores de reconhecido mérito, vinculados ou não à função pública e com currículo adequado às funções a exercer”*;

- As funções de direção técnica– o Diretor Clínico e o Enfermeiro Diretor - não são eleitos pelos pares e não são necessariamente elementos internos;

- a figura do *“Auditor”* é pela primeira vez, previsto.

Surgia, assim, uma nova era na gestão hospitalar, onde os modelos passaram a incorporar a necessidade de *“...estes atuarem de acordo com as diretrizes essenciais de filosofia de cuidados de saúde superiormente delineadas (...) evitando conflitos e ambiguidades a que a anterior legislação, não raras vezes, conduzia”* (Preâmbulo do Decreto-Regulamentar nº 3/88, de 22 de janeiro). “no entanto rapidamente se constatou manterem-se “fortes as limitações à intervenção efetiva do hospital público, nomeadamente as determinadas pelo enquadramento legal que potenciava comportamentos desresponsabilizantes e discricionários das administrações e dos prestadores de cuidados” (Simões, 2005).

O Decreto-Lei nº151/98, de 5 de junho, veio alterar o estatuto jurídico do Hospital de Santa Maria da Feira e “distinguiu, pela primeira vez, dentro dos órgãos de gestão, os membros executivos dos não executivos, sendo menos normativista do que a lei geral em matéria de atribuições e competências” (Reis, 2007). Ia avançando-se com a exigência de capacidades, mas, no entanto, as competências para o efeito não se encontravam discriminadas.

Em 17 de dezembro de 1999 inicia-se a revisão do regime jurídico do Sector Empresarial do Estado Decreto-Lei nº 588/99, de 17 de dezembro) no qual se prevê o contrato individual de trabalho e respetiva revisão do estatuto do gestor público, reconhecendo a necessidade dos administradores *“serem pessoas com experiência profissional relevantes e que ofereçam garantias de um desempenho idóneo”* (preâmbulo do

diploma).

Apesar da linha de continuidade verificada do estatuto hospitalar de 1968, a Resolução do Conselho de Ministros nº 41/2002 “veio concretizar a libertação progressiva dos hospitais do enquadramento burocrático-administrativo que enformava o seu estatuto jurídico, privilegiando uma maior independência e agilidade e adotando, definitivamente, natureza e gestão empresarial” (Reis, 2007).

A Lei de Bases da Saúde através do Decreto-lei nº27/2002, de 8 de novembro, prevê no estatuto dos profissionais de saúde do SNS, “o regime de contrato individual de trabalho e a criação de hospitais com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos fazendo uma referência breve aos órgãos do hospital como sendo órgãos de administração, de fiscalização, de apoio técnico e de consulta” (Simões, 2005).

Em 2005, o Decreto-Lei nº 93/2005, de 7 de junho determina a transformação das 31 sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos em “*entidades públicas empresariais*” (E.P.E.), na sequência da Lei nº 27/2002, de 8 de novembro, a qual foi concretizada através do Decreto-Lei nº233/2005, de 29 de dezembro, com a transformação do Hospital de Santa Maria e de do Hospital de S. João em E.P.E., vindos do “Setor Público Administrativo”. Este Decreto-lei procede à criação de Centros Hospitalares resultantes de um processo de integração horizontal, isto é, fusões de hospitais. Neste sentido, é aprovado um regime jurídico mais flexível nos seus estatutos com a criação de “*órgãos de direção adequados à sua especificidade, dimensão e complexidade*” (preâmbulo do diploma), apesar de a referência aos requisitos no que respeita à nomeação dos membros do Conselho de Administração ficar limitada, uma vez mais, ao critério abrangente de “*reconhecido mérito e perfil adequado*”.

Assim, a composição dos órgãos do hospital E.P.E. ficou definida e, assim, se manteve até 2017:

- **Conselho de Administração** Presidente, vogais (máximo de quatro), “*em função da dimensão e complexidade do Hospital, sendo um deles, obrigatoriamente, o Diretor Clínico e outro, o Enfermeiro Diretor*”, podendo ainda, “*integrar um vogal não-executivo, nomeado por despacho conjunto do Ministro da Saúde e do Município onde se situa a sede do Hospital*”.

- **Fiscal Único** – “*órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do Hospital*” (art. 15º), “*(...)constituído por revisores oficiais de contas ou sociedades de revisores oficiais de contas, nomeados pelo Ministro das Finanças, tendo um suplente, também revisor oficial de contas*”.

- **Conselho Consultivo** – órgão com competências de *“apreciação dos planos de atividade de natureza anual e plurianual, de todas as informações necessárias para acompanhamento da atividade do hospital”, assim como a emissão “recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis”* (art.19º), sendo constituído por:

- “a) Uma personalidade de reconhecido mérito nomeada pelo Ministro da Saúde;*
- b) Um representante do Município da sede do Hospital;*
- c) Um representante da respetiva Administração Regional de Saúde;*
- d) Um representante dos Utentes designado por uma estrutura de representação;*
- e) Um representante eleito pelos trabalhadores do hospital;*
- f) Um representante dos prestadores de trabalho voluntário, quando existam;*
- g) Dois elementos escolhidos pelo Conselho de Administração do Hospital, que sejam profissionais de saúde sem vínculo ao mesmo”.*

Desta forma, verifica-se o retomar da ideia do “Conselho Geral” constante no diploma de 1977, que apesar da sua abertura ao exterior e das suas *preocupações estratégicas*, revela uma diminuta capacidade de intervenção. O art.17º prevê a figura de Auditor interno à semelhança do diploma de 1988.

Ao longo das sete alterações ao Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro, não houve, até ao recente Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, qualquer modificação quanto à estrutura e composição do órgão de Administração dos hospitais. Foi apenas aprovado o Programa de Reestruturação da Administração Pública (PRACE), através da Resolução de Conselho de Ministros nº 125/2005, de 4 de agosto.

A sua execução foi determinada pelo Decreto-Lei nº 216/2006, de 27 de outubro, com o objetivo de *“introdução de um novo modelo organizacional que tem por base a racionalização de estruturas, o reforço e a homogeneização das funções estratégicas de suporte à governação”* (preâmbulo do diploma), dando-se corpo à lei orgânica do Ministério da Saúde, com reforço das atribuições de planeamento estratégico do Alto Comissariado. Dada a extinção de certos organismos foi criada neste diploma a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS).

Apesar da sua quinta alteração, através do Decreto-Lei nº 244/2012, de 9 de novembro, a criação de um serviço de auditoria interna para fomento de uma maior cultura de transparência e responsabilização da governação hospitalar, e, na sua sexta alteração, introduzida através do Decreto-Lei nº 12/2015, de 26 de janeiro. Este previa a integração no seu âmbito, das Unidades Locais de Saúde e da sua sétima alteração, através do Decreto-Lei nº 183/2015, de 31 de agosto, (que altera o Decreto-Lei nº 188/2003, de 20

de agosto, referente ao regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei nº 27/2002, de 8 de novembro), permitindo a prática clínica por parte dos Diretores-clínicos no mesmo estabelecimento de Saúde do Sistema Nacional de Saúde. Porém, as competências do Conselho de Administração mantiveram-se conforme o original.

O estatuto do gestor público publicado no Decreto-Lei nº 464/82, de 10 de fevereiro foi revogado pelo Decreto-Lei nº 71/2007, de 27 de março dando ação ao disposto no art.15º do Decreto-Lei nº 558/99, de 17 de dezembro. Este novo estatuto veio estabelecer “o processo de fixação de remunerações dos gestores públicos baseando-se na distinção entre gestores executivos e não-executivos. Veio prever avaliação de desempenho, bem como, a responsabilização do gestor público pelos resultados obtidos, à semelhança do gestor de organizações privadas.

O Estatuto do gestor público sofre alterações dando concretização à vontade política consagrada no Programa de Governo, através da Resolução de Conselho de Ministros nº2/2005, de 1 de agosto, de observância de princípios de bom governo pelas empresas públicas. Em 2016 através do Decreto-Lei nº 39/2016, de 28 de julho, é efetuada a *primeira* alteração, e considerando gestor público “*quem seja designado para órgão de gestão ou administração de empresas públicas abrangidas pelo Decreto-Lei 558/99, de 17 de dezembro, (...) à exceção daqueles designados para instituições de crédito integradas no setor empresarial do Estado e qualificadas como “entidades supervisionadas significativas”.*

Mas é em 2012 através do Decreto-Lei nº 8/2012, de 18 de janeiro, que se verificam as alterações significativas ao estatuto do gestor público e retificado dias depois através da Declaração de Retificação nº 2/2012, de 25 de janeiro e modificando as regras de recrutamento e seleção dos gestores públicos, bem como as matérias relativas aos contratos de gestão e à sua remuneração e benefícios procedendo, assim, à segunda alteração ao Decreto-Lei nº 71/2007, de 27 de março.

As alterações aos estatutos do gestor público estiveram, talvez entre outras razões, na base da publicação, em 2017, do Decreto-Lei nº18/2017, de 10 de fevereiro, que veio introduzir algumas orientações quanto à organização interna do hospital, ao permitir a criação dos Centros de Responsabilidade Integrada, apesar do seu carácter facultativo. As competências do conselho de administração permaneceram iguais, tendo a sua composição passada a integrar um elemento executivo, em representação do Ministério da Finanças.

4.2. O MODELO DE GOVERNAÇÃO ATUAL – DELINEAÇÃO DO PROBLEMA

O modelo de governação dos hospitais públicos portugueses E.P.E. é constituído, de acordo com os Estatutos Hospitalares publicados no Decreto-Lei nº18/2017, de 10 de fevereiro e à semelhança dos estatutos publicados no anterior Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro, por um conjunto de **três órgãos** – O Conselho de Administração, o Conselho Fiscal ou Fiscal Único e o Conselho Consultivo, competindo ao **Conselho de Administração** “(...) *garantir o cumprimento dos objetivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos*”.

Quanto ao **Conselho Fiscal/Fiscal Único** são atribuídas as competências de “*fiscalização e controlo da legalidade e da regularidade da gestão financeira e patrimonial*”. De salientar a atribuição, pela primeira vez, da competência de fiscalização a um órgão, apesar do seu âmbito de atuação limitado.

O **Conselho Consultivo**, apresenta-se como um órgão colegial de apreciação, supervisão e estratégia. De caráter consultivo e representativo de alguns *stakeholders* (*isto é, todos os interessados na organização*), apresenta-se, no entanto com uma capacidade muito limitada, pois é pouco claro quanto à atribuição das suas competências. Resulta da redação deste diploma que este órgão não dispõe de funções estratégicas, tanto pela reduzida representatividade política, isto é, de todos os *stakeholders*, bem como, pelo reduzido número de reuniões formais, constituindo-se um indicador do fraco papel, enquanto órgão de supervisão.

Ao longo desta nossa análise da legislação constata-se que o atual modelo de governação reserva ao Estado, através da figura tutelar dos Ministérios da Saúde e das Finanças, o papel de definição estratégica dos hospitais.

O Conselho de Administração, composto por “*individualidades de reconhecido mérito e perfil adequado*”, de nomeação política atua não tanto como uma equipa profissional de competências e funções estratégicas e de missão temporalmente definida, mas sim como um órgão de obediência às orientações estratégicas da tutela.

Se por um lado compete ao Estado, enquanto tutela, a definição da política de Saúde a nível nacional, por outro lado compete ao Conselho de Administração a conceção da sua estratégia, organização, elaboração e implementação de Planos Estratégicos, previa e superiormente aprovados pelo Estado, enquanto acionista, e sendo estes Planos, operacionalizados através de Contratos-Programa, colocam o Estado num triplo e simultâneo papel de Tutela, acionista/proprietário e comprador/financiador, trazendo

desta forma constrangimentos acentuados à clareza das atribuições estratégicas do Conselho de administração, resultando numa deficiente interpretação da missão estratégica do órgão de governação de topo.

Note-se que a intervenção da tutela na definição das políticas de saúde nacionais e regionais resulta da articulação do Ministério da Saúde (MS); Direção-Geral da Saúde (DGS) e das Administrações Regionais de Saúde (ARS); Na aprovação dos Planos Estratégicos dos Hospitais E.P.E., resulta do processo articulado da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), das ARS e do Ministério das Finanças (MF); no que respeita aos contratos-programa resultam de um processo de discussão, análise e contratação entre os Hospitais E.P.E. e as ARS.²

Por sua vez, o Conselho Consultivo ao revelar dificuldades no desempenho da sua função representativa imprime fragilidades do ponto de vista funcional ao Conselho Consultivo. Este facto, aliado ao limitado âmbito de atuação do Fiscal Único, coloca dificuldade ao modelo de governação E.P.E. em se comportar como um modelo de dois (executivo e supervisão) ou três níveis (executivo, fiscalização e supervisão) – *Two-tiers* ou *Three-tiers*, respetivamente. Ao observar o percurso histórico do órgão de governação, compreende-se ser o Conselho de Administração o órgão único de governação, ou seja, comporta-se como um órgão unitário, que requer a reunião das competências de gestão, de decisão, de gestão e controlo de decisão, isto é, um papel estratégico.

Ora vejamos, cabe ao Conselho de Administração (art.7º):

- a) Propor os planos de ação anuais e plurianuais e respetivos orçamentos, bem como os demais instrumentos de gestão previsional legalmente previstos e assegurar a respetiva execução;*
- b) Celebrar contratos-programa externos e internos;*
- c) Definir as linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do hospital E.P.E nas áreas clínicas e não clínicas, propondo a criação de novos serviços, sua extinção ou modificação;*
- d) Definir as políticas referentes a recursos humanos, incluindo as remunerações dos trabalhadores e dos titulares dos cargos de direção e chefia;*
- e) Autorizar a realização de trabalho extraordinário e de prevenção dos trabalhadores do hospital E. P. E., independentemente do seu estatuto, bem como autorizar o respetivo pagamento;*
- f) Designar o pessoal para cargos de direção e chefia;*
- g) Aprovar o regulamento disciplinar do pessoal e as condições de prestação e disciplina do*

² O papel mais complexo e conflitual é o da ARS, instância que assegura, simultaneamente, três papéis ou funções que deveriam estar isoladas – estabelece políticas que obrigam os hospitais, aprova os seus planos estratégicos e negocia e acompanha a execução dos seus contratos-programa.

trabalho;

h) Apresentar os documentos de prestação de contas, nos termos definidos na lei;

i) Aprovar e submeter a homologação do Ministro da Saúde o regulamento interno e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares aplicáveis;

j) Decidir sobre a realização de ensaios clínicos e terapêuticos, ouvida a comissão de ética, sem prejuízo do cumprimento das disposições aplicáveis;

l) Acompanhar e avaliar sistematicamente a atividade desenvolvida pelo hospital E. P. E., designadamente responsabilizando os diferentes sectores pela utilização dos meios postos à sua disposição e pelos resultados atingidos, nomeadamente em termos da qualidade dos serviços prestados;

m) Tomar conhecimento e determinar as medidas adequadas, se for caso disso, sobre as queixas e reclamações apresentadas pelos utentes;

n) Decidir sobre a admissão e gestão do pessoal;

o) Autorizar a aplicação de todas as modalidades de regimes de trabalho legalmente admissíveis;

p) Exercer a competência em matéria disciplinar prevista na lei, independentemente da relação jurídica de emprego;

q) Acompanhar a execução do orçamento, aplicando as medidas destinadas a corrigir os desvios em relação às previsões realizadas;

r) Assegurar a regularidade da cobrança das dívidas e autorizar a realização e o pagamento da despesa do hospital E. P. E.;

s) Tomar as providências necessárias à conservação do património afeto ao desenvolvimento da sua atividade e autorizar as despesas inerentes, previstas no plano de investimentos.

Sendo de competência particular do Presidente do Conselho de Administração (art.º 8º):

a) Coordenar a atividade do conselho de administração e dirigir as respetivas reuniões;

b) Garantir a correta execução das deliberações do conselho de administração;

c) Submeter a aprovação ou a autorização dos membros do Governo competentes todos os atos que delas careçam;

d) Representar o hospital E. P. E. em juízo e fora dele e em convenção arbitral, podendo designar mandatários para o efeito constituídos;

e) Exercer as competências que lhe sejam delegadas.

Como se pode verificar, as competências do Conselho de Administração são, sobretudo, de carácter executivo, desde o controlo interno à gestão de recursos humanos. Contudo, as alíneas c) e d) referem-se a atividades de natureza estratégica, uma vez relacionarem-se com a definição de linhas de orientação e de políticas de recursos humanos e de funcionamento que envolvem toda a organização hospitalar, quer seja nas áreas clínicas ou não clínicas (alínea b). No entanto, parece-nos estar esta natureza estratégica muito condicionada, traduzindo-se em atividades de gestão administrativa e operacional e não tanto estratégica.

Admitindo a existência de atribuições estratégicas ao Conselho de Administração, estas

sofrem de falta de isenção e independência no exercício estratégico, uma vez que o Presidente do Conselho de Administração assume, simultaneamente, um papel de “*primus inter pares*” (relativo ao bom funcionamento do órgão) e de um *CEO* quando desempenha o papel de responsável e garante da boa execução das deliberações do órgão a que preside, isto é, o Presidente do Conselho como *CEO* é solidariamente responsável com todos os restantes membros do Conselho. Estamos perante uma versão, em contraciclo, do PDG francófono. No entanto, esta situação revela-se perniciosa fundamentalmente pela não exigência de competências técnicas e profissionais específicas.

A pouca clareza e definição das competências requeridas para o Conselho de Administração, seja ao nível do órgão, seja ao nível dos indivíduos que o compõem. Este facto permite assim, uma grande abertura para uma variedade de combinações quanto à delegação de competências do órgão, apesar da boa vontade na distribuição destas competências pelos elementos melhor capacitados para o efeito. Apesar de o Estatuto do Gestor Público referir a necessidade de competências estratégicas, a sua articulação com o presente diploma continua a manter difusas as competências técnicas e profissionais dos elementos de topo.

Mantém-se a inclusão obrigatória de dois vogais executivos que acumulam competências de direção técnica clínica e executiva no Conselho. Este facto que, na anterior legislação parecia estar resolvida ao atribuir funções não executivas a estes dois elementos, evitando conflitos de interesse entre os elementos do Conselho enquanto tal e as Direções organizacionais que lideram.

Este movimento no sentido de um órgão exclusivamente executivo, não só contraria as tendências internacionais, como não está em conformidade com uma organização interna do órgão para esse efeito, isto é, a figura do *CEO*, sem *staff* e acumulada na figura de Presidente do Conselho.

A grande novidade introduzida pelo Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro é a promoção da independência do órgão, ao incluir um vogal executivo, representante do Ministério das Finanças sem, no entanto, virem definidas as suas competências, o que nos coloca algumas reservas quanto ao seu papel e independência, uma vez que, como elemento executivo deste órgão, responderá solidariamente com os restantes elementos do Conselho de Administração.

Apesar da clara definição de competências e características a deter pelo Diretor Clínico e pelo Enfermeiro Diretor, no que diz respeito aos restantes elementos do Conselho, não existe definição e clareza sobre o *background* e competências próprias.

É de reter, a inexistência de vogais não-executivos, ou seja, que não se envolvam na gestão direta do hospital, cuja isenção residia precisamente nesse distanciamento para o exercício de controle e monitorização estratégico da organização.

Estes factos remetem-nos, incontornavelmente, para o estatuto do gestor público, revisto a 27 de março no Decreto-Lei nº 71/2007, de 27 de março e alterado significativamente em 2012 através do Decreto-Lei nº 8/2012, de 18 de janeiro, e Declaração de Retificação nº 2/2012, de 25 de janeiro. No artigo 5º são referidos os deveres dos gestores. Nos artigos 6º e 7º, o referido diploma prevê os deveres do gestor e a avaliação de desempenho, bem como os requisitos e designação dos gestores, nos seus artigos 12º e 13º e a natureza das funções dos gestores com funções executivas e não executivas, nos seus artigos 20º e 21º, bem como a responsabilidade de cessação de funções, nos artigos 23º a 27º, entre demais modificações, que neste âmbito de estudo, não se manifestam relevantes.

No entanto, gostaríamos de chamar à atenção para alguns aspetos. No artigo 5º as alíneas b) c) e d), fazem deste órgão um órgão com deveres e obrigatoriedade de competências estratégicas, nomeadamente o da ratificação e monitorização das decisões, sendo bastante claras a alínea c) e a alínea d) quando são elencados deveres relativamente ao acompanhamento e controlo da evolução das atividades e dos negócios da organização em todas as suas componentes, à avaliação e gestão do risco da atividade e a assegurar as orientações definidas e a realização da estratégia da organização.

Não se compreende, então, a razão pela qual o art.º 6º, 7º e 8º dos Estatutos dos Hospitais constantes (Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro) referente à composição e competências do Conselho de Administração não tenham sido ajustadas. No entanto, e voltando ao Estatuto do Gestor Público, no artigo 12º referente aos requisitos, a especificação das competências para o efeito no disposto no artigo 5º são muito latas, mas indicam inequivocamente a necessidade de competências de liderança estratégica e de gestão. O artigo tem a seguinte redação:

1 - Os gestores públicos são escolhidos de entre pessoas com comprovadas idoneidade, mérito profissional, competências e experiência de gestão, bem como sentido de interesse público e habilidades, no mínimo, com o grau académico de licenciatura.

2 - É competência do membro do Governo responsável pelo respetivo setor de atividade a definição do perfil, experiência profissional e competências de gestão adequadas às funções do cargo, dos quais deve informar a Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública.

3 - É competência da Comissão de Recrutamento e Seleção para a Administração Pública, a definição, por regulamento, dos critérios aplicáveis na avaliação de candidatos a cargos de gestor público,

designadamente, as competências de liderança, colaboração, motivação, orientação estratégica, orientação para resultados, orientação para o cidadão e serviço de interesse público, gestão da mudança e inovação, sensibilidade social, experiência profissional, formação académica e formação profissional.

No ponto 2 do artigo 6º, ser a avaliação de desempenho dos gestores da incumbência dos membros do governo responsáveis pela área das Finanças e pelo respetivo setor de atividade, não explicitando como, e a adicionar a disposto nos dois pontos do artigo 7º referente à avaliação no âmbito da empresa, remeter esta competência para órgão, que admite podere não existir, o que nos parece incompreensível.

A questão da avaliação de desempenho, parece-nos fulcral, pois justifica-se para “cumprir a lei, viabilizar os contratos de gestão, incentivar a introdução de melhorias nos diversos níveis, e (...) promover a melhoria dos resultados (...) que apesar de ser prevista não tem sido efetivada (Alves, 2011). A atual composição do Conselho de Administração não permite uma efetiva avaliação, dada a inexistência de qualquer elemento não-executivo, cujas funções sejam a monitorização, a avaliação e o controlo do desempenho executivo e estratégico. Quem avaliará agora o desempenho do Conselho de Administração? Sem definição das funções e respetivas responsabilidades, a avaliação do Conselho permanecerá uma tarefa impossível.

Os artigos 20º e 21º do Estatuto do Gestor Público vão de encontro ao pensamento da teoria de *Stewardship* e estabelecem a distinção entre elementos executivos e elementos não-executivos, prevendo a monitorização e avaliação dos elementos executivos pelos elementos não-executivos, não sendo muito claro quanto às suas diferentes competências para o exercício das funções. Prevê também a avaliação do próprio órgão (Conselho de Administração), pelos elementos não-executivos “*por forma a assegurarem a prossecução dos objetivos estratégicos da empresa, a eficiência das suas atividades e a conciliação dos interesses dos acionistas com o interesse geral*”, não se percebendo como, na prática, estes elementos terão poder para o referido neste ponto 3 do artigo 21º. Acontece que o Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro não refere a existência de qualquer elemento não-executivo para o efeito, e, adicionalmente, prevê que as atividades clínicas dos elementos executivos sejam acumuláveis com a função executiva, indo contra os princípios de independência defendidos pela literatura.

Pelo facto de os hospitais em termos teóricos não funcionarem na lógica de “mercado”, (por não competirem entre si, nem com os hospitais privados) a par com a contratualização e a forma de definição de preços, conduz à falta de reconhecimento do ambiente externo por parte dos Conselhos de Administração.

Terá este facto algum tipo de impacto no rol de competências estratégicas e na vida interna do hospital ou na sua estrutura interna?

Apesar das últimas peças legislativas e as últimas alterações ao estatuto do gestor público sublinharem o carácter estratégico dos Conselhos de Administração, apelarem às competências estratégicas, pensamento, liderança e gestão profissional, responsável, e de cláusulas responsabilizantes, estas não se encontram na *praxis* das organizações de Saúde, nomeadamente nos seus órgãos de gestão de topo, isto é, nos Conselhos de Administração. Tanto mais porque não se encontram vertidas naquele que é o diploma guia das organizações de Saúde - o Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro, agora republicado no Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro - não incluindo qualquer alteração no que diz respeito às competências e sem alterações substanciais quanto à sua composição.

Parece-nos, portanto, que a não referência a elementos não-executivos retira características estratégicas ao órgão, assim como mantém a gestão estratégica como uma competência facultativa, trazendo ambiguidade e tornando cada vez mais pertinente, a questão: será e deverá ser o Conselho de Administração um órgão estratégico ou meramente executivo?

Assim, propusemo-nos estudar e compreender as competências dos Conselhos de Administração, enquanto, órgão de governação de topo, fazendo a pergunta principal de Investigação: É o Conselho de Administração um órgão estratégico e capacitado para o desenvolvimento e exercício estratégico? Esta questão leva-nos a uma algumas sub-questões: Quais são as atividades do Conselho de Administração? Tem o Conselho de Administração competências estratégicas? É responsável pela formulação e desenvolvimento da sua estratégia? Como se processa a tomada de decisão estratégica? Serão as competências estratégicas reconhecidas como competências chave por parte dos seus elementos? É o Conselho de Administração um órgão estratégico ou um órgão executivo? O que deverá ser? Como é reconhecido pelo modelo de governação estratégico nacional?

No final desta investigação, pretendemos compreender o fenómeno relativo à Estratégia e Capacidade Estratégica do Conselho de Administração dos hospitais públicos portugueses, compreendendo o problema e perspetivando soluções.

4.3. SUMÁRIO

Ao longo deste capítulo, quisemos compreender a forma como o órgão de governação de topo dos hospitais evoluiu ao longo do tempo, qual o seu percurso, avanços e retrocessos até aos dias de hoje. Esta caminhada permitiu-nos uma melhor perceção das suas fragilidades, forças, causas e efeitos, que nos conduziram a uma reflexão crítica mais sensível e informada. Neste sentido, confirmarmos ser a Estratégia dos hospitais e a sua capacidade estratégica um aspeto problemático na história dos hospitais enquanto organizações de Saúde.

Se neste capítulo nos dedicámos a levantar e delinear o problema, no próximo capítulo, iremos desenhar a investigação e seu processo metodológico, tendo em conta as características e natureza do problema em estudo.

Parte III - Metodologia de Investigação

Capítulo 5 – Metodologia

Este capítulo pretende descrever a opção e o processo metodológico utilizado no âmbito da investigação empírica.

Ao longo deste capítulo são justificados e definidos os procedimentos adotados no método de pesquisa e a estratégia de investigação seguida.

.

5.1. DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

De acordo com Creswell (2009) o desenho de uma investigação resulta da intersecção de três grandes componentes – Os pressupostos filosóficos, a seleção de estratégias e os métodos a utilizar.

Segundo este autor, existem três grandes abordagens: a abordagem qualitativa, a abordagem quantitativa e a abordagem mista, que diferem consoante a assunção filosófica que o investigador traz para o estudo, a estratégia escolhida - em consonância com abordagem filosófica - e consoante os métodos ou procedimentos, que traduzem a abordagem na prática.

No Quadro 30 ilustram-se as abordagens na construção teórica do desenho da investigação.

Quadro 30 – Construção Teórica de *Design* Metodológico

	Abordagem Qualitativa	Abordagem Quantitativa	Abordagem de Métodos Mistos
Assunções Filosóficas	- <i>Construtivismo (Understanding; multiple participant meaning; Theory generation)</i>	- <i>Post-positivismo (empirical observation and measurement; theory verification)</i>	- <i>PRAGMÁTICA (Real-world oriented; Problem-centered; Pluralistic; Consequences of actions)</i>
Estratégias	- <i>Grounded Theory</i>	- <i>Survey</i>	- <i>concurrent</i> - <i>transformative</i>
Métodos	- <i>Open-ended questions emerging approaches</i>	- <i>Closed-ended questions predetermined approaches</i>	- <i>Both-open ended questions</i> - <i>Both emerging and predetermined approaches</i> - <i>Both quantitative and qualitative data and analysis</i>
Posicionamento do Investigador	- <i>Collects participant meanings</i> - <i>Derives abstract theory, action or interaction based on view of participants</i> - <i>Studies the context or setting of participants</i> - <i>Makes interpretation of the data</i> - <i>Validates the accuracy of findings</i>	- <i>Verifies theories and explanations</i> - <i>Employs statistical procedures</i> - <i>Identifies variables to study</i> - <i>relates variables in question or hypotheses</i> - <i>Uses standards of validity and reliability</i> - <i>Uses unbiased approaches</i> - <i>Employ statistical procedures</i>	- <i>Collects both quantitative and qualitative data</i> - <i>Uses qualitative data to identify variables</i> - <i>Develops a rationale for mixing</i> - <i>Integrates the data at different stages of inquiry</i> - <i>Employs the practices of both qualitative and quantitative research</i>

Fonte: adaptado de Creswell (2009)

5.1.1. JUSTIFICAÇÃO DA METODOLOGIA ESCOLHIDA

Para construção do *design* metodológico, importa, antes de tudo mais, compreender os objetivos do estudo. O que se procura neste estudo? Procura-se magnitude ou natureza do fenómeno? Uma média ou uma estrutura dinâmica? Extensão nomotética ou compreensão ideográfica? Criação de “leis” ou compreensão do fenómeno? (Miguel, 1999).

A - DESCRIÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo versa a análise do fenómeno Estratégia e capacidade estratégica do Conselho de Administração dos Hospitais Públicos Portugueses (Conselho de Administração), pretendendo responder a algumas questões basilares para a compreensão do fenómeno estratégico da governação de topo dos hospitais públicos: O que se sabe sobre a forma de governação de topo dos hospitais? Qual o seu papel para tradução das políticas de saúde? Será um órgão estratégico? Estará o Conselho de Administração, como órgão máximo de governação, habilitado para o fazer?

Para responder à pergunta de investigação – É o Conselho de Administração um órgão estratégico e capacitado para o desenvolvimento e exercício estratégico? - Pretende-se desenvolver uma metodologia que permita:

- i) Conhecer o *Status Quo*;
- ii) Caracterizar e analisar os processos de tomada de decisão ao nível estratégico nos hospitais,
- iii) Inferir a capacidade estratégica do Conselho de Administração e
- iv) Ensaiar o desenvolvimento de uma teoria explicativa.

B – PRESSUPOSTO FILOSÓFICO

Para que seja possível a recolha de informação para a resposta às questões de investigação, julgamos que todas as estratégias e técnicas que possam ser utilizadas constituem grandes valias para a investigação. Neste sentido, esta investigação revê-se na filosofia do Pragmatismo (derivada de vários autores como Peirce, James, Mead e Dewey (Cherryholmes, 1992)), assumindo várias filosofias, e utilizando, por isso, uma abordagem pluralista para produção de conhecimento do problema. Foca-se no problema de investigação utilizando as abordagens e métodos disponíveis mais adequados à sua compreensão.

É, desta forma, considerada uma abordagem Mista que assegura liberdade de utilização das abordagens qualitativa e quantitativa quando estas emergem do problema, bem como de métodos, técnicas e procedimentos que melhor se adequam às necessidades e objetivos da investigação.

O Pragmatismo abre, assim, a porta à multiplicidade de métodos, diferentes filosofias, diferentes assunções, bem como diferentes formas de recolha e análise dos dados, permitindo a compreensão das problemáticas de maior complexidade (Cherryholmes, 1992; Creswell, 2009).

Estudar e compreender o fenómeno “Estratégia e capacidade estratégica dos Conselhos de Administração dos hospitais públicos portugueses”, significa procurar compreender a natureza do fenómeno e descobrir a sua estrutura e sistema de relações num universo, que embora pequeno, importa compreender em profundidade no seu contexto. Não pretendendo o estabelecimento de leis nem a sua generalização, prossegue-se, no entanto, a sua transferibilidade para contextos semelhantes, pelo que se considera tratar-se de uma metodologia de base qualitativa, com características que justificam as opções metodológicas a seguir apresentadas.

C – SELEÇÃO DA ESTRATÉGIA

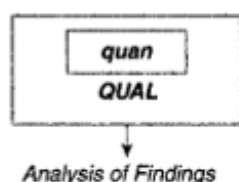
Dadas a complexidade do problema a estudar e a filosofia eclética necessária para a compreensão plena do problema e sua efetiva solução, a estratégia de *design* mista (métodos mistos) emerge de forma muito clara face às necessidades desta investigação. Assim sendo, revela-se necessária uma abordagem de base qualitativa com recurso à abordagem e métodos quantitativos.

A Estratégia de *design* de métodos mistos que nos parece mais adequada é a **estratégia de Concurrent Embedded Design** (Estratégia Concomitante de Incorporação), caracterizada pela existência de um método predominante, quantitativo ou qualitativo (no nosso caso, qualitativo) e um método secundário (quantitativo) que será embebido no método principal. Esta integração revela-se de grande utilidade se considerarmos a necessidade de introdução de questões diferentes ou quando se procura informação a um nível diferente do método predominante.

Assim, propõe-se uma metodologia, abordagem e método qualitativo predominantes, onde a abordagem quantitativa, como método secundário - através do método do questionário, do seu tratamento estatístico e análise de variáveis - será embutida no método qualitativo predominante - entrevista em profundidade - resultando, tanto na integração da informação numa única base de dados, como na comparação dos resultados lado a lado “como se de dois quadros diferentes se tratassem” (Creswell, 2008), possibilitando uma visão mais rica e mais abrangente do problema.

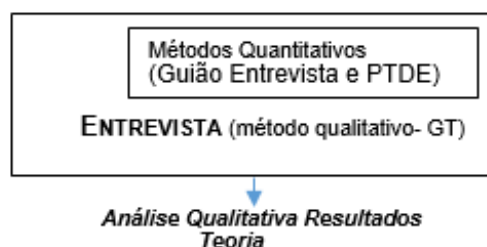
Abaixo, na Figura 12 e na Figura 13, encontra-se ilustrada a estratégia **Concurrent Embedded Design**, à luz da teoria, onde a técnica quantitativa é incorporada alimentando a base de dados qualitativos recolhidos na mesma fase – a entrevista em profundidade, de questões abertas e abrangentes.

Figura 12 – Modelo Geral



Fonte: Creswell (2009)

Figura 13 - Modelo deste estudo



Fonte: adaptado de Creswell (2009)

Os princípios de análise e interpretação dos dados verificam-se nesta abordagem quase que duplamente.

Os dados qualitativos, quantificados através do método quantitativo do questionário de questões fechadas, vêm trazer *validade* aos dados e aos resultados do estudo, a ser somada à validade da informação recolhida e tratada segundo a técnica de análise da entrevista em profundidade, codificando os dados e inter-relacionando-os de forma sistemática. A fiabilidade, por seu lado, é garantida através da articulação de vários fatores: técnicas aplicadas pelo investigador ao longo da entrevista para diminuir os *vieses*; informação recolhida nas entrevistas exploratórias; análise da literatura existente; análise de documentos e comparação constante dos dados. O princípio da *generalização* é assegurado pelo processo de teorização através da estratégia qualitativa com o método da “*Grounded Theory*”, sendo que a “*generalização não é um fim em si neste tipo de abordagem*” (Greene e Caracelli, 1997) predominantemente qualitativa.

O **Rationale** da integração dos métodos é de partes iguais, ou seja, igual peso para os métodos quantitativos e qualitativos.

5.1.2. DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS

Seguindo a filosofia de Pragmatismo, de pendor qualitativo, foi desenhada a estratégia de métodos mistos, que consiste na condução de uma entrevista aos Presidentes dos Conselhos de Administração dos Hospitais e Centros Hospitalares públicos como método principal.

No decorrer da entrevista foram aplicados dois instrumentos – um para aferição do tipo de atividades estratégica e de tomada de decisão (PTDE) e outro para aferição da existência de estratégia e respetiva capacidade para a sua execução, (guião de entrevista sob forma de questionário), num ambiente franco e de debate aberto.

Este processo metodológico passou por diversas fases, tendo sempre em linha de conta a abordagem predominante e o método principal de construção da Teoria Fundamentada - “*Grounded Theory*”, através da técnica qualitativa para obtenção de informação, sob forma de dados – a Entrevista, que assenta na interação entre o investigador e os dados.

Por ser a estratégia e a capacidade estratégica dos hospitais públicos, uma área pouco estudada em Portugal, com pouca literatura e pouco conhecimento empírico, a *Grounded Theory*, demonstrou ser um método adequado, por se basear em informação

vinda do terreno, de reconhecida utilidade em situações de natureza organizacional que carecem de teorização e de desenvolvimento de conhecimento empírico, quanto ao seu processo, estrutura e contexto.

A) *Grounded Theory*

O método analítico principal deste estudo baseia-se na análise das entrevistas pela técnica de *Grounded Theory*. Este método consiste num conjunto de procedimentos rigorosos que conduzem à emergência de categorias conceituais que, quando relacionadas entre si, fornecem uma explicação teórica para o problema.

Trata-se de um método indutivo e dedutivo. Indutivo porque é baseado nos dados numa construção “*bottom-up*”: “*All is Data*” (Glaser, 1967) e dedutivo sempre que estabelece comparações entre os dados nos diferentes níveis de abstração (Strauss e Corbin, 1998) e sempre que se recorre da literatura e de outras fontes de informação para a construção teórica.

Este método consiste numa série de estádios, que vão desde o estádio inicial de microanálise - desmembrando o texto em pequenas unidades de análise - e busca de atributos e padrões de relacionamento através da continuada e sucessiva comparação das unidades de análise identificadas - permitindo a sua organização em conceitos e categorias - até ao corpo teórico da Teoria Fundamentada.

Dada a natureza interpretativa deste método é fundamental a constante reflexão e o recurso à intuição, sensibilizando-nos para os dados. Este produto reflexivo é denominado por “*Memos*” teóricos, sob forma de impressões e notas laterais que o investigador foi fazendo ao longo quer da recolha quer do tratamento dos dados. Os “*Memos*” são de enorme utilidade e riqueza para a perceção das relações, de erros e da eventual subjetividade nos dados - a chamada “*Theoretical Sensivity*” (Glaser, 1967). Esta ideia alimenta a noção de “*Theoretical Sampling*” (Glaser e Strauss, 1967) que consiste na coordenação entre a análise e a recolha dos dados, à medida que a investigação evolui (Rich, 2012).

Sendo a constante comparação a “peça-chave” deste método, a ideia primordial é a partição do texto que resultou da transcrição integral da entrevista em pequenas unidades de texto (linhas, parágrafos) a serem interpretados, dando origem a unidades de análise, por forma a conseguir-se interpretar significados entre as unidades que, por constante comparação, possam ir sendo aglutinadas de acordo com padrões e atributos, dando origem a grupos, isto é, categorias cada vez mais abstratas até se chegar à

categoria “Core”.

Este processo desenvolve-se por várias etapas, sendo a partição em pequenas unidades de análise que serão codificadas de acordo com os seus atributos-chave (vulgo adjetivação) o primeiro estadió da micro-análise: a codificação aberta. O estadió seguinte é a aglutinação dos códigos que mostrem padrões de relacionamento em conceitos e sub-categorias, nos casos mais complexos, ou diretamente em categorias, nos casos de padrões de relacionamento mais diretos.

O estadió seguinte é o da codificação axial. Axial, por se partir para a busca de eixos de significação e de relacionamento entre as sub-categorias, dando origem a categorias. A busca de relações e correlações entre as categorias (fruto da codificação axial), dará origem à convergência numa categoria *Core*, essencial e explicativa do fenómeno, a que se dá o nome de codificação seletiva.

Nestes diferentes estádios analíticos de codificação os dados são sistematicamente comparados.

Este processo de codificação não é, contudo, um processo linear, mas sim um processo iterativo. Muitas vezes, depois da codificação aberta estar concluída, a busca de padrões de relacionamento exige que se volte à base, ou seja, às unidades de significação, para compreensão da extensão dos seus atributos e de qual a sua implicação em mais do que um conceito e, conseqüentemente, em mais do que uma categoria.

Muitas vezes, a agregação das unidades em categorias mais abrangentes e abstratas torna-se num processo de grande complexidade que exige a constante construção e desconstrução, para alcance de eixos de significação consistentes e fidedignos. É, pois, um processo interativo de atividade, concomitantemente, indutiva e dedutiva (Quadro 31).

Quadro 31 – Etapas do Processo

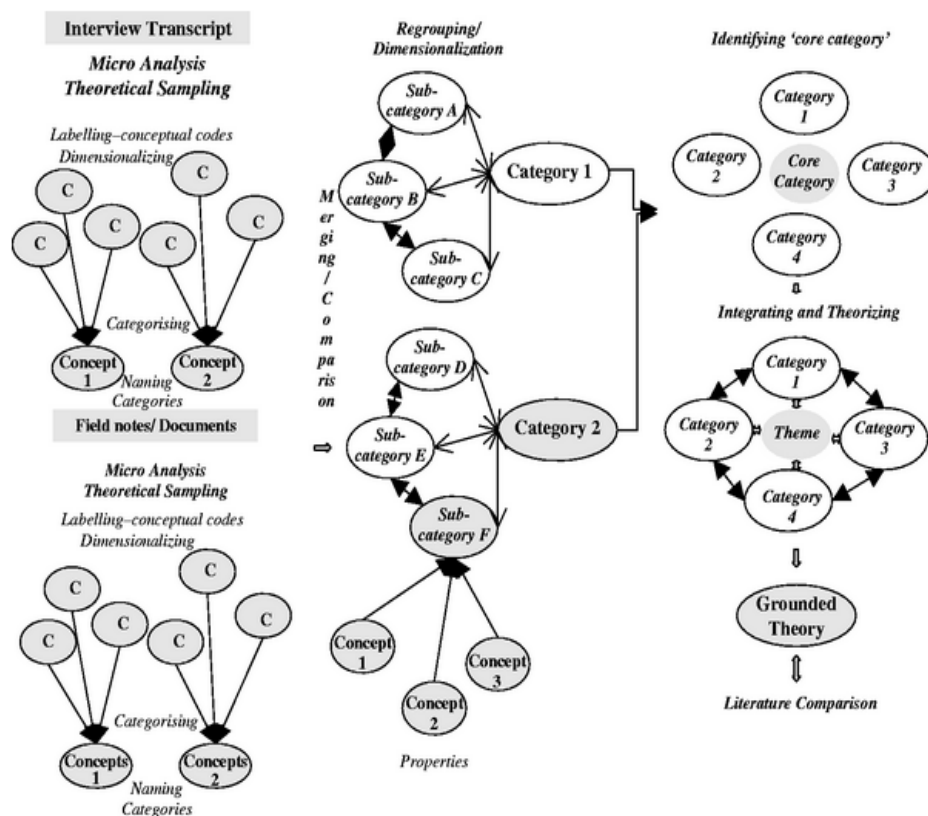
ESTÁDIO	OBJETIVOS
Códigos	Identificação de âncoras que permitam a identificação das peça-chave dos dados
Conceitos	Conjunto de códigos de conteúdo idêntico agrupados
Categorias	Grupos alargados de conceitos idênticos a serem usados para gerar teoria
Teoria	Conjunto de relações que explicam o fenómeno em estudo.

Fonte: adaptado de Glaser e Strauss (1967)

Por Teoria, deverá compreender-se o conjunto de categorias convenientemente desenvolvidas (isto é, temas, conceitos) que são inter-relacionadas de forma sistemática através de declarações de relacionamento e que formam a grelha teórica que explica a existência de determinado fenómeno relevante. (Strauss e Corbin, 1998).

Abaixo, a Figura 14 ilustra o processo de codificação do método. No caso deste estudo, a grelha teórica explicativa do fenómeno resulta do método misto *Concurrent Embedded* com integração dos resultados obtidos pelos métodos secundários.

Figura 14 – Processo de Análise dos Dados segundo Método *Grounded Theory*



Fonte: adaptado de Strauss e Corbin (1998)

Vantagens e Desvantagens

As vantagens deste método relacionam-se com o seu propósito. É um método de construção "*bottom-up*" que não pretende confirmar ou infirmar nenhuma teoria *a priori*, mas antes tenta compreender o problema e sua solução pelos olhos dos participantes.

É um método rigoroso e analítico, indutivo e dedutivo, do qual os dados são os pilares e que recorre à literatura para construção de uma explicação teórica para o problema.

Existem algumas desvantagens neste método. Trata-se de um processo muito demorado e consumidor de tempo. A etapa de codificação requer uma análise de conteúdo pormenorizada e muito dependente da capacidade de interpretação e análise do investigador, pois é um método que assenta na interação entre o investigador e os dados. A etapa de “*memoing*”, crucial para a correta análise e interpretação, torna o processo muito complexo. Por outro lado, se a entrevista não tiver sido bem conduzida, este processo poderá não conduzir a lado nenhum. É um método subjetivo e condicionado pela capacidade do entrevistador em conseguir dados não enviesados. É a arte de fazer perguntas, saber ouvir e atentar a todas as formas de expressão. É o saber “ler” o entrevistado, muitas vezes um verdadeiro jogo do gato e do rato, sempre em busca da substância.

Na linha da Estratégia de *design* de métodos mistos, foram utilizados métodos quantitativos que verterão para o método qualitativo principal: a construção de Teoria Fundamentada.

B – Instrumentos de Recolha de Dados

i) A Entrevista

a. Peritos

Antes de proceder-se à pesquisa de campo, foi sentida a necessidade de compreender quais as questões que deveriam ser abordadas, quais os problemas expectáveis, questões críticas e relevantes que não poderiam deixar ser analisadas e adquirir uma noção do *estado da Arte*.

Escolha dos peritos

Foram feitas entrevistas em profundidade a quatro peritos e testados os instrumentos com um dois destes quatro elementos. Pretendia-se ter uma visão global, quer a nível do terreno – exercício da presidência de Conselhos de Administração de Hospitais -, quer ao nível da Academia – terem produzido estudos e publicações científicas na área, quer ao nível das políticas de Saúde – tendo participado nas decisões ao nível político macro.

Destas entrevistas surgiram os temas e a informação para o Guião de Entrevista e elaboração das questões e opções de resposta múltipla para o Questionário. Surgiram destas entrevistas a necessidade de fechamento das questões e a formulação de questões que pudessem suscitar dificuldades de compreensão do espírito da pergunta.

b. Participantes

As entrevistas levaram cerca de seis meses a serem realizadas por dificuldades de agenda por parte dos entrevistados. As entrevistas foram efetuadas tendo em conta a uniformidade das condições: nas instalações do Conselho de Administração do Hospital ou gabinete do Presidente de Administração, ou na eventualidade, no gabinete da vogal responsável pela Tomada de Decisão Estratégica designado pelo Presidente.

c. Guião de Entrevista

As entrevistas seguiram o desenho de entrevista semiestruturada sobre estratégia do hospital, capacidade estratégica do órgão de governação de topo e governação na Saúde, seguida de uma parte estruturada sobre processos de tomada de decisão estratégica. Seguiram um guião flexível, permitindo, quando pertinente, a alteração da ordem das questões, mas elaborado para que, no final de cada questão, fosse possível fechar as respostas, evitando as eventuais evasões às questões e permitindo o tratamento quantitativo.

