



Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa



Trabalho de Projecto de Investigação

Órgão de Governação de Topo do Hospital Público Português

- Estrutura e Constituição -

Sandra Logrado de Figueiredo

III Mestrado de Gestão da Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Paula Lobato Faria – ENSP

Co-Orientador:

Dr. Artur Vaz – Presidente do Conselho de Administração do HFF

AGOSTO 2009

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, Professora Doutora Paula Lobato Faria e Dr. Artur Vaz, pelo mérito de terem conseguido transformar a minha teimosia em trabalho de investigação;

À Dr^a Isabel Andrade, Directora do CDI da Escola Nacional de Saúde Pública e sua equipa pelas horas gastas em trabalho de pesquisa e pela ajuda preciosa na referenciação bibliográfica;

À Dr^a Arminda Sustelo, Directora da CDI do Hospital Fernando da Fonseca por ter sido incansável na procura de artigos, sabe Deus quão difíceis e, sobretudo, pelo privilégio da sua amizade;

Ao Vítor Higgs, Director de Arte do Diário de Notícias e amigo de sempre que sacrificou as suas poucas horas de folga na criação das figuras que ilustram o presente trabalho sem nunca perder serenidade perante as minhas, tantas vezes exageradas, exigências;

À minha irmã Sílvia que nunca me deixou perder o alento, motivando-me, como somente ela o sabe fazer, exacerbando sempre as minhas capacidades.

E ao Professor Doutor Constantino Sakellarides, que disse que *“o conhecimento é como um fogo - ensinar é saber atear o fogo -”*, aqui me confesso tolhida na voragem desse incêndio por ele ateadado.

A vós, a minha gratidão por terem feito de mim uma pessoa mais rica.

RESUMO

Pretende-se com este projecto fazer uma reflexão sobre a problemática dos modelos de governação na gestão pública de hospitais e sobre a forma de incrementar a capacidade estratégica da gestão, contextualizando a governação dos hospitais num quadro mais amplo e comunitário, integrando os interesses e expectativas dos diversos interessados no funcionamento dos hospitais públicos. Sinteticamente, a questão fundamental de investigação é: *Como conseguirá o sistema de governação de um hospital público incorporar os interesses de todos os seus stakeholders e shareholders?* A resposta a esta questão integra duas fases, uma primeira dedicada ao estudo de um novo modelo de configuração para o órgão de governação de topo do hospital público e uma segunda fase dedicada à construção de um questionário para discussão e validação do modelo proposto através da técnica Delphi.

A metodologia utilizada passou pela condução prévia de entrevistas exploratórias a informadores privilegiados e pela divisão do projecto em duas partes – uma primeira parte de enquadramento que segue a metodologia clássica da revisão bibliográfica e uma segunda parte prática que segue a metodologia Delphi, precedida de um levantamento das questões críticas para integrar no questionário que servirá de base à discussão dos peritos.

Como resultado, o actual modelo pareceu-nos dificultar a consideração das expectativas e dos interesses dos proprietários/accionistas e dos *stakeholders* em geral do hospital público, concluindo-se pela necessidade de um novo modelo que estabeleça, inequivocamente, os papéis e as funções inerentes ao órgão de governação, garantindo a internalização da perspectiva de todos os interessados.

Palavras-Chave: Governação; Gestão Estratégica; Modelos de Governação; Stakeholders; Shareholders.

ABSTRACT

The objective of this project is to reflect on the problematic of models of governance in the public management of hospitals and on the means for incrementing strategic management capacity. It does so by contextualizing the governance of public hospitals on a more ample community-wide scale, integrating the interests and expectations of different parties. The main research question is: *how can the system of governance of a public hospital incorporate the interests of all its stakeholders and shareholders?* The answer to this question involves two phases, one dedicated to the study of the

configuration of the top-level governing body of the public hospital and, a second, dedicated to the construction of a questionnaire for discussion and validation of the proposed model by means of a Delphi technique.

The methodology involved, first of all, exploratory interviews with key-informants and by the structuring of the project in two parts – the first, dedicated to contextualization by means of a standard literature review and the second, essentially practical by means of the Delphi technique, preceded by the raising of critical questions that integrate the questionnaire that will form the basis of expert discussion.

The present model of public hospital governance appears to limit the possibility of integrating the expectations and interests of stakeholders and owner/shareholders. It is concluded that a new model is needed, one that establishes unequivocally the roles and functions of the top-level governing body, thereby guaranteeing the internalization of all interest parties' perspectives.

Key-Words: Governance; Models of Governance; Strategic Management; Stakeholders; Shareholders.

ÍNDICE

Lista de Quadros e Figuras

INTRODUÇÃO

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1 – O sector da Saúde e as Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde..... 5

1.1. Complexidade do Ambiente	5
1.1.1. A Governança	9
1.2. A mudança de Paradigma	10
1.2.1. A Importância da Gestão para a mudança de Paradigma	12
1.3. A Complexidade e a Diferenciação das Organizações de Saúde	14
1.3.1. A Diferenciação das Organizações de Saúde - O Hospital	17
1.4. A Importância da Gestão Aplicada à Prestação de Cuidados de Saúde	20
1.5. A Importância de um Órgão de Gestão e Estratégia	26
1.5.1. A Gestão e seus Instrumentos de Gestão Executiva e Estratégica	27
1.5.1.1. Reengenharia de Processo	27
1.5.1.2. Planeamento Estratégico	
1.6. Sumário	32

Capítulo 2 – A Governança das Organizações Públicas de saúde..... 33

2.1. Modelos de Governança das Organizações de saúde	33
2.1.1. Classificação quanto à Concepção	33
2.1.2. Classificação quanto à Configuração	35
2.1.3. Experiências e Exemplos Internacionais	38
A) Holanda	39
B) Estados Unidos	40
C) Reino Unido	42
D) Nova Zelândia	43
E) Bélgica	44
F) França	46
G) Alemanha	46
2.2 Sumário	47

Capítulo 3 – O Sistema de Governança..... 48

3.1. Independência do Board	50
3.2. O papel do Board	52
3.3. Perspectivas teóricas acerca do envolvimento do Board na Tomada de Decisão	56
3.3.1. Modelos Teóricos para a Tomada de Decisão	57

3.3.2. As Perspectivas de Conflito e de Consenso e os Atributos do Board	59
A) A Perspectiva de Conflito e os atributos do Board	59
B) A Perspectiva de Consenso e os atributos do Board	62
3.3.3. A Convergência dos dois modelos	68
3.4. Sumário	68

PARTE II – PROPOSTA DE UM NOVO MODELO DE GOVERNAÇÃO

Capítulo 4 – Modelo de Governação Português..... 69

4.1. Evolução dos órgãos de Governação nos Hospitais portugueses	69
4.2. O Modelo Actual - Delineação do Problema	78
4.3. Proposta de Configuração para um Novo Modelo de Governação para os Hospitais Públicos Portugueses	84
4.3.1. Estrutura e Composição do Novo Modelo à Luz da Literatura	86
4.3.1.1. Estratégia de Design para a Independência do Board do Novo Modelo	87
4.4. Sumário	89

Capítulo 5 – Metodologia de Validação do Modelo Proposto..... 90

5.1. Justificação do Método	90
5.2. Introdução e Conceitos Gerais do Método	90
5.3. Técnica Delphi	91
5.3.1. Pressupostos Fundamentais	92
5.3.2. Sequência Básica Delphi	94
5.3.3. Tratamento de Dados	95
5.3.4. Vantagens e Desvantagens	95
5.4. Elaboração do Questionário	97
5.4.1. Selecção de Peritos	97
5.4.2. Questionário	98

CONCLUSÕES..... 109

BIBLIOGRAFIA..... 113

ANEXOS..... 120

1. Complexidade e Evolução dos Sistemas de Saúde	120
2. Ferramentas do Planeamento Estratégico	127

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADROS

QUADRO 1 – ANÁLISE PEST NA SAÚDE

QUADRO 2 – DIFERENÇAS NO PARADIGMA DA SAÚDE

QUADRO 3 – MUDANÇA DE PARADIGMA A NÍVEL LOCAL

QUADRO 4 – CINCO COMPONENTES DA CONFIGURAÇÕES ORGANIZACIONAIS DE MINTZBERG

QUADRO 5 – PRINCÍPIOS DA REENGENHARIA DE PROCESSOS

QUADRO 6 - FASES DA REENGENHARIA DE PROCESSOS

QUADRO 7 - TIPOS DE GOVERNAÇÃO

QUADRO 8 – ATRIBUTOS DO MODELO ONE-TIER E TWO-TIER

QUADRO 11 – ESCOLAS TEÓRICAS ENVOLVIMENTO DO *BOARD* NA TOMADA DE DECISÃO ESTRATÉGICA

QUADRO 12 – RAZÕES PARA O ENVOLVIMENTO DO BOARD NA ESTRATÉGIA

QUADRO 13 – “BUILDING BLOCS”

QUADRO 9 – ESTRATÉGIAS DE DESIGN PARA A INDEPENDÊNCIA ESTRATÉGICA FORMAL DO *BOARD*

QUADRO 10 – RECOMENDAÇÕES PARA A INDEPENDÊNCIA DOS ÓRGÃOS DE GOVERNAÇÃO

QUADRO 14 - RESUMO DAS PERSPECTIVAS DE CONFLITO E DE CONSENSO

QUADRO 15 – PROPOSTA GENÉRICA DO NOVO MODELO DE CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

QUADRO 16 – ANÁLISE DO AMBIENTE INTERNO E EXTERNO NA ÓPTICA DA ANÁLISE SWOT

QUADRO 17 – OBJECTIVOS SMART

QUADRO 18 – ELEMENTOS POR CADA DIMENSÃO

QUADRO 19 – PERSPECTIVAS DO BALANCED SCORECARD

QUADRO 20 – TIPOS DE BENCHMARKING

FIGURAS

Figura 1 – Boa *Governance*

Figura 2 – Evolução do Hospital face ao seu ambiente envolvente

Figura 3 – Integração por via hierárquica

Figura 4 – Integração por procedimentos

Figura 5 – Integração por ajustamento mútuo

Figura 6 – Processo típico de planeamento formal

Figura 7 – GESTÃO INCREMENTAL - Evolução e gestão da mudança face a uma nova estratégia

Figura 8 – Modelo de Freire

Figura 9 – Modelo antigo de Estrutura organizacional: O Duopólio

Figura 10 – Modelo actual comum da estrutura organizacional do Hospital

Figura 11 – Modelo Configuração USA

Figura 12 – Modelo de Governação Belga Desenvolvido

Figura 13 – Diferenças entre os modelos face ao tipo de membros

Figura 14 – Diferenças entre os modelos face ao Gestão de Decisão/ Controlo de Gestão

Figura 13 – Dinâmicas dos boards corporativos no Reino Unido e USA

Figura 16 – Modelo de Governação Proposto

Figura 17 – Sequência de execução de uma pesquisa DEPLHI

Figura 18 – BISMARCK, Seguro-doença 1880's (Sul da Europa 1930's/40's)

Figura 19 – BEVERIDGE, Serviço Nacional de Saúde 1940's (Sul da Europa 1978-86)

Figura 20 – Análise SWOT

Figura 21 – SWOT na Saúde

Figura 22 – SWOT Estratégica

Figura 23 – Balanced Score Card

Figura 24 – Processo de Benchmarking

Figura 26 – Processo de Benchmarking na Saúde

INTRODUÇÃO

As organizações modernas constituem-se como realidades complexas na qual se associam, em diferentes combinações, os factores produtivos que lhes permitem realizar os seus objectivos (recursos humanos, financeiros, tecnológicos, materiais, entre outros), as necessidades e expectativas dos seus clientes, as capacidades e diferenciação dos seus fornecedores, as competências distintivas e a agressividade dos seus concorrentes, as limitações do enquadramento legal da respectiva actividade e, de uma forma geral, as oportunidades e ameaças de um mundo cada vez mais globalizado, no qual a medida do sucesso ou do fracasso depende de factores muitas vezes alheios à sua própria actividade.