O guião de entrevista baseou-se nos temas e questões do questionário, permitindo uma primeira fase que os entrevistados falassem abertamente sobre Estratégia, seguida dos temas *Conselho de Administração e suas competências; Governação e modelo de governação e desenvolvimento estratégico* e no final, foi utilizado já sob forma de questionário, onde as questões debatidas foram transformadas em perguntas de resposta fechada, com o objetivo de aumentar a definição das opiniões dos entrevistados.

A entrevista foi analisada qualitativamente em termos de conteúdo através do método da *Grounded Theory*.

Ainda no final da entrevista foi pedida a reconstituição de alguns processos de tomada de decisão, à luz do modelo de Mintzberg (1979) publicado no artigo “*The Structure of Unstructured Decision Processes*”, através do preenchimento pelo entrevistador de uma grelha previamente elaborada.

ii) Questionário

O questionário foi elaborado com **30 questões** organizadas por temas, designadamente: *Conselho de Administração e suas competências; Governação e modelo de governação e desenvolvimento estratégico* (vide anexo II).

Este estudo é composto por 21 entrevistas, uma por cada hospital. Sendo o **N<30**, optou-se por uma estatística descritiva, com agregação e cruzamento de variáveis.

O tratamento destes dados permitiu caracterizar a mostra através das variáveis: zona geográfica, tipo de modelo organizacional, tipo de gestão e tipo de natureza de responsabilidades.

As 30 questões foram tratadas pelo *software* estatístico SPSS, analisadas através de frequências simples e de tabulações cruzadas nalgumas questões em que se revelava necessário e construídos quadros síntese das tabulações cruzadas. Por cada questão é feita uma análise interpretativa.

iii) Grelha PTDE – Modelo Adaptado de Mintzberg

Para caracterização do Processo de Tomada de Decisão Estratégica (PTDE) foi utilizada uma grelha (vide anexo III), para recolha de e tratamento posterior dos dados, segundo uma adaptação do modelo usado por Mintzberg (1979) e publicado no artigo “*The Structure of Unstructured Decision Processes*”. Neste artigo é apresentado um modelo geral de Processo de Tomada de Decisão (PTD) (Figura 15).

Este modelo considera que todo o Processo de Tomada de Decisão é constituído por 3 fases: A fase de Identificação, com os passos de Reconhecimento e diagnóstico da situação; a fase Desenvolvimento, com os passos de Pesquisa (que pode ainda incluir um outro passo de *Screen*, que aqui não foi utilizado), e *Design*, e a fase de Seleção, com os passos de Avaliação e Seleção de Alternativas e Autorização.

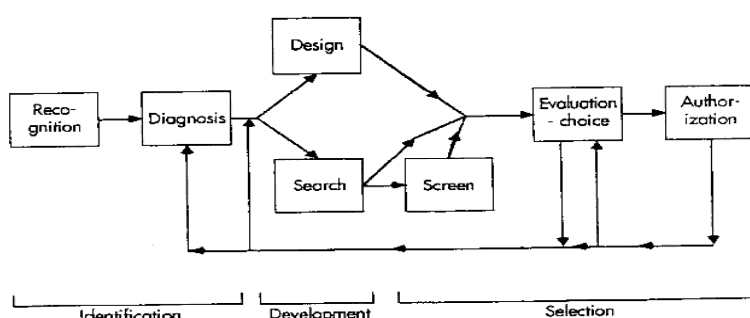
É um modelo iterativo, isto é, é um processo não linear, com possibilidade de voltar atrás sempre que necessário e retomar mais à frente o processo, com novas informações ou ajustes, denominado por ciclos.

Por este não ter sido um estudo prospetivo, mas baseado na reconstituição do processo com recurso à memória, o passo de *Screen* não foi identificado por nenhum dos entrevistados de forma clara, nem foi possível identificar todas as interrupções e recomeços. Por tal, foi decidido não incluir o passo de *Screen*, nem tomar nota dos ciclos, até porque não era a tipificação de modelos que se pretendia neste trabalho, mas

sim a caracterização generalista dos Processos de Tomada de Decisão, razão pela qual fizemos uso do modelo geral apresentado por Mintzberg (1979).

O modelo prevê a caracterização de Processos de Tomada de Decisão segundo o tipo de estímulo, isto é, motivo desencadeador da decisão; o tipo de solução encontrada, isto é, se disponível ou se desenhada à medida e o tipo de rotina, incluindo atividades desenvolvidas ao longo do processo, nomeadamente na fase de desenvolvimento.

Figura 15 – Processo de Tomada de Decisão de Mintzberg



Fonte: adaptado de Mintzberg (1979)

O modelo utilizado foi uma adaptação do modelo original, pelo que acrescentamos a área estratégica, com quatro categorias, que nos pareceram ser as áreas-chave deste tipo de organizações: Planeamento Organizacional, Produtos e Serviços, Equipamento e Instalações e Sistema de Informação.

Incluímos a variável Implementação, por considerarmos ser de capital importância para aferir a capacidade estratégica da governação de topo, razão deste nosso estudo.

Nesse sentido, foi feita a classificação das decisões em Tipo de Estimulo, isto é, motivo desencadeador da decisão; tipo de Solução, tipo de Rotina, e por Áreas Estratégicas. Para tal, foi pedida a reconstituição do processo de cada decisão, dando origem a uma grelha de verificação dos passos previstos.

Os passos, de acordo com o modelo, são seis: reconhecimento da situação; diagnóstico da situação; pesquisa de solução; desenho da solução; seleção e avaliação das alternativas e, por fim, autorização. O Quadro 32 é uma exemplificação da grelha utilizada.

Quadro 32 – Grelha de verificação do Processo de Tomada de Decisão

H	Decisão	Tipo	Área	Estimulo	Solução	Rotina	Passos					
							Reco	Diag	Search	Design	Seleção	Aut
Y	Modelo Custeio	Est	PO	Prob	Custom	PI	1	1	1	1	1	0

Depois de tratados os dados, os resultados dos métodos utilizados serão apresentados, procedendo-se à discussão e análise dos resultados cruzados entre si e à luz da literatura, construindo um corpo teórico explicativo do fenómeno.

É feita uma interpretação global dos resultados analisados e discutidos, concluindo sobre a problemática, suas causas e eventuais soluções, construindo Teoria.

A análise qualitativa deste estudo foi elaborada com recurso a ferramentas de análise qualitativa e quantitativa através do **software** estatístico **SPSS** e folha de cálculo **Microsoft Excel**.

5.1.3. A Amostra

Foram convidados a participar no estudo 44 Presidentes dos Conselhos de Administração dos Centros Hospitalares e dos Hospitais não agrupados (vide anexo I).

Das 44 instituições responderam afirmativamente 23 e, destes 23, 21 concretizaram a entrevista e 2 não o fizeram por falta de agenda. A taxa de resposta efetiva foi **48%**.

Dos 21 hospitais entrevistados, apenas 20 participaram no estudo do PTDE, por falta de tempo de um dos entrevistados para conclusão, tendo ficado de agendar uma segunda reunião para preenchimento da grelha relativa ao PTDE, o que não chegou a acontecer.

Caracterização dos Entrevistados

Os entrevistados são maioritariamente do sexo masculino (18 dos 21), sendo a sua faixa etária entre os 40-60 anos. Estavam em exercício há mais de um ano à exceção de um hospital. Houve dois casos que mereceram a nossa atenção: um caso em que entre o convite e a resposta aconteceu a mudança de individuo no cargo da presidência e outro que não tinha ainda completado um ano de exercício.

No primeiro caso, optámos por entrevistar o elemento que tinha acabado de cessar funções, por questões de coerência com os objetivos deste estudo, e no segundo caso, decidimos entrevistar o elemento em funções (há mais de seis meses), dada a dimensão

e importância desta organização no Universo e na amostra, resultaria em menor viés ou impacto que entrevistar o anterior presidente, ou eliminar esta organização da amostra.

Caracterização das Organizações entrevistadas

Foram feitas 21 entrevistas a 21 organizações (**N=21**). Estas organizações foram caracterizadas por natureza de responsabilidades, de acordo com a legislação em vigor, a **Portaria nº82/2014, de 10 de abril**, que classifica hierarquicamente os hospitais em IV grupos, segundo a natureza das suas responsabilidades e o quadro de valências exercidas. Contudo, a dimensão populacional das áreas de influência direta é apenas explicitada para o grupo I, sendo estabelecida por regulamento interno para os restantes.

O **grupo I** refere-se a hospitais com: *i. Área de influência direta para as valências existentes entre 75.000 e 500.000 habitantes, sem área de influência indireta; ii. Valências médicas e cirúrgicas de medicina interna, neurologia, pediatria médica, psiquiatria, cirurgia geral, ginecologia, ortopedia, anestesiologia, radiologia, patologia clínica, imunohemoterapia e medicina física e de reabilitação; iii. Outras valências, nomeadamente, oftalmologia, otorrinolaringologia, pneumologia, cardiologia gastroenterologia, hematologia clínica, oncologia médica, radioterapia, infecciologia, nefrologia, reumatologia e medicina nuclear são incluídas no Grupo I, de acordo com um mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referência e distribuição de especialidades médicas e cirúrgicas iv. Não exerce as valências de genética médica, farmacologia clínica, imuno-alergologia, cardiologia pediátrica, cirurgia vascular, neurocirurgia, cirurgia plástica, reconstrutiva e estética, cirurgia cardiorádica, cirurgia maxilofacial, cirurgia pediátrica, e neurorradiologia;*

Ao **grupo II** corresponde: *i. Área de influência direta e indireta para as suas valências; ii. Valências médicas e cirúrgicas do Grupo I, acrescido das valências de oftalmologia, pneumologia, cardiologia, reumatologia, gastroenterologia, nefrologia, hematologia clínica, infecciologia, oncologia médica, neonatologia, imuno-alergologia, ginecologia/obstetrícia, dermato-venerologia, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia vascular, neurocirurgia, anatomia patológica, medicina nuclear e neurorradiologia; iii. Restantes valências são definidas de acordo com um mínimo de população servida e em função de mapas nacionais de referência e distribuição de especialidades médicas e cirúrgicas; iv. Não exerce as valências de farmacologia clínica, genética médica, cardiologia pediátrica, cirurgia cardiorádica e cirurgia pediátrica;*

O **grupo III** “obedece às seguintes características: *i. Área de influência direta e indireta para as suas valências; ii. Abrange todas as especialidades médicas e cirúrgicas, sendo que as áreas de maior diferenciação e subespecialização estão sujeitas a autorização do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da Administração Central do Sistema de Saúde, IP;*”

Ao **grupo IV** correspondem “os hospitais especializados, nas áreas de: i. Oncologia, Grupo IV- a; ii. Medicina Física e Reabilitação, Grupo IV -b; iii. Psiquiatria e Saúde Mental, Grupo IV -c. 2 — A lista de instituições por grupo de classificação”

Os hospitais especializados foram incluídos na amostra por se considerar que pudessem fazer diferença no estudo da problemática, precisamente pela sua condição. Foram incluídos os hospitais de Oncologia e de Psiquiatria e Saúde Mental, porque na sua diferença de condição, apresentam uma estrutura organizativa semelhante, criando alguma homogeneidade de critérios, que consideramos não se verificar nos hospitais do tipo IV.b.

De acordo com o anexo da Portaria nº 82/2014, de 10 abril existem ao todo:

27 Organizações do grupo **I**;

7 Organizações do grupo **II**;

5 Organizações do grupo **III**,

3 Organizações do grupo **IV-a**, e **2** organizações do grupo **IV-c**.

(não se incluíram 3 organizações do grupo IV-b).

O Quadro 33 faz a caracterização da nossa amostra segundo os critérios plasmados no diploma referido.

Quadro 33 - Caraterização da amostra por Tipo de Natureza de Responsabilidade

		Definição	Total de U	Total de N
Tipo por Natureza de Responsabilidades	I	Área influência direta e valências próprias do tipo	27	11
	II	Área influencia direta e indireta de tipo I e valências próprias	7	2
	III	Área influência direta e indireta de tipo I e do tipo II e valências próprias	5	4
	Iv-a	Hospitais especializados em Oncologia	3	3
	Iv-c	Hospitais especializados em Psiquiatria e Saúde Mental	2	1
	Total		44	21

Dos 44 hospitais existentes (U=44), a amostra de 21 (N=21), corresponde a 48% do Universo.

No entanto, estes 48% cobrem 40,7% do grupo I, a 28,6% do grupo II e a 80% do grupo III, valor com especial relevância, por ser o grupo III, o grupo com total abrangência médico-cirúrgica e consequentemente com a maior área de influência. O grupo IV-a e

IV-c têm uma representação de 100 e 50% na amostra.

Estes dados remetem-nos para uma representação efetiva da amostra bastante superior a 48%.

De acordo com a classificação utilizada na Portaria nº 82/2014, a amostra inclui organizações das regiões Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Algarve. As regiões Centro e Lisboa e Vale do Tejo, são as regiões com maior representação em unidades, correspondendo a 60% e 53% da totalidade das organizações hospitalares da região Centro e Lisboa e Vale do Tejo respetivamente. A região do Algarve está representada na sua totalidade. A região do Alentejo com as suas quatro organizações, encontra-se sem representação na amostra, por dificuldades quanto à sua colaboração neste estudo.

As 5 organizações da região Norte, correspondem todas à Área Metropolitana do Porto e pertencentes ao Grande Porto. As 8 organizações da região de Lisboa e Vale do Tejo, correspondem todas à Área Metropolitana de Lisboa, sendo 7 pertencentes à Grande Lisboa e 1 à Península de Setúbal (Quadro 34).

Quadro 34 – Caracterização da amostra por Região Geográfica

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Cumulativa
Região Geográfica	Norte	5	23,8	23,8
	Centro	6	28,6	52,4
	LVT	8	38,1	90,5
	Algarve	2	9,5	9,5
	Total	21	100,0	100,0

Em termos de modelo organizacional, a amostra inclui os três modelos existentes – de integração horizontal, denominados por Centros hospitalares; a integração vertical, denominada por Unidade Local de Saúde e o hospital singular, sem qualquer tipo de integração, denominada na literatura anglo-saxónica, por “*Stand Alone*”

Para efeitos de uma análise mais rigorosa, optou-se pela desagregação da categoria Centro Hospitalar (CH), para melhor compreensão do efeito complexidade e dimensão nos resultados.

A amostra é constituída por 8 Centros Hospitalares, sendo metade de Grandes Centros Urbanos; 3 Unidades Locais de Saúde e 6 Hospitais Singulares ou *Stand Alone*, representando os Centros hospitalares 38,1% da amostra, seguindo-se os Hospitais

Singulares ou *Stand Alone* com 28,6%, os hospitais da especialidade com 19% e as Unidades locais de Saúde com uma representação de 14.3% na amostra (Quadro 35).

Quadro 35 – Caracterização da amostra por Tipo de Modelo Organizacional

		Percentagem		
		Frequência	Percentagem	válida
Tipo de Modelo	Centro Hospitalar Urbano	4	19,0	19,0
Organizacional	Centro Hospitalar Não Urbano	4	19,0	19,0
	ULS	3	14,3	14,3
	Hospital <i>Stand Alone</i>	6	28,6	28,6
	Especialidade	4	19,0	19,0
	Total	21	100,0	100,0

Cruzando o tipo de modelo organizacional com a natureza de responsabilidades (Quadro 36), é interessante verificar que é no modelo organizacional de integração horizontal nos grandes centros urbanos que a tipologia III se concentra, sendo os restantes de tipologia I, bem como os hospitais *Stand-Alone*. A integração vertical, incorpora apenas tipologia I, de acordo com o previsto na legislação.

Na categoria tipo I não tem CH Urbanos e inclui 4 CH de Não-Urbano, 4 hospitais *Stand-Alone* e as 3 ULS. Na categoria tipo II, encontra-se 1 CH urbano e 1 hospital *Stand-Alone*. Na categoria tipo III três quartos são CH Urbanos (3) e 1 hospital *Stand-Alone*. As categorias IV-a e IV-c incluem os hospitais de especialidade.

Quadro 36 – Tipo de Modelo Organizacional vs. Tipo por Natureza de Responsabilidades

		Tipo por Natureza de Responsabilidades				
		I	II	III	IV-a	IV-c
Tipo de modelo organizacional	Centro Hospitalar Urbano	0	1	3	0	0
	Centro Hospitalar não Urbano	4	0	0	0	0
	Unidade Local de Saúde	3	0	0	0	0
	Hospital <i>Stand-Alone</i>	4	1	1	0	0
	Especialidade	0	0	0	3	1
Total		11	2	4	3	1

A amostra foi também analisada quanto ao tipo de gestão (Quadro 37). Todos os

elementos são do tipo de gestão prevista na legislação, como Entidades Públicas Empresariais (E.P.E), à exceção de duas organizações, que se encontram no modelo de gestão de Parceria Público-Privada (PPP). Estes hospitais encontram-se na categoria tipo I quanto á natureza de responsabilidades.

Quadro 37 – Caraterização da amostra por Tipo de Gestão

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Tipo de Gestão	EPE	19	90,5	90,5
	PPP	2	9,5	9,5
	Total	21	100,0	100,0

De seguida será desenvolvida a construção do processo metodológico.

5.1.4. O Processo Metodológico

A construção desta investigação segue o processo de construção da Teoria Fundamentada, utilizando, a partir da fase de tratamento dos dados, resultados de outros métodos que irão verter para o corpo teórico, após o desenho do enredo, os quais serão descritos mais adiante.

Esta metodologia (Pandit, 1996) é composta por cinco grandes fases: a fase do desenho e preparação da Investigação; a fase da recolha de dados; a fase da ordenação dos dados; a fase da análise dos dados e a fase da comparação com a literatura. Cada uma destas fases obedece a critérios e condições próprias, conforme será descrito (Quadro 38).

Assim, e de acordo com Pandit (1996), a **primeira fase** desta metodologia foi o **desenho e preparação** do estudo, que se baseou na entrevista a informadores privilegiados sobre o fenómeno a estudar, na tentativa de compreensão e identificação dos fatores críticos, definição da pergunta de investigação, preparação do guião de entrevista e preparação do investigador para eventuais dificuldades e condicionantes na entrevista.

Foi endereçada uma carta de pedido de participação formal no estudo, remetida pelo Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública aos Presidentes dos Conselhos de Administração dos Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde. O

processo formal de agendamento das entrevistas durou cerca de 12 meses. Foi feita uma pesquisa e revisão da literatura técnica, bem como dos relatórios de gestão dos hospitais que participaram no estudo, os quais constituem a nossa amostra teórica de partida.

A **segunda fase**, da **recolha de dados**, incluiu a preparação da entrevista e do protocolo, bem como dos métodos secundários quantitativos (como o guião de entrevista tratado já em forma de questionário para “fechamento” das questões e a grelha de recolha dos dados relativos ao PTDE).

A entrevista, por ser uma técnica de colheita de dados, requer alguns cuidados relativamente a fatores contextuais e relacionais, como a escolha do espaço físico onde deverá decorrer (desejavelmente no local onde o entrevistado exerce as suas funções), onde se sente representado, revelando informações úteis à compreensão da informação, bem como do posicionamento que o entrevistador terá de revelar para criar um clima de abertura e confiança.

O guião de entrevista obedece às regras previstas na literatura, como um momento inicial de aquecimento, com um diálogo “quebra-gelo” e questões de confirmação. O guião de entrevista já estava preparado para fechar as questões com vista ao tratamento quantitativo, bem como a grelha preparada para preenchimento e tomada de notas.

A **terceira fase** consiste na **ordenação dos dados**, por forma a facilitar a sua análise na fase seguinte. Nesta fase, os dados foram ordenados e agrupados para tratamento pelos diferentes métodos.

Os Questionários foram passados para formato digital e introduzidos no *software* estatístico SPSS. A grelha individual foi digitalizada e foi elaborado em folha de cálculo a sua agregação para tratamento quantitativo. Posteriormente foi introduzida no *software* estatístico SPSS.

A **quarta fase** consistiu na **análise dos dados**, com a *microanálise* e em seguida através das técnicas de *codificação*, aberta, axial e seletiva, desenvolvendo conceitos, categorias e respetivas conexões para construção das estruturas teóricas.

Esta quarta fase é a fase em que a amostragem teórica (*Theoretical Sampling*) começa a ser feita, através da seleção dos casos teoricamente úteis e diferente já da amostra de partida.

Este passo é muitíssimo importante, na medida em que nos permite focalizar nos casos de utilidade teórica, que vão acrescentando informação e, simultaneamente, ignorando aqueles que não trazem informação significativa para o estudo, até à saturação teórica,

ou seja, quando os incrementos marginais se forem tornando cada vez menores ou inexistentes.

A Estrutura teórica obtida através da sinergia entre métodos utilizados na estratégia escolhida de *Concurrent Embedded Design*, com a comparação constante com os resultados obtidos através do tratamento estatístico do questionário e da grelha Processo de Tomada de Decisão Estratégica, permite-nos chegar à **quinta e última fase**, do método geral de *Grounded Theory*: a fase de **comparação da teoria emergente com a literatura e construção de Teoria** que obedeça a características de transferibilidade para situações de contexto similar.

No Quadro 38 constam todas as intervenientes no processo envolve a construção de acordo com a lógica de *Grounded Theory*.

Quadro 38 – Processo de Construção da Teoria segundo a lógica de *Grounded Theory*

FASE	PASSOS	ATIVIDADES
1ª FASE DESENHO E PREPARAÇÃO	Entrevistas Exploratórias Revisão Literatura Seleção de Casos: Amostra	Compreensão e identificação dos Fatores Críticos de Sucesso; definição pergunta de investigação, preparação do guião de entrevista; antecipação de dificuldades e condicionantes; revisão da literatura técnica e dos relatórios de gestão; Constituição amostra.
2ª FASE RECOLHA DE DADOS	Preparação da entrevista e do protocolo e dos métodos secundários quantitativos: guião/Questionário e grelha PTDE; Entrada no campo	Dados Qualitativos e Quantitativos. Aplicação estratégia <i>Concurrent Embedded Design</i> . Métodos de recolha de dados flexíveis e oportunistas. Sobrepor recolha e análise de dados
3ª FASE ORDENAÇÃO DE DADOS	Ordenação dos dados recolhidos	Ordenação dos dados para facilitação da sua análise. Transcrição das entrevistas.
4ª FASE ANÁLISE DOS DADOS	Análise e relacionamento com o primeiro caso Amostra Teórica. Comparação e relacionamento das estruturas teóricas com os resultados nos outros dois métodos	Microanálise; Codificação aberta. Replicação dos passos a todas as entrevistas até à saturação Codificação axial e seletiva Escrita do enredo. Integração de resultados.
5ª FASE COMPARAÇÃO COM LITERATURA E TEORIZAÇÃO	Comparação e relacionamento da estrutura teórica enriquecida com a literatura	Verificação de conflitualidade e análise de semelhanças e diferenças da literatura. Verificação da validade para transferibilidade. Teoria

Fonte: adaptado de Pandit (1996)

i) Processamento e Análise dos Dados

Este estudo, de natureza qualitativa, segue a metodologia de Construção de Teoria Fundamentada. Para tal, recorreu à entrevista e sua análise. Cada Entrevista foi integralmente transcrita e organizada por forma a ser tratada por diferentes métodos, para compreensão do fenómeno em estudo, nas suas diferentes e complementares perspetivas, vertendo para um corpo teórico final, construído a partir da análise qualitativa integrada dos diferentes métodos. Os dados foram ordenados tendo em conta os diferentes métodos na 2ª fase deste processo de Construção de Teoria Fundamentada e analisados em 3ª fase.

As 21 entrevistas, correspondem a 63 horas de áudio e foram integralmente transcritas com uma média de 50 páginas por entrevista, equivalendo a 10 horas de trabalho de transcrição para cada.

A transcrição da entrevista foi essencial para a “*Theoretical Sensivity*” e a sua partição em unidades de texto, crucial para a criação da Amostra Teórica (*Theoretical Sampling*). A amostra teórica resultou de um processo de saturação face aos dados da amostra inicial.

A amostra Teórica (anexo IV) correspondeu a 421 unidades de texto, que originaram 421 códigos, cuja “*theoretical Sensivity*” nos levou à divisão em duas diferentes ordens de valor: a ordem dos Problemas e a ordem das Soluções.

Os 421 códigos foram aglutinados em 80 conceitos. Os conceitos foram divididos pelas duas ordens de valor. Por cada ordem, os conceitos foram agrupados em duas diferentes dimensões: a dimensão Organização e a dimensão Sistema de Saúde e foram sucessivamente aglutinados tendo em conta as diferentes dimensões. Assim, os conceitos foram aglutinados em 21-subcategorias de 2ª linha por cada ordem. Estas deram origem a 9 categorias de 1º linha, numa ordem, e 8 categorias de 1º linha, noutra ordem, que culminaram em quatro categorias finais par cada uma das ordens.

O Quadro 39 apresenta um exemplo de parte do processo de codificação e apresentados os resultados por Categorias, Subcategorias e Conceitos, quantificados pelo número de códigos atribuídos. É apresentado em anexo (anexo IV) a totalidade do processo.

Quadro 39 - Categorias, Subcategorias e Conceitos na apresentação dos resultados

CONCEITOS	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
Lógica administrativa (8) Metodologias (4) Gestão intermédia (8) Contabilidade analítica (6)	Competências Gestão (12) Gestão Intermédia (14)	Modelo Gestão Organizacional (26)

O questionário é composto por **30 questões**, tratado quantitativamente através do *software* estatístico *SPSS*.

Sendo o **N <30**, optou-se por uma estatística descritiva, através de frequências simples e cruzamento de variáveis em questões que se julgava pertinente e esclarecedor. A sua interpretação socorre-se de informação qualitativa obtida através da dinâmica de entrevista.

Aos vinte³ hospitais entrevistados foi-lhes pedido que enumerassem algumas decisões estratégicas que tenham tomado no decorrer da sua presidência e tentassem reconstituir o respetivo Processo de Tomada de Decisão.

Nesse sentido, foi elaborada uma grelha e efetuada a classificação das decisões em Tipo de Estimulo, *i.e.*, motivo desencadeador da decisão; tipo de Solução, tipo de Rotina, e por Área Estratégicas. Para tal, foi pedida a reconstituição do processo de cada decisão, dando origem a uma grelha, de verificação dos passos previstos. Os passos, de acordo com o modelo, são seis: reconhecimento da situação; diagnóstico da situação; pesquisa de solução; desenho da solução; seleção e avaliação das alternativas e por fim, passo de autorização.

Após análise das frequências simples das variáveis criadas e verificadas as tendências que os dados agregados nos mostravam, compreendeu-se que dada a não homogeneidade da nossa amostra, exigia-se uma análise mais cuidada.

Assim, optou-se por dividir a amostra por natureza de responsabilidades, reagrupando os dados de acordo com a tipologia definida pela Portaria nº 82/2014, de 10 de abril. Uma vez que a amostra é composta por quatro classes não homogénea em termos de número de elementos em cada classe, considerou-se que as frequências brutas pouco revelavam, tendo-se optado pela análise cruzada entre frequências relativas e

³ Um dos entrevistados não teve a disponibilidade de tempo necessária para aplicação deste instrumento reduzindo-se o número da amostra apenas neste método.

ponderadas.

Por frequência ponderada, considera-se o rácio entre o número de decisões de cada classe e o número de decisões reportadas em cada classe. E por frequência relativa, o rácio entre o número de decisões de cada classe e o total de decisões de cada classe (i.e. estratégicas e operacionais).

Efetuuou-se o cruzamento de diversas variáveis e elaborados quadros explicativos do fenómeno em estudo.

5.2. SUMÁRIO

Este capítulo foi dedicado à conceção e construção metodológica desta investigação. De natureza qualitativa, seguiu a metodologia base de Grounded Theory e utilização de métodos mistos.

O capítulo seguinte apresentará os resultados de cada um dos instrumentos utilizados, isto é, da entrevista semi-estruturada, do guião de entrevista transformado em questionário de resposta fechada, e da grelha recolhida sobre os processos de tomada de decisão estratégica, à luz da Metodologia desenvolvida por Mintzberg (Mintzberg, 1979).

Capítulo 6 – Resultados

Este capítulo apresenta os resultados obtidos na entrevista relativamente ao estudo desenvolvido, mas analisando-os à luz do método utilizado.

6.1. A ENTREVISTA – MÉTODO *GROUNDED THEORY*

6.1.1. Impressões Gerais

Conseguir as entrevistas foi uma tarefa muito difícil, mas não se comparando com as dificuldades que iria encontrar já em campo. Após duas entrevistas exploratórias percebi que não seria possível partir para as entrevistas apenas com um guião de entrevista, pois teria de tentar conseguir concretizar respostas pois os entrevistados, para além de desconfiados das minhas intenções, eram muito evasivos e pouco dados a compromentimentos nas suas respostas, sendo o fenómeno transversal aos dois géneros, com raríssimas exceções.

Encontrei entrevistados muito diferentes. Pessoas e realidades muito diferentes. Constatei uma diferença grande entre os hospitais de grande e os de pequena dimensão, que coincidem com a diferença entre hospitais dos grandes centros urbanos e hospitais não-urbanos. Diferenças relativas à noção de Estratégia, à diferenciação entre Estratégia Nacional e Estratégia Organizacional. No entanto, no que se refere à Estratégia, começou a emergir um denominador comum: as decisões estratégicas passavam sobretudo pela ação imposta pelo Memorando de Entendimento, face a aspetos tão básicos como informatização do hospital e dos processos clínicos, ou a sua organização estrutural por departamentos e modelo de gestão e contabilístico inerente. Indaguei por que não estaria tal já feito, uma vez que um ou outro hospital já tinha ultrapassado essa fase. Obtive como resposta, que nunca se fez porque nunca se tinha feito. Encontrei instituições e mentalidades burocráticas. Encontrei fora dos centros urbanos mais casos de lógica assumidamente administrativa, de pacífico convívio com a mentalidade e *praxis* correntes. Encontrei personalidades com grandes “egos” tanto nas áreas não-urbanas como nos centros urbanos, sendo proporcional à dimensão do Hospital. Senti que havia duas realidades distintas entre os hospitais de maior e menor complexidade, face ao “*modus pensandi*” das suas lideranças como ao “*modus operandi*” das suas organizações. O carácter tão subjetivo da gestão de topo

impressionou-me, sobretudo quando a percebia entregue a personalidades que exibiam a tranquilidade da certeza de não serem responsabilizados pelo seu desempenho. Outros surpreenderam-me pela retórica irrepreensível. Uns mais vagos do que outros, uns mais lúcidos que outros. Alguns manifestaram algum desassossego com o meu gravador. Alguns pediram que o desligasse por breves instantes, outros só me confidenciaram certas coisas depois da reunião dada por terminada e o gravador desligado. Houve quem me temesse (quem sabe ao que eu viria) e quem me tomasse por ingénua. Houve entrevistas em que precisei de fazer a mesma pergunta em diferentes momentos na tentativa de obter uma resposta sincera, outras houve em que o entrevistado se sentiu irritado, quando eu tentava não deixar escapar a sua incoerência ou interromper o discurso comercial da sua promoção. Alguns foram honestos e mostraram-se satisfeitos pelo estudo por nós conduzido e empenhados em ajudar, dando-me a conhecer as suas perspetivas, fruto de anos de liderança e de saber de experiência feito.

6.1.2. Enredo

Segundo os vinte e um entrevistados, as organizações hospitalares públicas são instituições estagnadas e acomodadas de funcionamento administrativo, burocráticas, resultando num ambiente de pessoas desmotivadas e deprimidas pois não sentem que as organizações absorvam as suas potenciais competências, pois não funcionam na lógica meritocrática, não havendo qualquer incentivo para se fazer mais ou melhor, tornando-se organizações desmotivadas e rígidas, onde o passado é repetido sem perspetivação de um futuro diferente, enraizando uma cultura e mentalidade cristalizada e obsoleta, criando condições para a manutenção de interesses paroquiais que convivem e se alimentam duma mentalidade de inércia típica de funcionalismo público, impossibilitando a implementação de decisões de mudança.

Consideram, assim, que as organizações sofrem de uma falha enorme quanto a competências de gestão, pela lógica administrativa que as caracteriza em detrimento da lógica de gestão, não havendo foco nos resultados, com as consequentes dificuldades de desempenho, por ausência de metodologias de gestão transversais, de qualidade e de rigor, o que seria eliminado se considerassem, na sua génese, diferentes níveis de decisão, remetendo a problemática para a ausência de gestão intermédia. Consideram que esta ausência de gestão intermédia é sobretudo incentivada pelos Conselhos de Administração centralizadores que querem conservar as direções intermédias fracas

para concentração de poderes no Conselho de Administração, distribuindo as competências dessas direções pelos seus pelouros, com a conivência do Ministério da Saúde, criando dificuldades ao exercício da gestão dos níveis intermédios, por ausência de instrumentos e ferramentas de gestão e controlo e impossibilitando o controlo de gestão e um modelo de custeio adequado.

Consideram que o modelo de governo está doente, com um órgão de governação de topo desajustado às suas funções, por decorrência de um Conselho de Administração meramente operacional, de gestão diária, sem preocupações estratégicas, sem metodologias para a tomada de decisão, sendo sobretudo bombeiros orçamentais e burocráticos, sem missão estratégica por falta de competências e do seu estabelecimento, por má preparação do Conselho de Administração, resultando em fracos desempenhos. Consideram que o Conselho de Administração não possui visão de mercado e não se preocupa em fazer um verdadeiro *business plan* para a sua organização por falta de rumo, devido a uma falta de reconhecimento da existência de um ambiente externo com o qual a organização se deveria preocupar.

Consideram que o órgão de governação de topo, isto é, o Conselho de Administração, é o reflexo dos seus elementos, que consideram serem lideranças mediocres, por serem pessoas incompetentes, de perfil burocrático, sem pensamento estratégico, sem iniciativa própria, com aversão ao risco, medrosas e comodistas, pois consideram existir liberdade para a tomada e implementação de decisões, caso houvesse vontade. Acrescentam, ainda, que estas lideranças estão contaminadas pelos interesses individuais, políticos ou de obediência partidária, refletindo-se nas suas decisões e na escolha dos seus pares, estando o Conselho de Administração refém de politiquices e de pessoas que buscam o poder de um lugar de comando, através de um jogo de sombras alimentado pelo número de elementos executivos por nomeação política.

Referem que as organizações, no estado atual, se encontram à mercê da falta de rumo estratégico do Sistema de Saúde e da desorientação estratégica nacional. Consideram a estratégia nacional intermitente e sem fio condutor, desconhecendo-se objetivos estratégicos, originando grandes discrepâncias entre hospitais e pondo em causa a estratégia das organizações hospitalares públicas. Sublinham a ausência de um órgão estratégico geral, com preocupações pelos resultados e identificação das melhores práticas e criticam o modelo de governo nacional, onde se verifica uma excessiva centralização de poder e visão centralizada puramente financeira na Tutela, sendo as ARS desadequadas, ineficazes, complicadoras e com atribuições excessivas e dificuldades de interpretação da sua missão. Por outro lado, apontam o problema da

rede hospitalar e uma rede de referência conceptualmente errada, o que acresce ao problema estratégico sentido pelos hospitais. Consideram que as estruturas são piramidais, conservadoras, onde falta competição e que se comportam como uma caixa-de-ressonância da desorientação estratégica nacional, originando problemas e vieses de comparabilidade, por falta de um padrão estabilizado com critérios unificadores, denunciando a falsa empresarialização dos hospitais e os problemas de subfinanciamento pela iniquidade que a falta de comparabilidade acarreta.

Adicionalmente referem que estes problemas do Modelo Estratégico Nacional estão relacionados com a mediocridade das lideranças nacionais, por dependerem da sua qualidade subjetiva na interpretação da missão, no desconhecimento técnico e do negócio, revelando uma incompetência e desconhecimento de desenho estratégico, não sabendo tomar decisões, limitando-se a funções de “*Rubber-Stamp*” e decidindo mal. Sublinham a descoordenação estratégica, a falta de transparência de critérios e ausência de visão concertada, denunciando a falta de visão e pensamento estratégico, sem reconhecimento pelo ambiente externo, análise de mercado e sem capacidade de planeamento estratégico, culminando na falta de rigor e de confiança no SNS.

Assim, consideram as lideranças nacionais incapazes para o controlo e monitorização estratégico por ausência de foco nos resultados, sem capacidade e competências de acompanhamento e controlo estratégico, sendo permissiva às piores práticas, “desde que não haja “ruído social”, mostrando a sua falta de exigência quanto aos desempenhos e não sendo responsável nas escolhas.

Por outro lado, consideram que a estratégia nacional está muito partidarizada e dependente dos ciclos políticos, da dança das cadeiras, das desorientações políticas, sendo os órgãos do atual modelo de governo resultado da política partidária e das lutas de poder. Assim sendo, consideram que há falta de decisão, coragem e impulso político para a ação, perdendo-se em estudos nada asséticos para manter a ilusão da ação, tornando-se permeáveis às pressões dos *lobbies*, à corrupção, à desonestidade e à perversão do aproveitamento político, levando à endogamia, à conflitualidade de papéis público-privado e à falência da missão do sistema de saúde e das organizações hospitalares públicas.

No entanto, consideram que é possível alterar o *status quo*, através de alterações no modelo estratégico das organizações, nomeadamente ao nível das lideranças intermédias e de um Conselho de Administração com qualidades de liderança, que seja inteligente, inovador e visionário, que saiba conduzir e pensar estrategicamente a

organização, conduzi-la para o consenso e integração estratégica, integrando as diferentes linhas de força existentes e reconhecendo o seu ambiente externo, com o qual pretenda estabelecer relações isomórficas. Para tal, consideram ser fundamental a reconfiguração organizacional que incorpore a noção de vantagem competitiva e de um *business-plan* com carteira de serviços, para a qual concorrerá uma gestão intermédia forte e capacitada, com metodologias de gestão transversais e modelo de custeio, integrada com a imprescindível governação clínica, bem como alterar o modelo de governo, que seja orientado e julgado pelos seus resultados e que permita um governo e uma governação coesa e integradora que “saia do conforto do poder perpetuado de comando e controlo que os desresponsabiliza”. E consideram que, para tal, o Conselho de Administração tem de estar habilitado com um ecletismo de competências, que poderão ser externas a si, funcionando como o órgão de pensamento e implementação de decisões estratégicas, intervindo na cultura e comportando-se como um contra-poder, através da sua capacidade de liderança.

É preciso, assim, definir um novo modelo estratégico organizacional, introduzindo um modelo de gestão e de governo descentralizado e pendor estratégico, assente nas gestão e lideranças intermédias, que aproxime a tomada de decisão da prestação, e um novo modelo de Liderança, delegativa, empreendedora e informada, cuja liderança de topo se comporte como uma *holding* perante as lideranças intermédias, promotora e facilitadora de aprendizagem organizacional.

Se o modelo estratégico dos hospitais for redesenhado neste sentido, sendo a sua configuração estrutural organizacional pensada para alcançar os objetivos acima expostos, a subjetividade e a atual dependência da qualidade e da ética da liderança de topo ficará diminuída e os danos minimizados. Um bom líder revela-se quando consegue imprimir uma dinâmica à organização, por forma a sentir-se prescindível.

O modelo estratégico nacional deverá ser redesenhado de acordo com os objetivos da saúde e a estratégia nacional deve basear-se numa carta de referenciação e rede hospitalar coesa, com tradução na orientação da estratégia, isto é, nas suas opções estratégicas organizacionais, as quais serão controladas e monitorizadas através de um portal de transparência com divulgação das melhores práticas e *benchmarking*, evidenciando o melhor desempenho de forma clara e inequívoca.

6.1.3. Resultados

Os dados foram estrategicamente organizados por Problemas e Soluções, de acordo com o conteúdo das entrevistas. Assim, primeiramente iremos apresentar os resultados dos Problemas de acordo com o referido pelos Entrevistados e seguidamente serão apresentados os resultados pelas Soluções anunciadas pelos entrevistados que o referiram.

Os entrevistados consideraram assim, que o problema da Estratégia e capacidade estratégica do Conselho de Administração se devia, *grosso modo* ao modelo estratégico e à qualidade das lideranças, sendo para estes a Qualidade das lideranças, para o âmago do problema. No entanto, relativamente às soluções, esta passa também pelo repensar do modelo estratégico e de Lideranças, sendo as soluções centradas na reformulação do modelo estratégico organizacional como forma de imprimir novos comportamentos e qualidade nas lideranças.

i) O Problema

As categorias surgidas foram quatro, duas dizendo respeito aos **Hospitais** e duas ao **Sistema de Saúde**. As duas referentes aos Sistema de Saúde apresentam mais códigos ou sejam resultam de mais unidades de significação, pelo facto dos entrevistados se terem dedicado a falar mais tempo sobre o sistema de saúde em detrimento do hospital. Tal facto deve-se, no nosso entender a uma certa confusão e baralhação por nós sentida em relação aos entrevistados no que concerne à noção de Estratégia, sendo que “grosso modo” os entrevistados remeteram a responsabilidade estratégica organizacional sempre para montante, ou seja, para a governação estratégica nacional.

As categorias surgidas foram as seguintes: a **Qualidade das Lideranças Nacionais**, o **Modelo Estratégico do Sistema de Saúde**, o **Modelo Estratégico Organizacional** e a **Qualidade das Lideranças Organizacionais**, por esta mesma ordem.

A categoria **Qualidade das Lideranças Nacionais**, com **91** códigos, é a categoria mais expressiva com considerável distância das restantes. Esta categoria surgiu através das subcategorias **Lideranças medíocres (58)**, e **Interesses e influências (33)**. A subcategoria **Lideranças Medíocres (58)** é constituída pelos conceitos: *Lideranças Subjetivas (3)*, *“Incapacidade Estratégica (38)”* de maior destaque, e pelo conceito *Incapacidade de Controlo e Monitorização Estratégica (17)*. A subcategoria **Interesses Políticos e Influências (33)**, constitui-se pelos conceitos *Política (20)*, de maior destaque, e *Interesses e Influências (13)*. Assim, a categoria **Qualidade das**

Lideranças Nacionais é sobretudo ditada pela subcategoria *Lideranças Mediócras* onde o conceito *Incapacidade Estratégica* se destaca.

O **Modelo Estratégico do Sistema de Saúde**, com 59 códigos, é a categoria que se segue (30% inferior à anterior), integrando as subcategorias **Modelo Estratégico da Rede (33)**, de maior destaque e **Modelo de Governação Estratégico (26)**. A subcategoria **Modelo Estratégico da Rede (33)** é constituída pelo conceito *Reformar a Rede Hospitalar (17)* e pelo conceito *Modelo de Financiamento (16)*. A subcategoria **Modelo de Governação Estratégico (26)** é constituído pelo conceito *Rumo Estratégico (14)*, de maior destaque, pelo conceito *ARS Desadequada (6)* e pelo conceito *Centralização na Tutela (6)*. Assim a categoria **Modelo Estratégico do Sistema de Saúde** é ditada sobretudo pela subcategoria *Modelo Estratégico da Rede* onde os conceitos *Reformar a Rede Hospitalar* e *Modelo de Financiamento* apresentam praticamente igual contributo.

A categoria **Modelo Estratégico Organizacional**, com 49 códigos, é a terceira categoria, sendo constituída pelas subcategorias **Modelo de Gestão (26)**, com maior destaque, **Modelo de Governo (23)** e **Modelo Organizacional (23)**. A subcategoria **Modelo de Gestão (26)** é constituída pelos códigos *Gestão Intermédia (14)*, de maior destaque e *Competências de Gestão (12)*. A subcategoria **Modelo de Governo (23)** é constituída pelo conceito *CA Incapaz (17)*, de maior destaque e pelo *Ambiente Externo (6)*. A subcategoria **Modelo Organizacional (23)** é constituída pelo código *Funcionamento Organizacional (12)* e pelo código *Cultura Organizacional (11)*. Assim, a categoria **Modelo Estratégico Organizacional** é sobretudo ditada pela subcategoria *Modelo de Gestão* e pelo conceito *Gestão Intermédia*, com maior contributo.

A Categoria **Qualidade das Lideranças Organizacionais**, com 41 códigos, é constituída pelas subcategorias **Lideranças Mediócras (22)** e **Interesses Paroquiais (19)**. A subcategoria *Lideranças Mediócras (22)* é constituída pelo conceito *Sem Vontade (10)*, com maior destaque, pelo código *Liderança Subjetiva (6)* e pelo código *Incompetência (6)*. A subcategoria **Interesses Paroquiais (19)** é constituída pelo código *Interesses Partidários (10)* e pelo código *Poder (9)*. Assim, a categoria **Qualidade das Lideranças Organizacionais** é ditada sobretudo pela subcategoria *Lideranças Mediócras* com o código *Sem Vontade* com maior contributo.

A categoria Core

Das quatro Categorias surgidas, apesar de se referirem a duas dimensões distintas – Organizações e Sistema de Saúde, duas categorias referem-se a modelos estratégicos e duas categorias a Lideranças.

Os entrevistados consideraram que as Lideranças são medíocres e sujeitas a interesses político-partidários e interesses paroquiais, sendo a liderança subjetiva, isto é, estando a qualidade do seu exercício condicionada pelas suas qualidades intrínsecas. E, neste sentido, moldam e condicionam o modelo estratégico das organizações e o modelo estratégico do Sistema de Saúde. Assim, as categorias relacionam-se entre si através de um denominador comum: a Liderança, denominada por esta metodologia por **Categoria Core**. No Quadro 40 sintetiza-se o resultado do método relativo ao Problema.

Quadro 40 – Síntese do método relativo ao Problema

Lideranças	Modelo Estratégico Organizacional (49)	Modelo Organizacional (23)	Funcionamento Organizacional (12) Cultura Org (11)
		Modelo Gestão (26)	Competências Gestão (12) Gestão Intermédia (14)
		Modelo Governo (23)	Ca Incapaz (17) Ambiente Externo (6)
	Qualidade das Lideranças Organizacionais (41)	Liderança Mediocre (22)	Liderança Subjetiva (6) Incompetência (6) Sem Vontade (10)
		Interesses Paroquiais (19)	Interesses Partidários (10) Poder (9)
	Modelo Estratégico SS (59)	Modelo Governação Estratégico (26)	Rumo Estratégico (14) Ars Desadequadas (6) Centralização na Tutela (6)
		Modelo Estratégico Rede (33)	Reformar Rede Hospitalar (17) Modelo Financiamento (16)
	Qualidade Lideranças Nacionais (91)	Lideranças Mediocres (58)	Lideranças Subjetivas (3) Incapacidade Estratégica (38) Incapacidade Controlo/ Monit. Est.(17)
		Interesses Políticos e Influências (33)	Política (20) Interesses e Influências (13)

ii) A Solução

Nem todos os entrevistados avançaram soluções, pelo que o número de unidade de significação é reduzido relativamente ao número de unidades de significação face aos Problemas.