A complexidade do mundo moderno tem, por isso e naturalmente, um impacte directo na complexidade da gestão organizacional, a qual visa transformar esta mesma complexidade em *performance*, otimizando os níveis de desempenho da organização e garantindo a sua sustentabilidade, desenvolvimento e perenidade. É na saúde e, especificamente, nos hospitais, paradigma da complexidade da gestão organizacional, que a gestão encontra o seu maior desafio – não tanto pela racionalidade e optimização de procedimentos técnicos, uma vez que se trata de uma organização constituída por profissionais cuja grande preocupação é a melhoria da qualidade e eficiência técnica, através do seu conhecimento – mas, antes, na conjugação dessa mesma eficiência técnica com a racionalidade económica e a satisfação das expectativas do seu ambiente cliente (envolvendo clientes, financiadores e reguladores).

São os hospitais públicos, de entre os hospitais, os que mais se encontram limitados na sua capacidade para responderem aos desafios crescentes que lhes são colocados pela sociedade contemporânea. Às dificuldades referidas, somam-se a escassez de recursos financeiros disponíveis (obrigatoriamente distribuídos sob uma lógica de equidade entre as diversas funções do Estado e entre os diversos serviços públicos) e a prossecução do interesse público, nem sempre compaginável com a adopção das políticas institucionais mais vantajosas para o hospital. A Integração dos interesses de todos os seus *Stakeholders* (e.g. parte interessada na organização: pessoas ou grupo, com direitos ou interesse sobre as actividades da organização, passadas, presentes e futuras) e *Shareholders* (e.g. parte interessada na organização na qualidade de accionistas e/ou proprietários), alguns conflituantes, impõe, assim, ao hospital público o desafio da gestão estratégica de uma organização extraordinariamente complexa, num contexto de autonomia controlada e de dificuldade de obtenção de recursos.

A tomada de decisão estratégica e todo o seu processo é, assim, o grande factor crítico de sucesso para um Hospital público. A estratégia do hospital é o *core bussines* (e.g. actividade central) do órgão de governação de topo, assim como o *core business* do centro operacional é a actividade clínica. Cabe à

governança definir a melhor forma de satisfazer os múltiplos “clientes” do hospital público, garantir a assumpção dos valores institucionais na prática quotidiana e garantir a concretização dos objectivos estratégicos e operacionais. A *decisão estratégica* é tanto mais difícil quanto mais e mais diversos forem os interesses conflitantes que necessite integrar. Como integrar e harmonizar interesses de ordem quantitativa e eficiência financeira com interesses de ordem qualitativa, eficiência técnica e satisfação das expectativas dos clientes? A tomada de decisão estratégica tem, assim, lugar ao nível mais elevado da gestão organizacional, onde se encontra o seu sistema de governança e onde deve ser garantida a consideração dos interesses em causa e a sua harmonização de forma equilibrada e socialmente justa.

Neste sentido, o objectivo último deste trabalho é responder à questão fundamental de investigação - *Como conseguirá o sistema de governança de um hospital público incorporar os interesses de todos os seus stakeholders e shareholders?* – através, numa primeira fase, do desenho de um novo modelo de configuração do órgão de governança de topo de um hospital público que responda à nossa questão de investigação e, numa segunda fase, da utilização da técnica Delphi e construção de um questionário para discussão e validação do modelo proposto.

Desde logo, na resposta à pergunta fundamental colocam-se algumas questões prévias: Será que a gestão de topo de um hospital público faz efectivamente gestão estratégica ou limitar-se-á apenas a gerir recursos e a garantir o controlo interno? Conseguirá o sistema de governança de um hospital público integrar preocupações estratégicas no seu processo de tomada de decisão ou pelo facto daquele ser público, é aceitável ou desejável que apenas responda e considere os interesses do Estado enquanto proprietário? Por fim, se a resposta à pergunta anterior for negativa, haverá ainda duas sub-questões: Conseguirá o modelo de governança integrar os interesses dos seus *stakeholders*, de todos ou só de alguns e de que forma? Qual a amplitude dos interesses dos *shareholders* e de que forma são “transmitidos” ao hospital?

Estas questões encontram-se em aberto, constituindo um enorme desafio, não só pelos poucos estudos empíricos e informação muito dispersa de que dispomos como, também, pela ausência de estudos nesta área cuja perspectiva seja utilitária e prática. A falta de uma perspectiva que responda de forma clara e concreta às questões relacionadas com a razão de ser da governança de topo de um hospital foi determinante para a decisão de dedicar o trabalho de projecto do Mestrado de Gestão em Saúde ao estudo e à tentativa de resposta às questões enunciadas no parágrafo anterior, bem como, às múltiplas questões que foram surgindo e que, articuladas entre si, deram forma ao problema sumarizado na nossa questão de investigação. Pretende, assim, este estudo, contribuir para a colmatação das lacunas sentidas na literatura, tanto do ponto de vista teórico como, sobretudo, do

ponto de vista prático. Para dar resposta aos nossos problemas, tentámos desmontar a nossa questão de investigação através da formulação de algumas questões basilares para o desenvolvimento do estudo com coerência, a saber:

- Faz sentido a dimensão estratégica na gestão de topo de um hospital público? Ou fará sentido apenas a dimensão executiva?
- O que está na base da composição dos actuais órgãos de gestão de topo de um hospital público? Quais são os seus princípios orientadores?
- Quais deverão ser os papéis fundamentais do órgão de governação de topo de um hospital público? Quais as suas funções basilares? Como se deverão articular?
- Está o actual órgão de governação dos hospitais públicos adequado às actuais necessidades? Se não estiver, como deverá ser recomposto?
- Haverá uma composição óptima que incorpore os pressupostos fundamentais?

Dada a pouca informação e poucos estudos empíricos específicos, a metodologia utilizada para este projecto de investigação passou pela condução prévia de entrevistas exploratórias a informadores privilegiados, o que nos providenciou uma maior sensibilização para identificar as questões reais e a eliminar eventuais falsas questões e nos levou a optar pela divisão do projecto em duas partes – uma primeira parte de enquadramento que segue a metodologia clássica da revisão de literatura e uma segunda parte prática que segue a metodologia Delphi, precedida de um levantamento das questões críticas para integrar no questionário que servirá de base à discussão dos peritos.

- A primeira parte, onde é efectuado o enquadramento teórico que nos permite dar resposta às questões sistematizadas e já referidas, é organizada em três capítulos. No primeiro capítulo é abordada a questão da complexidade do ambiente da saúde, para a qual elaboramos uma análise que, ao que sabemos, não fora ainda feita ao sector da saúde, isto é, a análise das cinco grandes variáveis macro ambientais: a análise PEST (Freire, 2003), muito utilizada em gestão para análise dos ambientes externos. Neste capítulo aborda-se, igualmente, a questão da diferenciação das organizações de saúde e justifica-se a importância da aplicação dos princípios e ferramentas de gestão estratégica. Foi colocado em anexo, com um pouco mais de detalhe, uma descrição dos instrumentos de gestão estratégica, bem como a evolução dos sistemas de saúde até à presente era da governação. No segundo capítulo faz-se a classificação dos modelos de governação e uma incursão sintética pelos modelos de governação de alguns países. O terceiro capítulo dedica-se ao estudo do sistema de governação com os seus modelos e perspectivas teóricas, permitindo avançar para a parte prática que

apresentará uma proposta de configuração para o sistema de governação de um hospital público português.

- A segunda parte, de índole mais prática, é composta por dois capítulos onde é feita a análise crítica ao actual modelo do órgão de governação existente nos hospitais EPE, a qual nos conduz, à luz dos conhecimentos da literatura visitada, a uma proposta de um novo modelo de governação para o hospital público, elaborado de raiz, não estando, portanto, condicionado a qualquer questão do tipo político-legal. Esta segunda parte termina com um capítulo dedicado à metodologia proposta para validação do modelo proposto, que consiste na escolha justificada do método Delphi e na preparação de um questionário a ser utilizado pelo painel Delphi definido. São descritos os conceitos deste método e todo o processo da técnica Delphi, bem como as questões relativas à elaboração do questionário. Esta segunda parte terminará com algumas conclusões com referência às expectativas e perspectiva de resultados, uma vez não ter sido aplicado na prática o modelo proposto.

Este trabalho, de acordo com as características do “Trabalho de Projecto” é apenas o desenho de um projecto de investigação. No entanto, muito gostaríamos no futuro de o poder levar a bom termo, aplicando o modelo e respectiva metodologia de validação a um grupo de peritos portugueses cuidadosamente seleccionado, de forma a que, assim, se pudesse contribuir para a disseminação em Portugal de estudos empíricos sobre gestão e governação de organizações prestadoras de cuidados de saúde, em particular de hospitais, dos quais muito sentimos a falta durante a realização do presente estudo.

Em suma, o que se pretende é apresentar uma reflexão, a qual se tentou que fosse o mais séria e profunda possível, sobre a problemática dos modelos de governação na gestão pública de hospitais e sobre a forma de se poder incrementar a capacidade estratégica da gestão, isto é, de contextualizar a governação dos hospitais num quadro mais amplo e comunitário, integrando os interesses e expectativas não só do proprietário/accionista (o Estado, através das suas estruturas ministeriais e centrais) mas, também, dos diversos interessados no funcionamento dos hospitais públicos. Estes possuirão, natural e desejavelmente, perspectivas diferentes sobre o bem público disponibilizado pelos hospitais e a forma como esta é realizada, mas a articulação e harmonização destes diferentes interesses revela-se essencial ao sucesso das organizações de saúde, pelo que este trabalho pretende contribuir, também, para este desígnio.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1 – O SECTOR DA SAÚDE E AS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE CUIDADOS DE SAÚDE

1.1. COMPLEXIDADE DO AMBIENTE

O sistema de saúde é um complexo aglomerado de dezenas de especialidades e de instituições, cada uma com o seu domínio e contribuição próprios.

“É muito complexo, muito visível politicamente, com um grande número de profissionais de diferentes disciplinas, todos contribuindo para estruturas organizacionais extremamente fragmentadas. Está cheio de paradoxos; por exemplo, é altamente institucionalizado mas com grandes exigências e pressões técnicas. É também hiper-turbulento com inovações tecnológicas significativas, em que ao mesmo tempo, co-existem estruturas organizacionais para médicos que não mudam há pelo menos uma centena de anos, e que são frequentemente limitados pela extremamente lenta propagação da inovação no conhecimento”(tradução livre) (Shortel, 2006).

É interessante, ainda, constatar que a citação acima transcrita termina com a frase, no original, *“It’s real messy out there”* ilustrando o nível de complexidade que o autor atribui ao ambiente contemporâneo do sistema de saúde.

A análise do ambiente externo ou da sua envolvente externa, poder-se-á fazer à luz da denominada análise PEST - modelo de análise da envolvente externa macro-ambiental da organização (Freire, 2003), cuja sigla corresponde às iniciais dos quatro grupos de factores ou variáveis ambientais a serem analisadas, nomeadamente variáveis *político-legais(P)*, como a estabilidade governativa, legislação e regulamentação dos mercados, política fiscal e legislação laboral; variáveis *económicas(E)* como evolução do produto, taxas de juro, taxas de inflação, nível de desemprego, níveis salariais, custo da energia e de outros factores produtivos; variáveis *sócio-culturais (S)* ou seja tendências demográficas, hábitos de consumo, estilos de vida, distribuição do rendimento, sistema educativo e, por fim, variáveis *tecnológicas(T)* como os investimentos públicos e privados em I&D, protecção de patentes ou mesmo velocidade de transferência de tecnologia.

Cada uma das variáveis seguidamente apresentadas, caracteriza-se por estar fora do controlo directo da organização podendo, contudo, representar ameaças ou oportunidades que a organização deverá

procurar evitar ou aproveitar e, sendo muitas das vezes utilizadas para a análise no modelo Porter (Porter, 2004).

Não foi encontrada qualquer referência a esta análise na bibliografia consultada. Tal facto reforçou a necessidade de tentativa de exercício da análise PEST (Freire, 2003), no ensejo de uma análise mais completa através de alguma complementaridade entre a análise PEST e a análise dos factores de contingência de Mintzberg (1979), esta sim, já utilizada para análise das organizações de saúde.

QUADRO 1 - ANÁLISE PEST NA SAÚDE	
VARIÁVEIS POLÍTICO-LEGAIS	O sector da saúde é algo politizado a nível das nomeações das administrações dos prestadores públicos e dependente dos ciclos políticos. A instabilidade governativa por consequência da intermitência da maioria parlamentar, compromete a coerência ao nível das políticas de saúde e sua implementação. A nova legislação e estatuto dos hospitais EPE veio flexibilizar e trazer alguma competitividade face ao mercado privado. É um sector bastante regulamentado. A política fiscal e laboral é predominantemente a da administração pública nos prestadores públicos, sendo a política fiscal do sector muito vantajosa face ao sector privado, por estar isenta de IVA, e IRC, cuja taxa em vigor é considerada elevada. A legislação laboral, apesar das recentes alterações ao código do trabalho, é ainda pouco flexível.
VARIÁVEIS ECONÓMICAS	As taxas de juro sofreram uma queda recente promovendo a facilidade de financiar o investimento ao nível dos prestadores privados, não se fazendo sentir ao nível dos prestadores públicos por estes se financiarem no OGE e nos sub-sistemas, trazendo alguma competitividade no sector. A taxa de inflação tem sido mantida em valores não muito elevados, tendo sofrido recentemente uma queda, revelando um fraco crescimento económico e um nível de desemprego alto. Como consequência, os níveis salariais em geral têm tendência a cair. No entanto, no sector da saúde, por ser um sector com forte especialização dos profissionais e com escassez destes recursos, tal não se verifica. No sector privado da saúde o custo do factor produtivo trabalho é mais elevado causando alguma pressão sobre os custos deste factor no sector público, designadamente no universo de prestadores públicos com natureza empresarial. O custo dos restantes factores produtivos tem sofrido considerável volatilidade muito devido ao facto de a nossa economia ser uma economia periférica relativamente aos produtos desenvolvidos em economias muito mais desenvolvidas e numa escala maior do que a nossa – medicamentos, equipamentos, consumíveis -, o que nos coloca em situação de pouca ou nenhuma capacidade de intervenção face à evolução destes custos.
VARIÁVEIS SÓCIO-CULTURAIS	Ao nível demográfico encontramos uma população em processo acelerado de envelhecimento, e iletrada ao nível geral e em especial na saúde, e muito sujeita ao efeito de agenciamento. A

	<p>base populacional nacional tem sofrido um movimento considerável de imigração vinda dos países de língua oficial portuguesa, pertencentes a camadas sócio-culturais baixas e também da Europa de leste, apesar de já de um estrato cultural mais elevado, mas em iguais condições de vida precária. É uma população com hábitos de consumo predominantemente mediterrânicos, mas verifica-se um crescimento de hábitos menos saudáveis importados, tendo aumentado substancialmente a incidência da obesidade designadamente a infância. A distribuição do rendimento é bastante assimétrica, com emergência de novos tipos de pobreza. O nível académico na população mais envelhecida é baixo e o sistema educativo tem sofrido alterações profundas e pouco coerentes apresentando reduzidos impactes ao nível da literacia da população portuguesa. O sector da saúde é muito afectado por estes problemas sócio-culturais os quais produzem pressões e desafios à sua capacidade de resposta, especialmente posta à prova em situações de agudização da situação económica, como se verifica actualmente, recaindo, muitas das vezes, sobre o sector da saúde a responsabilidade de prestação de apoio social, por falta de capacidade dos dispositivos disponíveis por parte da segurança social.</p>
<p>VARIÁVEIS TECNOLÓGICAS</p>	<p>O investimento público e privado em I&D sofreu recentemente um aumento acentuado, após anos de valores residuais. Verifica-se uma velocidade de transferência de tecnologia considerável em todas as áreas tecnológicas, em especial nas áreas das bio-engenharías. As tecnologias da saúde continuam a depender, todavia e na maior parte das áreas, de mão-de-obra intensiva. Estes factos colocam uma grande pressão sobre os custos na saúde, bem como a dependência tecnológica face aos mercados internacionais, quer no que se refere a novos produtos, quer a novas técnicas e a novos equipamentos</p>

Fonte: Adaptado de Freire 2003

O modelo que tem sido utilizado nas poucas análises encontradas na bibliografia – para caracterização do ambiente externo das organizações –, utilizam as categorizações das estruturas organizacionais de Mintzberg (1979), onde este enquadra o hospital no tipo de estrutura denominada por Burocracia Profissional, que classifica segundo quatro dimensões: o *ambiente* – em que são analisados aspectos como a complexidade do cenário, a estabilidade, a diversidade e a hostilidade –; a *idade e a dimensão*; o *sistema técnico*; e as relações de *poder*. Estas quatro dimensões – ambiente, idade e dimensão, sistema técnico e poder – revelam-se como factores de contingência, que no caso da dimensão *ambiente*, é um factor de contingência externa, uma vez que se refere à envolvente externa da organização.

As restantes três dimensões são consideradas como factores de contingência interna, ou seja, estão relacionadas com a organização em si. No entanto, estes factores têm fortes repercussões no

comportamento da organização face seu ambiente externo, uma vez que irão condicionar o seu tipo de estrutura e de gestão, como veremos mais à frente.

Relativamente à primeira dimensão – *o ambiente* – que é neste capítulo abordada, poderemos afirmar que o hospital se move num cenário complexo, uma vez que tem associado a si uma grande necessidade de conhecimento por tratar necessidades complexas e multi-factoriais. Esta será, também, a razão pela qual é associada a uma estrutura desconcentrada, ou seja, contrária ao tipo de estrutura organizacional do tipo burocrático mecanicista, provando-se a forte relação e condicionamento mútuo entre os factores de contingência internos e externos. Contudo, apesar do ambiente dos hospitais públicos ser complexo, a sua estabilidade não é muito ameaçada, pois estamos perante organizações não-lucrativas públicas, num contexto nacional, em que o sector privado ainda não compete, de uma forma directa, no que se refere ao recrutamento de clientes. Por este mesmo motivo, o seu ambiente é tradicionalmente acolhedor, tornando-se, todavia, tendencialmente mais hostil, se pensarmos na dependência dos seus recursos humanos e do conhecimento desenvolvido.

Sendo as organizações de saúde, organizações em que se cria e aplica o conhecimento – saúde, ensino e investigação –, as pessoas tornam-se o seu recurso e o seu ponto fulcral. A atracção e retenção destes recursos são, assim, essenciais para as organizações de saúde. O crescimento recente da concorrência relativamente aos mercados de trabalho dos profissionais mais diferenciados, designadamente por causa de projectos privados com dimensão significativa e baseados numa lógica hospitalar mais consumidora de recursos humanos, tem determinado, de facto, uma maior dificuldade na atracção e retenção de recursos que, muitas vezes, demoram anos a formar. No entanto, o hospital público está sujeito a alguma instabilidade, pois está dependente das políticas de saúde, que como se sabe, alteram com os ciclos políticos. Apesar de alguma continuidade ideológica no sentido de melhorar e reformar o SNS (Simões, 2005), passaram por duas grandes fases, cada uma delas com “três governos de duração decrescente, orientações contrastantes e resultados limitados” (OPSS, 2002).

A dimensão ambiente, sofre ainda de grande diversidade, designadamente do lado do financiamento, não obstante o relevo do financiamento público, onde existe uma miríade de financiadores/compradores com diferentes necessidades e que requerem diferentes abordagens. A inexistência de normalização na identificação e na codificação dos actos médicos e o facto de constarem, essencialmente, dois modelos de pagamento dos cuidados de saúde, nomeadamente os que integram o internamento dos doentes – enquanto os serviços públicos utilizam os Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDHs) –, que constituem agrupamentos de diagnósticos com padrão de consumos relativamente similar, as companhias de seguros e os hospitais privados utilizam o pagamento por factura detalhada, em que apenas os honorários médicos apresentam alguma

homogeneidade (baseiam-se na tabela de valorização da Ordem dos Médicos) mas podem variar no valor utilizado por “K” (unidade de valorização dos actos médicos).

Nesta linha de pensamento, Reis (2007) refere que “de facto e no que se refere aos factores de natureza não pessoal, as organizações de saúde, actuam num cenário pouco estável, muito complexo e diversificado, ainda acolhedor (entre nós) em termos de competição mas crescentemente hostil do ponto de vista da disponibilidade de recursos; São um tipo de instituição muito antigo (muito antigo mesmo o hospital) e dispõem de um sistema técnico muito regulado, extremamente sofisticado e com uma enorme taxa de mutação”. Percebe-se assim, facilmente, ser este um mercado com particularidades e que foge à caracterização standard dos mercados empresariais.

1.1.1 A Governação

A grande complexidade e rápida sucessão de acontecimentos que caracterizam o mundo de hoje exigem da governação actual uma atitude e práticas prospectivas – é necessário governar não só em função dos problemas de hoje, mas também em função do futuro (cenários prováveis).

A tradução para língua portuguesa do termo Governance para Governação¹ não foi muito feliz por trazer algumas confusões quanto aos conceitos que Governance e Governação encerram, a saber: Governação (*governing* ou *the process of government*) no sentido de execução da acção governativa ou processo de governação e Governance (*governance*) é o processo segundo o qual se estabelecem as “regras de jogo” que levam às decisões reais (e não simplesmente formais). De acordo com Sakellarides, a primeira concepção de governação (*governing*) refere os aspectos operacionais de governo – legislação, estabelecimento de prioridades, financiamento, regulação, contratualização, desenvolvimento de distintos tipos de recursos, organização e gestão. A segunda concepção de governação (*governance/Governance*), está relacionada com os princípios que regem relações de poder capazes de promover os interesses efectivos do cidadão – os procedimentos segundo os quais se identificam, negociam, estabelecem e avaliam as regras de decisão colectiva. Debruça-se sobre as relações reais entre o Estado, os interesses económicos e os mercados, as características da "sociedade civil" e o comportamento².