As Soluções apresentadas surgiram em quatro categorias: **Modelo Estratégico Organizacional**, **Lideranças Organizacionais**, **Modelo Estratégico do Sistema de Saúde** e **Liderança Nacional**, por esta mesma ordem.

A categoria **Modelo Estratégico Organizacional**, com 55 códigos, é constituída pelas subcategorias **Modelo de Gestão (28)**, com maior destaque, **Modelo Organizacional (18)** e **Modelo de Governo (9)**. A subcategoria **Modelo de Gestão (28)**, é constituída pelo conceito *Gestão Estratégica (18)*, com maior destaque, pelo conceito *Gestão Estratégica (5)* e pelo conceito *Modelo de Gestão (5)*. A subcategoria **Modelo Organizacional (18)** é constituída pelo conceito *Modelo Estratégico Organizacional (13)*, com maior destaque e pelo conceito *Estrutura Organizacional (5)*. A subcategoria **Modelo de Governo (9)** é constituída pelo conceito *Modelo Governo CA (5)* e pelo conceito *Foco nos Resultados (4)*. Assim, a categoria *Modelo Estratégico Organizacional* é sobretudo moldada pela subcategoria *Modelo de Gestão* com o conceito *Gestão Intermédia* a apresentar o maior contributo.

A categoria **Lideranças Organizacionais**, com 42 códigos, é constituída pela subcategoria **Liderança CA (31)**, com maior destaque e pela subcategoria **Lideranças Intermédias (11)**. A Subcategoria **Liderança CA (31)** é constituída pelo conceito *Competências Estratégicas (13)*, com maior destaque, pelo conceito *Ambiente Externo (11)* e pelo conceito *Consensos Estratégicos (5)*. A subcategoria **Lideranças Intermédias (11)** é constituída pelo conceito *Integração Estratégica (6)* e pelo conceito *Lideranças Intermédias (5)*. Assim, a categoria **Lideranças Organizacionais** é sobretudo ditada pela subcategoria *Liderança do CA* com o código *Competências Estratégicas* com o maior contributo.

A categoria **Modelo Estratégico do Sistema de Saúde**, com 22 códigos, é constituída pelas subcategorias **Modelo Estratégico da Rede (12)** e **Modelo de Governação (10)**. A subcategoria **Modelo Estratégico da Rede (12)** é constituída pelo código *Reorganizar a Rede (4)*, pelo código *Direção Política (4)* e pelo código *Controlo Externo (3)*. A subcategoria **Modelo de Governação (10)** é constituída pelo código *Rever Modelo ARS (6)*, com maior destaque, pelo conceito *Estratégia de Holding (3)* e pelo conceito *Política Regionalização (1)*. Assim, a categoria **Modelo Estratégico do Sistema**

de Saúde é sobretudo ditada pela subcategoria *Modelo Estratégico da Rede* com o código *Reorganizar a Rede* e *Direção Política* empatados no respetivo contributo.

A categoria **Liderança Nacional**, com 8 códigos, é a categoria menos relevante, sendo constituída pela subcategoria **Qualidade na Liderança Nacional (8)**, constituída pelo código *Modelo de Liderança (4)*, pelo código *Qualidades de Liderança (3)* e pelo código *Higienizar a cadeia de Comando (1)*. Assim a categoria **Liderança Nacional** é ditada pela subcategoria *Modelo de Liderança* e pelo código *Modelo de Liderança (4)*.

A Categoria Core

À semelhança com o sucedido nos Problemas, as quatro categorias dividem-se em duas dimensões: **A organização** e o **Sistema de Saúde**. Duas categorias referem-se à Liderança e duas a modelos Estratégicos. Estas estão fortemente relacionadas entre si pela correlação entre as lideranças e o desenho dos modelos estratégicos, seu governo, gestão e competências. Todavia, os entrevistados consideram que as soluções se centram sobretudo no Modelo Estratégico Organizacional e nas Lideranças Organizacionais. Consideram, no entanto, que se o modelo estratégico organizacional for alterado em termos de forma e modelo de governo e de gestão e estrutura organizacional, no sentido de competências estratégicas e de gestão estratégica, os hospitais estarão capacitados para o exercício estratégico e as lideranças deixarão de ter tanto impacto, resultando minimizadas as consequências da sua subjetividade.

Se, nos Problemas, a categoria Core era a Liderança, nas Soluções os entrevistados consideraram que o Problema das Lideranças se resolve através do desenho de um novo Modelo Estratégico Organizacional, pelo que a **Categoria Core** das Soluções é o **Modelo Estratégico Organizacional**.

No Quadro 41 sintetiza-se o resultado do método relativo à Solução.

Quadro 41 - Síntese do método relativo à Solução

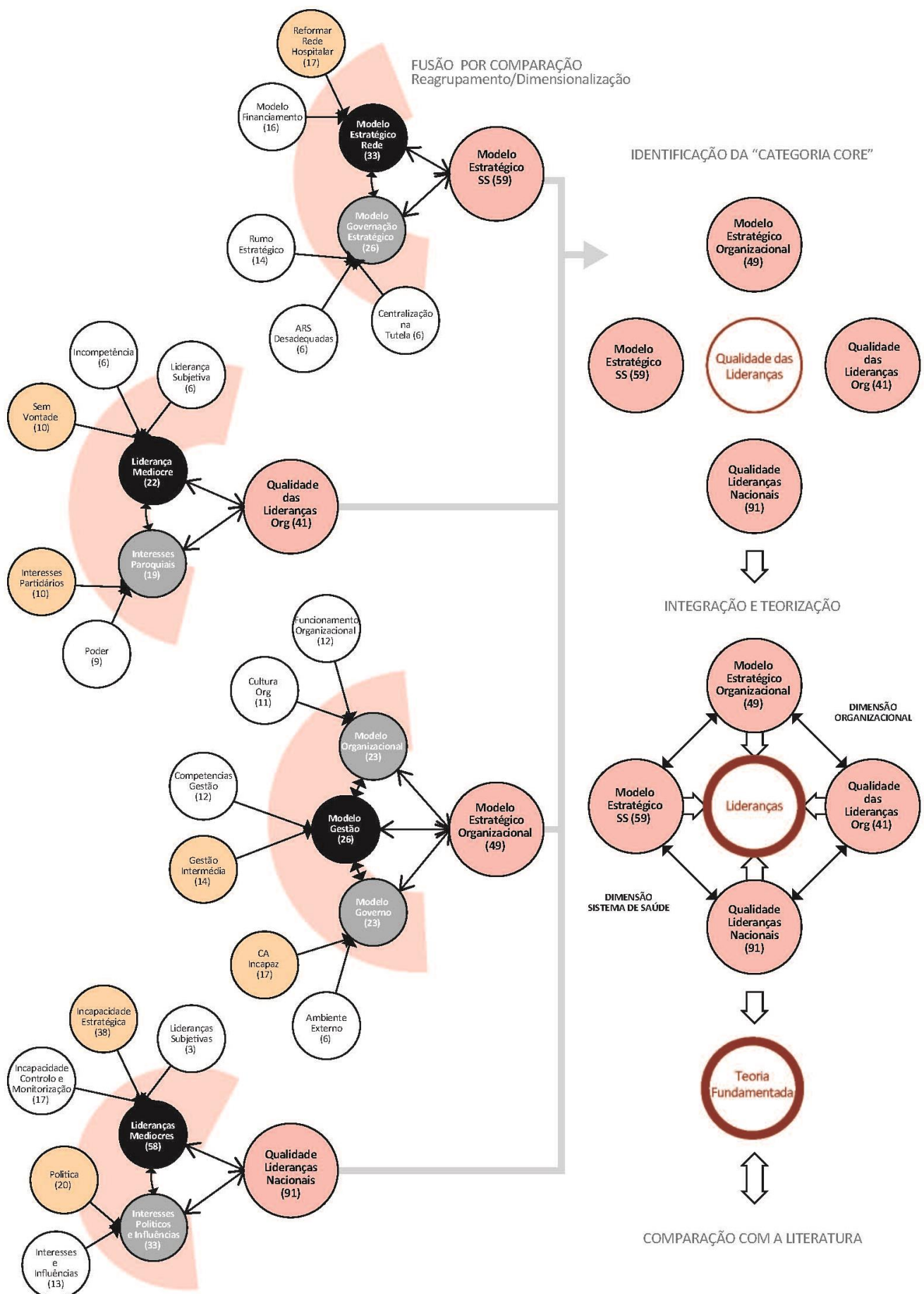
Modelo Estratégico Organizacional	Lideranças Organizacionais (42)	Liderança Intermédia (11)	Integração Estratégica (6) lideranças Intermédias (5)
		Liderança CA (31)	Consensos Estratégico (5) Competências Estratégicas (13) Ambiente Externo (11)
	Modelo Estratégico Organizacional (55)	Modelo Organizacional (18)	Modelo Estratégico (13) Estrutura Organizacional (5)
		Modelo Governo (9)	Modelo Governo CA (5) Foco Resultados (4)
		Modelo Gestão (28)	Modelo Gestão (5) Gestão Estratégica (5) Gestão Intermédia (18)
	Modelo Estratégico SS (22)	Modelo Estratégico Rede (12)	Re-organizar rede (4) Controlo Externo (3) Direção Política (4)
		Modelo Governação (10)	Estratégia Holding (3) Rever modelo ARS (6) Política regionalização (1)
	Liderança Nacional (8)	Qualidade na Liderança Nacional (8)	Qualidades Liderança (3) Modelo Liderança (4)
			Higienizar cadeia comando (1)

iii) Apresentação do diagrama

As Figuras 16 e 17 apresentam os resultados segundo o processo *Grounded Theory* revelados nos quadros 41 e 42 mas representados de acordo com o diagrama conceptualizado por Strauss e Corbin (1998).

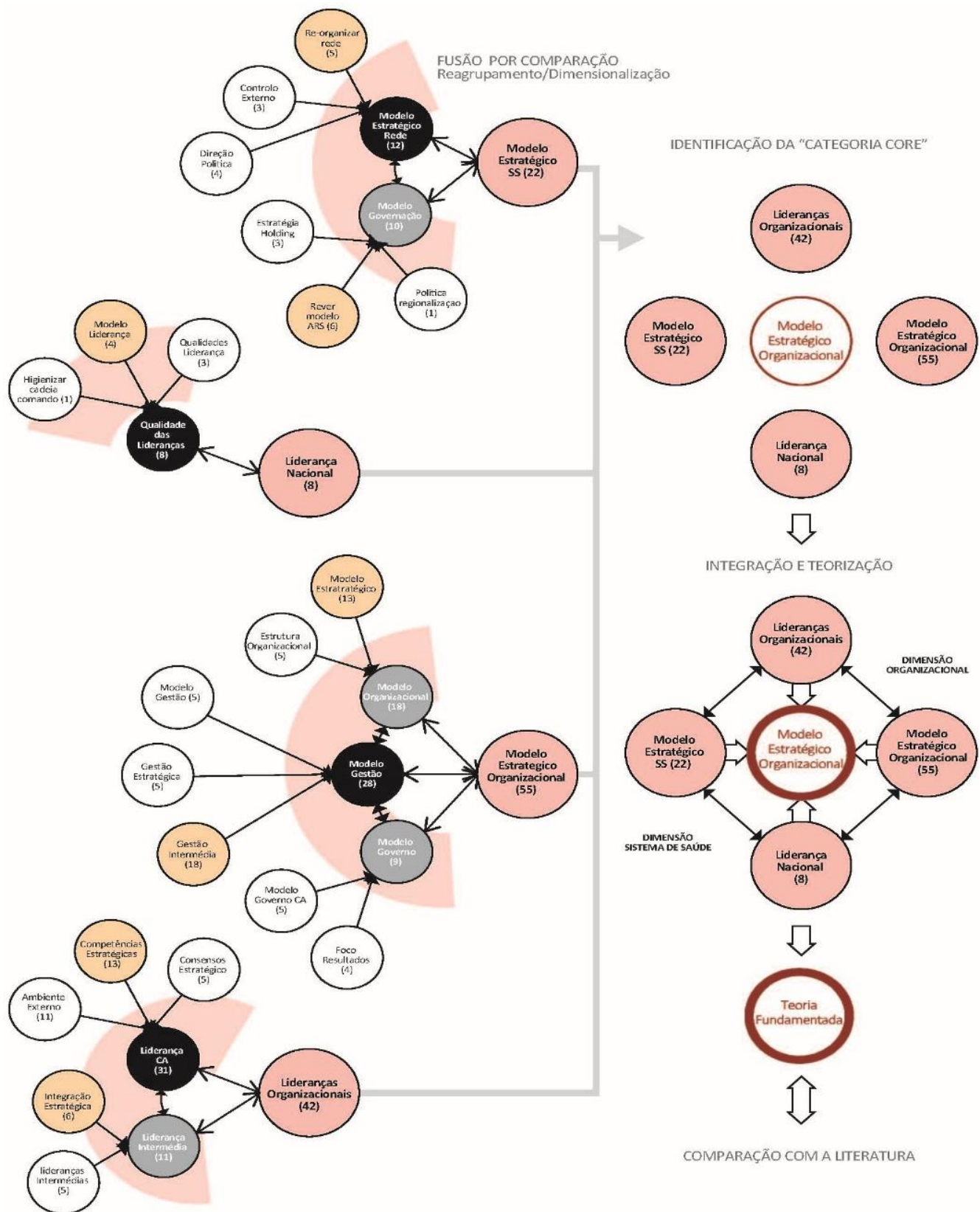
A figura 16 refere-se aos resultados para o Problema e a figura 17 refere-se aos resultados para a Solução.

Figura 16 – O Problema – processo *Grounded Theory*



Fonte: adaptado de Strauss e Corbin (1998)

Figura 17 – A Solução – processo *Grounded Theory*



Fonte: adaptado de Strauss e Corbin (1998)

iv) Síntese

Os entrevistados consideraram que o problema do fenómeno face à Estratégia e face à capacidade estratégica dos Conselhos de Administração dos Hospitais públicos portugueses, era sobretudo um problema de qualidade das lideranças nacionais, pela sua incapacidade para o desenvolvimento, controlo e monitorização estratégica e pela interferência da política e dos interesses e influências individuais dos elementos que constituem as lideranças estratégicas do sistema de saúde, bem como do modelo estratégico do Sistema de Saúde, que está assente numa rede hospitalar anacrónica e que não serve os interesses nacionais de saúde, devido à falta de rumo estratégico por parte de uma governação nacional desorientada, fruto da falta de qualidade dos elementos que constituem as lideranças nacionais responsáveis pelo desenho estratégico e planeamento da política de saúde nacional que promove a manutenção da mediocridade das lideranças organizacionais, permitindo Conselho de Administração repletos de elementos sem vontade de mudança e contaminados pelos interesses partidários, e, perpetua um modelo organizacional de lógica administrativa, piramidal, obsoleta e ineficiente, por ausência de modelo de gestão efetivo e descentralizado.

O problema da falta de qualidade das lideranças e dos modelos estratégicos organizacionais é um problema transversal à Administração Pública, uma administração burocratizada, pouco exigente e pouco responsabilizadora, fatores que promovem a incompetência dos seus elementos e a ineficiência do sistema de organismos públicos.

Os hospitais públicos são, no entanto, o paradigma da complexidade organizacional, tanto assim é que merecem destaque no próprio estatuto do gestor público (segunda alteração ao Decreto-Lei nº 71/2007, de 27 de março), pelo que a preocupação com uma estratégia eficiente para a prossecução das políticas públicas se revela de extrema necessidade.

No entanto, a solução passa pelos mesmos fatores, mas com ênfase não na qualidade da liderança, mas sim na qualidade da estrutura organizacional como forma de imprimir qualidade e eficiência organizacional, deixando para o Conselho de Administração a função estratégica em toda a sua plenitude que encontra na liderança de líderes, na condução de uma orquestra de líderes, a sua razão de existir.

6.2. Resultados do questionário de Entrevista

O guião de entrevista deu origem ao questionário abaixo interpretado.

As perguntas 1, 2, 3 e 4 pretendem ser introdutórias ao tema (Quadros 42.1 a 42.4).

Pergunta 1 – O desenho da Estratégia do Hospital é uma das competências do Conselho de Administração?

Na primeira questão houve quase unanimidade quanto ao desenho da Estratégia do Hospital ser uma das competências do órgão de governação de topo de um hospital, o Conselho de Administração.

Quadro 42.1 – O desenho da Estratégia do Hospital é uma das competências do Conselho de Administração?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Cumulativa
Válido	Sim	20	95,2	95,2
	Não	1	4,8	4,8
	Total	21	100,0	100,0

Pergunta 2 – Que tipo de decisões são da competência do Conselho de Administração?

No entanto, na segunda e terceira questões, os entrevistados revelam ser a situação atual diferente da situação ideal, quanto à natureza operacional ou estratégica das decisões tomadas ao nível de topo.

Do total de 21, perante a pergunta “que tipo de decisões são da competência do Conselho de Administração”, 7 respondentes consideram que as decisões do Conselho de Administração são sobretudo de natureza operacional apenas, e 13 consideram ser de natureza mista, *i.e.*, decisões operacionais e decisões estratégicas, sendo unânimes no maior pendor operacional.

Quadro 42.2 – Que tipo de decisões são da competência do Conselho de Administração?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Operacionais	7	33,3	33,3
	Estratégicas	1	4,8	4,8
	Misto	13	61,9	61,9
	<i>Total</i>	21	100,0	100,0

Pergunta 3 – Que tipo de decisões deverão ser da competência do Conselho de Administração?

Na questão três, quando se pergunta que tipo de decisões deverão ser da competência do Conselho de Administração, verifica-se um desvio das decisões operacionais para as decisões estratégicas (de 7 passam para 1).

O mesmo desvio se verifica para aqueles que defendiam que deveriam ser um misto de operacionais e estratégicas (de 13 para 12, por saída de 1 para a categoria de apenas estratégicas), apesar de considerarem que existem questões operacionais que, devido à sua importância para a organização como um todo, terão de ser da competência do Conselho de Administração.

No entanto, há que referir que concordam que o pendor deverá estar nas decisões estratégicas.

Quadro 42.3 – Que tipo de decisões deverão ser da competência do Conselho de Administração?

		Frequência	Percentagem Válida	Percentagem Cumulativa
Válido	Operacionais	1	4,8	4,8
	Estratégicas	8	38,1	42,9
	Mistas	12	57,1	100,0
	Total	21	100,0	

Na matriz de dupla entrada com as questões 2 e 3, o cruzamento dos seus totais, confere com a análise acima exposta. Dos 7 elementos que consideravam que as

decisões eram operacionais, 4 passaram a considerar que deveriam ser estratégicas e 3 passaram a considerar que deveriam ser mistas. Pelo que fica claro que os respondentes consideram o Conselho de Administração um órgão sobretudo operacional quando deveria ser sobretudo estratégico.

Quadro 42.3a – Que tipo de decisões são da competência do Conselho de Administração vs. Que tipo de decisões deverão ser da competência do Conselho de Administração?

		Que tipo de decisões deverão ser da competência do Conselho de Administração?		
		Operacionais	Estratégicas	Mistas
Que tipo de decisões são da competência do Conselho de Administração?	Operacionais	0	4	3
	Estratégicas	0	1	0
	Mistas	1	3	9
Total		1	8	12

Pergunta 4 – A que órgão deverá caber a competência da Tomada de Decisão Estratégica do hospital?

Após o levantamento do tipo de competências do Conselho de Administração e através da questão quatro apurámos que 14 dos 21 entrevistados, correspondente a 66,7% consideram que deverá ser o CA o órgão com competência para a tomada de decisão estratégica do hospital.

No entanto, 4 hospitais (19%) considera que a tomada de decisão -se estratégica deverá ser da competência conjunta do CA e ARS. Os restantes 3 (com peso de 4,8% cada) distribuem-se em diferentes combinações entre o CA com o acionista e o ministro da saúde.

Quadro 42.4 – A que órgão deverá caber a competência da Tomada de Decisão Estratégica do hospital?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Conselho de Administração	14	66,7	66,7
	Conselho de Administração + Administração Regional de Saúde	4	19,0	19,0
	Conselho de Administração + Acionista	1	4,8	4,8
	Conselho de Administração + Ministro da Saúde	1	4,8	4,8
	Ministro da Saúde	1	4,8	4,8
	Total	21	100,0	100,0

No seguimento a estas questões naturalmente surgia a questão sobre o nível estratégico do CA, o atual e o ideal.

Esta questão suscitou algumas dúvidas, algumas renitências, pois alguns elementos sentiam-se pouco confortáveis com a separação entre estratégia organizacional interna e estratégia externa para o do hospital. Ou seja, entre estratégia macro e estratégia micro.

Pergunta 5 - A que nível estratégico se situa o Conselho de Administração?

Após a tentativa de clarificação, 47,6% consideraram que o hospital estava no segundo nível estratégico em termos de desenho e planeamento da estratégia macro, e 14,3% consideravam que eram sobretudo operacionais e alheios ao desenho e planeamento estratégico. Logo abaixo, encontra-se 3 organizações com 14,3% que consideram que o hospital dependendo das questões se encontra no 1º ou no 2º nível estratégico (Quadros 42.5 e 42.6).

Quadro 42.5 – A que nível estratégico se situa o Conselho de Administração?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	1º Nível	3	14,3	14,3
	2º Nível	10	47,6	47,6
	Não tem nível estratégico só operacional	4	19,0	19,0
	1+2	3	14,3	14,3
	3º Nível	1	4,8	4,8
	Total	21	100,0	100,0

Pergunta 6 – A que nível estratégico se deverá situar o Conselho de Administração?

Quando questionados acerca do nível estratégico que no seu entendimento deveria situar-se o Conselho de Administração assiste-se ao desaparecimento da modalidade de não ter nível estratégico e de um 3º nível, com a migração dos respetivos 5 elementos para o 1º e 2º nível, dependendo do que cada um entendia ser o seu papel no panorama nacional, nomeadamente a migração dos hospitais de maior complexidade para o 1º nível.

A modalidade mista, *i.e.*, de 1º+2º passou a integrar aquilo a que se designou por 1º nível, mas na condição de ser participado pela gestão intermédia de 2ª linha, sendo este Conselho de Administração o responsável pelo posicionamento estratégico do hospital.

Esta foi uma questão muito interessante, pois revela a grande disparidade de posicionamento das lideranças dos hospitais face à sua responsabilidade quanto à micro, quanto à responsabilidade face ao posicionamento do seu hospital no ambiente externo, o qual para muitos não constitui qualquer preocupação.

Quadro 42.6 – A que nível estratégico se deverá situar o Conselho de Administração?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	1º nível	6	28,6	28,6
	2º nível	12	57,1	57,1
	1º nível participado	3	14,3	14,3
	Total	21	100,0	100,0

O cruzamento entre as questões 5 e 6: A que nível estratégico se situa o CA? Vs. A que nível estratégico se deverá situar o CA?, revela uma preferência pela subida de grau estratégico, face aos resultados da questão 5.

Quadro 42. 6a - A que nível estratégico se situa o Conselho de Administração? vs. A que nível estratégico se deverá situar o Conselho de Administração?

		1º Nível	2º Nível	1º Nível participado	Total
A que nível estratégico se situa o CA?	1º Nível	3	0	0	3
	2º Nível	0	10	0	10
	Não tem nível estratégico só operacional	2	1	1	4
	Misto	1	0	2	3
	3º Nível	0	1	0	1
Total		6	12	3	21

Pergunta 7 – É necessário o desenho e planeamento estratégico para o hospital?

De registar a unanimidade quanto à necessidade de desenho e planeamento estratégico para o Hospital. (vide quadro 42.7).

Quadro 42.7 – É necessário o desenho e planeamento estratégico para o hospital?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Sim	21	100,0	100,0
Total		21	100,0	100,0

Pergunta 8 – A que órgão deverá caber a competência de Desenho e planeamento estratégico do Hospital?

A unanimidade destas respostas conduziu-nos, inevitavelmente, para a questão sobre a quem deverá, então, caber a competência de desenho e planeamento estratégico para

o Hospital (Quadro 42.8).

15 hospitais, representando 71,4% dos respondentes, consideraram ser apenas da incumbência do Conselho de Administração; 2 hospitais consideraram que deveria caber ao Conselho de Administração, mas munido de um órgão de apoio à tomada de decisão; 2 hospitais remeteram essa responsabilidade e competência para ACSS; os restantes dois hospitais consideram que o desenho e planeamento do hospital deve começar na ACSS com o desenho da estratégia do hospital, mas passar para a ARS o nível de enquadramento da estratégia do hospital na região e por fim para o Conselho de Administração, para implementação, apenas do decidido a montante, remetendo-lhe esta responsabilidade.

Quadro 42.8 – A que órgão deverá caber a competência de Desenho e planeamento estratégico do Hospital?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Conselho de Administração	15	71,4	71,4
	ACSS	2	9,5	9,5
	Conselho de Administração + Órgão de apoio	2	9,5	9,5
	ACSS+ARS+Conselho de Administração	2	9,5	9,5
	Total	21	100,0	100,0

Pergunta 9 – Considera haver falta de desenho e planeamento estratégico a nível superior?

Quando questionados sobre se consideram haver falta de desenho e planeamento estratégico superior, apenas dois respondentes consideraram que não (Quadro 42.9). Referiram que a montante, os objetivos não são claros, que o MS não sabe bem o que quer, e como tal não sabe o que exigir a cada um dos hospitais e aos hospitais no seu conjunto.

E que, essa falta de definição de propósitos, de fio condutor, de rumo, a par das diferentes e subjetivas táticas da tutela, conduzem à desorientação estratégica dos hospitais.

Quadro 42.9 – Considera haver falta de desenho e planeamento estratégico a nível superior?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Sim	19	90,5	90,5
	Não	2	9,5	9,5
	Total	21	100,0	100,0

Pergunta 10 – Está a capacidade estratégica do hospital comprometida por falta de planeamento estratégico superior?

Nesta questão, 16 hospitais consideram que o desnorte da Tutela e a sua falta de capacidade em estabelecer metas e objetivos compromete a capacidade estratégica do hospital (Quadro 42.10) por não saberem o que a tutela quer que façam.

No entanto, a contrapor esta ideia estão 5 hospitais (23%) que consideram que, a falta de planeamento estratégico superior que pode criar alguns constrangimentos para a responsabilidade da estratégia organizacional, é do Conselho de Administração, considerando que muitos Conselhos de Administração tentam escamotear a sua falta de vontade e de coragem para fazer e implementar a sua estratégia organizacional.

Quadro 42.10 - Está a capacidade estratégica do hospital comprometida por falta de planeamento estratégico superior?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Sim	16	76,2	76,2
	Não	5	23,8	23,8
	Total	21	100,0	100,0

Pergunta 11 – Tem o Conselho de Administração capacidade técnica e profissional para tomar e Implementar decisões estratégicas?

Esta questão pretendia apurar se consideravam ter o Conselho de Administração capacidade técnica e profissional para o exercício estratégico. O objetivo era perceber se o seu forte pendor operacional e a eventual desresponsabilização quanto à estratégia e implementação estratégica, se poderia dever à falta de capacitação dos seus elementos para a sua efetivação.

Foi sugerida que a resposta fosse separada em capacidade para tomar decisões e capacidade para implementar decisões, uma vez que esta desagregação nos iria permitir compreender algumas *nuances* quanto à liderança.

Naturalmente a primeira reação de um presidente de um Conselho de Administração, é considerar que sim, que ele e a sua equipa estão à altura das exigências do exercício estratégico. No entanto esta dicotomia na modalidade de resposta, permitiu reduzir o efeito narcísico e clarificar as respostas.

Como se verifica no Quadro 42.11, 61,9 % dos respondentes, que correspondem a 13 hospitais, consideram que o seu Conselho de Administração tem capacidade técnica e profissional para tomar e implementar decisões estratégicas.

Neste número estão incluídas as PPP e os hospitais de maior complexidade, sobretudo aqueles que detêm uma estrutural organizacional diferente da previamente existente e que apostam na gestão intermédia para o planeamento e implementação da estratégia organizacional.

À parte deste grupo, encontra-se um hospital considera que no seu caso sim para ambos, mas apenas porque se organizam de forma diferente, pois no geral, os Conselhos de Administração não têm capacidade para a tomada ou para a implementação de decisões estratégicas.

3 hospitais (14,3%) consideram que o Conselho de Administração não tem capacidade para tomar e implementar decisões estratégicas, e outros 3 consideram que têm capacidade para tomar decisões, mas não para implementar.

Esta situação revela-se bastante interessante, pois considera que, independentemente das decisões estratégicas que tomem, não é possível implementá-las devido à falta de autonomia para o fazerem.

E por fim, 1 respondente considera que não tem capacidade para tomar decisões estratégicas porque não tem essa liberdade, mas que tem capacidade para implementação dos que lhe for permitido fazer.

Quadro 42.11 – Tem o Conselho de Administração capacidade técnica e profissional para tomar e Implementar decisões estratégicas?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Sim, para tomar e implementar	13	61,9	61,9
	Não, para tomar e implementar	3	14,3	14,3
	Sim para tomar / Não para implementar	3	14,3	14,3
	Não para tomar / Sim para implementar	1	4,8	4,8
	Sim para ambos no meu hospital.	1	4,8	4,8
	Não para ambos no geral			
	Total	21	100,0	100,0

A pergunta 12 remete para a situação ideal - se deverá ter capacidade para tomar e implementar decisões estratégicas -, pretendendo verificar a existência de alguma dinâmica entre a situação atual e a situação ideal.

Pergunta 12 – Deverá ter o Conselho de Administração capacidade para tomar e implementar decisões estratégicas?

No Quadro 42.12, que se refere à pergunta – **Deverá ter o Conselho de Administração capacidade para tomar e implementar decisões estratégicas?** 19 das 21 respondentes, que correspondem a 90,5% da amostra, considera que o Conselho de Administração deverá ter capacidade para tomar e implementar decisões estratégicas.

Este resultado vem em linha de coerência com a carater estratégicos que julgam deverá ter o Conselho de Administração, (de 61,9% passou para 90,5%), tendo-se mantido, um que considera que o Conselho de Administração deverá ter um caráter executivo.

Quadro 42.12 – Deverá ter o Conselho de Administração capacidade para tomar e implementar decisões estratégicas?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Sim para tomar e implementar	19	90,5	90,5
	Não para tomar e implementar	1	4,8	4,8
	Não para tomar / Sim para implementar	1	4,8	4,8
	Total	21	100,0	100,0

Pergunta 13 – Tem o Conselho de Administração autonomia para tomar e implementar decisões estratégicas?

No fio condutor das questões anteriores foi perguntado se o Conselho de Administração tem, atualmente, autonomia para o pleno exercício estratégico. As respostas a esta questão (Quadro 42.13), variaram de forma significativa face à questão 11 (se o Conselho de Administração está técnica e profissionalmente capacitado para a tomada de decisão estratégica).

Verificamos que a categoria dos 13 hospitais que consideravam ter capacidade para tomar e implementar, 6 mudaram de opinião tendo 3 migrado para as categorias “não para tomar e sim para implementar” e 3 para a categoria “não para tomar e não para implementar” (3), tendo-se mantido para as restantes duas categorias que consideravam ter capacidade para tomar e não para implementar e “Sim, no meu caso”.

Significando, assim, que o Conselho de Administração sofre de falta de autonomia para o exercício estratégico mesmo para os casos em que se sentem capacitados.

Quadro 42.13 – Tem o Conselho de Administração autonomia para tomar e implementar decisões estratégicas?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Sim para tomar e implementar	7	33,3	33,3
	Não para tomar e implementar	7	33,3	33,3
	Sim para tomar / não para implementar	3	14,3	14,3
	Não para tomar/sim para implementar	3	14,3	14,3
	Sim tomar/implementar porque tem estrutura diferente	1	4,8	4,8
	Total	21	100,0	100,0

Pergunta 14 – Está a capacidade estratégica do Conselho de Administração comprometida por falta de autonomia para tomar e implementar decisões estratégicas?

Os resultados à questão anterior mostram consistência com as respostas à questão seguinte (Quadro 42.14), em que se lhes pergunta se consideram estar a sua capacidade estratégica comprometida por falta de autonomia.

15 hospitais correspondentes a 71,4% considera que a autonomia é um fator crítico da

capacidade estratégica do Conselho de Administração., uma vez que condicionam a capacidade para tomar e implementar e sobretudo para tomar decisões estratégicas, para as quais que seus Conselho de Administração estariam capacitados técnica e profissionalmente.

Curiosamente três hospitais se mantêm na categoria “Sim para tomar e Não para implementar”, apesar de não serem os mesmos que compunham esta categoria nas questões, 11 e 13.

Quadro 42.14 - Está a capacidade estratégica do Conselho de Administração comprometida por falta de autonomia para tomar e implementar decisões estratégicas?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Sim para tomar e implementar	15	71,4	71,4
	Não para tomar e implementar	2	9,5	9,5
	Sim para tomar / não para implementar	3	14,3	14,3
	Não para tomar/sim para implementar	1	4,8	4,8
	Total	21	100,0	100,0

Partindo para as questões da envolvente do hospital e uma vez que a propósito do desenho e planeamento estratégico do hospital os respondentes afirmaram ser necessário desenho e planeamento estratégico a montante, fomos tentar compreender como o hospital se posiciona na hierarquia, como a entende e como perspetiva o modelo de governação estratégico onde se insere, por forma a uma melhor atuação estratégica. Neste sentido, passamos diretamente à análise da pergunta 17.

Nota: As questões 15 e 16 serão analisadas em contexto oportuno.

Pergunta 17 – Considera necessário planeamento estratégico a nível superior?

Os entrevistados foram quase unânimes quanto à necessidade de desenho e planeamento estratégico superior, com apenas 1 hospital a divergir desta opinião (Quadro 42.17).

Quadro 42.17 – Considera necessário planeamento estratégico a nível superior?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Sim	20	95,2	95,2
	Não	1	4,8	4,8
	Total	21	100,0	100,0

Pergunta 18 – Que órgão deverá ter a competência de desenho e planeamento estratégico a nível superior?

Dos 21 hospitais, 10, que correspondem a 47,6% da amostra, considera que deverá ser a ACSS, o órgão com a incumbência de desenho e planeamento estratégico, seguida do binómio MS/ACSS com 5 hospitais sendo ainda 4 hospitais favoráveis ao MS na figura do Ministro, uma vez que as políticas deverão ser dele emanadas e ao hospital caberá a sua replicação na estratégia e planeamento estratégico organizacional. Dois dos hospitais (correspondente a 9,5% da amostra) remeteram a incumbência de desenho e planeamento estratégico superior para as ARS, órgão legalmente habilitado para a incumbência ao nível regional (Quadro 42.18).

Quadro 42.18 – Que órgão deverá ter a competência de desenho e planeamento estratégico a nível superior?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	ARS	2	9,5	9,5
	ACSS	10	47,6	47,6
	MS/ACSS	5	23,8	23,8
	MS/Ministro	4	19,0	19,0
	Total	21	100,0	100,0

Tendo em conta as escolhas anteriores, as questões de 19 a 24 pretendem compreender como os Conselhos de Administração encaram as suas relações com a hierarquia: ARS, ACSS, Binómio ARS/ACSS e a sua relação com o Conselho de Administração.

Pergunta 19 – Tem a ARS capacidade e competências técnicas e profissionais para desenho e planeamento estratégico?

Com se verifica no Quadro 42.19, 13 hospitais correspondente a 61,9% da amostra considera que a ARS não tem capacidade e competências técnicas e profissionais para o desenho e planeamento estratégico.

7 consideram que têm e 1 considera que depende das situações, para uns casos têm e para outros casos não têm.

Quadro 42.19 – Tem a ARS capacidade e competências técnicas e profissionais para desenho e planeamento estratégico?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Sim	7	33,3	33,3
	Não	13	61,9	61,9
	Dependendo das situações	1	4,8	4,8
	Total	21	100,0	100,0

Pergunta 20 – Tem a ACSS capacidade e competências técnicas e profissionais de desenho e planeamento estratégico?

Em relação à ACSS (Quadro 42.20), o comportamento praticamente não diferiu, tendo a modalidade “dependendo das situações” ganhado mais um hospital, em detrimento da resposta negativa.

Quadro 42.20 – Tem a ACSS capacidade e competências técnicas e profissionais de desenho e planeamento estratégico?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Sim	7	33,3	33,3
	Não	12	57,1	57,1
	Dependendo das situações	2	9,5	9,5
	Total	21	100,0	100,0

Para resposta às questões 21 a 24, foram disponibilizadas algumas opções, de acordo com o conhecimento prévio obtido nas entrevistas exploratórias.

Foi deixada a opção “outra” em aberto. As opções eram cumulativas, sendo possível

escolher mais do que uma, em caso de necessidade para uma melhor tradução da opinião do respondente.

As opções disponibilizadas foram: Clara; Confusa; Conflituante; Com interesses e competências mal definidas; Redundante, e Outra – Qual?

Abaixo são apresentados os resultados para cada uma das opções (Quadros 42.21 a 42.24) e um quadro (Quadro 42.24a) com um conjunto de opções resultante da escolha de cada um dos respondentes.

Pergunta 21 – Como considera ser a relação ACSS/ARS em termos de interesses e competências?

6 hospitais (28,6% da amostra) considerou que a relação Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS)/Administração Regional de Saúde (ARS) era confusa, sem ter optado por mais nenhuma outra opção.

1 hospital considerou a relação ACSS/ARS redundante, sem também ter optado por mais alguma opção.

Os restantes respondentes optaram sempre por mais do que uma opção, a saber:

-5 hospitais (23.8%) consideraram a relação do binómio: confusa, conflituante, com papéis e competências mal definidas e redundante.

-4 Hospitais consideram a relação, confusa, com papéis e competências mal definidas e redundante.

-2 hospitais consideraram a relação Confusa e com papeis e competências mal definidas.

-2 hospitais consideraram a relação confusa, conflituante e redundante e um hospital considerou a relação confusa, conflituante e com papeis e competências mal definidas.

Por estes resultados podemos concluir que a relação entre a ACSS e a ARS não é clara (95.2%), que a considera confusa (76,2%).

E não sendo propriamente conflituante (61.9%), 14 dos respondentes (66.7%) considera ser uma relação com interesses e competências mal definidas.

Curiosamente os resultados destas duas opções tem comportamentos inversos, revelando que estas duas opções poderão estar relacionadas.

Muitos que não quiseram dizer que a relação era conflituante preferiram considerá-la

com interesses e competências mal definidas, o que, segundo alguns respondentes acaba por trazer redundância nuns casos e conflitualidade noutros casos, razão pela qual alguns respondentes tenham incluído estas duas opções no pacote mais apontado: Confusa, Conflituante, interesses e competências mal definidas e redundantes. 52.4% considera a relação redundante.

Quadro 42.21 – Como considera ser a relação ACSS/ARS em termos de interesses e competências?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Confusa	6	28,6	28,6
	Confusa	1	4,8	4,8
	Conflituante			
	Mal definidas			
	Confusa	3	14,3	14,3
	Mal definida			
	Redundante			
	Redundante	1	4,8	4,8
	Confusa	5	23,8	23,8
	Conflituante			
	Mal definidas			
	Redundante			
	Confusa	2	9,5	9,5
	Conflituante			
	Redundante			
	Confusa	1	4,8	4,8
	Mal definida			
	Redundante			
	Confusa	2	9,5	9,5
	Mal definida			
Total		21	100,0	100,0

Pergunta 22 – Como considera ser a relação ARS com o Conselho de Administração em termos de interesses?

Esta questão já não se refere à relação do binómio Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS)/Administração Regional de Saúde (ARS).

Refere-se sim à relação que a ARS estabelece com o Conselho de Administração.

As respostas seleccionadas para caracterização da relação da ARS com o Conselho de Administração, encontram-se no quadro, sendo síntese.

Quando analisadas as frequências em bruto, apenas se pode afirmar que a opção clara e a opção interesses e competências mal definidas é que foram as mais seleccionadas com 52.4% e 47.6% respetivamente.

Quadro 41.22 - Como considera ser a relação ARS com o Conselho de Administração em termos de interesses?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Clara	8	38,1	38,1
	Confusa	2	9,5	9,5
	Mal definidas	3	14,3	14,3
	Confusa	1	4,8	4,8
	Mal definida			
	Redundante			
	Escusada	2	9,5	9,5
	Confusa	2	9,5	9,5
	Conflituante			
	Mal definida			
	Redundante			
	Confusa	2	9,5	9,5
	Mal definida			
	Redundante			
	Confusa	1	4,8	4,8
	Mal definida			
	Total	21	100,0	100,0

No entanto, pela análise dos pacotes referidos, verificamos a existência de 4 pacotes em que a opção confusa e a opção interesse e competências mal definidas foram

selecionadas, perfazendo 7 hospitais e 2 hospitais opção única de confusa e 3 hospitais com opção única de interesses e competências mal definidas.

De onde se conclui que 9/10 hospitais consideram a sua relação com a ARS confusa e com interesses e competências mal definidas, a contrastar com os 8 hospitais que consideram a sua relação com a ARS, clara.

É de referir a existência de uma opção pedida por 2 hospitais que consideram a relação da ARS com o Conselho de Administração “Escusada”.

A sensibilidade da informação analisada qualitativamente permite-nos concluir que o problema apontado na relação do Conselho de Administração com a ARS advém da relação e das dinâmicas do binómio ACSS/ARS.

Pergunta 23 – Como considera ser a relação da ACSS com o Conselho de Administração?

A mesma questão foi colocada para a relação entre a ACSS e o Conselho de Administração.

As frequências brutas revelam-nos que a relação é considerada clara para 12 respondentes (57.1%), que 15 hospitais não consideram aquela relação confusa (71.4%), nem conflituante (17 hospitais - 81%), sem interesses e competências mal definidas (16 hospitais - 76.2%) e 19 hospitais com 95.2% da amostra não a considera redundante.

No entanto, quando analisadas qualitativamente as respostas e tendo em conta, as respostas selecionadas em pacote, verificamos que 5 hospitais consideram a relação confusa e 3 hospitais consideram a relação “papéis e competências mal definidas”, bem como a existência de dois pacotes de opções com um hospital cada, que incluem a opção confusa e papéis mal definidos. Perfazem um total de 8-10 hospitais que considera a sua relação com a ACSS confusa e com papéis e competências mal definidas, a contrastar com 9 hospitais que consideram a sua relação com a ACSS, clara.

Quadro 42.23 – Como considera ser a relação ACSS com o Conselho de Administração em termos de interesses?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Clara	9	42,9	42,9
	Confusa	5	23,8	23,8
	Mal definidas	3	14,3	14,3
	Confusa	1	4,8	4,8
	Conflituante			
	Mal definida			
	Distante	1	4,8	4,8
	Conflituante	1	4,8	4,8
	Redundante			
	Confusa	1	4,8	4,8
	Conflituante			
	Mal definida			
	Redundante			
	Total	21	100,0	100,0

É de salientar o surgimento de uma nova opção, em que considera que a sua relação com a ACSS é “Distante” Com esta questão apercebemo-nos que “grosso modo” a relação com a ACSS era uma relação mais clara e mais serena comparativamente com a relação com a ARS.

Pergunta 24 – Como considera ser a relação ACSS/ARS com o Conselho de Administração?

Se na questão 21 se referia à relação entre a ACSS e a ARS, nesta questão 24 é pedida para caracterizarem a relação do binómio ACSS/ARS com o Conselho de Administração (Quadro 42.24).

As respostas diferem substancialmente das dadas às questões 22 e 23 quando nos referíamos à relação entre o Conselho de Administração e a ARS e a ACSS separadamente. Mas, no entanto, não diferem muito relativamente às respostas e consequente caracterização da relação quando nos referimos à relação conjunta do binómio com o Conselho de Administração.

Pelas frequências brutas verificamos que a relação não é considerada clara com o Conselho de Administração (20 hospitais – 95.2%).

É considerada confusa (17 hospitais – 81%), não é considerada conflituante com o Conselho de Administração (15 hospitais – 71.4%, e agora com o valor mais expressivo face ao valor de 57.1% registado na questão 21), mas é considerada com papéis e competências mal definidas, em igual número (15 hospitais - 71.4%), não sendo uma relação redundante com o Conselho de Administração (52.4% - valor não muito expressivo) e aqui agora ao contrário do considerado ser a relação do binómio ACSS/ARS entre si.

Quando analisadas as respostas de acordo com os “pacotes” de opções seleccionadas, encontramos 6 hospitais (28.6%) que considera que a relação do binómio ACSS/ARS com o Conselho de Administração, também esta relação se caracteriza por ser confusa, com papéis e competências mal definidas; 4 hospitais (19%) com as opções Confusa, Conflituante, com papéis e competências mal definidas, e redundante, 4 hospitais (19%) com as opções confusos e papéis e competências mal definidas; 1 hospital com as opções Confusa, conflituante e redundante; 1 hospital com as opções confusa, conflituante e com papéis e competências mal definidas, e com opções únicas, temos, 2 hospitais com a opção única de Confusa; 1 hospital com a opção única de “distante”, 1 hospital com a opção única de redundante e um hospital que considera unicamente ser a relação “clara”.

Assim, com a análise mais fina, verificamos que 17 hospitais (81%) consideram a relação confusa, 6 hospitais consideram a relação confusa e conflituante, 13 hospitais (70%) consideram a relação confusa e com papéis e competências mal definidas, 11 hospitais (50%) consideram a relação confusa e redundante.

Assim se poderá deduzir, ser a relação entre o binómio ACSS/ARS com o Conselho de Administração, uma relação confusa, conflituante, com papéis e competências mal definidas e redundante.

Quadro 42.24 – Como considera ser a relação ACSS-ARS com o Conselho de Administração?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Clara	1	4,8	4,8
	Confusa	2	9,5	9,5
	Confusa	1	4,8	4,8
	Conflituante			
	Mal definida			

Confusa	6	28,6	28,6
Mal definida			
Redundante			
Redundante	1	4,8	4,8
Distante	1	4,8	4,8
Confusa	4	19,0	19,0
Conflituante			
Mal definida			
Redundante			
Confusa	1	4,8	4,8
Conflituante			
Redundante			
Confusa	4	19,0	19,0
Mal definida			
Total	21	100,0	100,0

Pergunta 25 – De que forma julgaria garantir a clara definição de interesses e a não conflitualidade dessas competências?

Após as respostas na questão anterior, foi dirigida a questão de como melhorar a relação Entre a ACSS/ARS com o Conselho de Administração. E como garantir a clara definição de interesses e competências e a não conflitualidade dessas competências, caso considerem existir.

Conforme se poderá verificar pelo Quadro 42.25, 8 hospitais (38,1%) considera ser necessário a definição dos papéis da ACSS e da ARS, com eliminação da ARS nas atuais condições, para diminuição de burocracia, considerando a ARS como “*rubber stamp*” da ACSS. 7 hospitais (33.3%) considera ser necessária apenas a clara definição dos papéis e 3 hospitais (14.3%) optaram pela solução única de extinção da ARS por considerarem a ARS como “*rubber stamp*” da ACSS, trazendo burocracia, ineficiência e contaminação político-partidária e interesses paroquiais dos indivíduos.