¹ Governação, também designado como Governança ou Governancia. Por considerarmos que não são sinónimos optámos por conservar o termo anglo-saxónico “Governance”

² Encontrará no anexo 1 informação sobre a evolução dos sistemas de saúde até à era da governação e da “governance”.

Segundo as recomendações da Health Care Governance Commission (1992), “todas as partes interessadas explorarão métodos efectivos de administração, por forma a ir de encontro aos objectivos públicos e suas exigências, e para a prestação de cuidados a todos a um custo publicamente aceitável”. Assim sendo, “a Governace da Saúde é o sistema de regras e códigos de conduta para boa administração e supervisão das organizações de saúde, garantindo que sejam adequadamente responsabilizáveis e sujeitas à influência dos stakeholders no que se refere à forma como o sistema de saúde atinge os seus objectivos e presta serviços efectivos e de qualidade” (Health Care Governance Commission, 1992). Esta Comissão define, ainda, os stakeholders como todos os doentes, staff, administradores, seguradoras de saúde, associações de doentes e o governo local e nacional.

São princípios basilares da chamada *Boa Governace*, o princípio da Inclusão, ou seja, do envolvimento de todas as partes interessadas, com igual tratamento e participação, e o princípio da Responsabilização, no sentido de prestação de contas (“accountability”), pelo valor da transparência e da sua contestabilidade. Esta *Boa Governace* não é mais do que o jogo entre os vários actores, tendo em conta a agenda política, de onde resultam as acções reais. Este é um jogo em que, de acordo com as agendas políticas se poderá assistir a uma diferente hierarquização destes dois princípios, sendo certo que os valores e princípios orientadores se encontram sempre presentes (Sakellarides, 2008).

Com base nestes conceitos, julgamos essencial que a governação de topo acrescente a noção de *Boa Governace* à sua função governativa para, desta forma, alcance todos os objectivos que uma organização pública de saúde deve aspirar.

1.2. MUDANÇA DE PARADIGMA - A IMPORTÂNCIA DO PROCESSO DE GESTÃO PARA O SEU SUCESSO

O novo direccionamento dos sistemas de saúde orientado para o cidadão, o alargamento do conceito de saúde, bem como o fenómeno da doença cada vez mais multifactorial e complexo e os novos desafios da saúde (PEW Health Professions Commission, 1995) tais como: a inovação tecnológica e a pressão sobre os custos que esta provoca; a tendência de crescimento das doenças crónicas e o

Figura 1 - BOA GOVERNANCE



Fonte: Sakellarides (2008)

envelhecimento da população; a importância da tecnologia da informação enquanto condição essencial para manter o consumidor e as suas necessidades e expectativas no centro do sistema de saúde e por último a preocupação com a equidade, conduzem a uma mudança brutal de paradigma, que também se reflecte na noção de gestão e na sua importância para que esta mudança se opere.

No esquema abaixo podemos encontrar as diferenças entre o velho e o novo paradigma a um nível global e abrangente, como esquematizado por Shortell e Kaluzny (Shortell, S.; Kaluzny, A., 2000).

QUADRO 2 - DIFERENÇAS NO PARADIGMA DA SAÚDE

VELHO PARADIGMA	NOVO PARADIGMA
Ênfase nos cuidados agudos em internamento	Ênfase nos cuidados continuados
Ênfase no tratamento das doenças	Ênfase na manutenção e promoção do bem estar
Responsabilidade por indivíduos doentes	Responsabilidade pela saúde de determinadas populações
Ênfase em recursos físicos	Ênfase em recursos fundados no conhecimento e no relacionamento
Todos os prestadores são análogos	Diferenciação baseada na capacidade de acrescentar valor
Sucesso definido pelo crescimento da quota de Mercado (admissões)	Sucesso definido através do aumento de vidas cobertas e de pessoas com boa saúde
O objectivo é ocupar camas	O objectivo é prestar cuidados ao nível mais apropriado
Hospitais, médicos e planos de saúde estão separados	Os sistemas de prestação são progressivamente integrados
Os gestores gerem uma organização	Os gestores movem-se num mercado e operam serviços através das fronteiras da sua organização

Fonte: Adaptado de Shortell, S. e Kaluzny, A., 2000

Como rapidamente se conclui através deste último esquema, a organização hospitalar sofreu profundas modificações nos seus valores, na forma como se vê a si própria e nas relações que estabelece. Ilustrando esta ideia, Cremadez (1999), referia que “a organização hospitalar tem tendência a comportar-se como uma organização fechada em relação ao seu ambiente”. Segundo este autor, o ambiente externo era entendido como uma contrariedade e os membros da organização hospitalar mantinham uma atitude reactiva face à hostilidade do meio, fechados sobre si próprios, com um discurso ideológico hermético e moralizador com o objectivo de rejeitar as evoluções que lhes

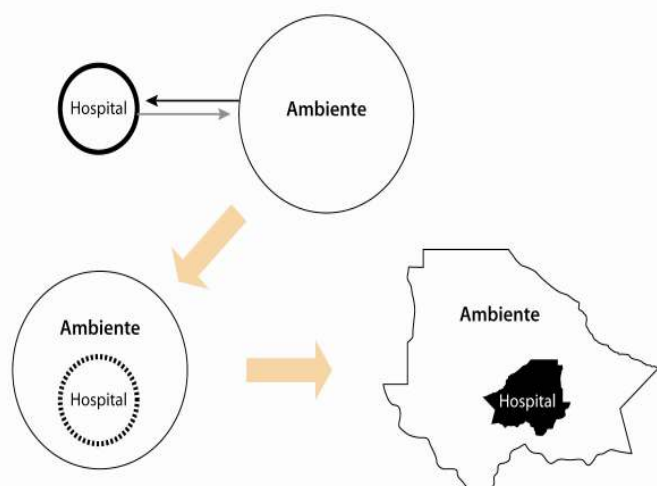
eram propostas, sendo a manutenção de situações monopolísticas a única aparente defesa face à agressividade do meio exterior.

A inevitável mudança de paradigma de que temos vindo a falar, conduz à passagem do hospital, enquanto organização fechada sobre si mesma, para uma organização aberta e em que se vão esbatendo cada vez mais as fronteiras com a envolvente externa. Numa organização aberta, o meio ambiente exterior é encarado como uma fonte de oportunidades, de desenvolvimento e de evolução, sendo uma “boa parte dos recursos da organização é consagrada a conhecer, analisar e compreender os fenómenos externos, por forma, a se tirar partido deles” (Cremadez, 1999).

Neste tipo de organização, os seus elementos têm uma atitude proactiva, em detrimento da anterior postura meramente reactiva e defensiva, sendo o conhecimento das evoluções no ambiente externo conducente a propostas e antecipação das mudanças que poderão ser favoráveis para a organização, transformando ameaças em oportunidades.

A organização passa a estar centrada sobre o seu ambiente e a satisfação dos objectivos externos da organização é considerado pelos seus elementos como um modo privilegiado de realização pessoal (Cremadez, 1999). Desta forma se conclui que uma organização centrada sobre o seu ambiente conseguirá muito mais facilmente satisfazer os seus factores críticos de sucesso ao adequar os seus serviços, criando vantagem competitiva e validando as suas orientações.

Figura 2 – Evolução do Hospital face ao seu ambiente envolvente



Fonte: Cremadez, 1999

1.2.1. IMPORTÂNCIA DA GESTÃO PARA A MUDANÇA DE PARADIGMA

A mudança de paradigma de que nos fala Cremadez, irá reflectir-se inevitavelmente na estrutura organizacional bem como na gestão da organização. É preciso saber adaptar a estrutura organizacional de acordo com as características e exigências do seu meio envolvente. O alinhamento dos pontos fortes da organização aos factores críticos de sucesso fará parte da estratégia do gestor para o alcance de vantagem competitiva. A mudança de mentalidade e, conseqüentemente, a "nova administração de saúde" voltada para o desempenho e para os resultados, para a responsabilização efectiva de todos os

participantes e para o "cidadão cliente", traz novos desafios à gestão e aos gestores das organizações de saúde.

Uma mudança de paradigma da saúde implica, também, uma mudança de paradigma no papel do gestor de topo. A forma como Mintzberg (1979), definia o papel do gestor é consideravelmente diferente da forma como agora se entende ser o papel do gestor de topo no novo paradigma. Manuel Delgado apresenta de forma sucinta a mudança de paradigma sentida e reflectida ao nível local, no hospital:

QUADRO 3 – MUDANÇA DE PARADIGMA A NÍVEL LOCAL

VELHO PARADIGMA	NOVO PARADIGMA
A Intangibilidade da actividade hospitalar	A Capacidade de medir a actividade hospitalar
A orientação para os problemas internos	A orientação para o cliente
Relações de oposição	Fornecedores como parceiros, os clientes como indispensáveis para o sucesso
A perspectiva de uma produção final	A perspectiva dos procedimentos
Reactividade nas decisões	Decisões proactivas
Gestão intuitiva	Gestão com base em factos e respectivas tendências

Fonte: Adaptado de Delgado, 1999

Efectivamente, o gestor de topo para atingir de forma eficaz os resultados e gerir eficientemente os recursos disponíveis, necessita de analisar as questões relativas à sua gestão e monitorização, sabendo o que deve aferir e como este resultado se relaciona com a estratégia e com os processos das organizações. De acordo com Pereira (2004) no alto mar para estabelecermos o rumo para o nosso destino, teremos de conhecer, primeiro de tudo, a nossa posição actual e o nosso objectivo. Sem sabermos onde estamos não saberemos definir para onde queremos ir e muito menos como iremos lá chegar.

Por estas razões, o gestor de topo do novo paradigma terá de preocupar-se com a gestão de processos e, também, com a gestão da informação e do conhecimento. A gestão da informação é fundamental, não só na perspectiva do suporte aos processos mas também pela importância na partilha e disseminação da informação na organização e entre os profissionais. A partilha do conhecimento está muito dependente da qualidade na partilha da informação, não esquecendo que o conhecimento é a base fundamental de todas as organizações de saúde. Contudo, a gestão do conhecimento vai um

pouco mais além, passa também pela capacidade de atrair e reter o conhecimento na organização. O conhecimento é largamente detido pelos profissionais de saúde, e este facto resulta num desafio à capacidade de gestão destes recursos humanos.

Nesta linha, Reis (2007), considera que os desafios emergentes das mudanças requerem um adequado desempenho do papel do gestor, tais como: o reforço da capacidade de liderança em organizações em mudança em cenários instáveis; a capacidade de gerir através da criação de ligações que assentem na gestão de conflitos e na negociação e que facilitem processos de integração multidisciplinar e pluri-institucional; a capacidade para argumentar, interna e externamente, numa óptica de melhoria da qualidade, em termos de ganhos em saúde e com base na avaliação do desempenho; a sensibilidade à relação qualidade/custo e competência para gerir num ambiente de constrangimento financeiro: a capacidade para utilizar os produtos de pesquisa e de promover a inovação e por último a disponibilidade e capacidade para suscitar a colaboração dos profissionais prestadores (designadamente clínicos), valorizando o impacto da prática e das decisões clínicas na estrutura, na prestação e no custo de funcionamento da organizações de saúde.