Por razões de diminuição de burocracia e de conflitualidade de competências, mas em posição contrária, encontra-se 1 hospital que refere ser vantajoso o alargamento das competências e das atribuições da ARS que se encontram no pelouro da ACSS.

2 Hospitais optaram por não responder, ficando incluídos na opção “não se aplica” por se tratarem de hospitais sob o modelo de PPP esgotando-se as suas relações ao contrato celebrado com a tutela.

Assim, conclui-se que 18 hospitais (85,7%) que referem existir necessidade de definição de papéis e eliminação da ARS nos atuais termos, 11 hospitais (52,3%) consideram ser necessária a eliminação da ARS como forma de garantir menos burocracia e falta de clareza de interesses e competências e conflitualidade entre as suas atribuições.

Quadro 42.25 - Como garantir a clara definição de interesses e a não conflitualidade dessas competências?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Extinção ARS	3	14,3	14,3
	Definição de papéis	7	33,3	33,3
	Ext.ARS + Def. Papeis	8	38,1	38,1
	Não se aplica	2	9,6	9,6
	Alargamento comp + atribuições	1	4,8	4,8
	ARS			
Total		21	100,0	100,0

Pergunta 26 – Qual deveria ser o modelo de governação estratégico nacional?

Foi perguntado aos respondentes se estavam satisfeitos com o modelo de governação estratégico nacional e se teria algum modelo que considerassem estar mais adequado ao exercício da estratégia nacional.

Não foi de resposta fácil, demonstrando de uma forma geral alguma surpresa e até mal-estar com a questão que lhes foi dirigida.

Como mostra o Quadro 42.26, 4 hospitais (19%) consideram que a ACSS deveria se incumbir do planeamento estratégico nacional, com uma ARS reformada e com atribuições estratégicas locais e que o Conselho de Administração deveria ser responsável pelo seu próprio planeamento estratégico.

3 hospitais (14.3%) consideraram que a ACSS deveria ser o órgão competente para o planeamento estratégico nacional e regional, restando para o Conselho de Administração o planeamento estratégico organizacional.

3 hospitais (14.3%) consideraram que a ACSS deveria ser responsável pelo planeamento estratégico nacional e regional, sendo o planeamento regional tutelado pela ACSS, sob forma de órgão especialista, ficando o Conselho de Administração

apenas com o planeamento organizacional, sem preocupações estratégicas.

Outros 3 hospitais (14.3%) considera que a ACSS deveria ter o planeamento estratégico nacional, não havendo necessidade de um órgão para o planeamento regional específico, pois, o país não apresenta tanta diferenciação em saúde que o justifiquem, e que a ACSS, tendo em conta o seu planeamento nacional, juntamente com o Conselho de Administração seria responsável pelo planeamento estratégico organizacional.

Nesta linha, surgiram 2 hospitais (9.5%) que consideram não ser necessário o auxílio da ACSS ou de outro órgão para o desenho e planeamento estratégico organizacional, sendo apenas necessária a ACSS para o planeamento nacional e o Conselho de Administração para o desenho e planeamento estratégico organizacional.

2 hospitais (9,5%) consideram que o desenho e planeamento nacional deverá estar a cargo do MS e que deveria existir um órgão especialista de planeamento estratégico que juntamente com o Conselho de Administração fizesse o planeamento estratégico organizacional. Nesta modalidade a ACSS conforme se conhece desaparecia, bem como a ARS.

Por fim, os dois últimos hospitais da amostra, concordam com o modelo de governação em que o MS teria a incumbência do plano estratégico e que a ACSS juntamente com a ARS faria a execução do plano estratégico e que o Conselho de Administração seria o executor do plano que lhe fosse atribuído e aprovado.

Existe, efetivamente, alguma pulverização de soluções.

No entanto, é de assinalar, que grande parte dos respondentes considera que a ACSS deveria chamar a si atribuições que atualmente não exerce, bem como a pouca necessidade manifestada no que respeita ao à existência da ARS como atualmente é entendida.

É também de referir a existência de alguns hospitais (7) que não reclamam para si competências de desenho e planeamento estratégico organizacional.

Quadro 42.26 – Qual deveria ser o modelo de governação estratégico nacional?

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem cumulativa
Válido ACSS (pn); CA (dpe)	2	9,5	9,5	9,5
ACSS (pn); ARS (pr) ; CA (po)	2	9,5	9,5	19,0
MS (pn);OP+CA (peo)	2	9,5	9,5	28,6
ACSS(pn+pr); CA (peo)	3	14,3	14,3	42,9
MS(ep); ACSS/ARS(execução); CA(aut est)	2	9,5	9,5	52,4
ACSS(pn); ACSS+CA (peo)	3	14,3	14,3	66,7
ACSS(pn); ARS (refor); CA (pe)	4	19,0	19,0	85,7
ACSS (c uni reg);CA (po)	3	14,3	14,3	100,0

Pergunta 27 – De acordo com a resposta anterior, considera estar o atual modelo de composição do Conselho de Administração adequado ao exercício das suas funções?

Após este exercício de construção de um modelo de governação estratégico nacional, foi perguntado se considerariam necessária adequar o modelo de composição do Conselho de Administração.

Como mostra o Quadro 42.27, 13 respondentes (61.9 %) consideraram que estava adequado e 5 hospitais (23.8%) consideraram não estar adequado.

1 respondente considerou só serem necessários 3 elementos, tendo em vista a otimização das decisões e o Diretor clínico e o Enfermeiro diretor a existirem deveriam ser elementos não-executivos.

E 1 respondente considerou que o seu Conselho de Administração estava adequado porque não se organizava internamente como os outros Conselhos de Administração.

Assim, como estando a atual composição do Conselho de Administração adequado ao exercício das funções de órgão de governação de topo do hospital, passamos a ter 14 hospitais (66,6%) e como não estando o Conselho de Administração adequado, passamos a ter 7 hospitais (33,3%).

Quadro 42.27 - De acordo com a resposta anterior, considera estar o atual modelo de composição do Conselho de Administração adequado ao exercício das suas funções?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Sim	13	61,9	61,9
	Não	5	23,8	23,8
	Só precisa de 3 elementos para otimização da decisão	1	4,8	4,8
	sim porque não se organizam da mesma forma	1	4,8	4,8
	Não, Dir. Clínico +Enf. Diretor deveriam ser não-executivos	1	4,8	4,8
	Total	21	100,0	100,0

Pergunta 15 – Concorda com a atual forma de constituição do Conselho de Administração (nomeação)?

Nota: Esta questão em particular, apesar de estar a ser analisada nesta fase, foi colocada no questionário na décima quinta posição, por forma a seguir os princípios de construção de um questionário.

A propósito de autonomia e capacidade para o exercício estratégico do Conselho de Administração, foram abordadas questões relacionadas com a constituição e composição do Conselho de Administração.

À pergunta sobre a forma de constituição do Conselho de Administração, conforme mostra o Quadro 42.15, 18 concordaram com a constituição conforme a legislação atual, *i.e.*, por nomeação dos elementos do Conselho de Administração, e três não concordaram por considerarem que só o presidente deveria ser nomeado e que deveria poder escolher livremente a sua equipa.

Também houve quem considerasse não ser necessária a representação do Diretor clínico e do Enfermeiro diretor, sendo mais necessária a figura do CEO.

Alguns dos respondentes que concordaram com a atual forma de nomeação dos elementos do Conselho de Administração, referiram que tiveram sorte porque na prática ficaram com a equipa que propuseram e que se assim não o fosse, não aceitariam a sua nomeação.

Quadro 42.15 – Concorda com a atual forma de constituição do Conselho de Administração (nomeação)?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Sim	18	85,7	85,7
	Não	3	14,3	14,3
	Total	21	100,0	100,0

Pergunta 28 – Tem os elementos do Conselho de Administração as competências técnicas e profissionais necessárias para o desenvolvimento estratégico?

Tendo em conta o processo de nomeação para a constituição, foi questionada de os seus elementos deteriam as competências técnicas e profissionais necessárias para o exercício estratégico do hospital.

Conforme ilustrado pelo Quadro 42.28, 12 respondentes (57.1%) consideraram que os elementos do Conselho de Administração não detinham as competências técnicas e profissionais necessárias para o desenvolvimento estratégico; 5 respondentes (23.8%) consideraram que sim; 3 respondentes (14,3%) consideraram que no seu caso tinham, mas que na maioria dos hospitais o mesmo não sucedia, em particular nos hospitais de reduzida dimensão, onde a escolha dos indivíduos para nomeação é normalmente mais contaminada por interesses político-partidários e paroquiais.

1 hospital considera que os elementos do Conselho de Administração detêm as competências técnicas e profissionais para o desenvolvimento estratégico se forem assessorados.

Quadro 42.28 – Tem os elementos do Conselho de Administração as competências técnicas e profissionais necessárias para o desenvolvimento estratégico?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Sim	5	23,8	23,8
	Não	12	57,1	57,1
	Sim, mas precisam de apoio	1	4,8	4,8
	Sim, no seu caso. Não na maioria em especial hospitais pequenos	3	14,3	14,3
	Total	21	100,0	100,0

Pergunta 16 – Deveria m estar melhor definidas quais as competências técnicas e profissionais de cada elemento.do Conselho de Administração?

Nota: Esta questão em particular, apesar de estar a ser analisada nesta fase, foi colocada no questionário na décima sexta posição, por forma a seguir os princípios de construção de um questionário.

Nesta sequência, indagou-se se considera que as competências técnicas e profissionais dos elementos do Conselho de Administração, deveriam estar melhor definidas tendo em conta as incumbências deste órgão de governação de topo.

Os resultados mostram (Quadro 42.16), que 16 Hospitais representando 76,2% da amostra considera que seria vantajoso fazer o “match” entre as competências dos elementos com as incumbências do cargo que desempenham, eliminando assim, fatores e influências indesejáveis, como influências político-partidárias ou de corpo. Cinco respondentes consideram que não, que as competências gerais do Conselho de Administração estão previstas na lei e que depois é fazer a partição das responsabilidades pelos elementos do Conselho de Administração de acordo com os seus perfis. É de salientar que a escolha da equipa ser escolhida pelo Presidente é fator crítico para a formação de uma equipa mais habilitada.

Quadro 42.16 - Deveriam estar melhor definidas quais as competências técnicas e profissionais de cada el.do Conselho de Administração?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Sim	16	76,2	76,2
	Não	5	23,8	23,8
	Total	21	100,0	100,0

ergunta 29 – Está a capacidade estratégica do Conselho de Administração condicionada pelas competências técnicas e profissionais doas seus elementos?

Em seguimento, indagou-se se as competências técnicas e profissionais dos indivíduos seria fator crítico de sucesso para a capacidade estratégica do órgão de governação de topo do hospital. 18 respondentes (85,7%) consideraram que as competências técnicas e profissionais dos elementos do Conselho de Administração condicionavam a capacidade estratégica do Conselho de Administração, e 2 respondentes (9,5%) consideram que não. 1 respondente disse não saber responder a essa questão (Quadro 42.29).

Quadro 42.29 – Está a capacidade estratégica do Conselho de Administração condicionada pelas competências técnicas e profissionais dos seus elementos?

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Válido	Sim	18	85,7	85,7
	Não	2	9,5	9,5
	Não sabe/Não responde	1	4,8	4,8
	Total	21	100,0	100,0

Pergunta 30 – Como considera os planos estratégicos?

Por fim, quisemos saber o que pensavam sobre os planos estratégicos pedidos segundo as recentes diretrizes da tutela. Foram sugeridas duas opções e uma opção de resposta livre caso as opções sugeridas não se adequassem.

As opções sugeridas foram: a) Plano aprovado e consequente; b) plano aprovado e inconsequente.

8 respondentes (38,1%) consideraram que os planos estratégicos pedidos pela tutela eram planos aprovados (com muito atraso) e inconsequentes pois devido ao atraso e à burocracia que o envolve entre ACSS e ARS acaba por não ser consequente, umas vezes por estar obsoleto, porque o tempo não pára, e acabam o exercício sem fazer o que deveria ser feito de acordo com o planeado.

5 respondentes (23,8%) consideraram os planos aprovados e consequentes, que os ajudaram a “arrumar ideias” e a pensar o planeamento estratégico organizacional;

2 respondentes (9,5%) consideraram que o plano estratégico nem sempre é aprovado e consequentemente autorizado, outros dos respondentes não considera os planos pedidos pela tutela, como verdadeiros planos estratégicos, mas sim mais um formulário “chapa 10”;

1 respondente na mesma linha considera que esses planos não existem realmente; 1 respondente considera os planos estratégicos pedidos pela tutela como um plano apenas orientador e 2 respondentes (9,5%) consideram que o plano estratégico pedido pela tutela não se aplica a o seu caso porque estão sob um modelo de PPP.

Se tivermos em linha de conta o número de respondentes que questiona a natureza estratégica dos “planos estratégicos” requeridos pela tutela verificamos que, pelo

menos, 12 respondentes (57,2%) não os reconhece enquanto de plano de negócios da organização e suas condições inerentes (Quadro 42.30).

Quadro 42.30 - Como considera os planos estratégicos?

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
Válido	Plano aprovado e consequente	5	23,8	23,8
	Plano aprovado e inconsequente	8	38,1	38,1
	Não considera ser plano estratégico	2	9,5	9,5
	Não existe	1	4,8	4,8
	Não se aplica	2	9,5	9,5
	Nem sempre é autorizado	2	9,5	9,5
	Orientador apenas	1	4,8	4,8
	Total	21	100,0	100,0

i) Síntese

A amostra é composta por 21 entrevistas, uma por cada hospital, representando 48% do universo.

Estão representadas as quatro tipologias de natureza de responsabilidades, sendo 11 hospitais de tipo I, correspondendo a 40.7% do universo; 2 hospitais de tipo II, correspondendo a 28.6% do universo; 4 hospitais de tipo III, correspondendo a 80% do universo; 3 hospitais de tipo IV-a, correspondendo a 100% do universo e 1 hospital de tipo IV.c, correspondendo a 50% do Universo. A amostra cobre quatro regiões geográficas, sendo a zona de Lisboa e Vale do Tejo, representada em 38.1%; a região Centro representada por 28.6%; a região Norte representada em 23.8% e a região do Algarve representada em 9.5%.

A amostra inclui os três modelos organizacionais existentes: os Centros hospitalares, as Unidades Locais de Saúde, os hospitais Singulares e os hospitais de Especialidade. A amostra inclui os dois tipos de gestão existentes: os hospitais E.P.E. e os Hospitais Parceria Público-Privado.

Os entrevistados consideram ser desenho da Estratégia do Hospital uma das competências do Conselho de Administração (100%) sendo que uma maioria (61%) consideram que o tipo de decisões são atualmente um misto de decisões estratégicas e operacionais. No entanto, quando se questionam como deveria ser numa situação

ideal, consideram que deveriam ser de forte pendor estratégico em detrimento do pendor operacional.

Consideram que o Conselho de Administração (Conselho de Administração) é o órgão a quem deverá caber a competência da tomada de decisão estratégica, sendo que atualmente o nível estratégico do Conselho de Administração é de 2º nível, mas alguns entrevistados consideram que deveria ser de 1º nível, participado ou não (42.6%).

Todos concordam quanto à necessidade de desenho e planeamento estratégico organizacional, e que o órgão com essa incumbência deverá ser o Conselho de Administração. Quase unanimemente concordaram haver falta de desenho e planeamento estratégico superior, o que compromete a capacidade estratégica do hospital.

90.5%, considera que idealmente o Conselho de Administração deveria ter capacidade técnica e profissional para tomar e implementar decisões estratégicas, mas apenas 61% considera que atualmente tenham.

71.4%, considera que a autonomia para tomar e implementar decisões é um fator crítico da capacidade estratégica, sendo que as opiniões se dividem quanto às capacidades para tomar e implementar, revelando pelos resultados acima revelados, problemas quanto à implementação e quanto às lideranças.

Concordam quase unanimemente quanto à necessidade de planeamento estratégico superior, que deveria estar a cargo da Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), mas que atualmente esta não detém competências técnicas e profissionais para o efeito, e muito menos a Administração Regional de Saúde (ARS).

Não consideram que a sua (Conselho de Administração) relação com a ACSS e com a ARS, individualmente, seja problemática, mas consideram muito problemática a relação do binómio ACSS-ARS com o Conselho de Administração, considerando-a confusa, mal definida, conflituante e redundante. E referem ser a extinção da ARS e a boa definição de papéis, o garante da definição de interesses e a não conflitualidade de competências.

Quanto ao modelo de governação estratégico nacional que gostariam de ver implementado, apesar de algum desconforto sentido e até de alguma surpresa, a maioria considera que deveria estar o planeamento nacional e regional a cargo da ACSS e o planeamento estratégico organizacional a cargo do Conselho de Administração ou do Conselho de Administração assessorado por uma equipa da ACSS. Outros consideram a eventualidade do planeamento estratégico regional poder ficar a cargo de um órgão regional, mas deveria ser totalmente reformulado e nunca nas atuais

circunstancias em que existe.

61%, considera estar o atual modelo de composição do Conselho de Administração adequado a este modelo de governação proposto, apesar de 57.1% considerar que os elementos do Conselho de Administração não têm as competências técnicas e profissionais para o desenvolvimento estratégico. As competências dos membros do CA deveriam estar melhor definidas (76.2%) para cada elemento, uma vez estar a capacidade estratégica do Conselho de Administração condicionada pelas competências técnicas e profissionais dos seus elementos (85.7%). Concordam com a atual forma de constituição do Conselho de Administração por nomeação e consideram que os planos estratégicos exigidos pela tutela, são quase administrativos, e apesar de requerem aprovação são inconsequentes.

6.3. RESULTADOS DA GRELHA DO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO ESTRATÉGICA (PTDE)

Para caracterização do Processo de Tomada de Decisão Estratégica (PTDE) foi pedida a reconstituição do processo de cada decisão, dando origem a uma grelha, de verificação dos passos previstos (Quadro 43). Os passos, de acordo com o modelo, são seis: reconhecimento da situação; diagnóstico da situação; pesquisa de solução; desenho da solução; seleção e avaliação das alternativas e por fim, passo de autorização. O quadro abaixo (Quadro 43) é uma exemplificação da grelha utilizada (vide anexo III).

Quadro 43 – Caracterização das decisões

H	Decisão	Tipo	Área	Estimulo	Solução	Rotina	Passos					
							Reco	Diag	Search	Design	Seleção	Aut
Y	Modelo Custeio	Est	PO	Prob	Custom	PI	1	1	1	1	1	0

Legenda: H-Hospital; Est-Estratégico; PO-Planeamento e Organização; Prob-Problema; PI-Política Interna; Reco-Reconhecimento; Diag-Diagnóstico; Aut-Autorização.

A) Análise Estatística e Interpretação

Após análise das frequências simples das variáveis criadas e verificadas as tendências que os dados agregados nos mostravam, compreendeu-se que dada a não homogeneidade da nossa amostra, exigia-se uma análise mais cuidada.

Assim, optou-se por dividir a amostra por natureza de responsabilidades, reagrupando os dados de acordo com a tipologia definida pela Portaria nº 82/2014, de 10 de abril (Quadro 44).

Cada hospital mencionou em média 4 decisões perfazendo o total de 91 decisões reportadas pelos vinte hospitais que compõem esta amostra.

Assim, nos vinte hospitais que compõem a nossa amostra foram reportadas o total de 91 decisões. Destes 20 hospitais temos:

11 hospitais de tipo I, com 47 decisões reportadas;

1 Hospital de tipo II, com 3 decisões reportadas;

4 hospitais de tipo III, com 23 decisões reportadas;

3 hospitais de tipo IV-a, com 15 decisões reportadas e

1 hospital de tipo IV-c, com 3 decisões reportadas.

Uma vez que a amostra é composta por quatro classes não homogênea em termos de número de elementos em cada classe, considerou-se que as frequências brutas pouco revelavam, tendo-se optado pela análise cruzada entre frequências relativas e ponderadas.

Por frequência ponderada, considera-se o rácio entre o número de decisões de cada classe e o número de decisões reportadas em cada classe. E por frequência relativa, o rácio entre o número de decisões de cada classe e o total de decisões de cada classe (i.e. estratégicas e operacionais).

Do total de 91 decisões:

47 são reportadas pelos hospitais de tipo I, correspondendo a 51,6%;

23 são reportadas pelos hospitais de tipo III, correspondendo a 25.3%;

15 foram reportadas pelos hospitais de tipo IV-a, correspondendo a 16,5%;

3 decisões foram reportadas pelos hospitais de tipo II, correspondendo a 3.3% e

3 foram reportadas pelo hospital tipo IV-c, correspondendo a 3.3% da amostra.

Quadro 44 – Tipologia dos Hospitais por Natureza de Responsabilidades

		Definição	Total de N	Total Dcisões
Tipo por Natureza de Responsabilidades	I	Área influência direta e valências próprias do tipo	11	47
	II	Área influencia direta e indireta de tipo I e valências próprias	1	3
	III	Área influência direta e indireta de tipo I e do tipo II e valências próprias	4	23
	IV-a	Hospitais especializados em Oncologia	3	15
	IV-c	Hospitais especializados em Psiquiatria e Saúde Mental	2	3
Total			20	91

Em termos ponderados, temos 55% para tipo I, 20% para o tipo III; 15% para o Tipo IV-a, e 5% para os tipos II e IV-c.

Apesar de ter sido pedido que fossem reportadas decisões estratégicas, verificou-se, que algumas dessas decisões, à luz da literatura especializada, não eram de natureza estratégica, mas sim de natureza operacional, o que foi observado com significado.

Das 91 decisões reportadas, 70 foram consideradas de natureza estratégica, correspondendo a 76,9%, e 21 de natureza operacional, correspondendo a 23,1% da amostra (Quadro 45).

Os hospitais de tipo I, são responsáveis por 32 decisões estratégicas e 15 decisões operacionais, seguida do tipo III com 21 decisões estratégicas e 2 decisões operacionais, seguida dos hospitais de tipo IV-a, com 13 decisões estratégicas e 2 decisões operacionais; seguida dos hospitais de tipo II com 3 decisões estratégicas e sem decisões operacionais, e por fim os hospitais de tipo IV-c, com 1 decisão estratégica e 2 decisões operacionais. Em termos de frequência relativa, temos os hospitais de tipo I a contribuírem com 45.7% das decisões estratégicas e com 71,4% das decisões operacionais.

Os hospitais de tipo III, contribuem com 30% das decisões estratégicas e 9,5% das decisões operacionais; os hospitais de tipo IV-a contribuem com 18,5% das decisões estratégicas e com 9,5% das decisões operacionais; os hospitais de tipo II contribuem com 4,3% das decisões estratégicas e sem contribuição para as decisões operacionais, enquanto os hospitais de tipo IV-c, contribuem com 1,4% para as decisões estratégicas e com 9,5% para as decisões operacionais.

Em termos ponderados, o cenário mostra-se outro.

Verificamos que os hospitais de tipo II e III são quem tem mais percentagem de decisões estratégicas, com 100% e 91.3%, seguida pelos hospitais de tipo IV-c com 86,6%, seguida pelos hospitais de tipo I com 68% das decisões estratégicas e por fim os hospitais de tipo IV-c com 33,3% de decisões estratégicas.

O tipo II e o tipo IV-c, estão apenas representados por uma unidade cada, apesar do tipo IV-c representar 50% do Universo, o tipo II corresponde a 5% da amostra, revelando coerência de contributo em 4,3% das decisões estratégicas.

O Tipo IV-c só mostra contribuição de 1,4% nas decisões estratégicas, revelando 66,6% de decisões operacionais face a 33,3% de decisões estratégicas.

Se considerarmos estes dois hospitais como “*outliers*”, temos que os hospitais de tipo III são os que revelam maior percentagem de decisões estratégicas (91,3%) e menos percentagem de decisões operacionais (9,5%), a contrastar com os hospitais de tipo I que revelam menor percentagem de decisões estratégicas (68%) e maior percentagem de decisões operacionais (31,9%)

Quadro 45 – Tipo de decisões por Natureza de Responsabilidade

		Reportadas	% Rel	Estratégicas	% Rel	% Pond	Operacionais	% Rel	% Pond
Tipo de Responsabilidades	I	47	51,6%	32	45,7%	68,1%	15	71,4%	31,9%
	II	3	3,3%	3	4,3%	100,0%	0	0,0%	0,0%
	III	23	25,3%	21	30,0%	91,3%	2	9,5%	8,7%
	IV-a	15	16,5%	13	18,6%	86,7%	2	9,5%	13,3%
	IV-c	3	3,3%	1	1,4%	33,3%	2	9,5%	66,7%
Total		91		70		n.a.	21		
% Relativa				76,9%			23,1%		

No quadro abaixo (Quadro 46) apresentamos a mesma análise por Tipo de modelo organizacional.

Verificamos que são os hospitais de modelo organizacional “*Stand Alone*” ou singulares que são responsáveis 25 das 91 decisões reportadas, correspondente a 27,5%. Quando analisamos pela sua desagregação em decisões estratégicas e operacionais verificamos que são também os hospitais *stand alone* que contribuem com 25,7% das decisões estratégicas, seguidos pelos Centros Hospitalares Urbano.

Quadro 46 - Tipo de Decisões por Tipo de Modelo Organizacional

		Reportadas	% Rel	Estratégicas	% Rel	% Pond	Operacionais	% Rel	% Pond
Tipo de Modelo Organizacional	CH Urb	17	18,7%	15	21,4%	88,2%	2	9,5%	11,8%
	CH Prov	19	20,9%	14	20,0%	73,7%	5	23,8%	26,3%
	ULS	12	13,2%	9	12,9%	75,0%	3	14,3%	25,0%
	St.Alone	25	27,5%	18	25,7%	72,0%	7	33,3%	28,0%
	Especiali	18	19,8%	14	20,0%	77,8%	4	19,0%	22,2%
Total		91		70		n.a.	21		
% Relativa				76,9%			23,1%		

Curiosamente são os hospitais *stand alone* que mais contribuem para as decisões operacionais, com 7 das 21 totais, correspondendo a 33,3%. Ponderadamente são os Centros Hospitalares Urbanos que representam uma maior percentagem de decisões estratégicas com 88,2% a contrastar com 72% nos hospitais *stand alone* (Quadro 47).

Para tentarmos compreender, fomos desagregar esta tipologia de modelo “*Stand Alone*” e verificámos que os dois hospitais da amostra com a tipologia de gestão de PPP se encontravam entre os seis hospitais que integram a tipologia de modelo organizacional

“Stand Alone”.

Contudo, estes já revelam um peso de decisões operacionais de 42,9% e entre os quatro que pertencem ao tipo I de natureza de responsabilidades, o que irá ter impacto na nossa análise sobre implementação mais à frente.

Quadro 47 – Tipo de Decisões por Tipo de Gestão

		Reportadas	%Rel	Estratégicas	% Rel	% Pond	Operacionais	% Rel	% Pond
Tipo de	EPE	84	72,5%	66	94,3%	78,6%	18	85,7%	21,4%
Gestão	PPP	7	4,4%	4	5,7%	57,1%	3	14,3%	42,9%
Total		91		70		n.a.	21		
% Relativa				76,9%			23,1%		

Tipo de Estimulo

Foi perguntado aos entrevistados, qual o motivo desencadeador das respetivas tomadas de decisão, que designamos por Estimulo e categorizada segundo uma escala.

A escala de Mintzberg compreendia as posições denominada de crise por oposição a oportunidade, sendo que o Problema seria o meio-termo entre Crise e Oportunidade. No entanto, os entrevistados não fizeram muita distinção entre crise e problema, pelo que decidimos adaptar estas categorias e optar por três categorias: a categoria Crise/Problema; a categoria Oportunidade, em contraponto, e a categoria Mista de Problema e Oportunidade, como já sucedia no modelo Mintzbergiano.

Assim, verificamos (Quadro 48) que 46 em 91 decisões reportadas se deviam a Crise ou Problemas, em oposição a 23 decisões com a Oportunidade como Estimulo. Quer isto dizer que 50,5% das decisões são tomadas em reatividade ao ambiente da organização e 25,5% são decisões tomadas proativamente ao seu ambiente.

A categoria Mista de Oportunidade e Problema é constituída por 22 decisões reportadas, indicando-nos que 24,2% das decisões são estimuladas pelo Problema, que se constitui como uma oportunidade para organização.

As diferenças entre as frequências relativas e ponderadas estão indicadas no Quadro 48, onde se poderá constatar através da ponderação, que 50% das decisões reportadas como estimuladas por Crise/Problema são da responsabilidade dos hospitais de tipo I, com 23 das 46 decisões desta categoria.

Na categoria de Oportunidade, temos o Tipo IV-a com 33,3%, *ex-aequo* com Tipo IV-c, seguida do tipo III com 26,1% e por último, os hospitais do tipo I, com 23,4%. É de salientar, que nesta categoria as diferenças não são muito significativas.

Na categoria de estímulo misto de Crise/Problema e Oportunidade, temos os hospitais de tipo III em primeira posição com 34,8%, não se verificando também, nesta categoria, grandes discrepâncias entre as diferentes tipologias de natureza de responsabilidades.

Quadro 48 – Tipo de Estímulo

		Total									
		Decisões	Problema	% Pond	% Rel	Oportunidade	% Rel	% Pond	Misto	% Rel	% Pond
Tipo de Natureza de Respon- sabilidades	I	47	23	48,9%	50,0%	11	47,8%	23,4%	13	59,1%	27,7%
	II	3	3	100,0%	6,5%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
	III	23	9	39,1%	19,6%	6	26,1%	26,1%	8	36,4%	34,8%
	IV-a	15	10	66,7%	21,7%	5	21,7%	33,3%	0	0,0%	0,0%
	IV-c	3	1	33,3%	2,2%	1	4,3%	33,3%	1	4,5%	33,3%
Total		91	46	n.a.		23			22	n.a.	
% Relativa			50,5%			25,3%			24,2%		

Tipo de Solução

Ao longo do processo de tomada de decisão e das suas fases e respetivos passos, a decisão pode ser encontrada de forma já estudada e disponível (*Ready-made*), ou pode precisar de ser pensada e desenhada “à la carte” (*Custom-made*) ou ainda pode ser uma adaptação de uma solução previamente existente ao problema específico da organização (*Modified*).

No relato do processo de tomada de cada decisão fomos classificando as decisões segundo a classificação: *Ready-made*; *Custom-made* e *Modified*.

Assim, verificamos (Quadro 49) que 61 em 91 (67%) decisões eram soluções adaptadas ou modificadas, 23 decisões (25,3%) eram desenhadas, e que 7 decisões (6,6%) tinham já soluções disponíveis.

Com decisões modificadas, temos os hospitais do tipo I com uma ponderação de 74,5%, seguida dos hospitais de tipo II, com 66,7%, do tipo III com 56,5%, o Tipo IV-a com 46,7% e o tipo IV-c com a totalidade das decisões reportadas nesta categoria.

Com decisões feitas à medida, temos os hospitais do tipo III com a maior contribuição, nos 43,5%.

Com decisões cuja solução já existia disponível encontram-se os hospitais de tipo Iv-a, com 13% das decisões, seguida dos hospitais de tipo I, com 8,5%.

De salientar, os hospitais de tipo III e IV-c (cujas decisões são todas modificadas) que não têm qualquer decisão nesta categoria.

Quadro 49 – Tipo de Solução

		Total Decisões	RM	% Rel	% Pond	CM	% Rel	% Pond	MOD	% Rel	% Pond
Tipo de Natureza de Resposta bilidades	I	47	5	71,4%	10,6%	7	30,4%	14,9%	35	57,4%	74,5%
	II	3	0	0,0%	0,0%	1	4,3%	33,3%	2	3,3%	66,7%
	III	23	0	0,0%	0,0%	10	43,5%	43,5%	13	21,3%	56,5%
	Iv-a	15	2	28,6%	13,3%	5	21,7%	33,3%	8	13,1%	53,3%
	Iv-c	3	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	3	4,9%	100,0%
Total		91	7	n.a.		23	n.a.		61	n.a.	
% Relativa			7,7%			25,3%			67,0%		

Nota: RM - Ready-made; CM- Custom-made; MOD- Modified.

Tipo de Rotina

Os entrevistados foram questionados acerca de como caracterizariam cada processo de tomada de decisão quanto às atividades inerentes ao seu processo de tomada de decisão.

Por não se tratar de um estudo prospetivo, e sim baseado na reconstituição, apelando à memória dos entrevistados, esta categorização, foi adaptada da categorização original do modelo Mintzbergiano, pelo que, foram apenas referidos com segurança, rotinas políticas internas e externas.

Desta forma, foram relatadas decisões que obedeciam à categoria Política interna (PI) e à categoria de Política externa (PE).

Das 91 decisões reportadas, 61 foram alvo de atividades de política interna (69,2%) e 28 foram alvo de atividades de política externa (30,8%) (Quadro 50).

Ficou bastante claro que o processo de tomada de decisão nos hospitais amostrados é sempre um processo de grande atividade política, sobretudo a nível interno, nomeadamente pressões da cultura organizacional. As atividades de política externa prendem-se normalmente com o passo final do processo de eventual necessidade de autorização superior.

Com rotinas de PI, temos os hospitais de tipo I, com 78,7% das suas decisões nesta

categoria.

Já nas rotinas de PE, encontram-se os hospitais de tipo IV-a na primeira posição, com 53,3%, e do tipo III com 34,8% das suas decisões nesta categoria de atividades políticas externas.

Quadro 50 – Tipo de Rotina

		Total Decisões	Política Interna	% Pond	% Rel	Política Externa	% Rel	% Pond
Tipo de Natureza de Resposta bilidades	I	47	37	78,7%	58,7%	10	35,7%	21,3%
	II	3	2	66,7%	3,2%	1	3,6%	33,3%
	III	23	15	65,2%	23,8%	8	28,6%	34,8%
	IV-a	15	7	46,7%	11,1%	8	28,6%	53,3%
	IV-c	3	2	66,7%	3,2%	1	3,6%	33,3%
Total		91	63			28		
% Relativa			69,2%			30,8%		

Passos

Foi pedido aos entrevistados que para cada uma das decisões, fizessem a reconstituição do processo de tomada de decisão. E de acordo com os passos previstos no modelo de Mintzberg- reconhecimento; diagnóstico, foi assinalado numa grelha as fases ou passos verificados em cada processo de tomada de decisão.

Os passos, de acordo com o modelo, são seis: reconhecimento da situação; diagnóstico da situação; pesquisa de solução; desenho da solução; seleção e avaliação das alternativas e por fim, passo de pedido de autorização superior.

Em todas as 91 decisões reportadas foram registados os passos de reconhecimento e diagnóstico da situação.

Os passos seguintes previstos no modelo, eram os passos de Pesquisa (*Search*), Design, e Avaliação e Seleção de Alternativas e por último o passo de necessidade de Autorização superior.

Nem todos os processos de decisão, tiveram registo de todos estes três passos. Assim, alguns processos verificaram apenas um, dois ou três, mas em diferentes combinações.

O quadro abaixo (Quadro 51) ilustra o total de decisões registadas por cada um dos passos, bem como as combinações surgidas. Não foram relatados processos com

apenas o passo de pesquisa ou apenas com o passo de avaliação e seleção de alternativas. O que faz todo o sentido, pois uma pesquisa por solução não existe por si só, terá de ser consequente, ou caso contrário não se teria chegado à tomada de decisão. O mesmo é válido para o passo de Avaliação e Seleção de Alternativas, sem antes não tiver havido, ou uma Pesquisa (*search*) por solução ou Design de solução, caso não se encontre a solução disponível (*Ready-made*),

Assim sendo foram relatados processos de decisão que passaram, pelos passos combinados de Pesquisa e Avaliação e Seleção das alternativas procuradas; pelo combinado de Pesquisa e *Design*, quando após a procura, se entende que se deverá fazer adaptações com algum design próprio; Passo apenas de Pesquisa, quando se entendeu que se deveria desenhar a solução de raiz; pelos passos combinados de passo de *Design*, e pelo passo combinado de *Design* e Seleção, quando do design surge um projeto, que depois dá origem a várias alternativas, que carecem de seleção.

Por fim, surgem os processos que passaram por todos os passos previstos, isto é, aqueles que começam pela pesquisa de solução já disponível, que não tendo sido encontrada carece de *design*, e de avaliação de alternativas, fruto do projeto de design.

Das 91 decisões e respectivos processos de tomada de decisão, 28 passaram apenas pelo passo de *Design*, correspondendo 30,8% das decisões da amostra. e apenas 3 em 91, foram o resultado do passo combinado de design e avaliação e seleção de alternativas. As restantes três combinações surgidas – Pesquisa e seleção; Pesquisa e *Design*, e Pesquisa, *Design* e Seleção (Conjunto das três), apresentam valores idênticos, entre 20 a 20,9% das decisões.

No entanto se verificarmos, apenas uma combinação não envolve o passo de *design*. É a combinação de Pesquisa e Avaliação e Seleção de alternativas. E esta conta com apenas 19 processos de tomada de decisão. Todos os restantes, envolvem desenho próprio (*Custom-made*) ou adaptado (*Modified*).

No entanto, a análise destes passos por tipologia de natureza de responsabilidades, mostra-nos que é no passo de *design* e na combinação dos passos Pesquisa, Design e avaliação e seleção de alternativas, que existe alguma disparidade entre as diferentes tipologias de natureza de responsabilidades.

São os hospitais de tipo II e IV-c que se destacam com 66,7% das suas decisões como resultado de processo de Design apenas. No entanto, se, por constarem destes dois grupos apenas um hospital em cada, com apenas 3 decisões, os considerarmos “*outliers*”, verificamos que são os hospitais de tipo III, que se destacam com 30,1% de

decisões tomadas por Design. E com a combinação dos três passos, Pesquisa, Design e Seleção, são os hospitais de tipo IV-a que se destacam com 40% das suas decisões, ou seja, cujo processo de tomada de decisão resultou do processo completo.

Quadro 51 – Passos dos Processos de Tomada de Decisão Estratégicos por natureza de responsabilidades dos Hospitais

		Total			Design	%	Search	%	Search	%	3	%
		Decisões	Design	% Pond	Seleção	Pond	Seleção	Pond	Design	Pond	passos	Pond
Tipo de Natureza de Respon- sabilidades	I	47	12	25,5%	1	2,1%	11	23,4%	13	27,7%	8	17,0%
	II	3	2	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	33,3%
	III	23	9	39,1%	1	4,3%	4	17,4%	6	26,1%	4	17,4%
	IV-a	15	3	20,0%	1	6,7%	3	20,0%	1	6,7%	6	40,0%
	IV-c	3	2	66,7%	0	0,0%	1	33,3%	0	0,0%	0	0,0%
Total		91	28	n.a.	3	n.a.	19	n.a.	20		19	n.a.
% Relativa			30,8%		3,3%		20,9%		20,0%		20,9%	

Por fim, alguns processos de tomada de decisão necessitaram ainda de um passo adicional, a ratificação através de pedido de autorização superior.

Pelo quadro abaixo (Quadro 52) podemos verificar que são os hospitais de tipo IV-a que mais precisaram de autorização superior para ratificação das suas decisões, com 66,7%, seguido dos hospitais de tipo I, com 40,4%, e seguido dos hospitais de tipo II e tipo IV.c com, 33,3%. Em último aparecem os hospitais de tipo III com 34,8% das suas decisões a necessitarem de autorização superior para ratificação.

Salienta-se o facto de serem os hospitais de maior complexidade aqueles que menos estão condicionados com autorizações superiores, e que os hospitais especializados de tipo IV-a, os que mais condicionados estão com a necessidade de autorização superior.

A questão coloca-se: será a natureza das suas decisões ou a sua área estratégica a responsável por esta diferença?

Quadro 52 – Passo de necessidade de autorização superior

		Passo de necessidade de autorização superior						Total	% Rel	% Pond
		0	1	2	3	4	5			
Tipo por	I	1	6	1	1	2	0	19	45,2	40,2
Natureza de	II	0	1	0	0	0	0	1	2,4	33,3
Responsab.	III	1	1	1	1	0	0	8	19,4	34,8
	IV-a	0	1	0	0	1	1	10	23,8	66,7
	IV-c	0	1	0	0	0	0	1	2,4	33,3
Total		2	10	2	2	3	1	42	46,2	

Área Estratégica

A área estratégica não faz parte do modelo Mintzbergiano, tendo sido introduzida nesta ferramenta de análise por considerarmos poder ser interessante e de utilidade para compreensão da relação do processo de tomada de decisão e a sua implementação.

Neste sentido, após o reporte pelos entrevistados, as decisões foram classificadas tendo em conta a área a que se referiam (Quadro 53). As áreas estratégicas consideradas foram quatro: Planeamento Organizacional (PO); Equipamentos e Instalações (EI); Produtos e Serviços (PS), e Sistema de Informação (SI).

Das 91 decisões reportadas, 35 foram na área de PO correspondendo a 38%; 20 na área de EI, correspondendo a 22%; 22 na área de PS, correspondendo a 24% e 14 na área de SI, correspondendo a 15% da amostra.

Recorrendo às frequências relativas, compreendemos que o tipo III contribui com 40% das decisões na área de PO; que o tipo I contribui com 60% das decisões na área de EI e com 54,5 na área de PS e com 78,6% na área de SI.

Quadro 53 – Área Estratégica por Natureza de Responsabilidades

		Total												
		Decisões	PO	% Rel	% Pond	EI	% Rel	% Pond	PS	% Rel	% Pond	SI	% Rel	% Pond
Tipo de	I	47	12	34,3%	25,5%	12	60,0%	25,5%	12	54,5%	25,5%	11	78,6%	23,4%
Natureza	II	3	3	8,6%	100,0%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%
de	III	23	14	40,0%	60,9%	2	10,0%	8,7%	6	27,3%	26,1%	1	7,1%	4,3%
Respon	IV-a	15	4	11,4%	26,7%	6	30,0%	40,0%	3	13,6%	20,0%	2	14,3%	13,3%
sabilidades	IV-c	3	2	5,7%	66,7%	0	0,0%	0,0%	1	4,5%	33,3%	0	0,0%	0,0%
Total		91	35		n.a.	20		n.a.	22		n.a.	14		n.a.
% Relativa			38,5%			22,0%			24,2%			15,4%		

Nota: Planeamento Organizacional; EI-Equipamentos e Instalações; PS - Produtos e Serviços; SI-Sistemas Informação

Não é de surpreender que o tipo I seja o que mais concorre para as áreas, uma vez que é quantitativamente o grupo-tipo com mais hospitais. Por essa razão, optámos por cruzar estas frequências com as frequências ponderadas.

Assim, verificámos (Quadro 54) que os hospitais de tipo III são na verdade responsáveis não por 40%, mas sim, por 61% das decisões de PO;

Os hospitais de tipo IV-c passam a ser os responsáveis por 40% das decisões em EI, ficando os hospitais de tipo I com apenas 25% das decisões em PO, contra os 60% que apareciam nas frequências relativas;

Os 54% dos hospitais de tipo I responsáveis por 54,5% das decisões na área de PS, passam agora em frequência ponderada a 25,5%, sendo o tipo IV.c o que mais contribui nesta área com 33, 3%, seguido pelos hospitais de tipo III, com 26%.

Na área de SI, os hospitais de tipo I passam de 78,5% de frequência relativa para 23,4% na frequência ponderada, colocando-se ainda na primeira posição nesta área.

No entanto, se cruzarmos estes números com a percentagem de não implementação, por áreas estratégicas, verificamos que é na área estratégica de PS e na área SI que se encontra a maior percentagem de não implementação, de 41% e 43% respetivamente. Destes 43% de não implementação na área de SI, 41% são da responsabilidade de apenas um hospital, revelando problemas graves quanto à capacidade de implementação estratégica. Igualmente, na área de PS, 36% são da responsabilidade de um hospital.

A área PO é a que revela maior tendência, com um peso de 38% e com percentagem de não implementação mais baixa (17%). São os de tipo II e tipo IV-c os responsáveis pelas decisões nesta área com 100%, 61% e 67%, respetivamente.

A área de EI com um peso de 22% na amostra revela serem os hospitais de tipo IV-a responsáveis por 40% das decisões nesta área. Na área SI, correspondente a 15% da amostra, são os hospitais tipo I responsáveis por com 23,4%.

A área de PS corresponde a 24% da amostra, que se encontra distribuída de forma relativamente homogénea.

É de referir o baixo número de decisões na área de EI nos hospitais do tipo III, com apenas 2 hospitais no total de 7 em 23 decisões, com ênfase nas decisões da área PO.

Este resultado leva-nos a concluir que os hospitais de maior complexidade poderão estar mais voltados para o planeamento organizacional, enquanto nos hospitais de tipo IV-a, a sua estratégia reside mais sobre o equipamento e Instalações.

Quadro 54 – Caracterização da Implementação por Área Estratégica

		Total Decisões Reportadas	Decisões Implementadas	Decisões por Implementar	% de Implementação Ponderada	% de não Implementação Ponderada
Área Estratégica	PO	35	29	6	82,9%	17,1%
	EI	20	16	4	80,0%	20,0%
	PS	22	9	13	40,9%	59,1%
	SI	14	8	6	57,1%	42,9%
Total		91	62	29		
% Implementação Relativa			68,1%	31,9%		

Legenda: PO-Planeamento Organizacional; EI-Equipamentos e Instalações; PS-Produtos e Serviços; SI-Sistemas Informação

As Parcerias Público-Privadas

Por considerarmos poder ter o modelo de gestão algum efeito sobre o processo de tomada de decisão, optámos por analisar os dois hospitais com modelo de gestão Parceria Público-Privada (PPP) separadamente.

Assim, temos um total de 7 decisões, todas implementadas, sendo 4 decisões estratégicas (57,2%) e 3 decisões operacionais (42,9%).

Nas áreas estratégicas, temos 3 decisões na área de EI (42,9%); 2 decisões na área de PO (28,6%) e duas decisões na área de PS (28,6%). Não houve decisões na área de SI. Quanto ao tipo de Estímulo, 4 decisões foram estimuladas pela oportunidade (57,2%) e 3 decisões por problemas (42,9%).

Quanto ao tipo de solução encontrada, 4 decisões foram modificadas - *Modified* (MOD), 2 decisões foram customizadas - *Custom-made* (CM) e 1 decisão encontrava-se disponível - *Ready-made* (RM). Também nestes dois hospitais, os processos de tomada de decisão, estiveram maioritariamente sob atividades de política interna (PI), com 6 dos 7 processos de decisão reportados (85,7%) e apenas 1 processo sob atividades de política externa (PE) (14,3%).

Quanto aos passos registados ao longo de processo, 3 decisões integram os passos combinados de Pesquisa e Seleção (42,9%); 2 decisões apenas sob o passo de Design e 2 decisões registaram, os três passos previstos de Pesquisa, Design e Avaliação e seleção de Alternativas. O que é consistente com os resultados nas áreas estratégicas de Equipamentos e Instalações (EI) (3 decisões).

Implementação

Para além da caracterização do processo de tomada de decisão estratégico nos hospitais público portugueses, é nosso objetivo compreender e aferir a capacidade de exercício da estratégia, pois julgamos ser a capacidade de implementação das decisões tomadas um grande fator crítico para a capacidade estratégica das instituições.