1.3. A COMPLEXIDADE E A DIFERENCIAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

As organizações de saúde actuam em cenários estáveis mas muito complexos e diversificados onde enfrentam condições crescentemente hostis do ponto de vista da disponibilidade dos recursos. Têm um sistema técnico muito regulado, com uma especialização muito intensa que associa características de mão-de-obra intensiva com capital intensivo e em que este não tem efeito substitutivo de mão-de-obra. São organizações extremamente sofisticadas e com uma enorme taxa de mutação e que pela sua razão de ser, pela sua missão mas também, pela sua natureza específica da sua actividade, são organizações plenas de particularidades. Essas particularidades determinam estruturas organizacionais próprias, tendo Mintzberg (1979), no seu estudo sobre estruturas organizacionais, considerado o hospital uma estrutura do tipo Burocrático Profissional. Esta configuração, bem como as restantes configurações de Mintzberg (1979), tem cinco componentes conforme descreve o quadro 4:

QUADRO 4 – CINCO COMPONENTES DA CONFIGURAÇÕES ORGANIZACIONAIS DE MINTZBERG

VÉRTICE ESTRATÉGICO	Onde se encontram todos os membros encarregados da responsabilidade global, que tem como função assegurar que a organização cumpra a sua missão eficazmente, assim como servir as necessidades de todas as pessoas que controlam ou que de qualquer maneira exerçam poder sobre a organização;
---------------------	--

TECNOESTRUTURA	Onde se encontram os analistas e o pessoal burocrático de apoio, que servem a organização na medida em que afectam o trabalho dos outros. Os analistas de controlo da tecnoestrutura efectuem a standardização da organização;
STAFF OU PESSOAL DE APOIO LOGÍSTICO	Que constituem unidades especializadas cuja razão de ser é a de dar apoio à organização, fora do fluxo de trabalho operacional;
CENTRO OPERACIONAL,	Que compreende os operacionais -, que executam o trabalho básico relacionado directamente com a produção. Este situa-se no âmago da organização, é a parte crucial que produz as actividades e os resultados essenciais, conservando a organização viva;
LINHA HIERÁRQUICA	Que liga o centro operacional ao vértice estratégico, através de uma cadeia de quadros com autoridade formal.

Fonte: Adaptado de Mintzberg 1979

Assim sendo, a organização tem várias componentes: uma componente produtiva – os seus centros operacionais -, e uma componente administrativa - o vértice estratégico, a tecnoestrutura, a logística e a linha hierárquica. Nas Burocracias Profissionais, o centro operacional é a componente mais importante da estrutura. É dominado pelos operacionais qualificados – os profissionais de saúde, no caso do Hospital-, que utilizam procedimentos bem definidos. Esta configuração encontra-se em ambientes que são, ao mesmo tempo, complexos e estáveis – suficientemente complexos para exigir a utilização de procedimentos que exigem anos de formação formal, contudo suficientemente estáveis para que estas competências possam ser bem definidas e, de facto, standardizadas.

A outra componente, também bastante desenvolvida nas Burocracias Profissionais, é a do Staff ou pessoal de apoio, que tem, sobretudo, como missão servir o centro operacional. O seu sistema técnico não é nem muito sofisticado, nem muito automatizado, nem muito regulador. A tecnologia da organização – os conhecimentos que utiliza – é sofisticada mas o seu sistema técnico – o conjunto de instrumentos que utiliza, não o é (Mintzberg, 1979). Neste tipo de configuração existem duas hierarquias paralelas - uma para os profissionais, no sentido ascendente e que é de natureza democrática, e outra para as funções de apoio logístico, no sentido descendente, mais de acordo com a configuração da burocracia mecanicista. Trata-se de uma estrutura muito descentralizada tanto na dimensão vertical, como na dimensão horizontal. Na hierarquia profissional, o poder reside na especialização, enquanto que na hierarquia não-profissional, o poder e o estatuto estão associados à função e não aos indivíduos (Weber citado por Mintzberg (1979), sendo assim, um dos problemas das Burocracias Profissionais, a dificuldade de coordenação.

“Esta só pode coordenar as suas actividades eficazmente pela standardização das qualificações. Resiste à supervisão directa e ao ajustamento mútuo, como pura e simples transgressões à autonomia do

profissional, num dos casos, por parte dos administradores, e no outro, por parte dos próprios colegas”(Mintzberg, 1979).

No entanto, a estandardização das competências de que Mintzberg (1979) fala, revela-se um mecanismo de coordenação frágil e pouco poderoso, que não consegue regular todos os problemas que surgem neste tipo de configuração, uma vez que o profissional resiste à racionalização das suas competências – à sua divisão em tarefas mais simples – pelo facto de isso os tornar programáveis pela tecnoestrutura, destruindo a base da sua autonomia (Heydebrand e Noell, 1973). Trata-se de uma estrutura bem adaptada à produção dos seus resultados estandardizados, no entanto inflexível e nada adaptada à necessidade de inovação, facto que não é já compatível com as necessidades que serve.

Treze anos após Mintzberg (1979) ter descrito de forma tão eloquente a organização burocrática do hospital, Cremadez (1992) acrescenta que as organizações de saúde, devido à sua complexidade e especificidade, adquirem uma configuração caracterizada pelo primado do centro operacional, por uma fraca tecnoestrutura, pela importância do apoio logístico, alguma ambiguidade do vértice estratégico e pela ausência ou fragilidade de linha hierárquica. E explica que a organização do hospital se caracteriza, acima de tudo, pela importância dos seus centros operacionais, os quais agrupam um grande número de unidades elementares (serviços ou unidades), relativamente independentes uns dos outros, onde cada serviço ou unidade estabelece relações directas com os seus próprios ambientes cliente e fornecedor, organizando-se e equipando-se, o Hospital, para fazer face de forma independente às missões que lhe são atribuídas.

O desenho da organização não faz mais do que acentuar esta característica fundamental, que com o seu crescimento conduz a uma multiplicação de domínios de actividade, mais do que à sua concentração (Cremadez (1992). Para este autor, a linha hierárquica entre o centro operacional e o vértice estratégico é, de facto, interrompida, uma vez que o gestor de topo não tem possibilidade nem competências para dirigir directamente os chefes dos serviços médicos. A acção do gestor de topo sobre os serviços passa, por um lado, pela administração directa dos serviços funcionais e da tecnoestrutura e, por outro lado, através de instâncias de concertação: comissões ou conselhos médicos. Para este autor, este sistema de concertação é notoriamente insuficiente para gerir, tanto os problemas operacionais como os estratégicos, assistindo-se à proliferação de sistemas de concertação (ou de manipulação), multiplicando-se reuniões, contactos bilaterais e comissões diversas para suprimento das carências de “design” da estrutura”.

Relativamente ao vértice estratégico, este consagra-se, essencialmente, a assegurar as relações da organização com o seu ambiente regulamentar (tutela) e financeiro (entidades financiadoras dos

cuidados). Assim como Mintzberg (1979), também Cremadez (1992) considera que o vértice estratégico serve de “tampão” face às múltiplas tutelas, que o gestor de topo encontra legitimidade e o seu poder na capacidade constante de preservar o centro operacional das perturbações criadas pelas alterações de política e pelas contradições do poder da tutela.

Monteiro (1999) verifica, no estudo que fez, que o Hospital português reúne as mesmas características das estruturas organizacionais do tipo Burocrático Profissional que Mintzberg elaborou e como Cremadez (1992) descreve para as organizações de saúde. Mintzberg (1979) e Cremadez (1992) alinharam as suas perspectivas e caracterizaram a estrutura das organizações de saúde, em particular o hospital, no caso de Cremadez (1992). E, apesar de Kaluzny afirmar em 1982 que “as características da estrutura organizacional eram de extrema influência na performance do Hospital” (Kaluzny, 1982 citado por Reis, 2000), não nos esqueçamos do repto lançado por Drucker, quando afirma que *“os pioneiros da gestão de há um século atrás tinham razão. A estrutura organizativa é necessária. A organização moderna – seja ela uma empresa, serviço público, universidade, hospital, uma grande igreja ou uma grande organização militar – precisa de organização do mesmo modo que uma organização biológica, à excepção da ameba, precisa de uma estrutura. Mas os pioneiros estavam errados na sua presunção de que existe – ou deve existir - uma única organização correcta. Em vez de procurar a organização ideal, a gestão precisa de aprender a procurar, a desenvolver, a testar...”* (Drucker, 1999).

1.3.1.DIFERENCIAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE - HOSPITAL

Todas estas particularidades nas componentes da configuração organizacional do hospital se traduzem num comportamento e relacionamento próprio entre a organização e o seu meio ambiente. As organizações são sistemas abertos que deverão manter-se em equilíbrio dinâmico com o seu ambiente. E o hospital, como vimos anteriormente, tem vindo a tornar-se numa organização aberta e em comunicação crescente com a sua envolvente.

Em termos da estrutura, a relação ambiente-hospital não deverá ser vista de forma global. A divisão de um hospital num certo número de centros operacionais cria, também, uma divisão do ambiente em igual número de sub-ambientes específicos. Esta relação privilegiada que cada serviço do hospital mantém com uma fracção do ambiente, é denominada por *diferenciação* (Lawrence et Lorch, citado por Cremadez (1992)). Assim, as características do sub-ambiente próprio de um serviço contribuirão para a determinação da forma de organização do trabalho, dos comportamentos individuais e para a

determinação das relações interpessoais, que o distinguirão dos outros serviços. Mas a noção de diferenciação é uma noção dinâmica, onde a distância inicialmente estabelecida entre duas partes da organização tem tendência a desenvolver-se sob o efeito conjugado das diferenças culturais e das solicitações de cada sub-ambiente (cliente e fornecedor). Com efeito, verificamos que a eficiência de uma unidade é sempre condicionada pela adequação das suas características organizacionais às especificidades do seu sub-ambiente próprio.

“A diferenciação é fonte de eficiência. Por consequência, toda a organização deverá respeitar um nível de diferenciação das suas estruturas, compatível com as exigências nascidas da diversidade do ambiente com o qual as suas unidades são confrontadas” (Cremadez, 1992)

A principal diferenciação num hospital exerce-se, assim, entre os centros operacionais e os serviços que compõem o resto da organização, traduzindo a oposição entre o mundo profissional e o mundo administrativo. Mas exerce-se, igualmente, entre os diversos centros operacionais com modos de produção diferentes (medicinas/cirurgias, por exemplo) e, até, de forma transversal, entre grupos de profissionais (médicos/enfermeiros), como se verá mais adiante.

O mundo profissional é composto pelos centros operacionais com objectivos essencialmente qualitativos e sujeitos a uma forte pressão a curto prazo. É composto por profissionais fundamentalmente centrados sobre as suas tarefas, que tratam de casos sempre particulares mas que se podem agrupar em grandes categorias. Estes profissionais são resultado de formação específica e submetem-se a uma deontologia, própria e externa à organização, que determina as suas atitudes. Obedecem a uma hierarquia fundada na competência, avaliada por critérios estabelecidos pelas suas organizações de classe, beneficiando de uma grande liberdade no exercício da sua actividade (confundindo, contudo e frequentemente, autonomia técnica com autonomia organizacional), que os pode levar a considerar o hospital não como uma organização da qual são parte integrante mas apenas como um conjunto de infraestruturas postas à sua disposição para o exercício da medicina (Cremadez, 1992).

No mundo administrativo, os funcionários são, sobretudo, indivíduos com formação de base jurídico-económica que exercem a sua função de acordo com os critérios tradicionais da administração. Trabalham segundo uma hierarquia restrita de natureza clássica. O seu quadro de trabalho é caracterizado por tarefas rotineiras e especializadas e fazem face a uma proliferação de regras e de procedimentos formalizados. Têm tendência a identificarem o hospital como o local onde trabalham. Os objectivos traçados para estes indivíduos são de natureza quantitativa e económica e com uma dimensão política. A pressão sobre a sua actividade é, essencialmente, de médio e longo prazo, ao

contrário do que se passa no centro operacional e as suas preocupações estão centradas nas relações com a administração mais abrangente – tutela e financiadores, os quais constituem o essencial do seu sub-ambiente de referência (Cremadez, 1992).

No entanto, dentro do próprio centro operacional, existe ainda uma diferenciação entre corpo médico e corpo de enfermagem, com impacte não negligenciável no clima do hospital. Dentro do quadro de cada serviço esta diferenciação entre médicos e enfermeiros dificulta a necessária interacção entre ambos e que quando em dificuldade ou em incerteza emergem as lutas de poder e as batalhas ideológicas. Para além deste facto, cada corpo é estruturado diferentemente – o corpo médico, aparentemente mais democrático, sujeito a coligações múltiplas e efémeras, auto-controla-se, enquanto o corpo de enfermagem é gerido de forma mais centralizada com uma hierarquia clara e relativamente rígida, sendo controlado de forma mais estreita e mecanicista. A diferenciação dos serviços de logística depende, então, da sua localização dentro da organização do hospital e tem em atenção o antagonismo entre os mundos médico e administrativo. Enquanto que os serviços logísticos tradicionais (cozinha, lavandaria, gestão de materiais, etc) pertencem ao universo administrativo e são organizados de forma mais mecanicista, perseguindo objectivos de rentabilidade e de controlo de custos, os serviços de logística técnica (imagiologia, laboratórios, plateau tecnológico) estão situados no centro operacional, sendo os seus objectivos de natureza essencialmente qualitativa, e não sendo a matriz de custos a preocupação dominante dos seus responsáveis. Todavia, uma vez que necessitam de investimentos significativos e têm influência fulcral sobre a prática médica e sobre a imagem do corpo médico junto dos doentes, encontram-se no interface entre os dois mundos, por via da obtenção dos financiamentos necessários ao investimento e à lógica subjacente à adopção (ou não) de tecnologia de inovação.

A organização do hospital é, assim, submetida a um número considerável de forças centrífugas que se exercem essencialmente no seio e a partir dos centros operacionais e que tendem a afastar, de forma constante, os centros operacionais e os profissionais dos objectivos da organização como um todo.

“Este jogo, muito particular, das forças de diferenciação, pode explicar o aparente paradoxo entre a qualidade dos cuidados considerada, frequentemente, como satisfatória e a gestão cujo desempenho é avaliado de forma mais negativa” (Cremadez, 1992)

Este conjunto de forças centrífugas resultantes da existência de interesses divergentes dentro do Hospital, de que nos fala Cremadez (1992) e que Monteiro (1999) confirma existir no Hospital português, conduz-nos à questão sobre a forma de chegar a áreas de consenso para a prossecução de objectivos comuns e se a gestão terá um papel preponderante para o atingir desse objectivo.

1.4. A GESTÃO E A COORDENAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

As organizações de saúde estão repletas de especificidades e estas especificidades vão determinar, de forma muito significativa a natureza e as características próprias da sua gestão. Estas especificidades *“e, em particular, a autonomia técnica que nelas expressa tão fortemente a dualidade de poderes, são condição, não só importante mas até indispensável, para uma actividade responsável, com êxito e com mérito”* (Reis, 2007) tende a colocar os seus gestores numa posição em que são confrontados com uma pluralidade de objectivos, necessidades, agendas e até de pressões contraditórias, oriundas de diferentes pessoas e grupos vindos de fora mas também de dentro das organizações (Gabel, 2002).

O relacionamento muito específico entre a autoridade formal (hierarquia) e a autoridade técnica tem como consequência uma *“estrutura formal algo difusa e única”* qualificada como dupla linha de autoridade, para além de que, sobretudo no hospital, assume crescente nitidez a profunda diferenciação e especialização de actividades, o que determina que para o desempenho da sua missão, o hospital dependa de uma clara divisão do trabalho com os seus profissionais agrupados em diversificadas unidades funcionais (Moulet, 1985 citado por Reis 2007).

A gestão e os seus procedimentos têm vindo a acompanhar a dinâmica da estruturação do hospital, do centro operacional e das suas estruturas, as quais foram sofrendo alterações em busca das melhores performances e que, com recurso a novas combinações e agrupamentos das tarefas individuais e das unidades funcionais, deram origem à *“departamentalização”* com diferentes lógicas, mas todas elas criando círculos de poder técnico mais vastos, os quais tendem a manter ou até a agravar situações de conflito de autoridade e de confronto, com a consequente ameaça sobre a capacidade de coordenação da actividade da organização.

“A departamentalização, sendo feita numa óptica técnica (de divisão do trabalho segundo critérios mais ou menos profissionais), correspondendo a uma resposta eficaz à diferenciação dos hospitais enquanto factor de desintegração (que pretende evitar), mantém uma situação idêntica no plano da dualidade de autoridades e agora com reforço da extensão territorial da autoridade formal” (Reis, 2007).

Os mecanismos de coordenação formais não são numerosos e revelam-se, até, pouco úteis devido ao *“natural”* primado do centro operacional e à relevância dos mecanismos de integração dominantes, ou seja, o *ajustamento mútuo* entre indivíduos e a *standardização de qualificações*. O ajustamento mútuo permite a coordenação do trabalho através de simples comunicação informal, o mesmo será dizer que a coordenação no hospital depende, em grande parte, da qualidade das relações que se estabelecem entre os diferentes profissionais e responsáveis. Se bem que seja uma fonte de performance nas organizações com modelos de actividade complexos, o ajustamento mútuo revela-se,

no entanto, um modo de coordenação/integração frágil. Com efeito, basta haver uma mudança nos interlocutores para pôr em causa ou restaurar uma colaboração eficaz ou deficiente. Por sua vez, a estandardização de qualificações completa e reforça os fenómenos organizacionais gerados pelo primado do centro operacional, permitindo uma coordenação espontânea graças à homogeneidade dos comportamentos individuais, e sendo obtida sobretudo através da formação e da socialização. Dentro das suas relações de trabalho, as pessoas que compõem o centro operacional sabem perfeitamente o que esperar uns dos outros, dentro de um certo número de situações, das quais foi feita aprendizagem comum.

No entanto, a estandardização de qualificações, se bem que permite que o ajustamento mútuo se faça nas melhores condições, não é inócua a nível do organizacional, pois reforça a liberdade do profissional no seio do hospital, tornando difícil a sua mobilização para definir e prosseguir os objectivos da organização, favorecendo, também, o reagrupamento dos indivíduos no seio de órgãos de classe que transcendem os limites do hospital e facilitando a sua mobilização para objectivos corporativos. Paradoxalmente, esta característica facilita o trabalho do curto prazo dentro das unidades elementares da organização mas complica consideravelmente a gestão do hospital como entidade única, uma vez, que os centros operacionais dos hospitais, com as suas interdependências, nuns casos, e necessidade de verticalização pela doença, noutros casos, comportam-se cada vez mais como uma organização do tipo matricial, por produto e por processo, complexificando a sua coordenação.

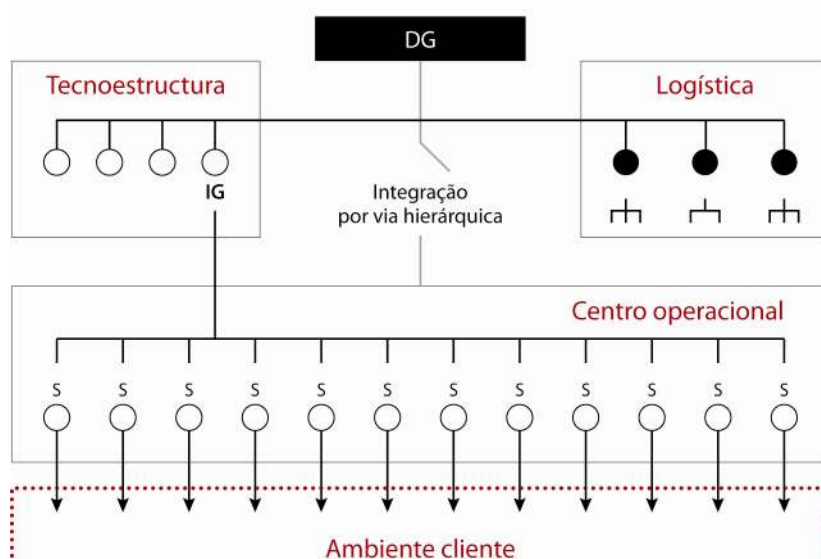
A diferenciação das organizações de saúde reforça, ainda, as barreiras naturais à comunicação. Quanto mais diferenciada for uma organização, mais difícil será a obtenção da colaboração das diferentes unidades entre si, pois cada uma, terá tendência para encarar os seus problemas em função da sua percepção face aos constrangimentos do seu ambiente, das suas rotinas de trabalho, acabando por todas as tentativas de intervir, na procura de soluções, com critérios diferentes, serem percebidas como uma perda na repartição de poderes, verificando-se na prática, na tendência para o evitar de conflitos, por forma, a manter os equilíbrios existentes. Para evitar estes fenómenos negativos ligados à diferenciação, deverão encontrar-se mecanismos de revelação e resolução de conflitos, nomeadamente, a *Integração*.

A *integração* consiste no reconhecimento das diferenças para que apoiando-se nelas consiga assegurar a convergência das acções com os objectivos comuns. A força da integração necessária depende, pois, da intensidade da diferenciação. Segundo Cremadez (1992), o mecanismo de integração fundamental é, naturalmente, o da via hierárquica mas ele é, como já se viu, insuficiente, necessitando de mecanismos de integração complementares, visando tornar a coordenação mais flexível e mais adaptável a uma grande multiplicidade de modos de colaboração entre indivíduos.

Para ter uma boa performance num ambiente incerto, não se deverá procurar reduzir a diferenciação mas sim compensá-la através de uma integração de força igual. Este parece-nos ser um dos papéis preponderantes da gestão que escolhendo os modos de integração mais adequados à sua organização, conhecendo as suas várias diferenciações internas e as necessidades específicas dos seus sub-ambientes consiga, de forma articulada e coerente, os integrar sob uma perspectiva organizacional global.

No entanto, a utilização da via hierárquica, por processos ou por comissões, como forma de obtenção da *integração*, apresenta resultados limitados, uma vez que, dada a existência de uma ruptura da linha hierárquica entre o centro operacional e o vértice estratégico, só se fará “naturalmente” entre os serviços logísticos e a tecnoestrutura com o vértice estratégico. Na integração hierárquica, a ligação entre a tecnoestrutura e o centro operacional, é feita apenas na dimensão operacional, através da figura do Enfermeiro Director ao longo da sua hierarquia interna pelos centros operacionais, enquanto que na hierarquia por processos as relações entre a tecnoestrutura e o centro operacional envolvem já as dimensões financeira, contabilísticas e de gestão de pessoal, sendo, no entanto meios de integração de natureza centralizadora.