Neste sentido tentámos apurar quantas e quais as decisões reportadas que foram implementadas, tentando compreender associações e correlações entre as diversas variáveis.

Numa primeira análise, foram feitas as frequências simples na variável implementação e posteriormente o cruzamento com a tipologia de natureza de responsabilidades. Verificámos que 9 hospitais tinham mais do que duas decisões não implementadas numa média de quatro decisões reportadas por hospital.

Verificámos (Quadro 55) que das 91 decisões reportadas, 66 foram implementadas (72,5%) e 25 não foram implementadas (27,5%).

Das 66 implementadas, 32 correspondem aos hospitais tipo I, 2 decisões ao tipo II, 20 decisões ao tipo III, 10 decisões ao tipo IV.a e 2 decisões ao tipo IV-c.

No entanto após análise detalhada, verificamos os hospitais tipo III que contribuem com 30,3% das decisões, em termos ponderados, revelam 87% das decisões implementadas.

Os hospitais tipo I, que são responsáveis por 48,5% das decisões, em termos ponderados, revelam apenas 68% das decisões, contrastando assim com os hospitais tipo III.

Quanto às decisões não implementadas, são os hospitais tipo I que mais contribuem com 60%, e em termos ponderados com 31,9%, muito próximos dos 33,3% dos hospitais tipo II e tipo IV.c revelando alguns problemas de implementação.

Os hospitais tipo III apresentam o valor mais baixo de não implementação, quer nas frequências relativas com 12%, quer nas frequências ponderadas, com 13%.

Quadro 55 – Caracterização da implementação das Decisões por natureza de Responsabilidades

		Total Decisões	Decisões Implementadas	% Rel	% Pond	Decisões não- Implementadas	% Rel	% Pond
Tipo de Modelo Organizac ional	I	47	32	48,5%	68,1%	15	60,0%	31,9%
	II	3	2	3,0%	66,7%	1	33,3%	33,3%
	III	23	20	30,3%	87,0%	3	13,0%	13,0%
	IV-a	15	10	15,2%	66,7%	5	33,3%	33,3%
	IV-c	3	2	3,0%	66,7%	1	33,3%	33,3%
Total		91	66			25		
% Relativa			72,5%			27,5%		

No que se refere à percentagem de implementação, quando cruzada com a tipologia de natureza de responsabilidades, verificamos que existem 8 hospitais, com a totalidade das suas decisões implementadas (100%), sendo 4 destes hospitais de tipo I, e 3 hospitais de tipo III.

Se fizermos a ponderação, verificamos que 3 hospitais de tipo III correspondem a 75% da totalidade dos hospitais de tipo III, e que os 4 hospitais de tipo I correspondem a 36% da totalidade dos hospitais de tipo I.

Verifica-se, também, que 5 hospitais dos 7 hospitais (71,2%) que se encontram abaixo dos 60%, são do tipo I. Dos 11 hospitais do tipo I, 7 hospitais (64,5%), encontram-se abaixo dos 80% de implementação. Estes resultados apontam-nos para suscetibilidades quanto à capacidade de implementação e de exercício estratégico.

Os hospitais do tipo II e tipo IV-c, estão com 80% de implementação.

Os hospitais de tipo IV.a apresentam algumas disparidades: 1 com 100%; outro com 70% e outro com 40% de implementação. Sendo estes hospitais de especialidade com uma política própria, estes resultados são algo inesperados, revelando aqui suscetibilidades quanto à sua capacidade de implementação e de exercício estratégico que poderão estar relacionadas com outros fatores, que mais à frente se debaterão.

Os hospitais de tipo III, revelam, assim, serem os hospitais com maior capacidade de implementação e de exercício estratégico (Quadro 56).

Quadro 56 – Percentagem de Implementação por natureza de responsabilidades

		Tipo por Natureza de Responsabilidades					Total	% Rel
		I	II	III	IV-a	IV-c		
Percentagem de Implementação	30	1	0	0	0	0	1	5
	40	0	0	0	1	0	1	5
	50	3	0	1	0	0	4	20
	60	2	0	0	0	0	2	10
	70	0	0	0	1	0	1	5
	80	1	1	0	0	1	3	15
	100	4	0	3	1	0	8	40
Total		11	1	4	3	1	20	100,0

Após esta abordagem inicial entre decisões implementadas e não implementadas, torna-se necessário proceder à análise das decisões, tendo em conta a sua natureza de atividade, uma vez termos verificado que nem todas as decisões reportadas tinham sido consideradas à luz da literatura como decisões estratégicas, mas sim operacionais. Por outro lado, algumas careceram de autorização superior para ratificação, podendo de alguma forma condicionar a sua implementação. Para verificação, fizemos a desagregação e cruzamento de variáveis, do qual o quadro abaixo é resumo.

Do total de 91 decisões, 70 decisões foram implementadas, equivalendo a 72,5%. Dessas 70 decisões implementadas, 50 são estratégicas (54,9%) e 16 são operacionais (17,6%). Quer para as decisões estratégicas, quer para as decisões operacionais, foi feita a desagregação entre decisões com necessidade de autorização e sem necessidade de autorização.

Assim, verificamos que das 50 decisões estratégicas, 13 careceram de autorização (26%) e 37 não careceram de autorização (74%). Das 16 decisões operacionais, 6 careceram de autorização (22,9%) e, 10 não careceram de autorização (62%). Cerca de 74% das decisões estratégicas e 62,5% das decisões operacionais implementadas não careceram de autorização.

A questão coloca-se: se a autorização é condicionante ou não da implementação.

- i) por um lado pode ter a leitura de ser condicionante, razão pela qual as que carecem de autorização serem em tão menor percentagem;
- ii) por outro lado, tendo em conta que as decisões reportadas foram escolhidas por serem as decisões que estão em consonância com o plano estratégico, poucas carecem

de autorização, e em sua necessidade, a autorização não é um entrave;

iii) se a necessidade de autorização estará relacionada com alguma área estratégica específica;

Quando se procede à análise com os resultados ponderados, verificamos que os hospitais de tipo I são os que apresentam uma percentagem de implementação mais baixa (68,1%) e com menor percentagem de decisões estratégicas (68,8%), das quais 68,2% são decisões sem autorização, mas com maior percentagem de decisões operacionais (31,3%), das quais 60% não careceram de autorização.

Os hospitais tipo II, tipo IV-a e tipo IV-c, apresentam percentagens de implementação iguais (66,7%), sendo no tipo II, 100% decisões estratégicas e no tipo IV-c 100% decisões operacionais.

Nos hospitais do tipo IV-a, 80% são decisões estratégicas, repartidas igualmente (50%) com e sem autorização, e 20% decisões operacionais, a totalidade com necessidade de autorização.

Os hospitais do tipo III, são os que apresentam maior percentagem de implementação (87%), dos quais 90% são decisões estratégicas, maioritariamente sem necessidade de autorização (94%) e 10% são decisões operacionais, as quais sem necessidade de autorização (100%).

Estes hospitais revelam assim i) maior capacidade de implementação e menor condicionalismo perante a necessidade de autorização, nomeadamente nas decisões operacionais, em contraste com os hospitais de tipo IV.a e tipo I.

No quadro abaixo reporta-se a caracterização das decisões implementadas, tanto estratégicas como operacionais por natureza de responsabilidades (Quadro 57).

Quadro 57 – Caracterização das Decisões Implementadas por natureza e Responsabilidades

		Total Decisões	Total Implem	% Impl	Decisões Estratégicas	% Impl Pond	Est C/Aut	% Pond	Est s/Aut	% Pond	Decisões Operacionais	% Impl Pond	Op c/Aut	% Pond	Op s/Aut	% Pond
Tipo de Natureza de Respon- sabilidades	I	47	32	68,1%	22	68,8%	7	31,8%	15	68,2%	10	31,3%	4	40,0%	6	60,0%
	II	3	2	66,7%	2	100,0%	1	50,0%	1	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	III	23	20	87,0%	18	90,0%	1	5,6%	17	94,4%	2	10,0%	0	0,0%	2	100,0%
	IV-a	15	10	66,7%	8	80,0%	4	50,0%	4	50,0%	2	20,0%	2	100,0%	0	0,0%
	IV-c	3	2	66,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	100,0%	0	0,0%	2	100,0%
Total		91	66	72,5%	50	75,8%	13	26,0%	37	74,0%	16	24,2%	6	37,5%	10	62,5%
% Relativa				72,5%	54,9%						17,6%					

Legenda: Est-Estratégias; C/-Com; S/-Sem; Impl-Implementação ;Op-Operacionais ;Aut-Autorização

Quando procedemos à mesma análise por tipo de modelo organizacional (Quadro 55) verificamos que são os Centros Hospitalares (CH) Urbanos e os hospitais *Stand-Alone* quem mais contribui para a implementação, com 82,4% e 80% de implementação, respetivamente.

Os Centros Hospitalares (CH) Não Urbanos são os que apresentam o pior resultado com 57,9% de implementação.

Os CH Urbanos, revelam 85% de decisões estratégicas, das quais 91,7% não careceram de autorização, e 14,3% de decisões operacionais, as quais não careceram de autorização.

Os hospitais *stand-alone* revelam que 70% das decisões implementadas são de natureza estratégica, das quais 85,7% não careceram de autorização, mas apresentam 30% de decisões operacionais, das quais apenas metade (50%) não carecem de autorização.

Destes 30% de decisões operacionais implementadas, os hospitais Parcerias-Público-Privados (PPP) são responsáveis por 50%, ou seja, por 3 das 6 decisões, em contraponto com os 28,6% relativamente às decisões estratégicas, ou seja, 4 das 14 decisões.

No Quadro abaixo registam-se os resultados obtidos na caracterização das decisões implementadas por tipo de modelo organizacional (Quadro 58).

Quadro 58 – Caracterização das Decisões Implementadas por Modelo Organizacional

		Total Decisões	Total Implem	% Impl	Decisões Estratégicas	% Impl Pond	Est C/Aut	% Pond	Est s/Aut	% Pond	Decisões Operacionais	% Impl Pond	Op c/Aut	% Pond	Op s/Aut	% Pond
Tipo de Modelo Organiza cional	CH Urb	17	14	82,4%	12	85,7%	1	8,3%	11	91,7%	2	14,3%	0	0,0%	2	100,0%
	CH Nurb	19	11	57,9%	8	72,7%	4	50,0%	4	50,0%	3	27,3%	1	33,3%	2	66,7%
	ULS	12	9	75,0%	8	88,9%	2	25,0%	6	75,0%	1	11,1%	0	0,0%	1	100,0%
	St.Alone	25	20	80,0%	14	70,0%	2	14,3%	12	85,7%	6	30,0%	3	50,0%	3	50,0%
	Especiali	18	12	66,7%	8	66,7%	4	50,0%	4	50,0%	4	33,3%	2	50,0%	2	50,0%
Total		91	66	72,5%	50	75,8%	13	26,0%	37	74,0%	16	24,2%	6	37,5%	10	62,5%
% Relativa				72,5%	54,9%						17,6%					

Legenda: Est-Estratégias; C/-Com; S/-Sem; Impl-Implementação ;Op-Operacionais ;Aut-Autorização

Quando se cruza a tipologia de modelo organizacional com a tipologia de natureza de responsabilidades, verificamos que os hospitais de tipo 1 são constituídos por 4 CH Não Urbanos e 4 hospitais *Stand-Alone*, dois dos quais são hospitais de modelo organizacional PPP (Quadro 59).

Tal facto vai ter impacto nos valores médios de implementação no tipo I, uma vez que estes dois hospitais, têm uma percentagem de implementação de 100%.

Quadro 59 – Tipo de Modelo organizacional vs Tipo por Natureza de Responsabilidades

		Tipo de Natureza de		Responsabilidades		
		I	II	III	IV-a	IV-c
Tipo de modelo organizacional	Centro Hospital Urbano	0	1	3	0	0
	Centro Hospital Não-Urbano	4	0	0	0	0
	Unidade Local de Saúde	3	0	0	0	0
	Hospital <i>Stand Alone</i>	4	1	1	0	0
	Especialidade	0	0	0	3	1
Total		11	2	4	3	1

Assim, se conclui, que os CH urbanos, e os hospitais *stand-alone*, são os que revelam maior capacidade de implementação e maior percentagem de decisões estratégicas.

Apesar das ULS só representarem 75% das decisões implementadas, estas têm uma percentagem de decisões estratégicas muito interessante, nos 88,9%.

Os hospitais que revelam mais problemas de implementação são os hospitais Não Urbanos, os quais pertencem todos ao tipo I de natureza de responsabilidades.

Os Centros Hospitalares Urbanos, pertencem ao tipo II e III de natureza de responsabilidades, que já revelavam a maior implementação.

i) Síntese

Com este instrumento foram analisados os processos de tomada de decisão (PTD) à luz dos passos e dimensões do modelo adaptado ao do modelo de Mintzberg (1979).

Foram analisados o tipo de estímulo, o tipo de solução, o tipo de rotina, e passos do processo, designadamente, reconhecimento e diagnóstico da situação, pesquisa, *design*, seleção e avaliação de alternativas e autorização, e área estratégica.

Para além desta análise pelos olhos do modelo Mintzbergiano foi feita uma análise exaustiva, das frequências das variáveis, simples e ponderadas, cruzamentos e duplos

cruzamentos de variáveis, estabelecendo-se relações, associações e correlações de variáveis, para aferir a capacidade estratégica das organizações envolvidas neste estudo.

Foram reportadas 91 decisões, numa média de quatro decisões por hospital.

As decisões foram classificadas à luz da literatura especializada e 76.9% foram consideradas decisões estratégicas (DE) e 23.1% consideradas decisões operacionais (DO).

Hospitais do tipo I (51,6% amostra) com 68% DE; tipo II (3,3% da amostra) com 100% DE; tipo III (25,5% amostra) com 91.3% DE; tipo IV-a (16,5% amostra) com 86.6% DE e tipo IV-c (3.3% amostra) com 33,3% de DE.

Assim, conclui-se serem os hospitais de tipo III, os que mais decisões estratégicas reportaram ponderadamente e os Tipo IV-c os que menos decisões estratégicas reportaram ponderadamente.

Quando analisada a tipologia de modelo de Gestão verificamos que os hospitais sob o modelo Parceria Público-Privado (PPP) revelam um peso de 57,1% de decisões estratégicas e 42,9% de decisões operacionais.

Quanto ao tipo de Estímulo verificamos que maioritariamente (50,5%) das decisões são em reatividade a um problema ou mesmo crise, que apenas um quarto (25,5%) das decisões são tomadas proativamente e que os restantes 24,5 % das decisões são estimuladas por reatividade, mas com uma oportunidade envolvida.

São os hospitais tipo I que apresentam a maior percentagem de estímulo por reação (50%); os de Tipo III são os que obtêm maior percentagem na categoria de estímulo proactivo e de estímulo misto, com 26,1% e 34,8% respetivamente.

Quanto ao tipo de Solução encontrada, 67% constituem soluções modificadas com os hospitais de tipo I a serem os com maior percentagem de decisões modificadas (74,5%); 25.3 % dizem respeito a decisões customizadas à medida, com os hospitais de tipo III com maior percentagem nesta categoria de solução (43,5%) e 6,6% dizem respeito à categoria de solução já disponível, com os hospitais de tipo IV-a com maior percentagem nesta categoria (13%), sendo de salientar que os tipo III e tipo IV-c não apresentaram nenhuma decisão nesta categoria.

Quanto ao tipo de Rotina, 69,2% dos processos de tomada de decisão foram considerados processos envolvendo atividades de política interna, com especial relevo para as decisões nas áreas estratégicas de Planeamento e Organização e Sistemas de

Informação. Nestas atividades de política interna são referidos processos de sensibilização para a importância da tomada de decisão e de compreensividade na tomada de decisão e na integração das decisões. Em causa estão, aqui e de acordo com o já sugerido na literatura (Friedrikson, 1986), as limitações cognitivas dos elementos da gestão de topo, da pressão da cultura dos grupos de interesse, e suas percepções paroquiais.

Foram, também, referidas atividades de política externa em 30.8% dos Processos de Tomada de Decisão, com especial relevo para as áreas de Produtos e Serviços, estando em causa a obtenção de autorização superior para a ratificação da decisão.

No que se refere ao processo de tomada de decisão, constatou-se que todos os Processos de Tomada de Decisão tinham cumprido com a primeira das três fases identificadas no modelo de Mintzberg (1979), a fase de Identificação, com os passos de reconhecimento e diagnóstico da situação verificados nos 91 processos de decisão.

Verificamos que 30.8% dos Processos de Tomada de Decisão eram processos de *Design*, sem mais nenhum passo e 20.9% se referiam a Processos que resultavam da combinação dos passos de Pesquisa e Seleção. Verificou-se que os Processos de Tomada de Decisão que incluíam pesquisa eram aqueles que geravam mais alternativas e respetiva seleção, o que confirma as tendências verificadas na literatura (Mintzberg, 1979).

Todos os restantes Processos de Tomada de Decisão resultavam de combinações que envolviam sempre o *Design*, total ou parcialmente.

Na situação de Processos de Tomada de Decisão com *Design* total e sem qualquer outro passo (pesquisa ou avaliação e seleção de alternativas) encontram-se os hospitais de tipo II e tipo IV-c, com 66,7%. Os hospitais de tipo III com 30.1% das suas decisões desenhadas apresenta o resultado mais baixo na combinação dos passos de Pesquisa e Seleção (17.4%). Com valor mais baixo de Processos de Tomada de Decisão encontram-se os hospitais de tipo I e tipo IV-a, com 25% e 20% respetivamente.

Com Processos de Tomada de Decisão que resultam da combinação dos passos de Pesquisa, *Design* e Avaliação e Seleção de alternativas encontram-se os hospitais do tipo IV-a com o valor mais elevado, 40%, e os do tipo I com o valor baixo, 17% das decisões.

Com Processos de Tomada de Decisão que resultam da combinação dos passos de Search e *Design*, não deram origem a avaliação e seleção de alternativas, por terem optado pelo design da solução, são os hospitais de tipo I e de tipo III, que apresentaram

os maiores valores de 27,7% e 26,1% respetivamente. Nas outras tipologias esta situação é praticamente inexistente.

Assim, conclui-se que os Processos de Tomada de Decisão são, regra geral, resultados de atividades de *Design*, sem grande pesquisa de soluções nem de avaliação e seleção de alternativas. Os Processos de Tomada de Decisão, com pesquisa e seleção de alternativas, encontram-se, sobretudo, em decisões disponíveis (*Ready-Made*) e nas áreas de Equipamentos e Instalações e Sistemas de Informação. As áreas de Planeamento e Organização e Produtos e Serviços são áreas onde se verifica maior incidência de soluções adaptadas (*Modified*), e maior *Design*.

Quanto ao passo de Autorização verificamos que os hospitais de tipo IV-a são os mais condicionados pela necessidade de autorização superior (67,7%) e os hospitais de tipo III são os menos condicionados, com apenas 26,8% dos seus Processos de Tomada de Decisão a necessitarem de autorização superior. A explicação destas diferenças poderá estar relacionada com a natureza estratégica ou operacional da decisão e/ou com a área estratégica.

Assim, verificámos que entre as diferentes tipologias, os hospitais de tipo III são os que apresentam valores elevados (61% ponderados e 40% relativos) das suas decisões na área de Planeamento e Organização, em detrimento das áreas de Equipamentos e Instalações e Sistemas de Informação e que os hospitais de tipo IV-a apresentam os valores mais elevados (40% ponderados e 30% relativos) das suas decisões em Equipamentos e Instalações, em detrimento das áreas de Planeamento e Organização e Produtos e Serviços.

Os hospitais de tipo I estão representados com cerca de 25% em cada área estratégica e, em termos relativos, constituem 78,6% das decisões na área de Sistemas de Informação.

Os hospitais de tipo II e IV-c apresentam 100% e 67% na área de Planeamento e Organização, mas com um peso relativo de 8.6% e 5.7%, respetivamente.

Sendo as áreas de Produtos e Serviços e Equipamentos e Instalações (EI) as que têm menor percentagem de implementação e sendo as áreas Planeamento e Organização e Produtos e Serviços de natureza mais estratégicas do que as áreas Equipamentos e Instalações e Sistemas de Informação, julgamos que a área de Planeamento e Organização, apesar da política interna, não se encontra tão condicionada por necessidades de autorização superior, à exceção é de EI no caso do tipo de hospitais de especialidade, cujo equipamento pode estar relacionado com o seu *core business*,

apesar de muito importante do ponto de vista da estratégia organizacional.

No caso dos primeiros as necessidades de autorização poderão estar relacionadas com o montante de investimento necessário, mas a segunda (Sistemas de Informação) prende-se, claramente, com a pouca capacidade de implementação da estratégia organizacional (apesar do não despreciando impacto da forte centralização verificada no Ministério da Saúde, na área das tecnologias e sistemas de informação), diminuindo, no entanto, em ambos, a respetiva capacidade estratégica.

Quanto à implementação, os hospitais de tipo I são os que têm percentagens de implementação menores (68,1%) e, termos gerais, menor percentagem de decisões estratégicas e maior percentagem de decisões operacionais.

Os hospitais de tipo II, tipo IV-a e Tipo IV-c têm percentagens de implementação muito próximas (66,7%), mas no tipo II as decisões são todas de natureza estratégica (100%) e no tipo IV-c todas de natureza operacional (100%).

Os hospitais de tipo III são os que, de entre todas as tipologias, apresentam percentagens de implementação mais elevadas (87%), com 90% de decisões de natureza estratégica, das quais 94% não careceram de autorização superior e 10% de natureza operacional, das quais a totalidade (100%) sem necessidade de autorização superior e revelando, assim, ser a tipologia com mais capacidade de implementação e estratégia organizacional.

Os hospitais de tipo IV-c, com 66,7% de implementação, apresentam 80% de decisões estratégicas, sendo 50% carecidas de autorização superior, bem como 20% de decisões operacionais, a totalidade a carecer de autorização e revelando grande dependência de autorização superior e alguma fragilidade estratégica.

Quando se procede à análise por tipo de modelo e gestão organizacional conclui-se que os Centros Hospitalares urbanos, e os hospitais *stand-alone* (que integram os dois hospitais PPP, cuja percentagem de implementação é de 100%, o que está a inflacionar a média de implementação da tipologia *Stand-Alone* e do tipo I) são os que revelam maior capacidade de implementação e maior percentagem de decisões estratégicas.

Apesar das Unidades Locais de Saúde só representarem 75% das decisões implementadas, estas têm uma percentagem de decisões estratégicas muito interessante, na ordem dos 88,9%.

Os hospitais que revelam mais problemas de implementação são os hospitais Não Urbanos, que pertencem todos ao tipo I de natureza de responsabilidades.

Os Centros Hospitalares Urbanos pertencem ao tipo II e III de natureza de responsabilidades, resultados estes que estão em coerência com os apurados quanto à maior percentagem de implementação do tipo III.

Os hospitais PPP revelam-se de pendor mais executivo, com incumbência de fazer executar e implementar as decisões estratégicas organizacionais tomadas pelo órgão competente na organização a que pertencem.

6.4. SUMÁRIO

Este capítulo fez a apresentação dos resultados obtidos por cada um dos instrumentos e técnicas utilizadas e respetivas fases.

Verificou-se consistência e coerência dos resultados entre si.

No capítulo seguinte, proceder-se-á à integração e análise destes resultados, tendo sempre em mente a natureza qualitativa desta metodologia.

Os resultados serão discutidos e colocados em forma explicativa do fenómeno em estudo, tentando alcançar a geração de Teoria, segundo a lógica e propósito da *Grounded Theory*.

Capítulo 7 – Análise, Discussão e Teoria Emergente

Neste capítulo pretende-se levar a cabo a análise dos resultados obtidos nos diferentes instrumentos de recolha. Em seguida, procede-se à discussão de resultados, à luz da teoria existente, desenvolvida no enquadramento teórico.

Desta discussão emerge a teoria derivada do método utilizado (*Grounded Theory*).

7.1. INTEGRAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

De acordo com os resultados obtidos pela análise das entrevistas através do método *Grounded Theory*, os entrevistados consideraram que o problema da Estratégia e Capacidade Estratégica dos Conselhos de Administração dos hospitais públicos portugueses se deve, essencialmente, ao Modelo Estratégico e à Qualidade das Lideranças, tanto nacionais como organizacionais, com a Liderança a constituir-se como ponto central do problema de investigação.

No que diz respeito às soluções, consideraram que estas passarão também pelo repensar do Modelo Estratégico e de Lideranças, sendo as soluções apontadas, centradas na reformulação do Modelo Estratégico Organizacional, como forma de imprimir novos comportamentos e qualidade nas Lideranças. Ou seja, parece existir uma crença em que, se o sistema de gestão dos hospitais for bem desenhado, então as lideranças ganharão em qualidade.

As circunstâncias em que acontece a gestão dos hospitais públicos portugueses parece, assim, ser o gatilho para uma melhor performance futura dos Conselhos de Administração, acentuadamente carecida de carácter estratégico e que, naturalmente, exige lideranças capazes e orientação estratégica, ao nível nacional, da *governance* do Sistema Nacional de Saúde.

Seguindo a metodologia de fundo *Grounded Theory*, procedemos à integração dos três métodos, cujos resultados foram já apresentados separadamente.

Apesar de no instrumento utilizado para caracterização do Processo de Tomada de Decisão Estratégica ter sido verificada a existência de alguns *outliers*, isto é, de alguns

hospitais se destacarem demasiado dos restantes do seu grupo, alterando, consequentemente, os valores das médias, tal facto foi convenientemente analisado e tiradas as respetivas ilações. Por esse motivo, na nossa análise mais detalhada e focalizada, denominamos o conjunto de *outliers* que se destacam favoravelmente, como grupo G8.

A integração dos três métodos revelou consistência nas linhas gerais:

- O Estado revela dificuldades na *Governance* do Sistema Nacional de Saúde, quanto ao seu papel estratégico, de formulação, exigência e monitorização, como quanto ao seu modelo estratégico, na capacitação estratégica das suas organizações.
- o Conselho de Administração é um órgão influenciado pela política partidária.
- O Conselho de Administração não se revela um órgão Estratégico (apesar de ser essa a sua razão de ser) cujas Lideranças não têm perfil nem competências para o exercício estratégico.
- O problema da capacidade estratégica do Conselho de Administração está associado à Estrutura Organizacional, com enfoque:
 - i) Lideranças e Modelo do Conselho de Administração sem competências adequadas.
 - ii) Gestão Intermédia – inexistência de corpo sólido..

Ao longo desta análise articulada, foram surgindo alguns achados que serão de seguida identificados e discutidos, de forma a construir uma linha de pensamento através das suas relações e associações, rumo a um conjunto de conclusões.

O setor público, em particular o da saúde (pelas suas especificidades), herdou a mentalidade assistencial e providencial da saúde e administrativa de uma organização que não persegue o lucro, nem a otimização de recursos de qualquer espécie, caracterizando-se por uma administração paternalista, permissiva, carreirista e palco de política partidária

Para os entrevistados, o **Conselho de Administração não cumpre maioritariamente características de órgão estratégico, apesar de ser essa a sua razão de ser (achado 1)**. Trata-se na realidade de um órgão essencialmente executivo de decisões administrativas e operacionais, não sendo o desenho e a estratégia organizacional como

o seu objetivo maior. O Conselho de Administração mantém-se assim subordinado a uma lógica administrativa, falhando no objetivo de órgãos de governação de topo

É, pois, a seu ver, **um órgão político e politizado (achado 2)** numa administração pública permissiva, constituindo-se um palco da política partidária. Neste órgão não existem condições para o exercício estratégico sério, o qual, implica liberdade de pensamento e imparcialidade.

O desempenho do exercício estratégico organizacional depende quase exclusivamente das qualidades das lideranças e da sua força política interna e externa, assim como, e do entendimento destas acerca da missão organizacional e do seu papel para o seu cumprimento.

Consideram, ainda, que as **Lideranças se pautam pela falta de preparação técnica e de aptidão para o exercício estratégico e regem-se pela doutrina da Escola Administrativa (achado 3)**. É reconhecido entre os pares a falta de qualidade dos elementos do Conselho de Administração e o não exercício estratégico. Ao que parece tal será devido à constante presença de lideranças com perfil burocrático, característica preservada, segundo dizem, pelo modelo governação da saúde.

As Lideranças são mal preparadas e sem aptidão para o exercício estratégico que uma organização complexa exige, mantendo-se e replicando-se uma mentalidade administrativa e de perfil burocrático, traduzindo-se num Conselho de Administração reduzido à gestão do dia-a-dia, ausente de instrumentos e de política de gestão para o exercício estratégico.

Maioritariamente, os gestores entrevistados consideram que a **falta de planeamento estratégico nacional compromete a sua capacidade estratégica (achado 4)**. Esta situação deve-se, provavelmente, tanto à dificuldade de compreensão do conceito de estratégia organizacional, por impreparação para liderança e estratégia, como pela cultura administrativa da Administração Pública. Contudo, remetem a referida falta de planeamento para a tutela.

Assim, os entrevistados consideram que o comportamento administrativo-burocrático do Conselho de Administração (cumprimento de ordens superiores e administração do dia-a-dia), seja motivado, igualmente, pela falta de acompanhamento e incoerência por parte do Ministério da Saúde, face ao que se espera das organizações.

A maioria dos entrevistados considera que as Administrações Regionais de Saúde (ARS) deveriam ser eliminadas e a Administração Central dos serviços de Saúde

(ACSS) reformulada, pois muitas vezes impossibilitam a implementação das decisões tomadas pelo Conselho de Administração. Alguns gestores entrevistados consideram que este argumento esconde a desresponsabilização de muitos, pela sua falta de capacidade e exercício estratégico organizacional e de influência junto do seu ambiente-cliente.

No entanto, as lideranças revelam-se cansadas da falta de rumo estratégico da política nacional, bem como da qualidade das lideranças a montante, das quais dependem

E neste sentido surgiu a ideia de necessidade de criação de um órgão estratégico que participasse na formulação e desenvolvimento da Estratégia do Hospital, mas de uma forma conhecedora e participativa, o que consideram não acontecer atualmente. O certo, é que o exercício estratégico de um Conselho de Administração será mais difícil quanto maior for a ausência de sinergias com os órgãos a montante, originando grandes disparidades regionais.

Este aspeto, aliado à forma fluida e pouco clara para parte substancial dos entrevistados quanto à noção de estratégia e de decisão estratégica **(a noção de estratégia e de decisão estratégica confusas (achado 5))** conduz ao não reconhecimento da necessidade do exercício estratégico e provavelmente por não reconhecerem o conceito de estratégia organizacional.

Para os entrevistados, o Conselho de Administração deveria ser um órgão estratégico, com competências de desenho da estratégia organizacional. Atualmente, o Conselho de Administração integra, na sua perspetiva, o 2º nível estratégico, com alguns entrevistados a considerarem que deveria ser de 1º nível, ainda que integrando uma estrutura coletiva interna e/ou externa. Os entrevistados que reclamam tais posições encontram-se no grupo G8. Este facto revela-se interessante, pois são precisamente aqueles que revelam melhores resultados ao nível do exercício da capacidade estratégica que reclamam um nível mais elevado.

Apesar de algumas decisões do Conselho de Administração poderem ter algum cariz operacional, de acordo com o potencial de efeitos estratégicos, estas deveriam estar classificadas em níveis, e somente as que o apresentassem deveriam subir ao Conselho de Administração, deixando-o liberto para as incumbências estratégicas organizacionais.

Os Centros Hospitalares Urbanos reclamam competências estratégicas, queixando-se de estarem afundados em questões operacionais e os Centros Hospitalares Não Urbanos remetem a formulação e o planeamento organizacional para montante,

sentindo-se confortáveis na posição de gestão meramente doméstica (como mais à frente será referido). Tais factos traduzem, eventualmente, diferenças na seleção dos respetivos Conselhos de Administração ou posturas mais independentes e afirmativas dos Centros Hospitalares Urbanos, sustentadas em culturas de maior autonomia de natureza universitária, por exemplo.

A dificuldade identificada na enumeração de decisões estratégicas, já que muitas das reportadas eram, de facto, decisões administrativas e operacionais de curto prazo, revela o não reconhecimento do ambiente cliente como foco essencial da estratégia organizacional, permitindo o encontro organização-ambiente.

Ficou clara a falta de reconhecimento do Conselho de Administração quanto à sua responsabilidade, no que diz respeito ao desenho de uma estratégia organizacional, revelando assim grandes fragilidades em inovação e aproveitamento de oportunidades no seu ambiente.

Denotam uma considerável falta de noção de ambiente externo e, como tal, de necessidade de formulação estratégica organizacional, o que vai contra o espírito do modelo de governação do Sistema Nacional de Saúde, isto é, de um modelo descentralizado, que como tal, exige maior autonomia e estratégia.

Compreendemos, também, a relevância quanto à clarificação do papel dos órgãos de governação do Sistema de Saúde, uma vez verificada a existência de diferenças positivas em termos de estratégia e de capacidade estratégica em determinada zona geográfica. Segundo os entrevistados estas diferenças devem-se à qualidade na interpretação da missão e da visão estratégica global da respetiva Administração Regional de Saúde (ARS) e, ao que parece, pode relacionar-se, com a **capacidade estratégica dos hospitais ser bastante heterogénea (achado 6)**, isto é, há uma grande disparidade entre lideranças de hospitais Urbanos de grande dimensão e os hospitais Não Urbanos e de reduzida dimensão, em termos de capacidade de implementação e autonomia. Os entrevistados julgam que esta situação deve-se ao diferente poder das Lideranças sobre os órgãos a montante (ARS e tutela) e da existência ou não de liderança estratégica dentro do hospital, face à cultura e aos interesses paroquiais. As lideranças dos hospitais de maior dimensão e em grandes centros urbanos apresentam maior grau de liberdade face aos órgãos tutelares.

Segundo alguns gestores, a maioria dos Conselhos de Administração é meramente administrativa demasiado enredada na pequena política interna e poderes individuais, que o Conselho de Administração julga ser sua função satisfazer, para “não haver ruído

e todos manterem o seu poder” (hospital X). Esta situação revela-se inviabilizante da capacidade para inovar e reformar as instituições e, por conseguinte, para implementar decisões que sejam contrárias ao *status quo*.

Através da análise dos Processos de Tomada de Decisão Estratégica (PTDE), apurou-se que **as decisões estratégicas e não estratégicas são tomadas reativamente (achado 7)** e de forma mais ou menos arbitrária, mesmo em questões básicas de planeamento e organização, tendo em vista a restrição orçamental e a satisfação das vontades políticas internas e externas.

Os processos de tomada de decisão estratégica analisados são processos geralmente pouco formalizados e standardizados, determinados maioritariamente pela necessidade de reagir a estímulos positivos ou negativos gerados interna ou externamente, com adoção mais frequente de soluções resultantes de modificações de soluções adotadas noutras instituições ou contextos.

No entanto, é bem verdade que em estruturas dominadas pela complexidade, como as organizações de saúde, os Processos de Tomada de Decisão Estratégico são fruto de atividade política, trazendo dificuldade ao processo de tomada de decisões e à sua implementação. O Hospital, por se tratar de uma burocracia profissional, requer uma gestão cuidada das pessoas e dos múltiplos pequenos poderes, atenta e rigorosa, impondo a necessidade imperiosa de o Conselho de Administração gerir e liderar estas múltiplas, e nem sempre, alinhadas relações.

O que se verifica é que a maioria dos Conselhos de Administração é reconhecidamente deficiente nesta vertente e, por conseguinte, com pouca capacidade de implementação das decisões. Os Conselhos de Administração remetem-se, por isso, a funções que não lhes exijam estratégia e liderança, ou seja, administrativas e burocráticas, revelando um Conselho de Administração pouco autónomo, mas, também, sem metodologias de gestão, com restrições orçamentais, melhor ou pior resolvidas.

E assim, remetendo para a questão da autonomia, apurámos que os **hospitais de tipo IV-a são os mais condicionados com a necessidade de autorização superior e os hospitais de tipo III os menos condicionados (achado 8)**. Sendo os Institutos Portugueses de Oncologia (IPO) mais tecnológicos, são estes os que apresentam maiores condicionalismos face à imposição de mecanismos de autorização prévia da despesa e do escrutínio financeiro da tutela.

No entanto, também estes necessitam de um investimento em Planeamento Organizacional mais frequente em Hospitais do tipo III (não especializados, de maior

dimensão e complexidade), designadamente, em reconfigurações estruturais ou alterações das lideranças formais, em que não haja necessidade de recorrerem a mecanismos de autorização superior exteriores à organização, com tanta frequência.

A perda cada vez maior de autonomia financeira está a desviar o foco dos investimentos de substituição, ajustamento das instalações à procura do mercado e de inovação, para a melhoria da eficiência organizacional interna.

Segundo os gestores entrevistados, a maioria dos Centros Hospitalares limita-se a fazer o que lhes é imposto pelos Serviços Centrais do Ministério da Saúde (ACSS; DGS; SPMS; Infarmed), cuja capacidade de intervenção e reforço da centralização se viram robustecidos, designadamente e nos últimos anos, pelos objetivos do Memorando de Entendimento. Ao que parece, esta presença constante e “autoritária” do Ministério da Saúde (MS) de alguma forma empurra os Conselhos de Administração para a mera gestão da implementação das medidas tomadas centralmente, esgotando os recursos próprios e afastando-os, por isso, do desenvolvimento de iniciativas próprias com potencial de mudança organizacional, sendo muitas vezes essas escolhas condicionadas pelos interesses paroquiais e/ou individuais da coligação de topo, em detrimento dos critérios estratégicos, pensados e planeados, tendo em conta o ambiente-cliente externo dos hospitais. Os entrevistados, apesar de tudo, concordam, que as restrições financeiras impostas, por vezes de forma arbitrária, pelo Ministério da Saúde permitiram conter as motivações meramente individuais de algumas escolhas.

No entanto, verificamos que a política de austeridade, que poderia ser a “descoberta da oportunidade na ameaça” por parte das lideranças, é em grande medida inviabilizada pela falta de pensamento estratégico e capacidade da maioria das lideranças.

Este domínio dos serviços centrais do Ministério da Saúde reflete-se, forçosamente, na implementação das decisões. **As áreas estratégicas com maior percentagem de implementação são as áreas de Planeamento e Organização e as de menor percentagem de implementação são as áreas de Sistemas de Informação e Produtos/Serviços (achado 9).**

A dificuldade de implementação na área de Sistemas de Informação traduz os efeitos da centralização da área dominada pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), em que, portanto, a liberdade e autonomia dos hospitais é muito reduzida. O mesmo acontece relativamente à definição das carteiras de serviço de cada instituição, também ela muito limitada, seja pela definição legal e regulamentar do âmbito de atuação dos hospitais, seja pela centralização das decisões finais sobre contratação de

recursos humanos seja, ainda, pelas limitações impostas ao financiamento das instituições.

As áreas de Planeamento/Organização e Equipamento e Instalações são áreas onde se verifica maior incidência de soluções adaptadas (*Modified*) e maior *Design* (achado 10). Estas são áreas que envolvem toda a estrutura, mais difíceis de tomar devido à sua complexidade (pelo que necessitam de um maior esforço de *design* e atividade política interna), mesmo que possam referir-se a alterações configuracionais básicas, cuja solução já esteja disponível e tenha sido aplicada noutras organizações. No entanto, tal não significa, que o Conselho de Administração detenha as competências analíticas e estratégicas para o efeito. O facto das decisões estratégicas mais frequentes se verificarem no âmbito do Planeamento Organizacional e dos Equipamentos e Instalações pode refletir, por um lado, a existência de algum campo de manobra e autonomia dos Conselhos de Administração para determinarem internamente, quando existe vontade e capacidade, reconfigurações estruturais das organizações ou alterações das lideranças formais, sem necessidade de recorrerem a mecanismos de autorização superior exteriores à organização. Por outro lado, a dinâmica tecnológica e de ajustamento das instalações (à procura do mercado), centradas na realização de obras de ampliação ou renovação e de investimentos de substituição ou inovação, estão, agora, já sujeitas, em grande medida, aos mecanismos de aprovação da tutela.

Resulta claro que os hospitais menos diferenciados e com organização menos complexa (que, não só assumem, menos frequentemente, decisões de natureza estratégica, mas, também, o fazem em áreas mais dependentes de autorização superior externa) demonstram menor capacidade de implementação, o que sugere que a necessidade de **Autorização está negativamente associada à implementação (associação 1).**

Sendo **a Tomada de Decisão Estratégica um processo de atividade essencialmente política (achado 11)** e tendo em conta a qualidade das lideranças, a necessidade de autonomia para o exercício estratégico poderá causar ainda maiores assimetrias face à capacidade estratégica do Conselho de Administração e acentuar os interesses individuais e paroquiais.

O Conselho de Administração, para os entrevistados, pode ser “um palco para vaidades” (hospital X) e desalinhamento entre os interesses individuais e os interesses organizacionais. Tal poderá aumentar a discrepância face à qualidade e ao papel do Conselho de Administração. Pelo que, **a autonomia será perigosa para os resultados**

do SNS tendo em conta a má qualidade das lideranças e o deficiente funcionamento organizacional dos hospitais (fora do G8), mas indispensável ao exercício estratégico (exceto no G8) (achado12).

Adicionalmente, verificámos que a *Complexidade institucional encontra-se positivamente associada às decisões estratégicas nas áreas de Planeamento Organizacional e Produtos e Serviços e que a Especialização está positivamente associada à área de Equipamentos e Instalações (associação 2)*. Naturalmente, os hospitais especializados do tipo IV-a são mais tecnológicos pelo seu objeto organizacional, sendo que, os hospitais não especializados de maior dimensão e complexidade estão mais focados no planeamento estratégico organizacional, designadamente, pela descentralização da sua configuração estrutural e da sua política de gestão. Um Conselho de Administração que se comporta como um órgão centralizador fica esmagado por decisões executivas administrativas e sem tempo para a gestão estratégica e inerente liderança de pessoas.

Assim, *a capacidade estratégica está relacionada com a qualidade das lideranças, ou seja, com a “Limitação Cognitiva dos elementos da Coligação de Topo” (associação 3)*, uma vez que a capacidade de formulação estratégica e sua implementação dependem da vontade e da qualidade subjetiva dos elementos da coligação de topo.

É reconhecido que a capacidade de ação do Conselho de Administração depende do seu poder de liderança interno e poder político externo. Pelo que, o exercício e capacidade de implementação das decisões está dependente da qualidade subjetiva das lideranças que, regra geral, na administração pública são pouco empreendedoras, pouco inovadoras e com reduzida qualidade de liderança de pessoas e projetos.

No entanto, a maioria dos Processos de Decisão Estratégica não obedece a uma metodologia analítica que avalie alternativas. Verificámos que as decisões estratégicas dos hospitais exigem uma metodologia de avaliação das alternativas que não está disseminada pela gestão do hospital e, tratando-se de uma organização com as particularidades de uma burocracia profissional, um Processo de Decisão Estratégica acaba por ser um processo pouco analítico, fruto de um trabalho de persuasão e de política interna.

Estas particularidades das organizações hospitalares exigiriam que o Conselho de Administração fosse pouco permeável a pressões internas de poder e que tivesse um pensamento estratégico, que reconhecesse e alinhasse as necessidades do seu

ambiente com as da sua organização. A não observância destes pressupostos conduz à heterogeneidade e atual dicotomia relativa à capacidade estratégica. Os Conselhos de Administração precisam, assim, de acomodar as necessidades de cada tipologia tendo em vista o exercício estratégico. Neste sentido, compreende-se o manifestado pelos entrevistados quanto à necessidade de **reformular o modelo da Coligação de Topo (achado 13)**. Este assunto será retomado mais à frente.

No que diz respeito à capacidade estratégica do Conselho de Administração, verificámos que o órgão de governação de topo é um órgão de posicionamento reativo aos estímulos, sendo **os hospitais de maior Complexidade os que têm maior propensão à proatividade estratégica (achado 14)**. A maior proatividade, assim como a maior capacidade de implementação por parte dos hospitais de maior complexidade clínica e estrutural poderão ser explicadas pelos fatores de natureza cultural já referidos, os quais, por sua vez, podem replicar-se nas estruturas centrais do Ministério da Saúde, as quais, por essa via, reconhecem de forma implícita, maior capacidade, até de “dissidência”, aos hospitais mais complexos.

A existência do G8 – hospitais que se destacam acentuadamente quanto à maior à capacidade de exercício estratégico – **constituído pelos de maior complexidade e/ou estrutura organizacional assente em departamentos e gestão intermédia e Lideranças mais fortes (achado15)**, parece relacionar-se com o facto de a dimensão e complexidade clínica trazer necessidade de recurso a mecanismos para gerir o “caos”. Por sua vez, também apresentam uma maior delegação de competências executivas, revelando-se lideranças mais fortes face a uma política interna e externa e uma maior preocupação de liderança estratégica.

Resulta, assim, das entrevistas que a **Complexidade está positivamente associada à Implementação (associação 4)** com os hospitais de maior dimensão e diferenciação clínica a apresentarem maiores taxas de implementação, um pouco contra o que a literatura conclui, isto é, que a implementação é mais difícil em organizações mais complexas. No entanto, esta aparente contradição poderá encontrar justificação se considerarmos que é exatamente neste tipo de hospitais que encontramos modelos de gestão mais completos e estruturados (incluindo estruturas robustas de gestão intermédia), assim como, lideranças mais fortes, tecnicamente preparadas e reconhecidas.

Merecem referência especial o caso dos hospitais Parceria Público-Privada (PPP) e o das Unidades Locais de Saúde (ULS). É interessante notar a capacidade de

implementação dos hospitais PPP (com 100%), o que pode traduzir a clareza estratégica dos seus modelos de gestão, um foco na obtenção dos resultados esperados e, eventualmente, menor carga de política interna a desvirtuar o processo de tomada de decisões e sua implementação, tal como importa assinalar o caso das ULS que apresentam uma elevada percentagem de decisões estratégicas (88,9%) apesar de apenas conseguirem implementar cerca de 75%. No entanto, esta matriz parece traduzir uma maior riqueza organizacional das ULS, o que não surpreende se considerarmos que integram organizações de natureza e modos de produção muito diversa – cuidados primários e hospitalares – mas, também, uma dificuldade assinalável para as restantes, na implementação das decisões, seja porque parte delas carece de autorização externa, seja porque a dimensão da política interna e externa (não esqueçamos que os cuidados primários têm uma visibilidade direta para as populações e autarquias superior aos hospitais) assume maior relevo nesta realidade.

É de salientar, que no grupo das ULS, existe um *outlier*, tanto para o número de decisões estratégicas como para a implementação. Os seus valores muito superiores, parece dever-se à sua estrutura organizacional assente no corpo sólido de gestão intermédia.