Figura 3 – Integração por via hierárquica



Fonte: Cremadez, 1999

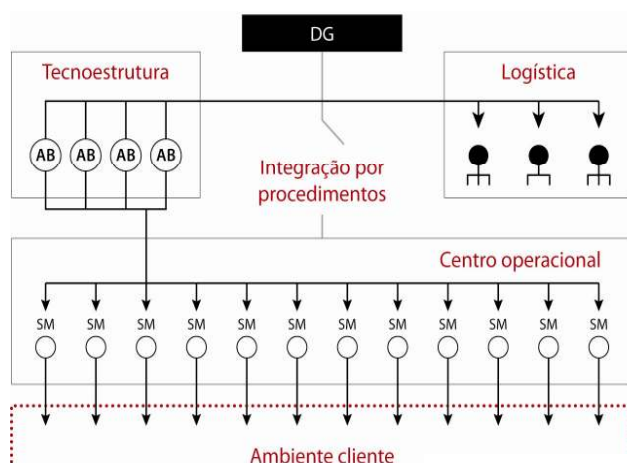
A *integração* poder-se-á obter, então, com recurso a quatro métodos:

- **Ajustamento mútuo**
- **Chefias de Ligação**
- **Grupos de Integração**
- **Processos de integração complexos**

O *ajustamento mútuo*, foi já referido como um instrumento relativamente frágil e pouco controlável para garantir a integração, sendo os denominados *grupos de integração – comités ou comissões permanentes* –, uma prática corrente no seio do universo administrativo através da criação de equipas ou grupos multidisciplinares com efeitos consultivos, ou mesmo, dedicados a resolver um problema ou questão específicos. Para além destas formas, surgem também, pontualmente, comissões *ad hoc* para resolução de problemas pontuais, como por exemplo, a escolha de equipamento sofisticado ou de montante elevado.

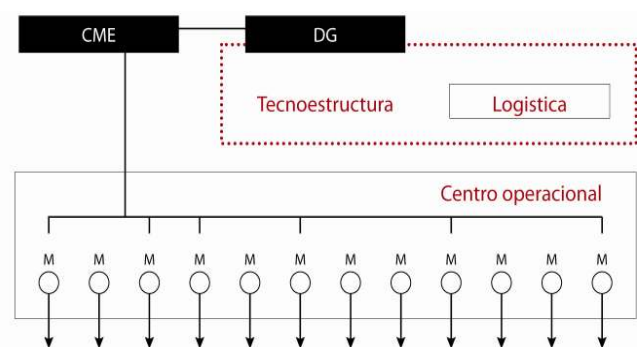
A integração por *Chefias de Ligação* tem sido um modelo frequentemente utilizado, designadamente com a utilização de direcções técnicas como instrumento de contacto entre o vértice estratégico das organizações de saúde e os centros operacionais e profissionais. Verificando-se, todavia, com frequência “estas direcções acabarem por ser vítimas da forma como buscam a sua legitimidade junto dos seus principais “público-alvo”. Veja-se, a este propósito, os efeitos da forma de indigitação das Direcções Clínicas ou de Enfermagem sobre o desempenho das funções de Integração destas direcções (escolha democrática pelos pares vs nomeação directa).

Figura 4 – Integração por procedimentos



Fonte: Cremadez, 1999

Figura 5 – Integração por ajustamento mútuo



Fonte: Cremadez, 1999

A *integração complexa* utilizará os vários meios de integração em simultâneo, fazendo muito uso das comissões pluridisciplinares aos vários níveis da hierarquia técnica e administrativa, tentando sempre acompanhar todo o processo em diálogo constante internalizando, assim, as contingências da dualidade de autoridade. Outra forma de integração complexa reside na adopção de processos de mudança induzidos na organização, os quais, por natureza, obrigam a uma profunda interacção entre os centros operacionais e o vértice estratégico, a logística e a tecnoestrutura.

Socorrendo-se destes diferentes meios, o gestor desempenha um papel fundamental no *lay-out* da estrutura, tentando alcançar o equilíbrio dinâmico através do desenho organizacional e gestão de

processos, de informação e de conhecimento, assegurando a comunicação eficaz e multidireccional na organização. A gestão da estrutura hospitalar assente na integração como forma de alcance de performances técnica e financeira superiores, será algo diferente da burocracia profissional inicial. É certo que a gestão, através da linha de autoridade formal, será sempre responsável pela alocação de recursos e, dessa forma, sempre condicionará a liberdade dos profissionais, como refere Mintzbergg (1979). Mas a gestão da nova configuração não se limita à distribuição de recursos, está voltada para o desenho e melhoria dos processos e para a obtenção de resultados, tornando-se numa gestão de colaboração, ao longo de toda a organização.

“A óptica privilegiada será sempre a do respeito pela diferença, e concretamente, pela autonomia técnica em ambiente de responsabilização, acompanhando-as e controlando-as através de uma estrutura de gestão e de procedimentos, que promovendo a coesão institucional, criem condições para um correcto exercício” (Reis, 2000)

Considerado o que tem vindo a ser afirmado acerca da complexidade da gestão das organizações, coloca-se, então, a questão da necessidade, ou não, do reconhecimento da diferença da gestão destas organizações relativamente a todas as restantes, bem como, a necessidade de formação específica dos gestores das organizações de saúde. Isto é, se estamos perante organizações tão complexas e tão específicas, será que os melhores gestores destas organizações deverão ser também eles, próprios e específicos?

Historicamente esta questão tem tido três diferentes respostas (Reis, 2005):

- O recurso a gestores profissionais sem formação nem experiência em gestão de organizações de saúde com todos os riscos de subversão dos seus objectivos em boa parte pela preocupação de sobreposição da hierarquia formal aos objectivos e valores das organizações que são assumidos e assimilados pelos profissionais;
- O recurso a profissionais de saúde, orientando-os para a gestão, ou seja, dando-lhes formação em gestão a somar à experiência que a sua formação base lhes confere. A sua formação em gestão dá-lhes mais sensibilidade para a actividade e para as necessidades próprias da organização e a sua formação de base ou experiência permite-lhes não descurar as vertentes específicas a nível da gestão;
- O recurso à formação específica, isto é, à formação de gestores especializados em organizações de saúde. Estes têm vantagens evidentes. Estão treinados para o seu papel e para a compreensão das organizações profissionais e dos seus problemas; São sensíveis às questões decorrentes do trabalho e dos profissionais e partilham com eles os seus valores. Mas, tendo menos envolvimento com os valores dos profissionais do que aqueles que transitam deste grupo para a gestão, apresentam, também,

carências graves no domínio das técnicas e instrumentos de gestão, pois, muitas vezes, a sua formação de base e experiência profissional, nada têm a ver com a gestão. É-lhes apontado um menor domínio das técnicas de gestão do que o dos gestores comuns. Esta última questão levantada por Reis é muito pertinente.

Os gestores profissionais detêm um conhecimento técnico que tem sido erradamente, secundarizado, sendo acertada a crítica feita por alguns autores quanto à deficiência de conhecimento técnico, das ferramentas e dos princípios da gestão, que os gestores (assim designados por deterem uma formação pós – graduada em gestão da saúde) cuja formação de base nada tem a ver com a gestão, apresentam. Este conhecimento da gestão, suas técnicas e princípios, é crescentemente necessário para as organizações de saúde, as quais, em cenário instável e competitivo, estão obrigadas a comportar-se cada vez mais como uma qualquer organização em que a eficiência técnica e económica é factor crítico de sucesso, por forma, a garantir cuidados de saúde com qualidade, indo de encontro às crescentes e complexas necessidades do cidadão, como mais adiante iremos ver.

Neste sentido, Drucker (2000), afirmando que, apesar de não haver um tipo de organização “certa”, sublinha que *“a gestão das organizações, nas suas técnicas e princípios, faz-se toda da mesma forma, diferindo apenas na aplicação e não nos princípios”*, acrescentando que *“os executivos de todas as organizações gastam, aproximadamente, o mesmo tempo em problemas com pessoas – e os problemas deste género são quase sempre os mesmos. Noventa por cento dos assuntos com que cada uma das organizações se preocupa são genéricos. E as diferenças relativamente aos dez por cento finais não são maiores entre as organizações empresariais e as não-empresariais (...) Em todas as organizações – empresariais e não-empresariais - apenas os últimos dez por cento da gestão têm de estar adequados à missão específica da organização, à sua cultura, à sua história e ao seu vocabulário próprios”* (Drucker, 2000).

Esta afirmação de Drucker (2000) acaba por levar à consideração de que nenhuma das três respostas históricas apontadas por Reis é a adequada. A primeira – o recurso a profissionais da gestão -, porque estes não dominarão as especificidades do “negócio” das organizações de saúde. A segunda possibilidade – o recurso a profissionais orientados para a gestão -, porque não só não dominam a gestão como, também, *“os profissionais, designadamente os de sucesso, não estão geralmente motivados para se transformarem em administradores, presos aos seus valores e laços profissionais e receosos de não terem nesta actividade comportamento tão relevante como na sua actividade profissional. E os que aquiescem, são frequentemente os de menor sucesso na sua actividade profissional, reduzindo, por isso, claramente a sua aceitação junto dos que permanecem como profissionais e até junto dos diferentes níveis de gestão da organização de saúde”* (Fitzgerald, 1994 citado por Reis, 2005). Finalmente, a terceira resposta possível – a formação de gestores de

organizações de saúde a partir de vários recursos formativos de base -, porque dificilmente terão capacidade para apreender e aplicar as técnicas e princípios de gestão naquilo que não é específico das organizações de saúde.

Há a salientar, no entanto, a possibilidade de uma *quarta via* - os gestores profissionais com formação específica em saúde, capacitando-os com a sensibilidade às especificidades da saúde, - que, integrando uma equipa de outros profissionais executivos com larga experiência e conhecimento das especificidades da saúde e capacidade de liderança, reunirá condições para um efectivo acompanhamento da actividade dos profissionais (clínicos), permitindo um exercício responsabilizado e compatível com os objectivos da organização e uma gestão com respeito pela autonomia técnica. A integração das actividades de gestão em equipas pluridisciplinares, como forma de compensar o fenómeno da diferenciação nas organizações de saúde e a criação de “colectivos” para esse efeito, remete-nos para a necessidade de equipas executivas aos vários níveis organizacionais para uma integração e comunicação efectiva entre os dois “poderes”, esbatendo, assim, a linha da dupla autoridade e os frequentes conflitos que dela decorrem.

“Todos os níveis de gestão e não apenas os do nível institucional, devem participar nos processos de planeamento estratégico, tendo em vista melhorá-los e reforçar a sua exequibilidade. E, simultaneamente, definir e promover processos que ajudem as suas organizações a situar-se dentro dos limites do planeado” (Reis, 2007).

1.5. A IMPORTÂNCIA DE UM ÓRGÃO DE GESTÃO E ESTRATÉGIA

A alteração de paradigma a que se vem assistindo na saúde, a crescente complexidade da envolvente sócio-económica, das necessidades, interesses e expectativas dos seus diferentes *stakeholders*, trazem às organizações de saúde novos desafios emergentes, tais como, o alargamento e enriquecimento do conceito de saúde; o envelhecimento da população; a mudança de perfil da morbimortalidade das populações, designadamente nos países mais desenvolvidos; a crescente oferta de certos recursos, gerando grande dificuldade em distinguir a efectiva inovação; a escassez de recursos humanos em áreas específicas de especialização; o aumento exponencial dos custos; a espiral tecnológica e ainda, o papel do estado e do consumidor. Assim sendo, as organizações de saúde sentem a necessidade de se comportarem, cada vez mais, como uma organização empresarial, recorrendo à gestão com os seus princípios e técnicas, para fazer face às necessidades de racionalização económica, técnica e organizacional. Por outras palavras, cabe à

gestão garantir a optimização do funcionamento das organizações através da tomada de decisões racionais e fundamentadas na recolha e tratamento de dados e informação relevante e, por essa via, contribuir para o seu desenvolvimento e para a satisfação dos interesses dos seus accionistas (sejam eles quem forem) e de todos os seus colaboradores com vista à satisfação de necessidades da sociedade em geral ou de grupos específicos em particular.