A grande percentagem apurada de decisões que ficam por implementar e de medidas por tomar revela uma enorme incapacidade de “fazer as coisas acontecerem”. Um Conselho de Administração (CA) que não consegue que as suas decisões sejam implementadas (com ou sem alterações e ajustamentos) é um órgão sem capacidade para o efetivo exercício de gestão estratégica de topo, pelo que **a capacidade estratégica revela-se pela capacidade de implementação das decisões ratificadas (achado 16).**

Sem um modelo de gestão integradora não é possível haver gestão estratégica e implementação de decisões, conforme se verificou pelos resultados do estudo feito aos Processos de Tomada de Decisão Estratégica. Estes revelaram que os hospitais com mais dificuldade de implementação das decisões, mesmo que operacionais, encontravam-se ainda a iniciarem reformas organizacionais com vista à departamentalização e gestão intermédia. Assim, e de acordo com os gestores entrevistados, **existe necessidade de mudar o modelo de Gestão e capacitar a gestão Intermédia (achado 17).**

As formas organizativas escolhidas pelo Conselho de Administração, designadamente criando unidades funcionais ou departamentos, bem como todos os canais de comunicação inerentes, revelam-se como facilitadores ou dificultadores da

implementação das decisões, pelo que, nas organizações de maior dimensão e complexidade, o poder da liderança é maior interna e externamente. Assim, os Conselhos de Administração das organizações maiores e mais complexas são positivamente condicionados pela necessidade da própria organização de se ordenar na complexidade, resultando em Conselhos de Administração com maior capacidade estratégica.

Verifica-se que os Conselhos de Administração dos Centro Hospitalares Urbanos têm mais capacidade de implementação das suas medidas. Isto é muito provavelmente devido a corpos de gestão intermédia mais sólidos, maior delegação de poderes como forma de ordenação da complexidade, mostrando que **a complexidade está negativamente associada à interferência das limitações cognitivas da coligação de topo (associação 6)**. É que a complexidade, com as dificuldades de integração e gestão, propicia uma organização estrutural que sobrevive e aprende, criando canais de acomodação das características dos seus elementos.

A sua complexidade estrutural acompanhada por uma gestão intermédia e poder descentralizado, tirará partido, por um lado, das características positivas dos seus elementos espalhados por toda a organização e, por outro lado criará barreiras aos interesses individuais e pressões corporativistas dentro do Conselho de Administração. Assim, diminui-se o impacto das limitações cognitivas dos elementos da coligação de topo, num processo caracterizado por uma atividade de grande cuidado político. Para além disso, a gestão intermédia permite lidar com a necessidade de integração e compreensividade da estratégia, possibilitando, através do seu acompanhamento, ultrapassar a limitação cognitiva dos elementos da coligação de topo, isto é, os interesses e perceções individuais.

Assim, compreende-se estar a **capacidade estratégica associada à estrutura descentralizada (associação 7)**, pelo que emerge a necessidade de reformular o modelo organizacional, por forma a **acomodar a complexidade organizacional e suas tipologias através dos mecanismos de integração (achado 18)**.

Para este efeito, e de acordo com o que resulta das entrevistas, a reformulação do modelo estratégico organizacional, depende da vontade política do Ministério da Saúde, mas, sobretudo, da vontade da coligação de topo. Um órgão de Governação de topo administrativo e de gestão doméstica, dificilmente promoverá alterações organizacionais baseadas na delegação de poderes, pela ausência de visão estratégica que o suporte nesse sentido.

Assim, os entrevistados, revelaram que a tônica da mudança estaria, não só na descentralização do poder ao longo da organização, mas, primeiramente, na reformulação do modelo do Conselho de Administração, com vista a capacitá-lo para o exercício estratégico e assegurar a sua independência, face às interferências da “limitação cognitiva da coligação de topo”, isto é, dos interesses e percepções individuais desalinhadas com os interesses e estratégia de uma organização desta natureza.

Neste sentido, e tendo em conta as modificações introduzidas pelo Decreto-Lei nº 18/2017, de 10 de fevereiro, julgamos ser pertinente levantar a questão de estar o Conselho de Administração a transformar-se num órgão de competências exclusivamente executivas, à semelhança das organizações de tipologia Parceria Público-Privada, em que o seu Conselho de Administração se comporta como um órgão executivo estratégico, sendo o seu presidente uma figura aproximada de CEO, que responde perante um Presidente da sua organização. Ou seja, o seu *Chairman*, e representante de uma equipa *staff* profissional para o exercício estratégico rigoroso e informado, recorre aos instrumentos para planeamento e gestão estratégica, socorrendo-se de toda uma estrutura organizacional que assente num modelo de gestão e tomada de decisão descentralizado, estratégias de integração das diferentes hierarquias e linhas de poder.

Se assim for, então o atual modelo de Conselho de Administração está desajustado e deficiente, uma vez que não dispõe de um *chairman*, e muito menos, como refere a literatura, não dispõe de elementos não-executivos que assegurem o pensamento e o comportamento estratégico da coligação de topo.

Estas considerações são corroboradas por alguns gestores entrevistados em que mencionam a necessidade de criação de um órgão estratégico nacional, que a par com o Conselho de Administração, proceda à formulação estratégica e à inclusão de um elemento de carácter não-executivo no Conselho de Administração, representante do eventual órgão estratégico.

O rácio de elementos executivos e não executivos foi bastante referido como um dos problemas do modelo do atual modelo de governo dos hospitais. Alguns entrevistados referiram não concordar com a inclusão do Enfermeiro Diretor e do Diretor Clínico como elementos executivos, sobretudo se forem internos à organização, por fazerem subir ao topo, interesses paroquiais, remetendo-nos para a questão da independência e para a necessidade do repensar do desenho do órgão de gestão topo, de acordo com as estratégias de *design* das abordagens teóricas de *one-tier* e *two-tier* (Maasen, 2002).

No entanto, a questão da interferência da política partidária num órgão estratégico de topo subsiste. Importa, assim, garantir a independência destes órgão face aos objetivos político-partidários, os quais poderão ser contrários aos objetivos organizacionais e estratégicos.

7.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: A TEORIA EMERGENTE

O Desenvolvimento de Teoria fundamentada nos dados recolhidos, constitui-se como propósito da metodologia utilizada nesta investigação – *Grounded Theory*.

A Estratégia das organizações públicas, designadamente as organizações de saúde, pelas suas especificidades e pelos diferentes contextos em que se movem, está sujeita a constrangimentos particulares, pelo que se deduz “*ser a sua Estratégia necessariamente diferente face às organizações privadas*” (Ring e Perry, 1985), o que motivou esta investigação.

Tentou-se, assim, nesta investigação, compreender o comportamento e capacidade do Conselho de Administração enquanto órgão estratégico de topo.

Apesar da problemática desta investigação ser de difícil teorização, julgamos ser possível através dos dados recolhidos e do seu tratamento, o desenvolvimento de uma grelha teórica explicativa do “fenómeno” em estudo.

Esta grelha será construída através do encontro entre o apurado no nosso estudo e a literatura especializada.

O ambiente de protecionismo ao sector público e o facto deste se encontrar nas mãos de executivos eleitos que governam os recursos, fez e faz aparentar estar a Estratégia nas mãos dos políticos e a sua implementação nas mãos de Executivos nomeados, e também estes, políticos. Tal facto, refletiu-se na educação dos profissionais do sector público, em particular no setor da saúde, não só pelo ambiente estável caracterizado pelo ambiente do setor da saúde em Portugal, como pela mentalidade transmitida que um diretor de um hospital, deveria ser um médico (Simões, 2005) e não um gestor, pois a Saúde, segundo estes, não se gere, a saúde presta-se e de forma assistencial. E enquanto no sector privado se assistia, por parte dos executivos, a um percurso académico na linha da Gestão, os executivos públicos faziam incursões na linha da

Administração, e claro da Administração hospitalar. Esta crê-se ser a raiz da ideia, da crença vigente de que a Estratégia está na mão do Governo e que os Executivos apenas se limitam a administrar. E o setor da saúde é disso paradigma, não só (sobretudo no caso dos hospitais) por se tratar da prestação pública de um bem que sendo público é também concomitantemente um bem de mérito.

Esta crença cultural é de alteração lenta mas terá obrigatoriamente de começar pelos próprios.

Neste estudo os nossos entrevistados proporcionaram-nos o *status quo* vigente que foi lido através das lentes da literatura.

O Problema central apurado pelo método de *Grounded Theory*, utilizado neste estudo, consiste na liderança – liderança enquanto órgão de topo e liderança no que se refere às qualidades dos seus elementos.

Apesar de nas entrevistas os participantes remeterem os problemas das lideranças dos hospitais para as lideranças da governação do Sistema de Saúde, este trabalho tendo por objetivo o estudo da Estratégia e da capacidade estratégica da organização do Hospital, irá focar-se apenas nas lideranças dos hospitais, isto é, do órgão de governação de topo e no modelo organizacional, de acordo com a solução encontrada pelos nossos entrevistados que remete para um novo modelo estratégico organizacional, cuja estrutura contemple um órgão de topo de cariz estratégico e um modelo de gestão descentralizado, adequado à grande complexidade clínica e estrutural.

Será o Conselho de Administração um órgão estratégico, que formula, ratifica, implementa e monitoriza (Fama e Jansen, 1983), a Estratégia da sua organização?

O CA dos hospitais públicos portugueses não foi considerado pelos participantes deste estudo como um órgão estratégico, o que seria de esperar dado ser um órgão de governação de topo, o que contraria a literatura. De acordo com os Estatutos Hospitalares (Decreto-Lei nº233/2005, de 29 de dezembro) e do Estatuto do Gestor Público (Decreto-Lei nº71/2007, de 27 de março), esperar-se-ia um órgão estratégico. Deveria estar apto para cumprir com as funções de Serviço e de Controlo da Decisão (Fama e Jansen, 1983), ou seja, deveria estar capacitado para o exercício das funções de Gestão da decisão, com a Iniciação e Implementação estratégica, e com o Controlo da Decisão, através da Ratificação e da Monitorização Estratégica, de acordo com a Teoria de *Stewardship*, que defende o envolvimento do órgão na definição das opções estratégicas organizacionais, e não apenas na alocação dos recursos e de

representação (Teoria da Dependência dos Recursos e do *Stakeholder*), ou apenas na mitigação de problemas (Teoria Legalista e de Agência).

Neste sentido, o modelo de Governo, isto é, o atual modelo do Conselho de Administração, desempenha sofrivelmente as suas funções de órgão de governação de topo, isto é de cúpula estratégica.

É, então, um órgão executivo de decisões administrativas e operacionais de difícil classificação estratégica. Foi considerado como um órgão político e politizado permeável aos interesses partidários vertidos nos órgãos de governação do MS. Segundo os relatos dos nossos entrevistados, a personalidade dos elementos, naquilo que Friedrikson (1986) designa por limitação cognitiva e os seus interesses individuais, têm sido de grande relevância, considerando que a composição política partidarizada tem prevalecido em detrimento da formação profissional para escolha da coligação de topo.

Esta situação é mais acentuada nas organizações de menor dimensão, menor complexidade e não urbanas. Estas lideranças foram consideradas mais permeáveis que as outras, dada a menor capacidade de intervenção junto dos órgãos tutelares. A questão sociocultural ligada ao estatuto social dos elementos da coligação de topo também foi considerada uma das razões atribuídas.

A Política Interna é uma atividade característica de uma organização da saúde, o que requer do CA qualidades de liderança. Estas lideranças têm dificuldade em agir sobre a cultura por ausência de projeto organizacional. Mal preparadas e sem aptidão para o exercício estratégico que uma organização complexa exige, mantêm e perpetuam uma mentalidade e doutrina administrativa. De perfil burocrático, mantêm uma gestão diária deficiente em instrumentos e metodologias de gestão.

Quanto à Estratégia e sua responsabilidade estratégica denota-se dificuldade de compreensão do conceito de estratégia organizacional. Atribuem, maioritariamente, a responsabilidade do planeamento estratégico organizacional aos órgãos como a ARS e ACSS, com subsequente comprometimento do exercício estratégico organizacional, dada a falta de acompanhamento e incoerência por parte do Ministério da Saúde, face ao que se espera das organizações. São exemplos a falta de rumo estratégico da política nacional, bem como da qualidade das lideranças a montante.

As lideranças revelam ausência de preocupação com o ambiente externo contrariando o espírito do modelo de governação do Sistema Nacional de Saúde descentralizado, e portanto, com maior autonomia e estratégia.

As diferenças verificadas em termos de estratégia e de capacidade estratégica em determinada zona geográfica corrobora a importância do ambiente, da interpretação da missão e da visão estratégica global.

Nas estruturas complexas, como as organizações de saúde, os Processos de Tomada de Decisão Estratégico são fruto de atividade política interna dificultando a Tomada de Decisão e a sua implementação. Os CA são maioritariamente deficientes nesta vertente e, por conseguinte, com pouca capacidade de implementação das decisões.

Através da caracterização do Processo de Tomada de Decisão Estratégico, identificamos de acordo com o modelo integrado de decisão estratégica de Papadakis (2002), as cinco áreas contextuais condicionantes do desenvolvimento da decisão estratégica, mas: as características do ambiente interno, como a cultura e a sua estrutura organizacional, as características do ambiente externo, como a estabilidade e a complexidade e a seu diminuto reconhecimento, personalidade da gestão de topo, como as qualidades em termos de educação, formação, e valorização de resultados, quer do Presidente, quer da equipa de topo, são três das cinco áreas contextuais críticas.

Adicionalmente, o tipo de estímulo da decisão, naquilo que considera como características específicas da decisão, e as características organizacionais, como a dimensão, tipo de modelo de gestão, e área de atividade, que encontramos no tipo III, nos PPP. As áreas estratégicas que identificámos correspondem à quarta e quinta área do modelo de Papadakis (2002) que integra os achados da literatura especializada.

Assim, e de acordo com Papadakis (2002), a personalidade da gestão de topo e, consequentemente, do modelo de governo, é uma das dimensões críticas quanto ao desempenho estratégico.

Verifica-se que a grande maioria dos Conselhos de Administração não revela preocupações com uma das dimensões críticas para a desenvolvimento e tomada de decisão estratégica - o ambiente externo organizacional.

Para a grande maioria dos entrevistados, a estratégia encontra-se ao nível Macro e Meso do ambiente externo e não ao nível Micro, aquele que Crémadez (2004) denomina de ambiente cliente, o ambiente de proximidade do hospital.

Consideram, assim, haver um problema a nível da *governance* nacional que falha face à Estratégia. A ausência de noção de ambiente micro, de ambiente cliente, conduz à ausência de uma estratégia organizacional voltada para a satisfação desse ambiente cliente.

Por outro lado, e de acordo com a literatura, a Estratégia dependerá da forma como a sua estrutura construirá os canais de comunicação para que a estratégia possa fluir, canais esses que permitam acomodar a “limitação cognitiva dos seus elementos”, designadamente no alcance do que designam por ambiente da tomada de decisão estratégica. (Papadakis, 2002). Agir sobre este ambiente de decisão permite é agir sobre a capacidade estratégica. O ambiente de decisão é grandemente ditado pela estrutura e política de gestão da organização. Ao que parece as lideranças puxam para si competências, centralizando a decisão, moldando o ambiente da decisão e não favorecendo a descentralização do poder ao longo da organização.

Numa estrutura complexa, a sua configuração «tenderá a ser descentralizada, pelo que o controlo da decisão e do seu ambiente se constitui um fator de grande relevância para a integração e compreensividade estratégica, de acordo com as ideias de Friedrikson e Crémadez.

E é neste seguimento que enquadrámos a disparidade verificada entre um grupo de hospitais que revelam alguns desenvolvimentos na sua estrutura organizacional, face aos restantes hospitais. As tipologias de maior complexidade organizacional, apresentavam resultados mais satisfatórios, quer em termos de número de decisões estratégicas, quer em termos de implementação, em detrimento da tipologia mais simples, corroborando a ideia que a estrutura condiciona a estratégia ou pelo menos o tipo de decisão e a sua implementação.

No entanto, a coordenação da atividade da organização, apesar de algumas dinâmicas de reestruturação em busca de melhor performance, não tem tido grande êxito. Nem todas as organizações refletem recurso a novas combinações e agrupamentos de tarefas individuais, designadamente a organização em unidades funcionais e à departamentalização. Verificámos que muitos centros hospitalares de baixa e média complexidade, bem como alguns hospitais especializados, encontram-se ainda em fase de aprovação de novos regulamentos com vista à sua reorganização em departamentos, sobretudo em centros hospitalares fora dos grandes centros urbanos. É também de salientar, a heterogeneidade modelo de gestão, entre hospitais do mesmo tipo de estrutura organizacional vertical, as Unidades Locais de Saúde, em que apenas uma oferece uma lógica mais integrada, evidenciando uma estrutura organizacional adequada a uma política de gestão mais descentralizadora.

A Estratégia nos Hospitais públicos portugueses, por se tratarem de organizações antigas, segue a Estrutura, pelo que, a alteração de Estratégia implica uma mudança da estrutura organizacional.

Então, será a o tipo de estrutura organizacional uma grande variável escondida quando de Estratégia e capacidade estratégica do CA se fala?

As estruturas organizacionais são caracterizadas na literatura, face aos fatores críticos para a tomada de decisão, segundo três grandes dimensões: A Formalização, a Centralização e a Complexidade.

A estrutura hospitalar amplamente reconhecida como uma estrutura de Burocracia Profissional, é caracterizada sobretudo pela dimensão complexidade. No entanto, através do nosso estudo verificamos que de acordo com a sua tipologia, estas sofriam algumas alterações e revelavam algumas características das dimensões Centralização e a Formalização (Friedrikson, 1986). Nos hospitais de menor dimensão e complexidade, encontra-se o poder mais centralizado na coligação de topo, o que acarreta alguns constrangimentos à compreensividade estratégica, uma vez que o poder e a autoridade para a tomada de decisão encontrar-se mais concentrada no topo, o que não é positivamente associado a uma decisão na posse de toda a informação. Paralelamente as decisões estratégicas nestes hospitais, estão positivamente associadas às preferências da coligação de topo, ficando a organização à mercê das “limitações cognitivas dos seus elementos, e aos seus objetivos particulares” (friedrickson, 1986). A força da divergência entre objetivos dos membros torna os hospitais organizações altamente políticas, cuja cultura se torna difícil de gerir conforme relatado pelos nossos entrevistados.

Mais ou menos formalizada a nível operacional, o Hospital é uma estrutura dominada pela Complexidade e por conseguinte, reativa aos estímulos, uma vez, correndo o risco de não chegarem ao topo os problemas e oportunidades que oriundos de um qualquer ponto do centro operacional, por falta de reconhecimento da importância estratégica ou por serem ignorados, na origem, por serem contrários aos interesses paroquiais dos inicialmente expostos, conforme corroborado pelos nossos resultados. Tal será mais grave quanto menos houver um sistema descentralizado de tomada de decisão ao longo dos vários níveis e departamentos, ou seja, de formas de integração das diferentes linhas de poder dos profissionais especializados e da gestão, como Cremadez (1992) refere. Um elevado nível de complexidade resulta em diferentes orientações face aos objetivos dos diversos departamentos ou unidades do hospital. e como Bower (1970)

refere diferentes pessoas envolvidas com objetivos e preferências distintas, com saliência de objetivos individuais constituem uma série de constrangimentos ao processo de decisão.

Assim, torna-se difícil imaginar uma organização que se caracteriza por elevada complexidade, existir sem grande coordenação através de mecanismos de gestão Intermédia que facilitem a compreensividade e a integração face aos objetivos estratégicos organizacionais. Assim compreensividade da decisão estratégica no Hospital será afetada consoante a extensão da permissividade a estrutura aos comportamentos paroquias, quer sejam individuais, de unidade ou de grupo, facto muito referido pelos nossos entrevistados, quanto à dimensão política dominada por interesses e influências. Estes constrangimentos à compreensividade do processo de decisão estratégica conduzir a uma integração da decisão relativamente baixa, inviabilizando a conceito de estratégia como um padrão único, integrado de decisões comuns a toda a organização (Mintzberg, 1979), o que confere com o relatado pelos nossos entrevistados quando caracterizam a organização como rígida, estagnada e desmotivada porque apesar de o ambiente interno ser complexo devido as características inerentes da organização hospital, como formação avançada, mão-de-obra intensiva, as suas competências são estandardizadas e altamente especializadas, resultando num ambiente de acomodação devido forças centrífugas originadas pela politização que impede que a organização faça diferente.

A Politização, segundo Eisenhard e Bourgeois (1988) está negativamente associada aos resultados, ou seja, à performance organizacional. Nos hospitais, as estruturas são complexas mas os ambientes estáveis, condições ideais para a descentralização, a qual contribui, segundo Wooldridge e Floyd (1988) para melhores resultados, e cuja estabilidade no ambiente, poderia ser aproveitada para introdução de alguma racionalidade, a qual está positivamente associada à performance organizacional (Dean e Sharfman, 1996), que segundo apurado através do relato do processo de tomada de decisão, a racionalidade e a metodologia para a tomada de decisão racional não existe na maioria das organizações entrevistadas.

Nas organizações sob a chancela da Dimensão Complexidade, a coligação de topo desempenha um papel, de liderança integradora das múltiplas linhas de poder, dos diversos e disparejos projetos e competências dos seus profissionais, através da alocação de recursos para aqueles que ofereçam sinergias (Friedrikson, 1986), e capacitando a organização com mecanismos de integração que recebem os estímulos, sejam problemas ou oportunidades, no local onde são sentidos inicialmente e que sejam

estratégicos para a organização, através de uma miríade de competências, que importa definir e que segundo os nossos entrevistados constituem o grande fator crítico dos Conselhos de Administração dos hospitais. Tal facto remete-nos para a Personalidade da coligação de Topo, uma das áreas críticas do modelo de Papadakis (2002).

De acordo com os resultados do nosso estudo, os hospitais de maior complexidade revelam decisões estratégicas mais elaboradas e com maior capacidade de implementação, e um maior investimento na sua reorganização em torno de um modelo de gestão descentralizado e uma estrutura organizacional mais voltada para o conceito de unidades funcionais, seguindo a lógica de Porter (2003) no seu artigo “The Strategy that will Fix Healthcare” (Porter, 2013).

Assim, o reconhecimento da complexidade da organização e da adequação da estrutura organizacional por forma a acomodar essa mesma complexidade, revela-se um dos grandes fatores críticos da Estratégia e da capacidade estratégica do hospital.

Parece surgir, assim, a importância de um corpo de gestão intermédia que, por um lado, consiga ir gerindo as dinâmicas políticas internas, através do acompanhamento e da participação, como, por outro lado, permitir do deslocamento do ambiente da decisão e do tomada de decisão para junto do local onde o estímulo, isto é, o problema ou a oportunidade surgiram. O que em última análise, comporta-se como o promotor e facultador da capacidade estratégica do órgão estratégico.

Do Conselho de Administração requer-se um papel estratégico. E este na verdade, resume-se a um papel de Liderança para a Estratégia. Este deverá dispor de competências técnicas e profissionais ao seu alcance, (não forçosamente de as ter todas no CA) pois o grande papel do líder é conduzir a organização, imprimindo, a velocidade e estabelecendo o rumo a seguir, sobretudo em momentos de mudança e de “transiência de paradigmas” (Rowe, 2008)

Considerando a evolução histórica dos modelos de gestão dos hospitais públicos portugueses, e os resultados desta investigação, consideramos que seguem a tendência referida na literatura, demonstrando dificuldades ao nível de *Governance* com especial enfoque em três dos cinco atributos TAPIC (acrónimo para Transparência, *Accountability*, Participação, Integração e Capacidade). Existe uma falha no atributo de Capacidade, isto é, na compreensão e implementação de modelos de cuidados de saúde diferentes do passado, formulação e capacidade estratégica, Integração, na articulação de mecanismos de coordenação, bem, como no atributo Participação, no que se refere a inclusão dos interesses dos vários stakeholders, preocupando-se

apenas, em acordo com Rappulo, (2015), com o dia-a-dia e no cumprimento de objetivos impostos por políticas de austeridade mais ou menos cega.

Neste sentido, o modelo de CA terá consequências no resultado das suas escolhas face ao *modus operandi* da sua organização. A falta do atributo Capacidade nos CA designadamente, na variabilidade de práticas ao nível da governação, entre hospitais, a pouca importância relativa às competências de gestão e a ausência de foco estratégico indicam, claramente, estarem os CA dos hospitais “mal preparados para os requisitos do virtuosismo organizacional necessário para abraçar o futuro da saúde que cada vez mais reside fora das suas paredes” (Rapullo, 2015).

Tendo em conta a tendência verificada nos países com Sistemas de Saúde Nacionais Europeus, a articulação de alguns modelos teóricos e de abordagens de *governance*, deverá revelar-se o mais frutífero para espelhar a complexidade das políticas de saúde europeias e os desafios da governação e *governance* do Hospital Público.

Sendo, segundo os nossos entrevistados, e de acordo com o apurado através da caracterização do PTDE, o CA é um órgão pouco estratégico, cujas decisões são, de acordo com a literatura, maioritariamente operacionais e administrativas, e com dificuldades acentuadas ao nível de ratificação e implementação, denunciando problemas nas funções de Controlo, mas também nas funções de Serviço, com dificuldade na implementação das decisões ratificadas.

Se parece não terem problemas na iniciação das suas decisões, no entanto, revelam agir estimulados pela reação e não pela proatividade, que quando fazendo, se revelam, imposições da Tutela, sobretudo desde o Memorando de Entendimento, e não propriamente fruto do seu caráter empreendedor e pensamento estratégico. Por outro lado, a permeabilidade aos interesses paroquiais e político-partidários, a par com as limitações cognitivas dos elementos, levam-nos a considerar que a sua independência face aos interesses está bastante comprometida com este modelo de governo, isto é, de governação de topo.

Assim falar de Estratégia e capacidade de exercício estratégico por parte dos Conselhos de Administração dos hospitais públicos portugueses, significa falar de reformulação das organizações, Significa falar de um novo modelo estratégico organizacional. Significa mudar o paradigma.

Parece-nos que o desempenho e a capacidade estratégica dos hospitais tem assentado muito na qualidade dos indivíduos que o compõem. Na forma como estes interpretam

as competências e a missão, quer do seu órgão, quer do hospital, como organização. A existência dos grandes 8 hospitais é disso ilustrativo.

Consideramos que a qualidade de um modelo estratégico assenta na qualidade do seu desenho, da sua conceção, uma vez que a estrutura do órgão de governação de topo depende tanto, de uma boa gestão das relações externas, como, dos objetivos de eficiência interna (Young, Beekun e Ginn, 1992). Neste sentido, julgamos que dotar o Conselho de Administração de capacidade de formulação e implementação das suas decisões estratégicas, isto é, de exercício estratégico, passa pelo desenho do órgão de topo, que promova as competências estratégicas – pensamento estratégico, participação e inclusão dos diversos interesses (dos stakeholders e shareholder) e independência. Esta independência, designadamente face aos poderes paroquiais, político e partidários de que estes órgãos parecem padecer, julgamos que poderá grandemente facilitada através da separação dentro do Conselho de Administração, da legitimidade representativa e política e da representatividade executiva.

Para que o órgão de governação de topo seja um órgão estratégico, com capacidade estratégica deverá deixar de estar focado no individuo para se focar no sistema organizacional e na sua excelência. Assim se modelará comportamentos, se inscreverão boas práticas no *dna* organizacional e se conseguirão descobrir esquemas organizacionais aprendentes. Afinal, “Um bom líder é aquele que se torna prescindível” (Hospital 11)

Figura 18 – Quadro síntese simplificado da Teoria Emergente



7.3. Sumário

Neste capítulo foi feita a integração, análise e discussão dos resultados, procurando-se gerar Teoria explicativa do fenómeno.

E porque se conseguiu apurar o que os atores sentiam ser o problema e a solução do fenómeno em estudo – o CA enquanto órgão de Estratégia e sua capacidade para o exercício estratégico, no capítulo seguinte, serão feitas umas considerações conclusivas e apresentada uma proposta de composição para o órgão de governação de topo dos hospitais públicos portugueses,

CAPITULO 8 – Conclusão e Proposta

8.1. CONCLUSÃO

A mudança de paradigma na saúde alterou profundamente o comportamento e a forma como as organizações de saúde se relacionam e entendem o seu meio envolvente, criando assim, necessidades e formas novas de organização interna.

Apesar de no início da história do hospital público português não ser claro que o desempenho do Hospital estivesse relacionado com o desempenho da sua governação de topo, na governação empresarial, à qual o hospital se tem vindo a render, (muitos apontaram o problema de uma falsa empresarialização) esta associação entre o desempenho da organização e o desempenho da governação de topo, é hoje praticamente insofismável.

Ao longo da revisão de literatura, encontrámos os pressupostos da Estratégia e da governação de topo – os seus papéis, funções, independência e isenção –, para melhor servir os interesses dos seus interessados, por forma, a capacitar a governação de adequabilidade, de eficiência e inovação. E compreendemos o órgão de governação de topo do Hospital deveria ser, de acordo com a Teoria Stewardship, um órgão estratégico, e portanto, incorporar funções de Gestão de Decisão e de Controlo de Decisão distintas que, articuladas entre si, fossem ao encontro das expectativas e da satisfação das necessidades do mercado que serve. Compreendemos a interdependência entre Ambiente externo e Estratégia e como a satisfação de necessidades e de interesses de todos os “interessados”, direta ou indiretamente, na organização vem exigir preocupações e pensamento estratégico à governação de topo.

Através do nossa pesquisa de campo e da metodologia de análise escolhida, *Grounded Theory*, foi possível a integração dos três métodos, que se revelaram coerentes entre si, e permitiu responder à pergunta principal de investigação - É o Conselho de Administração um órgão estratégico e capacitado para o desenvolvimento e exercício estratégico? -, de forma objetiva.

A resposta a esta pergunta de investigação é: os Conselhos de Administração dos hospitais públicos portugueses não foram considerados pelos entrevistados, como um órgão estratégico - quer ao nível de formulação, quer ao nível do planeamento

estratégico -, e sem capacidade para o desenvolvimento e exercício estratégico. O desbravar da resposta à pergunta principal de investigação fez emergir questões que abriram e alargaram os horizontes do estudo desta problemática.

Ficou claro, que o Conselho de Administração do hospital público português, enquanto órgão de governação de topo, não revela características estratégicas, de acordo com a literatura e segundo as recomendações da legislação nacional. A capacidade estratégica dos Conselhos de Administração é claramente diminuta, revelando um claro problema de interpretação da sua missão, por parte dos seus elementos. Existe um problema de capacidade de exercício estratégico e de implementação das decisões por ausência de uma política de gestão estratégica e da sua permeabilidade às pressões políticas interna, externa e partidária, o que impossibilita o exercício das funções para o qual este órgão foi pensado.

Existe claramente um problema relativo à noção de Estratégia. A dificuldade sentida remete para problemas de índole cultural - quer da Administração pública, quer perfil cultural das suas lideranças.

É de salientar que as lideranças se mostraram confusas quanto ao nível estratégico que se espera de um Conselho de Administração. Existe claramente um problema quanto à formulação Estratégica organizacional, e sua implementação. Não foi uniforme que estas seriam da sua responsabilidade. Revelam não saber o que se espera das suas lideranças e revelam pouca preparação para lidar com pressões de ordem política interna, externa e partidária.

Existem duas realidades distintas em Portugal: uma são os hospitais urbanos de maior complexidade e a outra são os hospitais não urbanos de reduzida complexidade.

Estas duas realidades manifestam-se não só pelas características individuais e *modus pensandi* das suas lideranças (i.e. Conselho de Administração) mas também pela estrutura e política de gestão que estas imprimem à sua organização.

Tal fez surgir o problema centrado na gestão intermédia e a associação destas com desempenho estratégico.

Revelou-se ser o problema das lideranças um problema sistémico, que envolve todo o sistema de governação nacional, ressaltando a crítica à existência das Administrações Regionais de Saúde.

O modelo estratégico revela-se assim, a base para o comportamento, quer do sistema de saúde, quer das organizações. A Estratégia requer o reconhecimento do ambiente,

isto é do cidadão. Adequar o sistema e suas organizações à satisfação das necessidades do cidadão e da saúde pública em geral, é o objetivo da Estratégia.

As lideranças enquanto órgão responsável de topo pelo desempenho e gestão do hospital terão de estar capacitadas para o exercício estratégico isento e independente de quaisquer pressões que não sirvam o cidadão enquanto grande *stakeholder* (e shareholder). São elas que imprimem o rumo, lideram pessoas e efetivam a caminhada da organização. Como capacitar então, os Conselhos de Administração com capacidade de formulação e implementação estratégica, de forma independente e isenta? Através do novo modelo estratégico organizacional, através da separação entre a política e a técnica. A autonomia indispensável ao exercício estratégico poder-se-á conseguir através da inclusão dos interesses de todos os stakeholders (shareholder incluído) num órgão representativo, e por conseguinte estratégico, que formularia a sua Estratégia, que seria responsável por tal Estratégia perante o Ministério da Saúde, tendo em conta o seu ambiente-cliente. Caberia à *governance* nacional assegurar que organizações estariam a ser eficientes na prossecução do interesse do cidadão, em consonância com as políticas nacionais de saúde traçadas, mas independente de influência política, e segundo os princípios da boa *governance* elencados pelos relatórios Cadbury e pela OCDE. As práticas da boa *governance* revelam-se cruciais na demonstração de *accountability* perante a tutela e perante todos os *stakeholders* (Mordelet, 2008). Este estudo para além de mostrar a insuficiência e ineficácia estratégica dos Conselhos de Administração, e da forma como estas encaram a gestão das organizações complexas que gerem, revelou também a ineficácia do modelo estratégico nacional e das suas lideranças.

Consideramos ser também de salientar, a alteração à composição do Conselho de Administração dos hospitais públicos, vertida no Decreto-Lei nº 18/2017, de 19 de fevereiro, vir reforçar o cariz executivo em detrimento do cariz estratégico. Esta tendência em transformar os Conselhos de Administração em Conselhos Executivos, será um sinal de dotar o Hospital de um efetivo Conselho Executivo e um pronúncio de alterações no seu modelo ou quererá, em última instância, anunciar menor autonomia estratégica? Pelas razões trazidas neste estudo, parece-nos pertinente a apresentação de uma proposta que promova a capacidade estratégica dos hospitais públicos portugueses.

Salientamos que este desenho está de acordo com as estratégias de *design* para a independência e isenção de um modelo de órgão de governação de topo.

Sendo este um estudo relativo ao hospital público, a posição do Estado como *stakeholder* e *shareholder* é muitíssimo relevante. A ideia de um Estado poderoso e tutelar, capaz de definir, unilateralmente e em cada momento, o interesse público a prosseguir (isto é, o interesse maior da comunidade) e quais as estratégias mais adequadas para o efeito, é bastante questionável.

O interesse público é, pois, um conceito dinâmico a ser pensado estrategicamente pelo conjunto dos seus interessados e não, apenas, por alguns. Pelo que se compreende a importância do aumento da intervenção da chamada sociedade civil na gestão estratégica de empresas públicas, como forma de dotar os seus órgãos de governação com capacidade de compreensão dos ambientes dos Hospitais e de agilidade para o ajuste e desenho das estratégias organizacionais, integrando, de forma consistente, os interesses e expectativas dos proprietários/acionistas (a sociedade organizada sob a forma de Estado) e a sociedade civil.

Todos os Hospitais são diferentes, requerendo, portanto, estratégias diferentes. Esta noção de diferença é essencial para justificar uma intervenção urgente nas organizações, designadamente no modelo de Conselho de Administração, órgão eminentemente estratégico.

8.2. PROPOSTA

Através do nosso estudo verificámos a urgência de dotar o Conselho de Administração dos hospitais públicos portugueses de características estratégicas, através de uma configuração, que promova e assegure a formulação e o exercício estratégico de forma isenta e independente de pressões desfavoráveis ao interesse da organização, da *governance* nacional e do cidadão, em particular.

Segundo a literatura, o papel estratégico e suas características inerentes, como o pensamento estratégico, em sido conseguido através de estratégias diferentes nas diferentes culturas, como é o caso das abordagens da Europa Continental e Anglo-Saxónicas, de um e dois níveis (executivos, não executivos) respetivamente, sendo a efetividade do alinhamento destes interesses plurais associada ao conceito de independência dos “*Boards*” ou Conselhos de Administração. Esta independência refere-se à separação de papéis dentro do próprio órgão, sendo que o órgão, como um

todo, deverá observar as duas grandes funções de Serviço e de Controlo, sendo a forma como o órgão organiza e distribui estas funções a determinar o nível de independência face aos interesses e limitações cognitivas dos seus elementos. (Maassem, 2002). Compreendemos neste estudo não estar a independência do órgão assegurada no atual modelo, assim como, a sua composição não evidenciar características estratégicas. O processo de tomada de decisão encontra-se centralizado no órgão de topo, estando estas funções concentradas sobretudo no seu presidente e onde a presença de elementos não-executivos tem vindo a ser diminuída, em contraciclo às atuais tendências na Europa e nos Estados Unidos. A forma de composição e de constituição atual do Conselho de Administração, revela-se igualmente pouco favorável à influência política, dada a relevância do Hospital público na cena política local e nacional (Mordelet, 2008)

Neste sentido, de seguida será desenvolvido um modelo cujo *design* pretende reunir os pontos fortes e diminuir as fragilidades dos modelos teóricos visitados.

O quadro 60 apresenta o resumo de toda a base teórica utilizada, de acordo com a perspetiva de convergência dos modelos teóricos, seguida da proposta de *design*.

Quadro 60 - Proposta Genérica do novo modelo de conselho de administração

	PERSPECTIVA DE CONVERGÊNCIA
BASE TEÓRICA	Teoria de <i>Stewardship</i>
MODELO HUMANISTA	Altruísmo, Teoria Y, Interesse Coletivo
ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO	Pequena
INCENTIVOS	Motivação e satisfação intrínsecas; Identificação com os objetivos organizacionais
PERSPECTIVA TEMPORAL	Longa
OBJETIVO	Aumento da performance
MECANISMO DE CONTROLO	Mecanismos de controlo internos e externos
MODELO DE <i>BOARD</i>	Orientado para o envolvimento; modelo participativo para empoderamento da gestão
IMPlicações NO DESIGN DO MODELO DE <i>BOARD</i>	PERSPECTIVA DE CONVERGÊNCIA
ESTRUTURA DE LIDERANÇA	Independente, separação de posições de CEO e de <i>Chairman</i>
COMPOSIÇÃO	Dominantemente externa
COMITÉS	Comitês de monitorização independentes de suporte
ORGANIZAÇÃO	<i>One-tier</i>
PAPÉIS DO <i>BOARD</i>	Integração da Gestão de Decisão e de Controlo de Decisão
AUTORES	Donaldson (1990); Donaldson e Davis (1991); Davis et al. (1997); Fama e Jansen (1983)

Fonte: Adaptado de Maassen, 2002. baseado em Davis et al. (1997:37); Jonnergård e Svensson (1995:68).

Design do Modelo Proposto

(1) Composição

A função estratégica relaciona-se estreitamente com a existência de elementos não executivos. Neste sentido, julgamos que o Conselho de Administração poderá ser unitário e composto por uma maioria de membros independentes não-executivos, exteriores ao hospital, vindos da comunidade, da indústria, da academia e, de forma genérica, da sociedade civil, representando os mais variados *stakeholders*, trazendo perspectivas enriquecedoras para o processo de tomada de decisão estratégica, e cuja diversidade é amplamente defendida pela literatura revela impacto na performance de curto e longo prazo (Ford-Eickhoff; Plowman e McDaniel, 2011; Naranjo-Gil, 2015). Os membros executivos deverão ser em número inferior ao número dos membros não-executivos e deverão ser compostos por elementos tecnicamente habilitados e com experiência de gestão, unidos num órgão unitário, eliminando, assim, a assimetria de informação existente num órgão binário.

(2) Estrutura de Liderança

A estrutura de liderança do órgão de governação de topo deverá separar os papéis de CEO (Presidente da Comissão Executiva) e de *Chairman* (*Presidente do Conselho de Administração*), dando ao CEO e à Comissão Executiva o papel de Gestão da Decisão e ao *Chairman* e ao núcleo de não-executivos o papel de Controlo de Decisão, defendendo, assim, os interesses dos *shareholders* e dos *stakeholders* e enriquecendo o Conselho de Administração com a sua visão, o que não aconteceria com a combinação das posições num só indivíduo, aumentando, assim, a rentabilidade e performance da organização. Trata-se de separar o papel de Governance (do Conselho de Administração como um todo), do papel de gestão do CEO (Dixit, 2017). O *Chairman* deverá ser um membro independente não-executivo, contribuindo para a independência do Conselho. (Maassen, 2002; Mordelet, 2008; Dixit, 2017)

(3) Comitês

Segundo a literatura, é possível manter a vantagem do modelo *one-tier*, no que se refere à rapidez para a tomada de decisão estratégica, e promover a independência do órgão

e o seu papel estratégico, através de uma estratégia de *Design* assente nos três pilares da estrutura de liderança, com papéis segregados na composição de *Board*, com elemento executivo na figura de CEO e uma maioria de elementos não-executivos e, por último, através da hierarquização do nível de gestão e de supervisão e/ou através da introdução de comités independentes.

No caso dos hospitais, a figura do Enfermeiro Diretor e do Diretor Clínico, elementos que acumulam funções clínicas no hospital, e de elementos executivos no Conselho de Administração tem sido polémica. O argumento a favor da sua inclusão no Conselho de Administração, por serem conhecedores do hospital tem levantado muitas dúvidas, não só na literatura, como no caso de alguns entrevistados neste estudo. Pelo que se propõem que estes possam integrar uma comissão técnica consultiva que reportará à comissão executiva. Desta forma, a contaminação política e dos interesses individuais, a falta de competências técnicas e profissionais para o desenvolvimento e exercício estratégico apontadas ao longo das entrevistas, seriam grandemente minimizados

Existe também a possibilidade da comissão executiva poder ser composta de acordo com o modelo *Board of Directors*, onde estes elementos se incluíam. No entanto, a questão colocada sobre a contaminação de política interna manter-se-ia.

Por ter sido o atual modelo muitíssimo criticada pela sua grande permissividade aos interesses individuais e ao poder político partidarizado, consideramos que o Conselho de Administração na atual mentalidade deveria ser um órgão dual. A promiscuidade entre os interesses político partidários e os interesses individuais dos elementos da coligação de topo põe em causa a prossecução do interesse organizacional e do interesse público. Julgamos no entanto que a situação ideal seria a unitariedade do órgão com características duais, a separação entre a legitimidade representativa e a legitimidade executiva de forma clara e inequívoca. Este modelo requer alguma evolução nas mentalidades e alteração das práticas habituais.

Nesse sentido, e na perspetiva de convergência dos modelos one e two-tier (Quadro 60), baseado na abordagem estratégica e de acordo com a teoria de *Stewardship*, na defesa da integração da gestão e controlo da decisão num único órgão, mas que integre as características de independência do *Board* dos modelos de dois níveis, propomos o modelo apresentado na Figura 18.

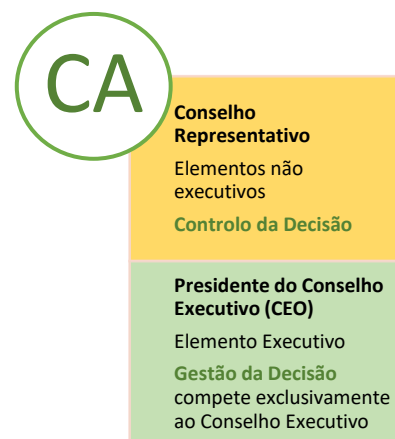
O modelo poderá assentar num Conselho de Administração com um número total de membros mais vasto e que integre elementos executivos e não executivos. A Gestão da decisão compete exclusivamente à equipa executiva (ou Conselho Executivo) composta por um CEO (Presidente do Conselho Executivo, responsável pela aplicação da política de gestão e modelo de gestão que deverá ser igual para todos os hospitais públicos) que representará o Conselho Executivo no Conselho de Administração.

O Controlo da Decisão compete aos restantes elementos do Conselho Representativo, os quais deverão ser não-executivos. Assim o Conselho de Administração será um órgão composto sobretudo por elementos não-executivos, o que está em consonância com o cariz estratégico do órgão.

Os elementos não-executivos deverão representar os interesses dos *shareholders* e *stakeholders* do hospital. Estes elementos não-executivos deverão trazer para o interior do Conselho as perspetivas dos *shareholders* (neste caso Ministério da Saúde, designadamente através da ACSS e Ministério das Finanças) e dos diversos *stakeholders*, através da inclusão de elementos da comunidade, da autarquia, da academia, da Indústria e das ciências médicas. Entre estes poderão estar presentes médicos e enfermeiros (desde que não sejam colaboradores do mesmo hospital), bem como economistas e gestores de outras organizações, por forma a integrar no Conselho a sua experiência de mercado e visão estratégica para a tomada de decisões de natureza estratégica.

Estes elementos não-executivos não deverão ter vínculo à organização para que não haja a tentação da representatividade de interesses corporativos vindos do interior da organização. O CEO não poderá acumular a Presidência do Conselho com a da Comissão Executiva, para garantir a independência do Conselho. Do Presidente do Conselho de Administração, espera-se um papel de *Chairman*, isto é, que assegure a prossecução dos interesses dos seus stakeholders, vertida na sua Estratégia, e que *elevados standards de governação clínica e organizacional sejam alcançados* (Dixit, 2017)

Figura 19 – Modelo Proposto para estrutura e composição do Conselho de Administração



Importa ainda referir que este modelo não prevê a inclusão de qualquer nível de direção técnica no Conselho de Administração ou Conselho Executivo. Assim, quer a Direção Clínica quer a Direção de Enfermagem deixariam de ter assento no Conselho de Administração pelo que o número de elementos do Conselho Executivo deveria ser reduzido até um máximo de 5, ficando os Diretores Clínico e de Enfermagem como instâncias de direção técnica, diretamente dependentes da Comissão Executiva. Caso estes fizessem parte da comissão executiva, na realidade tratar-se-ia dum “Board of Directors”

Este órgão poderá ser assistido por uma comissão técnica consultiva, composta por profissionais da instituição, para consulta periódica, ajudando à tomada de decisão do Conselho, bem como por uma comissão de auditoria e de remunerações, de acordo com as recomendações do relatório Cadbury I, II e Sarbannes-Oxley.

Este modelo pretende reunir os resultados da experiência identificados na literatura, integrando de cada teoria o que cada uma tem de melhor, nomeadamente no modelo teórico dos *stakeholders*, - que envereda esforços para os consensos e relações de longo prazo de colaboração e de envolvimento do *staff* e do cidadão- mas, sobretudo, através do desenvolvimento de uma mentalidade de *Stewardship* dentro do *Board* que, por meio da competência, “accountability” e monitorização da performance, promova a inovação e a renovação da organização, “*raison d’etre*” de um órgão Estratégico.

Síntese

Neste esquema para discussão propõe-se um modelo de governação baseado num órgão unitário (One-tier), com papéis simultaneamente de Gestão da Decisão e de Controlo de Gestão, distribuídos pelos seus membros executivos e não-executivos, respetivamente. A maioria pertencerá aos elementos não-executivos exteriores à organização, isto é, serão representantes da sociedade civil e todos os seus stakeholders externos e dos stakeholders internos (médicos, enfermeiros, técnicos diversos) mas sem vínculo à organização, por forma, a não permitir permeabilidade aos aspetos nefastos de corporativismo. Assim, ser-lhe-á facultada capacidade integradora dos diferentes interesses e perspetivas e, concomitantemente, capacidade de monitorização e controlo.

Este órgão, que poderá ser igualmente designado por Conselho de Administração, será liderado por um Presidente não executivo diferente do CEO (Presidente da Comissão

Executiva, o qual liderará o conjunto de membros executivos estruturados em Comissão Executiva). Os presidentes, da Comissão Executiva (CEO) e o Presidente do Conselho responderão pela sua performance e pelos seus resultados, de acordo com a teoria de *Stewardship* que considera o CEO como o guardião dos ativos da organização. A seleção dos presidentes do Conselho, dos elementos não-executivos deverá ser feita pelo Proprietário (o Estado). Quanto ao Administrador Executivo (CEO que preside à comissão executiva) não se encontra mais-valia em que este seja escolhido pelo Estado, tendo em conta a necessidade de separação dos interesses políticos dos interesses executivos. Os elementos executivos serão escolhidos pelo Presidente do Conselho (CEO) segundo uma lógica de competência técnicas e de gestão de organizações. Neste modelo requer-se que todos os seus elementos, quer executivos quer não-executivos, sejam avaliados, a título individual e coletivo, por mais do que um instrumento de mensuração e avaliação.

Um novo desenho dos órgãos de governação dos Hospitais públicos não dispensa, antes pelo contrário, torna mais urgente a revisão dos modelos de governação do Ministério da Saúde, mas também do Ministério das Finanças e das suas intervenções, quer na definição dos parâmetros gerais a que deve obedecer a gestão pública dos Hospitais, quer na forma como transmitem em cada Hospital e em cada situação concreta, a sua posição de proprietários/acionistas, assim como a responsabilização do Conselho de Administração pelos seus resultados.

Consideramos ser pertinente a continuação deste estudo e deste modelo, designadamente, em relação às vantagens ou não da unitariedade do órgão, tendo em conta, as características da cultura vigente no que se refere à permeabilidade político-partidária. Este estudo poderia ser conduzido através de um painel de peritos utilizando a metodologia Delphi alargado à comunidade académica-científica e comunidade.

BIBLIOGRAFIA

ALLISON, G.T.; ZELIKOW, P. – **Essence of decision: explaining the Cuban missile crisis**. New York, NY : Longman, 1971.

ALVES, A. - **Responsabilidade e governação na moderna gestão hospitalar**. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Aveiro, 2011.

ANDREWS, K. – Rigid rules will not make good boards. **Harvard Business Review**. November-December (1992) 34-40.

BARNETT, P.; PERKINS, R.; POWELL, M. – Been there, done that... where to now? Stakeholder perspectives on corporate governance of health services in New Zealand. **Health Manager**. 7 : 2 (2000) 10-13.

BARNETT, P.; PERKINS, R.; POWELL, M. – On a hiding to nothing? Assessing the corporate governance of hospital and health services in New Zealand 1993-1998. **International Journal of Health Planning and Management**. 16 : 2 (2001) 139-154.

BARNEY, J.; HESTERLY, W.S. – **Strategic management and competitive advantage**. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall, 2006.

BATE, P. – **Strategies for cultural change**. Oxford : Butterworth Heinemann, 1994.

BOWER, J. L. – **Managing the resource allocation process : a study of corporate planning and investment**. Boston : Harvard Business School Press, 1970.

BRAYBROOKE, D.; LINDBLOM, C. – **A strategy of decision : policy evaluation as a social process**. New York, NY : Free Press, 1970.

BURNS, T., STALKER, G. – **The management of innovation**. London : Tavistock, 1961.

BUTLER, R. et al. – Strategic investment decision-making : complexities, politics and processes. **Journal of Management Studies**. 28 : 4 (1991) 395-415.

CADBURY, A. – The future of governance : the rules of the game. **Journal of General Management**. 24 : 1 (1999) 1-14.

CARTER, E. E. – The behavioral theory of the firm and top-level corporate decisions. **Administrative Science Quarterly**. 16 : 4 (1971) 413-429.

CERTO, S.; PETER, P. – **Administração estratégica : planejamento e implantação da estratégia**. 2ª. ed. São Paulo : Pearson Prentice Hall, 2005.

- CHAFFEE, E.E. – Three models of strategy. **The Academy of Management Review**. 10 : 1 (1985) 89-98.
- CHANDLER, A. D. – **Strategy and structure : chapters in history of the industrial enterprises**. Cambridge, MA : The MIT Press, 1962.
- CHARMAZ, K. – Grounded theory : objectivist and constructivist methods. In : Denzin, N.K.; Lincoln, Y., ed. lit. – **The handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, CA : Sage Publications, 2000. p. 509-535.
- CHERRYHOLMES, C.H. – Pragmatism. **Educational Researcher**. 21 : 6 (1992) 13–17.
- CHIAVENATO, I. – **Administração de empresas : uma abordagem contingencial**. São Paulo : McGraw-Hill, 1982.
- CHOU, T.C, DYSON, R.G.; POWELL, P.L. – An empirical study of the impact of information technology intensity in strategic investment decisions. **Technology Analysis and Strategic Management**. 10 : 3 (1998) 325-339.
- COHEN, M.D.; MARCH, J.G.; OLSEN, J.P. – A garbage can model of organizational choice. **Administrative Science Quarterly**. 17 : 1 (1972) 1-25.
- CRAY, D. et al. – Sporadic, fluid and constricted processes : three types of strategic decision-making in organizations. **Journal of Management Studies**. 25 : 1 (1988) 13–39.
- CRÉMADEZ, M. – **Le management stratégique hospitalier**. Paris : InterEditions, 1992.
- CRÉMADEZ, M. – **Organization et stratégie**. Paris : Edition Dunod, 2004.
- CRESWELL, J.W. – **Research design : qualitative, quantitative, and mixed methods approaches**. 3rd. ed. London : Sage Publications, 2009.
- CYERT, R.M.; MARCH, J.G. – **A behavioral theory of the firm**. Upper Saddle River, NJ : Englewood Cliffs, 1963.
- DAVIES, G. – **Corporate reputation and competitiveness**. London : Routledge, 2003.
- DAVIES, A. – **Corporate governance: boas práticas de governo das sociedades**. Lisboa : Monitor, 2006.
- DAVIS, J. – **Board leadership roles and shareholder returns: an examination on agency theory**. Iowa, IA : University of Iowa, 1991. Doctoral Dissertation.
- DEAN, J. W.; SHARFMAN, M.P. – Procedural rationality in the strategic decision-making process. **Journal of Management Studies**. 30 : 3 (1993) 587–610.

DEAN, J.W.; SHARFMAN, M.P. – Does decision process matter? A study of strategic decision-making effectiveness. **The Academy of Management Journal**. 39 : 2 (1996) 368–392.

DECLARAÇÃO DE RETIFICAÇÃO N.º 2/2012. D.R. 1ª Série. 18 (2012-01-25) 450 – Retifica o Decreto-Lei n.º 8/2012, de 18 de janeiro, do Ministério das Finanças, que modifica as regras de recrutamento e seleção dos gestores públicos, bem como as matérias relativas aos contratos de gestão e à sua remuneração e benefícios, procedendo à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março, publicado no Diário da República, 1.ª série, n.º 13, de 18 de janeiro de 2012.

DECRETO-LEI n.º 129/77. D.R. 1ª Série (1977-04-02) 683-686 – Aprova a Lei Orgânica Hospitalar.

DECRETO-LEI n.º 233/2005. D.R. 1ª Série-A. 249 (2005-12-29) 7323-7333 – Transforma em entidades públicas empresariais os hospitais com a natureza de sociedade anónima, o Hospital de Santa Maria e o Hospital de São João e cria o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E. P. E., o Centro Hospitalar de Setúbal, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Nordeste, E. P. E., e aprova os respetivos Estatutos.

DECRETO-LEI N.º 270/70. D.R. 1ª Série. 132 (1970-06-15) 788 – Cria o Conselho de Direcção nos Hospitais Escolares.

DECRETO-LEI n.º 34 502. Diário da República Portuguesa. (1ºSemestre de 1945). 191-196 – Decreta Assistência Psiquiátrica.

DECRETO-LEI n.º 36 451. Diário da República Portuguesa. (2ºSemestre de 1947) 108-109 – Instaura o Hospital-Colónia Rovisco Pais.

DECRETO-LEI n.º 41 759. Diário da República Portuguesa. (2ºSemestre de 1958) 140-143 – Define a Organização do Hospital de Santa Maria.

DECRETO-LEI n.º 41 811. Diário da República Portuguesa. (2ºSemestre de 1958) 140-143 – Define a Organização do Hospital de S. João.

DECRETO-LEI n.º 413/71. D.R. 1ª Série 228 (1971-19-27) 1406-1434 – Promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência e revoga determinadas disposições legislativas.

DECRETO-LEI n.º 44 096. Diário da República Portuguesa. 1ª Série. 290 (1961-12-16) – Regula o funcionamento do Hospital Escolar de S. João, do Porto e revoga o Decreto-Lei n.º 41811.

DECRETO-LEI nº 48 357. Diário da República Portuguesa. 1ª Série. (1968-04-27) – Promulga o Estatuto Hospitalar.

DECRETO-LEI nº 499/70. D.R. 1ª Série. 247 (1970-10-24) 1553-1556 – Introduz alterações ao Regulamento Geral dos Hospitais aprovado pelo Decreto nº 48358 de 27 de abril de 1968.

DECRETO-LEI nº 93/2005. D.R. 1ª Série-A. 109 (2005/06/07) 3636-3637 – Transforma os hospitais sociedades anónimas em entidades públicas empresariais.

DECRETO-REGULAMENTAR nº 3/87. D.R. 1ª Série. 7 (1987-01-09) 111-120 – Aprova o regulamento dos órgãos de gestão e direção dos hospitais e revoga o Decreto Regulamentar n.º 30/77 de 20 de maio.

DECRETO-REGULAMENTAR nº 3/88. D.R. 1ª Série. Suplemento. 18 (1988-01-22) 256(2)-256(11) – Introduz alterações substanciais no domínio dos órgãos e do funcionamento global do hospital, bem como quanto à estrutura dos serviços.

DECRETO-REGULAMENTAR nº 30/77. D.R. 1ª Série. 117 (77-05-20) 1153-1160 – Aprova o regulamento dos órgãos de gestão e direção dos hospitais.

DECRETO-REGULAMENTAR REGIONAL nº 3/87/A. D.R. 1ª Série. 17 (87-01-21) 286-287 – Substitui o quadro de pessoal do Hospital de Angra do Heroísmo na parte respeitante ao pessoal técnico superior de instalações e equipamento, pessoal técnico de serviço social, pessoal técnico auxiliar dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, pessoal administrativo, pessoal operário e pessoal auxiliar.

DECRETO-REGULAMENTAR REGIONAL nº 30/77/A. D.R. 1ª Série. 293 (1977-12-21) – Aumenta o quadro do pessoal a que se refere o nº 2 do artigo 10.º Do Decreto Regulamentar Regional n.º 22/77/A, de 19 de julho (Secretaria Regional da Administração Pública).

DECRETO-LEI nº 12/2015. D.R. 1ª Série. 17 (2015-01-26) 542–543 – Procede à sexta alteração ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, integrando no seu âmbito as Unidades Locais de Saúde, E.P.E.

DECRETO-LEI nº 8/2012. D.R. 1ª Série. 13 (2012-01-18) 290-294 – Modifica as regras de recrutamento e seleção dos gestores públicos, bem como as matérias relativas aos contratos de gestão e à sua remuneração e benefícios, procedendo à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de Março.

DECRETO-LEI nº 18/2017. D.R. 1ª Série. 30 (2017-02-10) 694-701 – Regula o Regime Jurídico e os Estatutos aplicáveis às unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde

com a natureza de Entidades Públicas Empresariais, bem como as integradas no Setor Público Administrativo.

DECRETO-LEI nº 183/2015. D.R. 1ª Série 169 (2015-08-31) 6613-6615 – Procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de agosto, e à sétima alteração ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, no sentido de permitir a prática clínica por parte dos diretores clínicos do mesmo estabelecimento de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

DECRETO-LEI nº 244/2012. D.R. 1ª Série. 217 (2012-11-09) 6500-6505 – Procede à quinta alteração ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, modificando o regime jurídico e os estatutos aplicáveis às unidades de saúde com a natureza de entidades públicas empresariais abrangidas pelo mesmo diploma.

DECRETO-LEI nº 71/2007. D.R. 1ª Série. 61 (2007-03-27) 1742-1748 – Aprova o novo estatuto do gestor público e revoga o Decreto-Lei n.º 464/82, de 9 de Dezembro.

DECRETO-LEI nº 39/2016. D.R. 1ª Série. 144 (2016-07-28) 2462-2462 – Procede à terceira alteração ao Estatuto do Gestor Público, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 71/2007, de 27 de março.

DECRETO-LEI nº 216/2006. D.R. 1ª Série. 209 (2006-10-30) 7552–7553 – Oitava alteração ao Estatuto dos Militares da Guarda Nacional Republicana, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 265/93, de 31 de Julho.

DECRETO-LEI nº 151/98. D.R. 1ª Série I-A. 130 (1998-06-05) 2562-2569 – Altera o estatuto jurídico aplicável ao Hospital de São Sebastião.

DECRETO-LEI nº 16/87. D.R. 1ª Série. 125. (1987-06-01) 2182 – 2183 – Altera a Lei n.º 4/85, de 9 de Abril (Estatuto Remuneratório dos Titulares de Cargos Políticos).

DECRETO-LEI nº 129/77. D.R. 1ª Série (1977-04-02) 683-686 – Aprova a Lei Orgânica Hospitalar.

DECRETO-LEI nº 188/2003. D.R. 1ª Série I-A. 191 (2003-08-20) 5219-5230 – Regulamenta os artigos 9.º e 11.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

DECRETO-LEI nº 19/88. D.R. 1ª Série-3º Suplemento. 17 (1988-01-21) 248-(20)-248-(23) – Aprova a Lei de Gestão Hospitalar.

DECRETO-LEI nº 464/82. D.R. 1ª Série. 283 (1982-12-09) 4047-4050 – Aprova o estatuto dos gestores públicos.

DECRETO-LEI nº 588/99. D.R. 1ª Série-A 292 (1999-12-17) 9012-9019 – Estabelece o regime jurídico do sector empresarial do Estado e das empresas públicas.

DEMB, A.; NEUBAUER, F. – How can the board add value? **European Management Journal**. 8 : 2 (1990) 156-160.

DIXIT, S.K. – Strategic management in hospitals – theory and practice: orthopedic and spine services. **International Journal of Healthcare Management**. 9:3 (2016) 181-189..

DIXIT, S.K. – A new perspective emphasis on the public hospital governance. **International Journal of Healthcare Management**. (2017).

DONALDSON, G.; DAVIS, J.H. – Boards and company performance : research challenges the conventional wisdom. **Corporate Governance: an International Review**. 2 : 3 (1994) 151-160.

DONALDSON, L. – The ethereal hand : organizational economics and management theory. **The Academy of Management Review**. 15 : 3 (1990) 369-381.

DONALDSON, G.; LORSCH, J.W. – **Decision making at the top : the shaping of strategic direction**. New York, NY : Basic Books, 1983.

DRUCKER, P. – **Desafios da gestão para o século XXI**. Lisboa : Civilização Editora, 2000.

EECKLOO, K. et al. – From corporate governance to hospital governance : authority, transparency and accountability of Belgian non-profit hospitals' board and management. **Health Policy**. 68 : 1 (2004) 1-15.

EISENHARDT, K. M.; BOURGEOIS, L. J. – Strategic decision processes in high velocity environments : four cases in the microcomputer industry. **Management Science**. 34 : 7 (1988) 816–835.

ELDENBURG, L. et al. – Hospital governance, performance objectives and organizational form: evidence from hospitals. **Journal of Corporate Finance**. 10 (2004) 527– 548.

FAHEY, L. – On strategic management decision processes. **Strategic Management Journal**. 2 : 1 (1981) 43-60.

FAMA, E.; JENSEN, M. – Separation of ownership and control. **Journal of Law & Economics**. 26 : 2 (1983) 301-325.

FERLIE, E., et al. – **The new public management in action**. New York, NY : Oxford University Press, 1996.

FITZGERALD, L. – Moving clinicians into management : a professional challenge or threat? **Journal of Management in Medicine**. 8 : 6 (1994) 32-44.

FORD-EICKHOFF, K; PLOWMAN, D.A.; McDANIEL, R.R.J. – Hospital boards and hospital strategic focus: the impact of board involvement in strategic decision making. **Health Care Management Review**. 36:2 (April-June 2011) 145-154.

FOURAKER, L.E.; STOPFORD, J.M. – Organizational structure and the multinational strategy. **Administrative Science Quarterly**. 10 : 4 (1968) 47-64.

FRANCE. BOUTON COMMITTEE – **Promoting better corporate governance in listed companies : report of working group chaired by Daniel Bouton**, President of Société Générale Bank : Press Conference 23th Monday, September 2002. [Em linha]. Paris : Association Française des Entreprises Privées (AFEP). Association des Grandes Entreprises Françaises (AGREF), 2002. [Consult. 20.03.2017]. Disponível em http://www.paris-europlace.net/files/a_09-23-02_rapport-bouton_uk.pdf

FRANCE. VIÉNOT COMMITTEE – **The boards of directors of listed companies in France**. [Em linha]. Paris : Conseil National du Patronat Français (CNPF). Association Française des Entreprises Privées (AFEP), 1999. [Consult. 20.03.2017]. Disponível em http://www.ecgi.org/codes/documents/vienot1_en.pdf

FREDRICKSON, J.W.; IAQUINTO, A.L. – Inertia and creeping rationality in strategic decision processes. **The Academy of Management Journal**. 32 : 3 (1989) 516-542.

FREDRICKSON, J.W. – The comprehensiveness of strategic decision processes : extension, observations, future directions. **The Academy of Management Journal**. 27 : 3 (1984) 445–466.

FREDRICKSON, J.W. – The strategic decision process and organizational structure. **The Academy of Management Review**. 11 : 2 (1986) 280–297.

FREIRE, A. – **Estratégia : sucesso em Portugal**. 9ª. ed. Lisboa : Editora Verbo, 2003.

GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. – **The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research**. New Brunswick, NJ : Aldine Transaction, 2006.

GLAZER, R.; WEISS, A.M. – Marketing in turbulent environments : decision processes and the time-sensitivity of information. **Journal of Marketing Research**. 30 : 4 (1993) 509–521.

GREER et al. - Governance: a framework.. In: GREER, S.L.; WISMAR, M.; FIGUERAS, J. ed. lit. – **Strengthening health system governance better policies, stronger performance**. Brussels : World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2016. p. 27-56.

GREER, S.L.; WISMAR, M.; FIGUERAS, J., ed. lit. – **Strengthening health system governance : better policies, stronger performance**. Brussels : World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2016.

GREINER, L.E. – Evolution and revolution as organizations grow. **Harvard Business Review**. July-August (1972) 37-46.

GREINER, L.E. – Evolution and revolution as organizations grow. **Harvard Business Review**. May-June (1998) 37-46.

GUTHRIE, J.; TURNBALL, S. – Audit committees : is there a role for Corporate Senates and/or Stakeholders Councils? **Corporate Governance : an International Review**. 3 : 2 (1995) 78-89.

HAX, A.C.; MAJLUF, N.S. – **Strategic management : an integrative perspective**. Upper Saddle River, NJ : Prentice-Hall, 1984.

HAX, A.C.; MAJLUF, N.S. – The concept of strategy and strategy formation process. **Interfaces**. 18 : 3 (1988) 99-109.

HEYDEBRAND, W.V.; NOELL, J.J. – Task structure and innovation in professional organizations. In: Heydebrand, W.V., ed. lit. – **Comparative organization**. Upper Saddle River, NJ : Prentice-Hall, 1973. p. 224-237.

HICKSON, J. et al. – **Top decisions : strategic decision-making in organizations**. Oxford : Basil Blackwell, 1986.

ISERSON, K. – Hospital governing boards. **American Journal of Emergency Medicine**. 4 : 3 (1986) 269-273.

JOHNSON, G.; SCHOLLES, K.; WHITTINGTON, R. – **Exploring corporate strategy**. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall, 1993.

JONNERGÄRD, K.; SVENSSON, C. – Corporate Board behavior : emphasis in board fulfillment : a typology. **Corporate Governance : an International Review**. 3 : 2 (1995) 65-77.

JUDGE, W. – **Toward a theory of board involvement in the strategic decision process**. Chapel Hill, NC : University of North Carolina, 1989. Doctoral Dissertation.

KESNER, I.F.; JOHNSON, R.B. – An investigation of the relationship between board composition and stockholder suits. **Strategic Management Journal**. 11 : 4 (1990) 327-336.

KOVNER, A.R. – Hospital board members as policy makers : role priorities and qualifications. **Medical Care**. 12 : 12 (1974) 971-982.

LANGLEY, A. – Patterns in the use of formal analysis in strategic decisions. **Organisation Studies**. 11 : 1 (1990) 17-45.

LANGLEY, A. – In search of rationality : the purposes behind the use of formal analysis in organizations. **Administrative Science Quarterly**. 34 : 4 (1989) 598-631.

LEI nº 27/2002. D.R. 1ª Série. 258 (2002-11-08) 7150-7154 – Aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto.

LEI nº 2011/46. Diário da República Portuguesa. (1º Semestre de 1946). 125-109 – Estabelece a Lei de Bases da Saúde.

LIOUKAS, C.S.; PAPADAKIS, V. M. – Strategic decision processes and outcomes : effects of context. **Academy of Management Proceedings**. 1 (2003)

LORSCH, J. W. – **Pawns or potentates : the reality of America's corporate boards**. Boston : Harvard University Press, 1989.

LYLES, M. A. – Defining strategic problems : subjective criteria of executives. **Organizational Studies**. 8 : 3 (1987) 263–280.

LYLES, M.A.; MITROFF, I.I. – Organizational problem formulation : an empirical study. **Administrative Science Quarterly**. 25 : 1 (1980) 102-119.

MAASSEN, G.F.; VAN DEN BOSCH, F.A. – **Comparing major international corporate governance models: a tendency towards convergence of one-tier and two-tier board model? : paper presented at the Academy of Management, Boston, 1997**. Boston : Academy of Management, [1997].

MAASSEN, G.F. – **An international comparison of corporate governance models : a study on the formal independence and convergence of one-tier and two-tier corporate boards of directors in the United States of America, the United Kingdom and the Netherlands**. 3rd ed. Amsterdam, The Netherlands : Spencer Stuart, 2002.

- MACE, M. L. – **Directors : myth and reality**. Boston : Harvard University Press, 1971.
- MALLORY, G.R. et al. – Implanted decision-making : American owned firms in Britain. **Journal of Management Studies**. 20 : 2 (1983) 191-211.
- MARCH, J.G. – **Decisions and organizations**. Oxford : Blackwell, 1988.
- MARCH, J. G.; SIMON, H. A. – **Organizations**. New York, NY : Wiley, 1958.
- MARKIDES, C.C. – A dynamic view of strategy. **MIT Sloan Management Review**. 40 : 3 (1999) 55-63.
- MARSH, P., et al. – Managing strategic investment decisions. In: Pettigrew, A.M., ed. lit. – Competitiveness and the management process. Oxford : Blackwell, 1988. p. 86–136.
- McGREGOR, D. – **The human side of enterprise**. London : McGraw-Hill, 1984.
- MEYERSON, D.; MARTIN, J. – Cultural change : an integration of three different views. **Journal of Management Studies**. 24 : 6 (1987) 623–647.
- MIGUÉLEZ, M. – **La nueva ciencia : su desafío, lógica y método**. México : Trillas, 2002.
- MILLER, D. – Configurations of strategy and structure : towards a synthesis. **Strategic Management Journal**. 7 : 3 (1986) 233-249.
- MILLER, D. – The structural and environmental correlates of business strategy. **Strategic Management Journal**. 8 : 1 (1987) 55–76.
- MILLER, D.; FRIESEN, P. H. – **Organization : a quantum view**. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1984.
- MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B., LAMPEL, J. – **Strategy Safari: a guided tour through the wilds of strategic management**. NY: The Free Press, 2005.
- MINTZBERG, H.; RAISINGHANI, D.; THÉORËT, D. – The structure of "unstructured" decision processes. **Administrative Science Quarterly**. 21 (2) (1976) 246-275.
- MINTZBERG, H. – Patterns in strategy formation. **Management Science**. 24 : 9 (1978) 934-948.
- MINTZBERG, H. – **Power in and around organizations**. Englewood Cliffs, NJ : Prentice Hall, 1983.
- MINTZBERG, H. – Strategy-making in three modes. In: QUINN, J.B.; MINTZBERG, H.; JAMES, R.M., ed. lit. – **The strategic process : concepts, contexts and cases**. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1988.

- MINTZBERG, H. – **The structuring of organization**. London : Prentice-Hall, 1979.
- MINTZBERG, H.; WATERS, J.A. – Of strategies, deliberate and emergent. **Strategic Management Journal**. 6 : 3 (1985) 257-272.
- MONCRIEFF, J. – Is strategy making a difference? **Long Range Planning**. 32 : 2 (1999) 273-276.
- MONTEIRO, I. – Hospital, uma organização de profissionais. **Análise Psicológica**. 2 : 17 (1999) 317-325.
- MORDELET, P. – The impact of globalization on hospital management: corporate governance rules in both public and private nonprofit hospitals. **Journal of Management & Marketing in Healthcare**. 2 : 1 (2009) 7-14.
- NARANJO-GIL, D. – The role of top management teams in hospitals facing strategic change: effects on performance. **International Journal of Healthcare Management**. 8:1 (2015) 34-41.
- NARAYANAN, V.K.; FAHEY, L. – The micro-politics of strategy formulation. **The Academy of Management Review**. 7 : 1 (1982) 25-34.
- NICHOLS, F. – Comunicação informal. 2005.
- NICOLAU, I. – **O conceito de estratégia**: documento de trabalho. Lisboa : ISCTE, 2001.
- NODA, T.; BOWER, J. – Strategy making as iterated processes of resource allocation. **Strategic Management Journal**. 17 : S1 (1986) 159-192.
- NUTT, P.; BACKOFF, R. – **Transforming public organizations with strategic management and strategic leadership**. : Thousand Oaks, CA : Sage Publications, 1993.
- PANDIT, N.R. – The creation of theory : a recent application of the grounded theory method. **The Qualitative Report**. 2 : 4 (1996) 1–15.
- PAPADAKIS, V.M. – An empirical foundation of strategic decision-making processes: towards a synthesis and a future research agenda. **SPOUDAI : Journal of Economics and Business**. 52 : 1-2 (2002) 32-64.
- PECK, E. – The initial 18 months of an NHS Trust Board. **Health Services Management Research**. 7 : 3 (1994) 165-180.
- PETTIGREW, A.M. – Context and action in the transformation of the firm. **Journal of Management Studies**. 24 : 6 (1987) 649–670.

PETTIGREW, A.M. – The character and significance of strategy process research. **Strategic Management Journal**. 13 : S2 (1992) 5-16.

PETTIGREW, A.M. – **The politics of organizational decision-making**. London : Tavistock, 1973.

PETTIGREW, A.M.; FERLIE, E.; McKEE, L. – Shaping strategic change : the case of the NHS in the 1980s. **Public Money & Management**. 12 : 3 (1992) 27–31.

PFEFFER, J.; SALANCIK, G.R. – Organizational decision-making as a political process: the case of a university budget. **Administrative Science Quarterly**. 19 : 2 (1974) 135-151.

PFEFFER, J.; SALANCIK, G. – **The external control of organizations: a resource dependence perspective**. New York, NY : Haper & Row, 1978.

PIC, J.J. - **Europe's diverse corporate boards : how they differ from each other & the U.S.** San Francisco, CA : Spencer Stuart Executive Search Consultants, 1995.

PORTARIA nº 82/2014. D.R. 1ª Série 71 (2014-04-10) 2364-2366 – Estabelece os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, e o seu posicionamento da rede hospitalar e procede à sua classificação.

PORTER, M.E. – The economic performance of regions. **Regional Studies**. 37 : 6–7 (2003) 549–578.

PORTER, M.E. – **Competitive advantage : creating and sustaining superior performance**. New York, NY : The Free Press, 1985.

PORTER, M.E.; LEE, T.H. – The strategy that wilt fix health care. **Harvard Business Review**. October (2013) 1-29.

QUINN, J.B. – Strategic change. **Sloan Management Review**. 20 : 1 (1978) 7–19.

QUINN, J.B – **Strategies for change : logical incrementalism**. Chicago, IL : R.D. Irwin, 1980.

RAMANANTSOA, B. – Voyage en strategie. **Revue Française de Marketing**. 4 (1984) 21-33.

RAPOSO, V. - **Governança hospitalar: uma proposta conceptual e metodológica para o caso português**. Dissertação de doutoramento. Universidade de Coimbra, 2007.

REPULLO, J. – Austerity : reforming systems under financial pressure. In: GREER, S.L.; WISMAR, M.; FIGUERAS, J. ed. lit. – **Strengthening health system governance better policies, stronger performance**. Brussels : World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2016. p. 207-222.

REIMANN, B.C. – On the dimensions of bureaucratic structure : an empirical reappraisal. **Administrative Science Quarterly**. 18 : 4 (1973) 462–476.

REIS, V. – **Gestão em saúde : um espaço de diferença**. Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública, 2007.

RESOLUÇÃO DE CONSELHO DE MINISTROS nº41/2002. D.R. 1ª Série-B. 46 (2002-03-07) 1868-1869 – Estabelece medidas para permitir a transformação de estabelecimentos públicos prestadores de cuidados hospitalares em entidades públicas empresariais (EPE).

RESOLUÇÃO DE CONSELHO DE MINISTROS nº125/2005. D.R. 1ª Série-B. 149 (2005-08-04) 4502-4504 – Determina a reestruturação da administração central do Estado, estabelecendo os seus objectivos, princípios, programas e metodologia.

RESOLUÇÃO DE CONSELHO DE MINISTROS nº 121/2005. D.R. 1ª Série-B. 146 (2005-08-01) 4449 – Visa implementar a definição de orientações uniformes que fomentem o rigor e promovam a transparência da ação do Estado e dos titulares da gestão das entidades públicas empresariais e sociedades anónimas de capitais exclusiva ou maioritariamente públicos, aplicando-se ainda estas medidas, com as devidas adaptações, aos institutos públicos.

RICH, P. – Inside the black box : revealing the process in applying a grounded theory analysis. **The Qualitative Report**. 17 : 25 (2012) 1–23.

RING, P.S.; PERRY, J.L. – Strategic management in public and private organizations : implications of distinctive contexts and constraints. **Academy of Management Review**. 10 : 2 (1985) 276–286.

ROBBINS, S.; JUDGE, T.; JUDGE, T. – Organizational behavior. Upper Saddle River, NJ : Pearson Prentice Hall, 2008.

RODRIGUES, C. – **Governança de organizações públicas em Portugal : a emergência de modelos diferenciados**. Ramada : Edições Pedagogo, 2011.

ROWE, J. – **Studying strategy**. London : Bookboon, 2008.

SCHEIN, E. – **Organizational psychology**. New York, NY : Prentice-Hall, 1980.

- SCHEIN, E. – **Organizational culture and leadership**. San Francisco, CA : Jossey-Bass, 1997.
- SELZNICK, A. – **TVA and the grass roots**. 2nd ed. Berkeley, CA : University of California Press, 1966.
- SIMÕES, J. – **Retrato político da saúde**. Coimbra : Almedina, 2005.
- SIMON, H.A. – **Administrative behavior : a study of decision-making processes in administrative organization**. 3rd ed. London : The Free Press, 1976.
- SIMON, H.A. – Rational decision making in business organizations. **The American Economic Review**. 69 : 4 (1979) 493–513.
- SOLOMON, G.; SHEPARD, A.; PODOLNY, J. – **Strategic management**. San Francisco, CA : John Wiley, 2001.
- STEIN, J. – Contextual factors in the selection of strategic decision methods. **Human Relations**. 34 : 10 (1981) 819–834.
- STEINER, G. A.; MEINER, J. B. – **Management policy and strategy : text, readings and cases**. New York, NY : McMillan Publishers, 1977.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. – **Basics of qualitative research : techniques and procedures for developing grounded theory**. 3rd ed. Sage Publications, 2008.
- THOMPSON, J.D. – **Organizations in action : social science bases of administrative theory**. Piscataway, NJ : Transaction Publishers, 1967.
- TRICKER, R. – **Corporate governance, practices, procedures and powers in British companies in their boards of directors**. Oxford : The Corporate Policy Group, 1984.
- UK. COMMITTEE ON CORPORATE GOVERNANCE. **Hampel Committee Report**. London : Gee Publishing, 1998.
- VASCONCELOS, E. – **Estrutura das organizações**. São Paulo : Pioneira, 1989.
- VERSCHOOR, C. – Benchmarking the Audit Committee. **Journal of Accountancy**. September (1993) 59-64.
- UK. COMMITTEE ON THE FINANCIAL ASPECT OF CORPORATE GOVERNANCE AND GEE AND CO.LTD – **The Cadbury Report**. London : Gee Publishing, 1992.
- UK. NHS – Code of conduct for NHS managers. London : Department of Health. NHS, 2002.

- WIESBACH, M. – Outside directors and CEO turnover. **Journal of Financial Economics**. 20 (1988) 431- 460.
- WHITTINGTON, R. – **What is strategy and does it matter?** 2nd ed. London : Cengage Learning, 2001.
- WOOLDRIDGE, B.; FLOYD, S.W. – The strategy process, middle management involvement, and organizational performance. **Strategic Management Journal**. 11 : 3 (1990) 231-241.
- WRIGHT, P.; KROLL, M.J.; PARNELL, J.A. – **Strategic management : concepts and cases**. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall, 2009.
- YOUNG, G.; BEEKUNN, R.I.; GINN, G.O. – Governing board structure, business strategy, and performance of acute care hospitals: a contingency perspective. **Health Services Research**. 27:4 (October 1992) 543-564.
- ZAHRA, S. – Increasing the board's involvement in strategy. **Long Range Planning**. 23 (1990) 109-117.
- ZAHRA, S.; PEARCE, J. – Rationalizable strategic behavior and the problem of perfection. **Econometrica**. 52 : 4 (1984) 1029-1050.
- ZAHRA, S.; PEARCE, J. – Board of directors and corporate financial performance : a review of integrative model. **Journal of Management**. 15 (1989) 291-334.
- ZALD, M. – The power and functions of boards : a theoretical synthesis. **American Journal of Sociology**. (1969) 97-111.

ANEXOS

Anexo I - Carta de Pedido de Participação no Estudo



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

Escola Nacional de Saúde Pública

Exmo. Senhor

0015

Lisboa, 24 de Janeiro de 2013

Exmo. Senhor Dr

No âmbito da especialização em Políticas, Gestão e Administração em Saúde do Programa de Doutoramento em Saúde Pública, a Dr.ª Sandra Maria Morgadinho Pacheco Logrado de Figueiredo, encontra-se a desenvolver o seu projeto de tese sob orientação conjunta do Prof. Doutor Jorge Correia Jesuino, do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa e do Prof. Doutor Paulo Moreira da Escola Nacional de Saúde Pública.

Para o desenvolvimento deste estudo sobre *Governança de topo - Estratégia e Capacidade Estratégica nos Hospitais Públicos Portugueses*, é fundamental a realização de entrevistas cujo objetivo será a **caracterização e análise dos processos de tomada de decisão ao nível estratégico no órgão de governação de topo do hospital**, instrumento fundamental para a análise da respetiva capacidade estratégica.

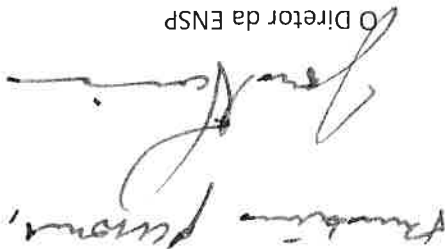
Neste sentido, será solicitado aos entrevistados, sob anonimato e sigilo, que partilhem alguns processos de tomada de decisão estratégica em que tenham participado, identificando fases, constrangimentos e fatores facilitadores, utilizando, assim, informação vinda do “terreno”, trazendo o conhecimento da praxis à teoria.

Os resultados do estudo, apoiado pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) e pela Associação de Administradores Hospitalares (APAH), serão apresentados em conferência e partilhados com os participantes em primeira mão.

A participação de V. Exa ou de outro dos elementos do órgão a que preside, é naturalmente de uma grande mais-valia e constitui para nós uma honra se aceitar colaborar no mesmo.

Para qualquer esclarecimento adicional não hesite em contactar a doutoranda responsável (telefone: 96 654 37 55; email: sm.figueiredo@ensp.unl.pt)

Antecipadamente gratos por toda a atenção que de certo dispensará ao assunto, apresento os meus melhores cumprimentos,


O Diretor da ENSP

João Pereira (Professor Doutor)

Anexo II – Guião de Entrevista / Questionário



GUIÃO ENTREVISTA

Parte I - Estratégia – Aberto

Parte II – Seguir os assuntos das perguntas

1. Considera ser o desenho da estratégia do hospital uma das competências do CA?

- ☐ Sim___
- ☐ Não___

Por Estratégia deverá entender, um padrão de decisões coerente, unificador e integrativo que determina e revela os seus objetivos, metas e propósitos produzindo as políticas e planos fundamentais para o seu alcance

Por Desenho Estratégico deverá entender, atividade de conceção da estratégia.

2. Que tipo de tomada de decisões **são** da competência do CA?

- ☐ Operacionais ___
- ☐ Estratégicas ___
- ☐ Outras _____ Especifique

Por Decisão Estratégica deverá entender, decisões tomadas de acordo com a visão e a missão organizacional

Por Decisão Operacional deverá entender, decisões tomadas de acordo com as decisões estratégicas relacionadas com a produção.

3. Que tipo de tomada de decisões **deveriam ser** da competência do CA?

- ☐ Operacionais ___
- ☐ Estratégicas ___
- ☐ Outras _____ Especifique

4. A que órgão deverá caber a competência para a tomada de decisão estratégica do Hospital?

- ☐ ARS___
- ☐ CA___
- ☐ Outro___ Especifique_____

CA:
Competências



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

CA:
Nível
Estratégico
Desenho e
Planeamen
to

5. A que nível estratégico se situa CA?

- ☐ 1º nível ____
- ☐ 2º nível ____
- ☐ Não tem nível estratégico apenas operacional ____

Por 1º nível deverá entender, ao nível da estratégia

Por 2º nível deverá entender, ao nível do desenho e planeamento estratégico

6. A que nível estratégico se deverá situar o CA?

- ☐ 1º nível ____
- ☐ 2º nível ____
- ☐ Não tem nível estratégico apenas operacional ____

7. Considera ser necessário desenho e planeamento estratégico para o hospital?

- ☐ Sim ____
- ☐ Não ____

Por **Desenho Estratégico** deverá entender, atividade de conceção da estratégia

Por **Planeamento Estratégico** deverá entender, desenho da operacionalização da estratégia

8. A que órgão deverá caber a competência do desenho e planeamento estratégico do hospital?

- ☐ CA ____
- ☐ ARS ____
- ☐ ACSS ____
- ☐ Outro ____ (especifique)

9. Considera haver falta de desenho e planeamento estratégico a nível superior?

- ☐ Sim ____
- ☐ Não ____

10. Considera estar a capacidade estratégica do CA comprometida por falta de planeamento estratégico superior?

- ☐ Sim ____
- ☐ Não ____

11. **Tem** o CA capacidade técnica e profissional para tomar e implementar decisões estratégicas?
(selecione uma opção para tomar e outra opção para implementar)



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

- ☐ Sim, para tomar ____
- ☐ Não, para tomar ____
- ☐ Sim, para implementar ____
- ☐ Não, para implementar ____

12. Deverá ter o CA capacidade técnica e profissional para tomar e implementar decisões estratégicas? (selecione uma opção para tomar e outra opção para implementar)

- ☐ Sim, para tomar ____
- ☐ Não, para tomar ____
- ☐ Sim, para implementar ____
- ☐ Não, para implementar ____

13. Tem o CA autonomia para tomar e implementar decisões estratégicas? (selecione uma opção para tomar e outra opção para implementar)

- ☐ Sim, para tomar ____
- ☐ Não, para tomar ____
- ☐ Sim, para implementar ____
- ☐ Não, para implementar ____

14. Considera estar a capacidade estratégica do CA comprometida por falta de autonomia para tomar e implementar decisões estratégicas? (selecione uma opção para tomar e outra opção para implementar)

- ☐ Sim, para tomar ____
- ☐ Não, para tomar ____
- ☐ Sim, para implementar ____
- ☐ Não, para implementar ____

**CA:
Competências
e capacidade
Técnica e
profissional
PTDE
Autonomia**

15. Concorda com a atual forma de constituição do CA (nomeação)?

- ☐ Sim ____
- ☐ Não ____

16. Considera que deveriam estar melhor definidas quais as competências técnicas e profissionais de cada elemento do CA?

- ☐ Sim ____
- ☐ Não ____

17. Considera necessário desenho e planeamento estratégico a nível nacional?

- ☐ Sim ____
- ☐ Não ____



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

18. Que órgão **deverá ter** a competência de desenho e o planeamento estratégico a nível nacional?

- ☐ ARS____
- ☐ ACSS____
- ☐ Outro ____

19. Considera ter a **ARS** capacidade e competências técnicas e profissionais de desenho e planeamento estratégico?

- ☐ Sim____
- ☐ Não____

20. Considera ter a **ACSS** capacidade e competências técnicas e profissionais de desenho e planeamento estratégico?

- ☐ Sim____
- ☐ Não____

21. Como considera a relação **ACSS/ARS** em termos de interesses e competências?

- ☐ Clara____
- ☐ Confusa____
- ☐ Conflituante____
- ☐ Com interesses e competências mal definidas____
- ☐ Redundante____
- ☐ Outro____

22. Como considera ser a relação da **ARS** com o CA em termos de interesses?

- ☐ Clara____
- ☐ Confusa____
- ☐ Conflituante____
- ☐ Mal definida____
- ☐ Redundante____
- ☐ Outro____

23. Como considera ser a relação da **ACSS** com o CA?

- ☐ Clara____
- ☐ Confusa____
- ☐ Conflituante____
- ☐ Mal definida____
- ☐ Redundante____
- ☐ Outro____

24. Como considera ser a relação **ACSS-ARS** com o CA?

- ☐ Clara____
- ☐ Confusa____

**Governança
e Modelo
Governança**

**Relação CA
com o
modelo
nacional**



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

- ☐ Conflituante__
- ☐ Com interesses e competências mal definidas__
- ☐ Redundante__
- ☐ Outro__

25. De que forma julgaria garantir a clara definição de interesses e a não conflitualidade dessas competências?

**Governança
e Modelo
Governança**

**Adequação
do CA**

26. Qual deveria ser no seu entender o modelo de governança estratégico?

- ☐ **ARS** → **CA** (planeamento estratégico e operacional) ____
- ☐ **ACSS** (planeamento estratégico) → **CA** (planeamento operacional) ____
- ☐ **ACSS/ARS** (planeamento estratégico) → **CA** (planeamento operacional) ____
- ☐ **ARS** (planeamento estratégico) → **CA** (planeamento operacional) ____
- ☐ **ACSS** → (Planeamento estratégico) → **ARS/CA** (planeamento operacional) ____
- ☐ **ACSS** → **Órgão profissional** de desenho e planeamento estratégico → **CA** (Planeamento operacional) ____
- ☐ Outro__ (especifique) _____

27. De acordo com tipo de competência do CA implícito no modelo escolhido na opção anterior, considera estar o atual modelo de composição do CA adequado ao exercício das suas funções?

- ☐ Sim__
- ☐ Não__ Justifique.

28. Considera que os **elementos do CA** têm as competências técnicas e profissionais necessárias para o desenvolvimento estratégico?

- ☐ Sim__
- ☐ Não, de acordo com as reais necessidades da função ____

29. Considera estar a **capacidade estratégica** do CA condicionada pelas competências técnicas e profissionais dos seus elementos?

- ☐ Sim__
- ☐ Não__

30. Considera os **Planos Estratégicos** elaborados:

- ☐ Plano estratégico orientador autorizado e consequente__
- ☐ Plano estratégico autorizado e inconsequente__
- ☐ Outro__ Especifique

**CA:
Competências
elementos
para exercício
estratégico**

**Planos
Estratégicos**



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa



QUESTIONÁRIO

1. Considera ser o desenho da estratégia do hospital uma das competências do CA?

- ☐ Sim____
- ☐ Não____

Por Estratégia deverá entender, um padrão de decisões coerente, unificador e integrativo que determina e revela os seus objetivos, metas e propósitos produzindo as políticas e planos fundamentais para o seu alcance
Por Desenho Estratégico deverá entender, atividade de conceção da estratégia.

2. Que tipo de tomada de decisões **são** da competência do CA?

- ☐ Operacionais ____
- ☐ Estratégicas ____
- ☐ Outras _____ Especifique

Por Decisão Estratégica deverá entender, decisões tomadas de acordo com a visão e a missão organizacional
Por Decisão Operacional deverá entender, decisões tomadas de acordo com as decisões estratégicas relacionadas com a produção.

3. Que tipo de tomada de decisões **deveriam ser** da competência do CA?

- ☐ Operacionais ____
- ☐ Estratégicas ____
- ☐ Outras _____ Especifique

4. A que órgão deverá caber a competência para a tomada de decisão estratégica do Hospital?

- ☐ ARS____
- ☐ CA____
- ☐ Outro____ Especifique_____

5. A que nível estratégico se situa CA?

- ☐ 1º nível____
- ☐ 2º nível____
- ☐ Não tem nível estratégico apenas operacional____

Por 1º nível deverá entender, ao nível da estratégia

Por 2º nível deverá entender, ao nível do desenho e planeamento estratégico



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

6. A que nível estratégico se deverá situar o CA?

- ☐ 1º nível ____
- ☐ 2º nível ____
- ☐ Não tem nível estratégico apenas operacional ____

7. Considera ser necessário desenho e planeamento estratégico para o hospital?

- ☐ Sim ____
- ☐ Não ____

Por **Desenho Estratégico** deverá entender, atividade de conceção da estratégia

Por **Planeamento Estratégico** deverá entender, desenho da operacionalização da estratégia concebida.

8. A que órgão deverá caber a competência do desenho e planeamento estratégico do hospital?

- ☐ CA ____
- ☐ ARS ____
- ☐ ACSS ____
- ☐ Outro ____ (especifique)

9. Considera haver falta de desenho e planeamento estratégico a nível superior?

- ☐ Sim ____
- ☐ Não ____

10. Considera estar a capacidade estratégica do CA comprometida por falta de planeamento estratégico superior?

- ☐ Sim ____
- ☐ Não ____

11. **Tem** o CA capacidade técnica e profissional para tomar e implementar decisões estratégicas? (selecione uma opção para tomar e outra opção para implementar)

- ☐ Sim, para tomar ____
- ☐ Não, para tomar ____
- ☐ Sim, para implementar ____
- ☐ Não, para implementar ____



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

12. Deverá ter o CA capacidade técnica e profissional para tomar e implementar decisões estratégicas? (selecione uma opção para tomar e outra opção para implementar)

- ☐ Sim, para tomar ____
- ☐ Não, para tomar ____
- ☐ Sim, para implementar ____
- ☐ Não, para implementar ____

13. Tem o CA autonomia para tomar e implementar decisões estratégicas? (selecione uma opção para tomar e outra opção para implementar)

- ☐ Sim, para tomar ____
- ☐ Não, para tomar ____
- ☐ Sim, para implementar ____
- ☐ Não, para implementar ____

14. Considera estar a capacidade estratégica do CA comprometida por falta de autonomia para tomar e implementar decisões estratégicas? (selecione uma opção para tomar e outra opção para implementar)

- ☐ Sim, para tomar ____
- ☐ Não, para tomar ____
- ☐ Sim, para implementar ____
- ☐ Não, para implementar ____

15. Concorda com a atual forma de constituição do CA (nomeação)?

- ☐ Sim ____
- ☐ Não ____

16. Considera que deveriam estar melhor definidas quais as competências técnicas e profissionais de cada elemento do CA?

- ☐ Sim ____
- ☐ Não ____

17. Considera necessário desenho e planeamento estratégico a nível nacional?

- ☐ Sim ____
- ☐ Não ____



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

18. Que órgão **deverá ter** a competência de desenho e o planeamento estratégico a nível nacional?
- ☐ ARS____
 - ☐ ACSS____
 - ☐ Outro ____
19. Considera ter a **ARS** capacidade e competências técnicas e profissionais de desenho e planeamento estratégico?
- ☐ Sim____
 - ☐ Não____
20. Considera ter a **ACSS** capacidade e competências técnicas e profissionais de desenho e planeamento estratégico?
- ☐ Sim____
 - ☐ Não____
21. Como considera a relação **ACSS/ARS** em termos de interesses e competências?
- ☐ Clara____
 - ☐ Confusa____
 - ☐ Conflituante____
 - ☐ Com interesses e competências mal definidas____
 - ☐ Redundante____
 - ☐ Outro____
22. Como considera ser a relação da **ARS** com o CA em termos de interesses?
- ☐ Clara____
 - ☐ Confusa____
 - ☐ Conflituante____
 - ☐ Mal definida____
 - ☐ Redundante____
 - ☐ Outro____
23. Como considera ser a relação da **ACSS** com o CA?
- ☐ Clara____
 - ☐ Confusa____
 - ☐ Conflituante____
 - ☐ Mal definida____
 - ☐ Redundante____
 - ☐ Outro____



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

24. Como considera ser a relação **ACSS-ARS** com o **CA**?

- ☐ Clara___
- ☐ Confusa___
- ☐ Conflituante___
- ☐ Com interesses e competências mal definidas___
- ☐ Redundante___
- ☐ Outro___

25. De que forma julgaria garantir a clara definição de interesses e a não conflitualidade dessas competências?

26. Qual deveria ser no seu entender o modelo de governação estratégico?

- ☐ **ARS** → **CA** (planeamento estratégico e operacional) ___
- ☐ **ACSS** (planeamento estratégico)→**CA** (planeamento operacional) ___
- ☐ **ACSS/ARS** (planeamento estratégico)→**CA** (planeamento operacional) ___
- ☐ **ARS** (planeamento estratégico)→ **CA** (planeamento operacional) ___
- ☐ **ACSS**→ (Planeamento estratégico)→**ARS/CA** (planeamento operacional) ___
- ☐ **ACSS**→ **Órgão profissional** de desenho e planeamento estratégico → **CA** (Planeamento operacional) ___
- ☐ Outro___ (especifique) _____

27. De acordo com tipo de competência do CA implícito no modelo escolhido na opção anterior, considera estar o atual modelo de composição do CA adequado ao exercício das suas funções?

- ☐ Sim___
- ☐ Não___ Justifique.

28. Considera que os **elementos do CA** têm as competências técnicas e profissionais necessárias para o desenvolvimento estratégico?

- ☐ Sim___
- ☐ Não, de acordo com as reais necessidades da função ___



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa

29. Considera estar a **capacidade estratégica** do CA condicionada pelas competências técnicas e profissionais dos seus elementos?

- ☐ Sim__
- ☐ Não__

30. Considera os **Planos Estratégicos** elaborados:

- ☐ Plano estratégico orientador autorizado e conseqüente__
- ☐ Plano estratégico autorizado e inconseqüente__
- ☐ Outro__ Especifique

Anexo III – Grelha Entrevista PTDE

Anexo IV – Verbatins e processo de codificação

Extratos texto	Codigos	Conceitos	Sub-categorias	Categorias	Categorias
Rigidez das instituições	rigidez instituições	Rigidez (2)	características Organizacional (12)	Modelo Organizacional (23)	Modelo Estrategico Organizacional (49)
Falta absorção de competências	falta absorção competencias				
Funcionamento meramente administrativo do hospital	funcionamento administrativo	Burocratica (4)			
	burocratizado				
Panorama parado, estagnado, burocratizado	estagnada				
Acomodação das pessoas	acomodação				
As instituições estão deprimidas	deprimidas	Desmotivação (3)			
Ambiente interno é insuportável	ambiente insuportavel				
A burocracia e a política entre ARS/ACSS e hospitais levam à ineficiência e à desmotivação	desmotivação instituições				
Falta de meritocracia como base remuneratória	base remuneratoria	sem meritocracia (3)			
O Ca tem que ser escolhido por meritocracia comprovada	escolha meritocratica				
Falta de incentivo por meritocracia	incentivo por meritocracia				
Há que lutar contra a ideia da vocação das instituições, a favor da qualidade dos cuidados prestados e dos resultados em saúde para os cidadãos	vocação instituições	Cultura organizacional (8)	Cultura (11)		
Falta cultura de transparência	sem cultura transparencia				
Dificuldades de Implementação devido à cultiura da organização					
A opinião profissional dos médicos é influenciada por aspetos que nem sempre são do interesse da instituição					
Os profissionais (...) querem ter as suas coisinhas, todos querem tudo, porque era assim que funcionavam	querem tudo				
Toda a gente acha que so consegue funcinar se for com aqueles com quem sempre fincionaram	Mentalidade				
Fusão imposta (...) cria nas pessoas a ideia de que eles são uma casa pequenina, mas deles, e portanto aquela ideia difícil, sentem-se o parente pobre	Articulação culturas				
Gerir e fazer mudanças com funcionários públicos é muito difícil. Não querem fazer nada e isso mata as organizações					
Quintas em vez de competitividade oorganizacional	Pequenos poderes	Poder (3)			
Há divisão de forças entre a clinica e a sustentabilidade económico-financeira	lutas internas				
Médicos receptivos a pressões de fornecedores	Pressoes				
Não há gestão estratégica – há administração hospitalar	Ausência gestão	Lógica Administrativa (8)	Competências de Gestão (12)	Modelo Gestão Organizacional (26)	
	é adminstração				

Extratos texto	Codigos	Conceitos	Sub-categorias	Categorias	Categorias
Gestão dos hospitais= gestão administrativa	gestão administrativa				
As competências de gestão não podem estar distribuídas pelos directores tecnicoe e pelo enfermeiro director	competencias gestão				
Falta logica de gestão em rede na rede publica hospitalar	logica gestão				
Há dificuldades de desempenho e de equilibrio em mais de 90% dos hospitais	desiquilibrio				
	dificuldades desempenho				
Contratos.programa não medem resultados. É à” tripa-forra”	não medem resultados				
Falta metodologia transversal à organização	metodologias transversais	Metodologias (4)			
falta Qualidade metodologica	Qualidade				
Endogamia e falta de rigor e qualidade metodológico organizacional	Endogamia				
Faltam diferentes níveis de decisão	falta de rigor				
distribuição pelouros incentiva direcções fracas	diferentes niveis decisao	Gestão Intermédia (8)	Gestão Intermédia (14)		
Centralização por falta de diferentes níveis de gestão	direções fracas				
Falta de gestão intermédia	centralização no ca				
	falta gestão intermedia				
A distribuição dos pelouros dentre do CA tende a anulara gestão interfmédia que incentivam as direcções fracas e irrsponsaveis	distribuição pelouros CA anula				
O MS está a dificultar a contratação da gestão intermédia	Dificultada por MS				
O que é importante é criar unidades intermédias de gestão					
O Ca não se dedica a questões estratégicas porque não tem gestão intermedia para tratar das questões operacionais	gestao intermedia				
Faltam instrumentos de gestão na rede publica	instrumentos gestao	Contabilidade Analitica (6)			
Falta de ferramentas de gestão- risco de se comparar realidades que não são comparáveis porque não há uma pratica nacional sob os mesmos critérios	ferramentas gestao				
	falta comparabilidade				
Falta uniformização dos pressupostos por detrás da contabilização analítica	uniformização pressupostos				
Dificuldades no controlo de gestão	controlo gestao				
Falta modelo de custeio para contabilidade analítica	modelo custeio				
CA é puramente operacional. As decisoes estratégicas são buracratizadas	Ca operacional	Ca operacional (6)	Ca Incapaz (17)	Modelo Governo Org (23)	
Ca meramente operacional. De gestão diária	gestão diária				
Falta capacidade para formulação e implementação	capacidade estrategica				
Dificuldades no desempenho	Desempenho				

Extratos texto	Codigos	Conceitos	Sub-categorias	Categorias	Categorias
Falta metodologia para tomada de decisão estratégica	Metodologia Tomada decisão				
CA é puramente operacional. As decisões estratégicas são burocratizadas	Burocratico	Burocratico (3)			
CA é puramente operacional. As decisões estratégicas são burocratizadas	burocratico				
Apenas se “apagam fogos” orçamentais – bombeiros	bombeiros orçamentais				
A carta de missão é de manutenção. A missão fica sempre por fazer, por cumprir	Sem missão	Missão (2)			
Falta missão estratégica	missão estratégica				
Ca tem de ser líder mas assessorado	necessitam de assessoria	Sem competencias (6)			
Falta de coesão CA	Falta coesao				
O CA não tem competências técnicas e profissionais para o desenvolvimento estratégico	não há competencias				
Não há bons gestores no CA	competencia gestao				
As competências do Ca tem que estar estabelecidas	estabelecimento competencias				
	má preparação do CA				
Falta noção de clientes vs accionistas	sem visão de mercado	Sem visao mercado (4)	Ambiente externo (6)		
Falta business plan a MLP	Ausencia Business plan				
Não há rumo estratégico definido	não há rumo definido				
Falta relação com os pares para carteira de negócio	ausencia concertação				
Competição perversa - é um campeonato orçamental	competição perversa	Campeonato orçamental (2)			
	campeonato orçamental				
A qualidade de um Ca é a sua liderança	qualidade de liderança	Subjetividade (6)	subjetiva (6)	Liderança Mediocre (22)	Qualidade Lideranças Organizacionais (41)
A realidade das organizações dependem de quem lá está	realidade subectiva				
Liderança subjectiva	liderança subjectiva				
Ineficiencia do sistema nacional – está á mercê da subjectividade da liderança					
Falta liderança pessoal	liderança pessoal				
Liderança no Ca depende do conhecimento das instituições	Depende conhecimento das instituições				
Falta qualidade de gestão nas lideranças	falta de qualidade gestão	Incompetencia (4)	Incompetente (6)		
Se não for necessário financiamento, tudo se faz, basta haver vontade e capacidade. Há incompetência	incompetencia				
Não existe competência					
CH pequenos tem gente incompetente e querem conservar o poder através dum sistema de comando e controlo	gente incompetente				

Extratos texto	Codigos	Conceitos	Sub-categorias	Categorias	Categorias
O Ca tem que ter pensamento estratégico .- através da sua liderança	ter pensamento estrategico	Sem pensam.estrategico (1)			
Pessoas de perfil burocrático	perfil burocratico	perfil burocratico (1)			
Falta liderança empreendedora	falta liderança	Não empreendedora (6)	Sem vontade (10)		
Raramente tomamos iniciativa propria					
Falta liderança para empreender obra	falta empreendodorismo				
Modelo actual optimo para gente pouco empreendedora que quer ter um lugar de comando	pouco empreendedora				
Medo das responsabilidades – Nim	Medo				
Não gostam de correr riscos – aversão ao risco	aversao ao risco				
Não se decide ir a serio às coisas	falta vontade	Sem vontade (4)			
Comodismo da cadeia de comando e controlo	comodismo				
Falta vontade porque há liberdade					
A vontade do CA é muito importante para tomar e implementar decisões					
Existe confusão entre a confiança institucional e a obediência partidária. Confiança politica não é obediência partidária, no sentido institucional	obediencias partidarias	politica partidaria (7)	Interesses Partidários (10)	Interesses e Influencia (19)	
Os hospitais são instituições abertas para a politica das autarquias	interesses politicos autarquicos				
A politiquice no hospital existe por falta de uma estratégia clara e inequívoca da ARS	interesses partidarios				
Ca imposto pelos interesses partidários	imposição CA				
Directores dos hospitais têm influência politica tão grande quanto o ministro e o secretário de estado	influencia politica				
Hospitais pequenos são os que tem gente menos preparada e com mais interesses partidários	interesses partidarios				
Elementos doos CA sem competências para as funções por interferência dos interesses partidários	incompetencia CA				
Ca é vitima de politiquices – é preciso liderança para cá estar	politiquices	Politiquices (3)			
Ainda há gerais a mais e soldados a menos	gerais a mais				
Falta de higienização da cadeia de comando	higienizaçã				
Gostam de poder, de ser presidentes	gostam poder	Poder (3)	Poder (9)		
As lideranças dos grandes hospitais querem poder, querem ter uma linha directa com quem manda	querem poder				
Há presidentes de hospitais com tanto ou mais poder que os Ministros					
CH pequenos tem gente incompetente e querem conservar o poder através dum sistema de comamdo e controlo	gente incompetente	poder pela incompetencia (6)			
Modelo actual optimo para gente pouco empreendedora que quer ter um lugar de comando	lugar de comando				

Extratos texto	Codigos	Conceitos	Sub-categorias	Categorias	Categorias
Interesses instalados	interesses instalados				
Jogo de sombras – sem mericocracia, sem av.desempenho	jogo sombras				
Os cargos técnicos no CA não deveriam ser executivos mas se o não fazem o corporativismo na clinica sentir-se-ia mais –	cargos tecnicos não executivos				
Envolvimento executivo					
Presidente e rquipa deveriam poder ser despedidos se não fossem nomeações por politiquices	nomeações CA				
Estratégia depende de quem está – é subjectiva e intermitente	subjectiva	Sem fio condutor (9)	Rumo Estrategico (14)	Modelo Governação Estrategico (26)	Modelo Estrategico SS (59)
	intermitente				
Estratégia é uma miragem	Miragem				
Não há um fio condutor em termos estratégicos	falta fio condutor				
Não há estratégia nenhuma	não há estrategia				
Navegar à vista – cada um por si, sem planos	sem rumo				
Falta de decisão politica por não se saber o que se quer	desconhecimento objectivos				
Politica que causa discrepâncias no financiamento entre os hospitais	discrepancias entre hospitais				
recuo nas decisões que poem a estrategia das instituições em causa					
A politica não percebe de saúde para poderem saber o que exigir	Desconhecimento de saude	Orgão Estratégico (5)			
Falta órgão de estratégia geral	ausencia orgão geral				
A tutrela não se preocupa com os resultados, perde-se no processo do tick-box e do rubber-stamp	não se preocupa com resultados				
Falta orientação estratégica a nível nacional e geral	desorientação Estrategica				
Falta Direcção politica a nível nacional com capacidade para identificar e replicar as melhores práticas	identificação melhores praticas				
Tem-se vindo a acabar com a empresearilozação do hospital por excessivo centralização do MS	Centralização d	centralização (6)	Centralização na tutela (6)		
Excessiva centralização	centralização Tutela				
Centralização da tomada de decisão devido à austeridade financeira	centralização				
Centralização de poderes no MS	centralização poder				
Visão do MS como uma grande empresa e não de holding	visao centralizada				
Falta de autonomia financeira	Centralizaçãofinanceira				
sAs ARs são excessivas nas suas competências e atribuições e na maneira como interpretam a sua missão	excivas atribuições	Excessivas (2)	ARS Desadequadas (6)		
As ARS poderão ser demasiadamente grandes e serem complicadoras e não facilitadoras	demasiado grandes				

Extratos texto	Codigos	Conceitos	Sub-categorias	Categorias	Categorias
As Ars têm de ser instrumentais	Complicadoras Não são instrumentais Não facilitadoras	Complicadoras (3)			
As ARs não funcionam bem, não são consistentes	não funcionam	Ineficazes (1)			
Existem gerais a mais e soldados a menos. A re-organização da rede hospitalar é fundamental para acabar com isso	falta vontade	Falta Impulso politico (4)	Reformar Rede Hospitalar (17)	Modelo Estrategico Rede (33)	
Não há vontade politica para a re-organização da rede e das competências	falta vontade politica				
Falta impulso politico para as organizações se regenerarem	falta impulso politico				
Há rigidez politica	rigidez politica				
Rede conceptualmente errada	Conceptualmente errada	Conceptualmente errada (3)			
Falta convergência estratégica na rede	desconhecimento convergencia				
Alterações adhoc no que respeita à distribuição das polpulações na rede de referenciação sem plano estratégico	rede referenciação	Rede referenciação (3)			
Indefinição rede referenciação são um problema estrategico para o hospital					
ARS mudaram mas a rede de referenciação não					
Falta reformar os hospitais	reformar	Reformar as estruturas (7)			
Falta re-organizar a estrutura organizativa	re-organizar				
Conservadorismo	Conservadorismo				
È uma caixa de ressonância por estrutura piramidal	caixa ressonancia Estrutura piramidal				
Rede hospitalar – tem de haver choque externo pela competição, pela qualidade	falta competição falta qualidade				
Falta de expertise por ingerência de politiques que não a promovem através da rede	Expertise	Incomparabilidade Instituições (7)	Modelo Financiamento (16)		
Faltam metodologias de gestão transversais, comparaveisBenchmarking actual ainda esta a comparar realidades diferentes que são relativamente incomparáveis	comparabilidade				
Não há ainda um padrão, um sistema estabilizado. Ex: o que é um hospital mais eficiente, mais despesista, mais efectivo?	padrao estabilizado				
Existem apenas aproximações à realidade	comprabilodade				
Gerem-se vieses de comparação muito sérios	vieses comparabilidade				
Fantam critérios unificados de codificação que levam a problemas de financiamento	critérios unificadores				

Extratos texto	Codigos	Conceitos	Sub-categorias	Categorias	Categorias
EPE's não o são	Falsa emprearilização				
Falta modelo de financiamento que tenha em conta a evolução do ambiente externo, tendências	Evolução ambiente externo	sub-financiamento (2)			
Há sub-financiamento	Sub-financiamento				
Financiamento pelo histórico – financiamento pela produção é uma miragem	Finaciamento pelo historico	critérios unificadores (1)			
Fantam critérios unificados de codificação que levam a problemas de financiamento	falta criterios unificadores	Desonesto (6)			
Iniquidade no financiamento – financiamento sub—repticio dos privados	iniquidade				
Modelo de financiamento é uma aberração e perversão	Aberração				
Financiamento pervertido	perversão				
Politica que causa discrepâncias no financiamento entre os hospitais	discrepancias entre hospitais				
Os processos de financiamento não mudaram: só existe é mais pressão	só impoe pressão				
a interpretação da sua missão é um problema de liderança	interpretação missão	Subjetividade (2)	lideranças subjetivas (3)	Lideranças mediocres (58)	Lideranças Nacionais (91)
eficiência do sitema nacional – está á merçê da subjectividade da liderança	subjetividade				
Falta liderança nacional	lideraça nacional	liderança nacional (1)			
Deconhecimento do negócio	Desconhecimento negocio	Ignorancia (4)	Incapacidade Estrategica (38)		
Tutela são marcianos	marcianos				
	desconhecimento tecnico				
	desconhecimento estrategico				
transparência nos critérios do estado	transparencia criterios	Incompetência Estrategica (12)			
Poder perpetua a incompetência	incompetência				
Decisões politicas sem ideia nenhuma sobre hospitais ou rede hospitalar	desconhecimento				
A tutela não é competente – è rubber-stamp e tick-box	incompetente				
	rubber-stamp				
	tick-box				
A tutela não se entende devido às politiquices. È preciso fazer-lhes frente quando decidem disparates	falta de entendimento na tutela				
	Não sabem tomar decisões				
Administração Estado é incompetente	incompetencia				
A tutela não se entende devido às politiquices. È preciso fazer-lhes frente quando decidem disparates	decidem mal				
	Desorientação				
Problemas do de estrategia global do SS não têm sido resolvidos	estrategia global				

Extratos texto	Codigos	Conceitos	Sub-categorias	Categorias	Categorias
Há um desajustamento entre os objectivos MLP e as decisões politicas nacionais	desajustamento de objectivos	Descoordenação Estrategica (8)			
Jogo entre os objetivos do Ministerio e os objetivos das instituições	jogo objetivos				
Ninguém sabe o que pensam os decisores politicos	não se sabe o que pensam				
Falta orientação estratégica nacional unificadora, por isso cada um faz à sua maneira	unificadora				
transparência nos critérios do estado	transparencia criterios				
Falta estratégia concertada	ausencia concertação	Sem Visão estrategica (5)			
Descoordenação nacional	descoordenação				
O processo estratégico, está invertido	inversao processo estrategico				
Estado sem visão estratégica e limitador de liberdades das instituições	sem visão estrategica				
Falta visão global	ausencia visão global				
Falta visão alargada – ambiente externo	Visão alargada	Sem Pensamento estrategico (4)			
Falta dimensão nacional	dimensão nacional				
	Ambiente externo				
Falta de ideia de carteira de necessidades	carteira necessidades				
Falta pensamento estratégico – análise oferta/procura	análise mercado				
Há falta de confiança no SNS por falta de rigor e pensamento estratégico nacional	falta confiança no SNS	Sem Planeamento Estrategico (3)			
	falta rigor				
A falta de planeamento estratégico regional e nacional leva à dependência das lideranças subjectivas	dependencia lideranças subjectivas				
Há falhas no planeamento estratégico das unidades de saúde a nível nacional e regional	falhas				
Continua a pensar nos planos de acção a um ano. E não pluri-anualmente	planos acção anuais				
Excessiva centralização recursos por politiquice	Centralização recursos	Não há foco nos Resultados (4)	Incapacidade Controlo e Monitorização Estrategica (17)		
Há desconhecimento da tutela dos planos estratégicos do hospital	desconhecimento				
A politica não percebe de saúde para poderem saber o que exigir	Desconhecimento de saude				
A tutrela não se preocupa com os resultados, perde-se no processo do tick-box e do rubber-stamp	não se preocupa com resultados				
Falta órgão de estratégia geral	ausencia órgão geral				
Falta orientação estratégica a nível nacional e geral	desorientação Estrategica	Não acompanha (3)			
Falta Direcção politica a nível nacional com capacidade para identificar e replicar as melhores práticas	identificação melhores praticas				
Há falta de acompanhamento especifico para que a estratégia seja alcançada	acompanhamento especifico	Sem Controlo Estrategico (5)			

Extratos texto	Codigos	Conceitos	Sub-categorias	Categorias	Categorias
Se não se precisar de meios financeiros, faz-se o que se quer	permissiva				
A tutela permite tudo desde que não haja “ruído social” – Política					
Falta know-how superior o que leva à liberdade subjectiva	liberdade subjrtiva				
A estratégia para se fazer alguma coisa é não deixar o MS saber, não lhe pedindo autorizações ou parcerias	não dar conhecimento				
	Não pedir autorização não sabe exigir	Falta exigência (5)			
Se o hospital funciona mal é porque a tutela não quer saber e não é exigente – Ttela é incompetente	não é exigente				
Não há capacidade superior para impor desempenhos ou metodologias (carteira de serviços)	exigir desempenhos				
A tutela não sabe escolher nem demitir os elementos nomeados	não é responsavel nas escolhas				
Falta de coragem politica – pedem-se estudos e não se aplica nenhum	coragem politica	Decisão Política (9)	Politica (20)	Interesses politicos e Influencias (33)	
Falta impulso politico para as organizações se regenerarem	impulso politico				
Falta decisão politica para planeamento estratégico	Decisão politica				
Jogo de sombras – nada se faz, fica-se com a ideia que se faz	nada se faz				
	ilusão acao				
Estudos são assépticos: Ceti Paribus	estudos assepticos				
Tutela não é cumpridora	Não é cumpridora				
Jogo entre os objetivos do Ministerio e os objetivos das instituições	jogo objetivos				
recuo nas decisões que poem a estrategia da instituição em causa					
Decisões estratégica a montante são politico-partidárias	Politico-partifarias	Politica Partidarizada (11)			
Estado não sabe ser cliente/prestador/financiador. É só politica partidária					
Os adm.hospitalares estão à mercê de desorientações que cada novo ministro coloca	desorientações politicas				
ARs são braços de politiqueiros	Braços politicos				
Quotas dos partidos nas administrações	Quotas partidarias				
ARS bombardeadas por interesses partidários	interesses partidarios				
A politiquice no hospital existe por falta de uma estratégia clara e inequívoca da ARS	falta estrategia clara				
A burocracia e a politica entre ARS/ACSS e hospitais levam à ineficiência e à desmotivação	Politica ARS/ACSS				

Extratos texto	Codigos	Conceitos	Sub-categorias	Categorias	Categorias
Estratégia depende dos ciclos políticos e da dança de cadeiras no ministério	depende Ciclos politicos				
Estratégia depende dos ciclos políticos e da dança de cadeiras no ministério	Dança cadeiras				
Lutas pelo poder dificultam a criação de ULS	lutas pelo poder				
Endogamia – lobbies impedem a Estratégia e a Mudança de paradigma	Lobbies	Lobbies (5)	Interesses e Influencias (13)		
Estado que corrompe, fraude, perversão, cobardia	corrupção perversão				
Há aproveitamento politico para as regiões	aproveitamento politico				
Promiscuidade entre o publico e o privado	promiscuidade publico-privado				
	Endogamia	Desonestidade (4)			
Há dois mundos: um real e um oficial	Desonestidade				
Estudos são em circuito fechado	estudos fechados				
MS quer confundir-nos: Quer trabalho de eficiência e sustentabilidade sistémica. Mas não é o que se passa: o que se passa é a falência total com a coesão politica	falencia missao				
Estado que corrompe, fraude, perversão, cobardia	fraude	Corrupção (3)			
Concursos públicos Ca é uma vigarice	vigarice				
Estado que corrompe, fraude, perversão, cobardia	Corrompe				
Estado não sabe ser cliente/prestador/financiador. É só politica partidária	Conflitualidade papeis	Conflitualidade publico-privadsa (1)			

SOLUÇÕES TRABALHADAS

Extratos texto	Codigos	Conceitos	sub-categorias	Categorias
Lutar contra a tentação de divisão de forças dentro dos hospitais	integraçao iorças	Integração Estrategica (6)	Lideranças Intermédias (11)	Lideranças (42)
Liderança ao ninel das chefias intermédias	chefias			
Coesão por liderança	Coesão			
Encontrar linhas de força de decisão para orientar a estratégia	linhas força			
Liderança por departamento	departamentos			
O Ca tem que ter autonomia técnica para ter liberdade, e essa pode ser externa	assessoria CA			
Liderança na tomada de decisão completa	tomada decisão	Lideranças Intermedias (5)		
Liderança para a conclusão	conclusão			
Efectividade nas decisões	efetividade			
Liderança de projectos	projetos			
Liderança na metodologia - Rigor, cumprimento dos objectivos ~	metodologia			

Extratos texto	Codigos	Conceitos	Sub-categorias	Categorias	Categorias
Acabar com as politiquices – lutas de poder nos lobbies internos	politiques	Qualidades de Lideres (13)	Liderança CA (31)		
Visão global do CA	visão global				
O Ca tem que ter um líder e arranjar um bom staff técnico, se o não tiver dentro do Conselho	lider no topo				
Bom líder é o que se torna prescindível	bom lider				
Temos de higienizar a cadeia de comando	higienização				
Liderança do CA como contra-poder	contra-poder				
Estamos com a Cresap a iniciar um processode mudança. Dentro de 5, 10 anos não teremos “cromos”	qualidade lideranças				
A liderança e a presidência é um acto de comando	ato comando				
Dialogo e firmeza	firmeza				
A virtude e o sucesso da liderançae da presidência está na capacidade de ter um Staff bom	staff bom				
Liderança empreendedora	emprrendedor				
Sair do conforto do poder perpetuado o comando e controlo que os desresponsabiliza	poder perpetuado				
	desresponsabilização				
Envolvimento das pessoas – consenso estratégico	Consenso estrategico	Consenso Estrategico (5)			
Consednsos alargados	consensos				
Dialogo e firmeza	Diálogo				
Dedicação absoluta (sem actividades fora do hosopital)					
Empenho	empenho				
Dentro e fora do Ca tem de haver uma matilha de competência que o habilite a tomar decisões	competencias	Competencias Estrategicas (13)			
Tem de haver ecletismo de competências que gere resultados	ecletismo competencias				
Intervir na cultura médica através da liderança do CA	cultura médica				
Competição com os interesses instalados através da melhoria do que já existe					
O planeamento estratégico do hospital tem que ser feito por profissionais e gente capaz	Planeamento estrategico profissional				
O Ca tem que saber para onde quer ir e o que consegue fazer – Pensamento estratégico	Pensamento estrategico				
Não se pode pensar so na sustentabilidade financeira tem se se ter pensamento estratégico e conhecimentos técnicos para desednhar rojectos					
Dentro dos seus objectivos estratégicos					
È preciso autonomia para a decisão estratégica	Autonomia decisao				

Extratos texto	Codigos	Conceitos	Sub-categorias	Categorias	Categorias
<p>È preciso nos hospitais de grande dimensão, uma configuração organizacional em que dentro da administração haja um conselho executivo com um director geral e constituído por gestores que levam à pratica o pensamento e a decisão estratégica, Modelo de comamdo e um órgão estratégico com presidentes de camaras, associações, etcO Ca devia ser mais uma comissão executiva com um presidente. Os dir clinico e enf director deviam ser da comissão técnica (vogais não executivos)</p>					
<p>O Ca tem que ser inteligente, inovador, visionário – Liderança capaz</p>	<p>inteligente</p> <p>inovador</p> <p>visionário</p>				
<p>Conhecer o negocio</p> <p>Visão e conhecimento do ambiente externo</p>	<p>conhecimento</p>	Ambiente Externo (11)			
<p>Visão de mercado e de cliente (estado)</p> <p>Noção de mercado=resultados</p> <p>O hospital tem de conhecer o mercado e elaborar a estratégia de acordo com o ambiente externo</p>	<p>noção mercado</p>				
<p>Carteira de clientes</p> <p>Carteira de necessidades</p> <p>Carteira de negocio</p>	<p>noção carteira</p>				
<p>Competitividade dentro do seu ambiente externo</p> <p>Business plan com ambiente externo</p>	<p>competitividade</p> <p>plano negocios</p>				
<p>Temos de definir um modelo estratégico organizacional e de liderança. Temos de saber, antes de tudo o mais, qual ´e a partitura – Quem são os artistas, lá chegaremos</p>	<p>modelo estrategico organizacional</p>	Modelo Estrategico Organizacional (13)	Modelo Estrategico Organizacional (18)	Modelo Estrategico Organizacional (55)	
<p>Noção de vantagem competitiva</p> <p>Business plan com carteira serviços</p> <p>Hospital organizado de forma a que seja eficiente independentemente de quem esteja no CA</p> <p>Re-organizar os hospitais</p> <p>Mudança da estrutura organizativa</p> <p>Re-configuração organizacional por departamentos</p> <p>Mudar leis orgânicas, estatutos</p>	<p>Vantagem competitiva</p> <p>plano negocios</p> <p>Re-organizar</p> <p>re.organizar</p> <p>mudança</p> <p>Re-configurar</p>	Estrutura organizacional (5)			
<p>Tem de se alterar o modelo de governo dos hospitais</p> <p>Ter um modelo de governo coeso e integrador</p>	<p>alterar modelo</p> <p>modelo integrador</p> <p>modelo coeso</p>	Modelo governo (5)	Modelo Governo (9)		
<p>Medir pelos resultados retiraria poder politico a alguns</p> <p>A decisão tem de estar proxima da prestação</p>	<p>resultados</p> <p>modelo decisao</p>				

Extratos texto	Codigos	Conceitos	Sub-categorias	Categorias	Categorias
Enfase nos indicadores de resultados e não apenas nos indicadores de processos	Resultados	Resultados (4)			
Os Ca julgam-se pelos resultados					
Mudança de paradigma – financiamento por resultados					
Medir pelos resultados retiraria poder politico a alguns					
Foco na gestão	Gestão	Modelo Gestão (5)	Modelo Gestão Organizacional (28)		
Modelo de custeio para modelo de financiamento	contabilidade analitica				
Metodologias de gestão transversais, comparáveis	Metodologia transversais				
Integração clinica	Integração Clinica				
Governança clinica	Governança clinica				
Norteamento pela SWOT	Swot	Gestão estrategica (5)			
Benchmarking	bencharking				
Parcerias para a melhoria	alianças				
Aprnedizagem com exp.internacionais ao nível da governação	Aprendizagem				
Coesão	coesão				
Níveis de gestão intermédios	Gestão Intermédia	Gestão Intermédia (18)			
Gestão intermédia					
Gestão ao longo da cadeia					
Gestão empreendedora	empreendedorismo				
Lutar contra a tentação de divisão de forças dentro dos hospitais	integração fiorças				
A liderança tem de saber como é que a máquina funciona e depois delagar responsabilidades	delegar competencias				
È preciso delegar competências na área de gestão intermédia					
falta perfil, competencias e formação na gestão intermedia.					
Atualmente são executantes apenas. Por isso não podemos delegar	perfil competencias				
As áreas de gestão intermédia tem pendurados os serviços. São eles que devem negociar com os directores de serviço que são a área operacional para libertarem o Ca para as grandes decisões	Integração funcional				
O Ca devia comportar-se como uma holding perante as áreas de gestão internédia					
Delegação de poderes pelos diferentes níveis de gestão e de decisão	decisões por niveis				
Quanto maor o hospital, mair níveis de decisão que deverá ter – Dimensão/níveis de decisão					
Decisões operacionais deveriam ter diferentes nivesis: A, B, C.					
Só o nivela deveria estar no CA. Só vai ao CA as questões teanssversais aos vários departamentos çpqqo CA tem visão global					

Extratos texto	Codigos	Conceitos	Sub-categorias	Categorias	Categorias
Gestão intermédia para implementação das questões estratégicas	implementação estrategica				
Gestão intermédia têm que ser capacitada, de facto, pelo CA	capacitada				
Descentralização pelos noveis intermédios	Descentralização				
A decisão tem de estar próxima da prestação					
falta perfil, competências e formação na gestão intermedia.					
Atualmente são executantes apenas. Por isso não podemos delegar	formação				
Re-organizar a rede hospitalar e ARS par financiamento de acordo com o seu mercado	rede	Re-organizar Rede (4)	Modelo Estrategico da Rede (12)	Modelo Estrategico SS (22)	
As boas praticas tgem de ser replicadas pela rede	re-organizar rede				
Finanviamento: correta codificação	Financiamento				
è preciso que o MS faça carta referenciação hospitalar para que os hospitais possam formar as suas opções estrategicas	Carta referenciação				
O controlo externo faz-se pela opinião pública	controlo externo	controlo externo (3)			
Criação de um portal de transparência: benchmarking, evidenciando o melhor desempenho de forma clara e inequívoca	benchmarking				
Sustentabilidade ética	etica				
Direcção politica com grupos de acompanhamento para acabar com a criatividade local	acompanhamento politico	Direcao politica (4)			
Tem de haver orientação estratégica	orientacao estrategica				
Os hospitais tem que ser agentes no terreno com poderes conferidos e instituídos para que não fiquem desirmanados, fora da orientação geral					
è preciso que o MS faça carta referenciação hospitalar para que os hospitais possam formar as suas opções estrategicas	Carta referenciação				
lutas Poder dificultam a criação de ULS	Lutas poder				
Centralização no MS	Descentralização	Estrategia Holding (4)	Modelo Estrategico Governação (10)		
Visão do MS de grande empresa e não de holding	Holding				
Estrategia top-down em vez de bottom-up	bottom-up				
planos estrategicos a prazo a alinhar com as outras instituições e depois estaberlecer planos mais globais de intervenção	planos globais de intervenção				
ARS deverão ter um papel de facilitadoras	facilitadoras	Rever modelo ARS (6)			
ARS têm um papel de rolha em vez de enzima	enzima				
ARs terão de ter estruturas leves	leve				
As Ars têm de ser instrumentais	instrumentais				

Extratos texto	Codigos	Conceitos	Sub-categorias	Categorias	Categorias
As Ars não têm que ser responsáveis pelos CSP pois as ARS não são órgão de financiamento e administração, são apenas de coordenação local das estratégias de saúde					
Eu acho que devia haver uma redifinição de papeis	redifinição papeis				
Não me parece boa politica fazer focozinhos das regioes, tal como estão	focos regionais	politica regionalização (1)			
È preciso quem interprete o plano ou a estratégia. È um problema de liderança	Interpretação plano	Qualidades Liderança (3)	Qualidade na Liderança Nacional	Lideranças Nacionais (7)	
As diferenças nas ARS têm a ver com as suas lideranças e a competência dessa mesmas lideranças	Competencia				
Falta qualidade de gestão nas lideranças	gestão modelo liderança ausencia liderança	modelo Liderança (4)			
Falta liderança nacional					
As diferenças nas ARS têm a ver com as suas lideranças e a competência dessa mesmas lideranças	Subjetividade lideranças				
eficiência do sitema nacional – está á merçê da subjectividade da liderança	subjetividade				
higienizar cadeia condo		Higienizar (1)			

Anexo V – Folha de cálculo resumo PTDE

H	Search																		
OS	+ Search + Design + 3																		
P	Decisão	Tipo	Área	Estimulo	Solução	Rotina	Reco	Diag	Search	Design	Seleção	Só Search	Só design	Só seleção	Design	Seleção	Seleção	Passos	Impl
1	Modelo Custeio	Est	PO	Prob	Custom	PI	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
	Distrib.peq.volume	Est	PO	Prob	Mod	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Centralização gasimetria	Est	PO	Prob	Mod	PI	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
	Centre Bombas Perf	Est	PO	Prob	Mod	PI	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
	Politica de Consumos	Est	PO	Prob	Custom	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Neg Outsourcing	Est	PO	Prob	Mod	PE	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
	Alinhamento com																		
2	Universidade	EST	PS	Misto	Custom	PE	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Parc Gestão Doença	EST	PS	Op	Mod	PE	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	Alarg Áreas																		
	Hemodinâmica	EST	PS	Misto	Mod	PE	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	Criação Gab Gest	EST	PO	Op	Mod	PI	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Org Equi Médica Dir																		
3	Urgência	EST	PO	Prob	Custom	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Abertura Novas																		
	Valências	EST	PS	Op	Custom	PE	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Aquisição de TAC	OP	EI	Op	RM	PI	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
4	Aquisição Radiologia	OP	EI	Prob	Mod	PI	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
	Proc Clinico																		
	Electrónico	EST	SI	Prob	Mod	PI	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Alargam Urgências	OP	EI	Prob	Mod	PI	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1

H	Search																		
OS	+ Search + Design + 3																		
P	Decisão	Tipo	Área	Estimulo	Solução	Rotina	Reco	Diag	Search	Design	Seleção	Só Search	Só design	Só seleção	Design	Seleção	Seleção	Passos	Impl
	Aquisição Central																		
	Geração	OP	EI	Misto	Mod	PI	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
	Criação																		
	Hemodinâmica	EST	PS	Op	Custom	PE	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	Plataforma																		
5	Integradora	EST	SI	Misto	Mod	PI	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Core Lab	EST	EI	Op	Mod	PI	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
	Constr Centro Cirurgia	EST	EI	Misto	Custom	PI	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Criaç Depat Cons																		
	Gestão	EST	PO	Prob	Mod	PE	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	AumentO Tx																		
	Ocupação	EST	PS	Misto	Mod	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Fusão Materno Infant	EST	PO	Op	Custom	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Aumento Utiliz Cap																		
6	Instal	OP	PO	Mista	Custom	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Turism Méd Parc																		
	Med+Hot+Viag	EST	PS	Op	Custom	PE	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1
	Proj Coimbra																		
	Research	EST	PS	Op	Custom	PE	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
	Util da Cap Univers																		
	Formar Clínicos																		
	Estrangeiros	EST	PS	Misto	Mod	PE	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	Oferta de Novos																		
	Tratamentos	EST	PS	Op	Custom	PE	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Const Nova																		
	Maternidade	EST	PS	Prob	Custom	PE	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0

H	Search																		
OS	+ Search + Design + 3																		
P	Decisão	Tipo	Área	Estimulo	Solução	Rotina	Reco	Diag	Search	Design	Seleção	Só Search	Só design	Só seleção	Design	Seleção	Seleção	Passos	Impl
7	Const Novo Edifício																		
	Cirurgia	EST	EI	Prob	Custom	PI	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
	Subs de Prestação Ext																		
	Anatomia Pat	OP	PO	Prob	Mod	PE	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Moder/Inov Tec Acel																		
	Tomot	EST	EI	Prob	Mod	PI	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0
	Hotel Doentes																		
Ambulatório	EST	PS	Prob	Custom	PE	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
Compra Conjunta																			
ONC	EST	PO	Op	Mod	PE	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Partilha de Plat de																			
Serviços	EST	PS	Op	RM	PE	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1
8	Plano Estratégico	EST	PO	Prob	Custom	PE	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	Aquisição																		
	Acelaradores Lineares	EST	EI	Prob	RM	PI	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
	Obras Internamento	OP	EI	Prob	Mod	PI	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
	Substituição PET	EST	EI	Prob	Mod	PE	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
	Mudança da Politica																		
	SI	EST	SI	Prob	Mod	PE	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
9	Aumento Nº 1ª																		
	Consultas	EST	PS	Prob	Mod	PI	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	Implementação																		
Clínical Governace	EST	PO	Op	Mod	PI	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1

H	Search																		
OS	Só Só Só + Search + Design + 3																		
P	Decisão	Tipo	Área	Estimulo	Solução	Rotina	Reco	Diag	Search	Design	Seleção	Search	design	seleção	Design	Seleção	Seleção	Passos	Impl
	Implementação																		
	Processo Clínico																		
	Electrónico	EST	SI	Prob	Mod	PI	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	Introd																		
	TransparênciaDireção																		
	Produção	OP	PO	Prob	Custom	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
10	Aquisição AC Linear	EST	EI	Prob	RM	PI	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
	Artic Serviços																		
	Hospitais	OP	PO	Prob	Mod	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	Criação Unid de																		
	Ambulatório	EST	PS	Op	Mod	PI	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Obras Ligação entre																		
	Pavilhões	OP	EI	Op	Mod	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Org Cuidad Pat																		
11	Clínicas	EST	PO	Misto	Mod	PI	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Ambulatorização Cuid																		
	Walking Clinc	EST	PS	Misto	Mod	PI	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
	Eliminação Valência																		
	Neurociru	EST	PS	Prob	Custom	PE	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Obras Instalações	OP	EI	Prob	Mod	PI	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
12	Integração dos SI	EST	SI	Prob	Mod	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Aquisição de Harware	OP	SI	Prob	RM	PI	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
	Integração Serv																		
	Apoios Gestão	EST	SI	Misto	Mod	PI	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0

H	Search															Search	Search	Design	Design	3		
OS																Só	Só	Só	+	Search	Design	3
P	Decisão	Tipo	Área	Estimulo	Solução	Rotina	Reco	Diag	Search	Design	Seleção	Search	design	seleção	Design	Seleção	Seleção	Passos	Impl			
	Aquisição de Software	OP	SI	Prob	RM	PI	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0			
13	Integração para Unif dos SI	EST	SI	Prob	Mod	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1			
	Unificação Serviços	EST	SI	Misto	Mod	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1			
	Apoio Gestão	EST	SI	Misto	Mod	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1			
	Implementn SI Área Clínica	EST	SI	Misto	Mod	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0			
	Informatização Urgência	EST	SI	Prob	Mod	PI	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1			
	Modernização do internamento	OP	SI	Misto	Mod	PI	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0			
	Processo Acreditação	EST	PS	Misto	Mod	PE	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1			
	Desenvolvimento Ccontinuados	EST	ps	Misto	Mod	PE	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0			
14	Reorganização e Obras SU	EST	PO	Prob	Mod	PI	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1			
	Diminuição Prestadores Externos	EST	PO	Prob	Mod	PE	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1			
	Reorganização Herarquia Por Meritocracia	EST	PO	Prob	Custom	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0			
15	Disc Plano Estrat Com Autarquias	EST	PO	Misto	Custom	PE	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0			

H	OS	Search																	
P	Decisão	Tipo	Área	Estimulo	Solução	Rotina	Reco	Diag	Search	Design	Seleção	Só Search	Só design	Só seleção	+ Design	Search + Seleção	Design + Seleção	3 Passos	Impl
	Centralização dos Cuidados Intensivos depart	OP	PO	Prob	Mod	PI	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
	Re Syting Unid Neo Natais	OP	EI	Op	Mod	PI	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
	Intrudução de Conceito de Departamento	EST	PO	Prob	Mod	PI	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
16	Equip Sistem Informação	OP	EI	Op	Mod	PI	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
	Equipam Imagiologia	OP	EI	Op	Mod	PI	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
	Subs Direcção Clinica Medicamentos	EST	PO	Prob	Mod	PI	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
		EST	PS	Prob	Mod	PI	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
17	Criação Hosp Dia para Alteração Mix Sistema e Informatização	EST	PO	Op	Mod	PE	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Construção edif Radiologia	EST	SI	Prob	Custom	PI	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
		EST	EI	Op	Mod	PI	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
	Investigação Ensaios Clinicos Fase 1	EST	PS	Op	Custom	PI	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
18	Processo Acreditação	EST	PS	Op	Mod	PE	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0

H	Search																		
OS	+ Search + Design + 3																		
P	Decisão	Tipo	Área	Estimulo	Solução	Rotina	Reco	Diag	Search	Design	Seleção	Só Search	Só design	Só seleção	Design	Seleção	Seleção	Passos	Impl
	Reorganização Internamento	OP	SI	Prob	Mod	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Auditoria Interna	OP	PO	Misto	Mod	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
19	Fusão Serviços	EST	PO	Misto	Mod	PI	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Dep Gestão Autonom Quase CRI	EST	PO	Misto	Mod	PI	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Restreturação Cozinha Logistica																		
	Farmacia	OP	EI	Prob	Mod	PI	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
	Criação de Departamentos	EST	PO	Misto	Mod	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Parceria c FM Criação Centro Académ Med	EST	PO	Op	Custom	PE	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Criação																		
20	Departamentos	EST	PO	Prob	Mod	PE	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Introdução SI	EST	SI	Prob	Mod	PI	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
	Responsabilização Gestão Intemédia	EST	PO	Misto	Custom	PI	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Novo Edificio para Cozinha	EST	EI	Prob	Mod	PI	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Total de Controlo						91	91	58	70	43	0	29	1	19	20	3	19	66
%																			
							####	####	63,7%	76,9%	47,3%				20,9%	22,0%	3,3%	20,9%	72,5%