Segundo o conceito clássico, desenvolvido por Henri Fayol (Fayol, 1979) a gestão é definida pelas suas funções no interior da organização: é à gestão que compete interpretar os objectivos propostos pela organização e actuar, através do planeamento, da organização, da liderança (ou direcção) e do controlo, a fim de atingir os referidos objectivos. Desta forma, a organização através dos seus gestores, desenvolve os planos estratégicos e operacionais que julga mais eficazes para atingir os objectivos propostos, concebe as estruturas e estabelece as regras, políticas e procedimentos mais adequados aos planos desenvolvidos e, por fim, implementa e coordena a execução dos planos através de um determinado tipo de comando (ou liderança) e controlo. Desta forma, se conclui que a gestão se expressa sob duas grandes dimensões – a dimensão estratégica e a dimensão executiva – que estando interligadas se condicionam mutuamente.

1.5.1. GESTÃO E SEUS INSTRUMENTOS DE GESTÃO EXECUTIVA E ESTRATÉGICA

A gestão executiva trata dos planos e dos procedimentos de ordem mais operacional dedicando-se sobretudo :

- ao **planeamento** - processo de determinação antecipada do que deve ser feito e como deverá ser feito;
- à **organização** - estabelecimento de relações formais entre as pessoas e entre estas e os recursos, para prossecução dos objectivos propostos,
- à **direcção** - processo de determinação, afectação e influência do comportamento dos outros, envolvendo questões de motivação, liderança e comunicação,
- ao **controlo** - processo de comparação do actual desempenho da organização com os standards previamente estabelecidos, apontando as eventuais acções correctivas.

1.5.1.1. REENGENHARIA DE PROCESSOS

Um dos instrumentos cada vez mais importantes na área da gestão executiva, - e no apoio à gestão e tomada de decisão estratégica, da saúde -, é a designada “Reengenharia de processos”, que tem por objectivo a análise e redesenho dos fluxos de trabalho dentro da organização, uma vez que ajuda a

reequacionar os meios (disponíveis e necessários) e a avaliar criticamente os processos utilizados, identificando os seus pontos críticos e definindo iniciativas que possam eliminá-los, aumentando a eficiência própria do processo e a eficiência global da organização. A “Reengenharia de processos” baseia-se em sete princípios e pressupõem uma série faseada de actividades: (ver quadro abaixo)

QUADRO 5 - PRINCÍPIOS DA REENGENHARIA DE PROCESSOS

Princípio I	Organizar à volta dos resultados e não das tarefas;
Princípio II	Pessoas que utilizam o produto devem realizar o processo;
Princípio III	Incluir o processamento da informação no trabalho que a produz;
Princípio IV	Tratar os recursos dispersos geograficamente como se estivessem juntos;
Princípio V	Ligar actividades paralelas mais do que integrá-las;
Princípio VI	Promover a desconcentração - colocando a decisão onde o trabalho é realizado permite a eliminação de “intermediários de gestão”;
Princípio VII	Colher a informação uma vez e, apenas, na sua fonte;

Fonte: Adaptado de Hammer e Champy, 1996

Imbuída destes princípios, a reengenharia de processos, desenvolve-se em três fases, de acordo com o quadro seguinte:

QUADRO 6 - FASES DA REENGENHARIA DE PROCESSOS

Fase I	Escolha dos processos que sejam críticos para a performance da organização;
Fase II	Análise dos processos, identificando onde começa e acaba o processo, que mudanças ocorreram, porque é desenvolvido de certa maneira, por forma a equacionar e a avaliar alternativas para obtenção de determinada acção, definindo formas de implementação do novo processo, detalhando os seus requisitos, o seu impacte, os seus custos/benefícios e o plano da sua aplicação;
Fase III	Aprovação e aplicação do novo processo.

Fonte: Adaptado de Hammer e Champy, 1996

Peter Drucker (2000) compara a gestão executiva e o seu plano, com o maestro e a sua orquestra. O maestro não consegue tocar os instrumentos tão bem quanto os músicos, verdadeiros especialistas, que é suposto darem o seu melhor contributo. Mas o maestro interpreta o trecho da peça e comunica a sua visão global de como a peça deverá ser interpretada. Sem o maestro, cada músico faria a sua interpretação pessoal, sendo o resultado final incompreensível. Do mesmo modo, a liderança e direcção executiva deve fornecer a “pauta” e o modelo de interpretação a toda a organização, para

que o contributo de cada centro operacional “faça sentido” no que é a perspectiva global da organização. Nesse sentido, é importante que o executivo de uma organização participe na definição estratégica da organização, o que facilita a descentralização, de modo a que o trabalho individual funcione eficiente e eficazmente.

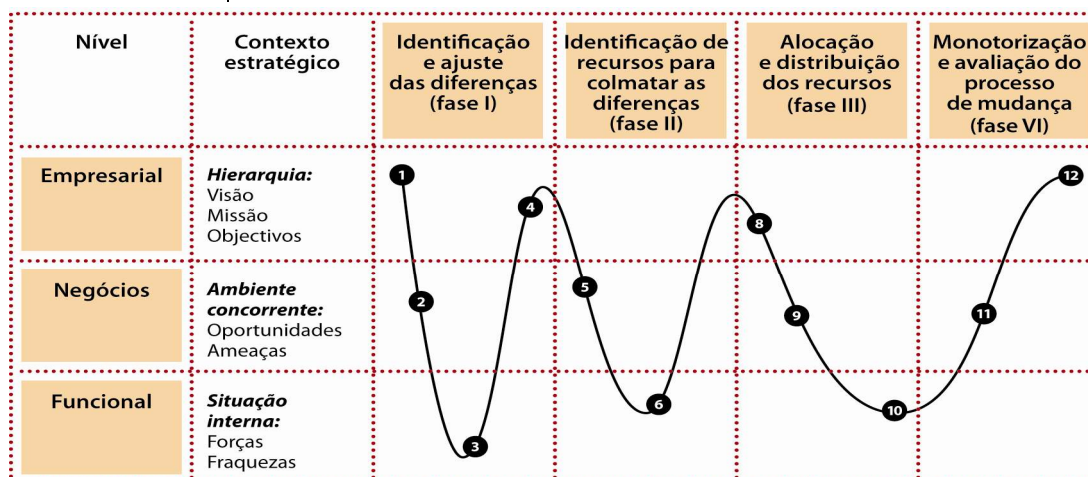
1.5.1.2. PLANEAMENTO ESTRATÉGICO

Um processo de planeamento estratégico é tipicamente um ciclo de actividades que consiste em quatro fases:

- I. Identificar e perceber as diferenças e distâncias entre os objectivos estabelecidos e o desempenho do passado.
- II. Identificar os recursos necessários para colmatar essas diferenças entre o actual desempenho e os futuros objectivos
- III. Alocar e distribuir esses recursos.
- IV. Monitorizar o uso dos recursos na mudança da organização em direcção aos objectivos traçados

Cada uma destas fases compreende uma série de passos onde estão envolvidos os três grandes níveis da organização – o nível empresarial, isto é, a razão de ser da organização; o nível de negócios, isto é, o mercado onde se move, e o nível funcional ou interno, onde se encontrarão as suas competências centrais, conforme ilustrado na figura abaixo.

Figura 6 – Processo típico de planeamento formal



Passos:

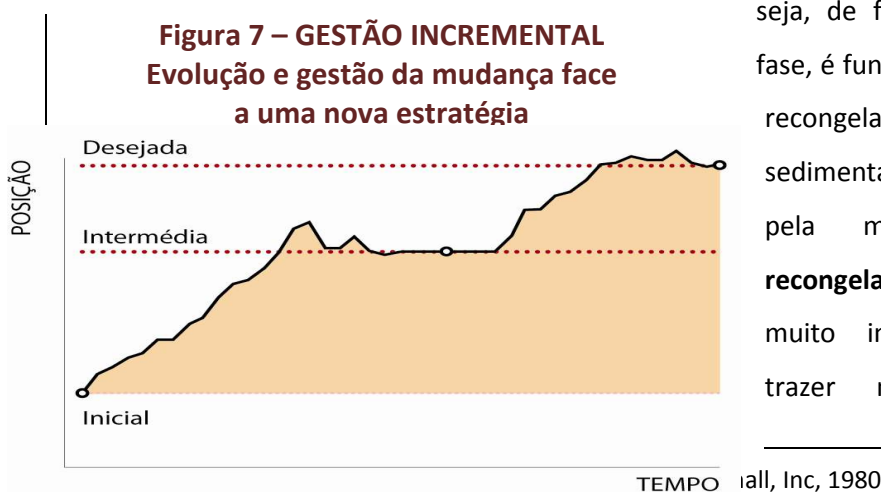
- | | |
|--|--|
| 1 Diagnóstico da organização | 8 Alocação de recursos e definição de medidas performance a nível da organização |
| 2 Diagnóstico de mercado | 10 Alocação de recursos e definição de medidas de performance a nível do mercado |
| 3 Diagnóstico do core business | 9 Alocação de recursos e definição de medidas de performance a nível funcional |
| 4 Postura estratégica e guia para planeamento | 11 Avaliação de Programas a nível do negócio |
| 5 Formulação de estratégia de negócios e Programas amplos de acção | 12 Avaliação de Programas a nível da organização |
| 6 Formulação estratégia funcional | |
| 7 Consolidação da estratégia de mercado | |

Fonte: Adaptado de Miller e Dess, 1996.

O planeamento estratégico formal é dinâmico, evoluindo de acordo com as características da organização, do seu core business e do mercado em que se move. Assim sendo, os doze passos no planeamento estratégico formal acima ilustrado, podem mudar de posição no gráfico, de acordo com as especificidades de cada organização.

No caso concreto das organizações públicas de saúde, talvez faça mais sentido, prescindir do passo 2 – diagnóstico do mercado - e acrescentar um passo adicional na fase de monitorização dos recursos a nível funcional, podendo proceder-se à Avaliação de Programas no nível funcional, talvez mais importante do que o diagnóstico das Ameaças e Oportunidades no mercado, ainda pouco concorrencial para as organizações públicas de saúde. Um processo de planeamento estratégico, tal como o representado na figura acima, serve para integrar a vasta gama de decisões e de acções que a gestão estratégica requer. Quando bem feito, o planeamento formal fornece à organização um "mapa de estradas" que facilita a iniciativa de cada centro operacional, podendo ser desenvolvido até chegar ao nível individual. Mas a gestão estratégica corrente, devido à incerteza do meio ambiente e à natural aversão ao risco, é feita de pequenos passos, ou seja, de forma incremental. Muitas das vezes é mesmo a única forma de conseguir alcançar os objectivos estratégicos traçados.

A mudança entre a posição inicial e a posição pretendida, no gráfico abaixo ilustrada, através de mudanças incrementais, obedece à teoria da gestão da mudança de Schein³, que 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, ou



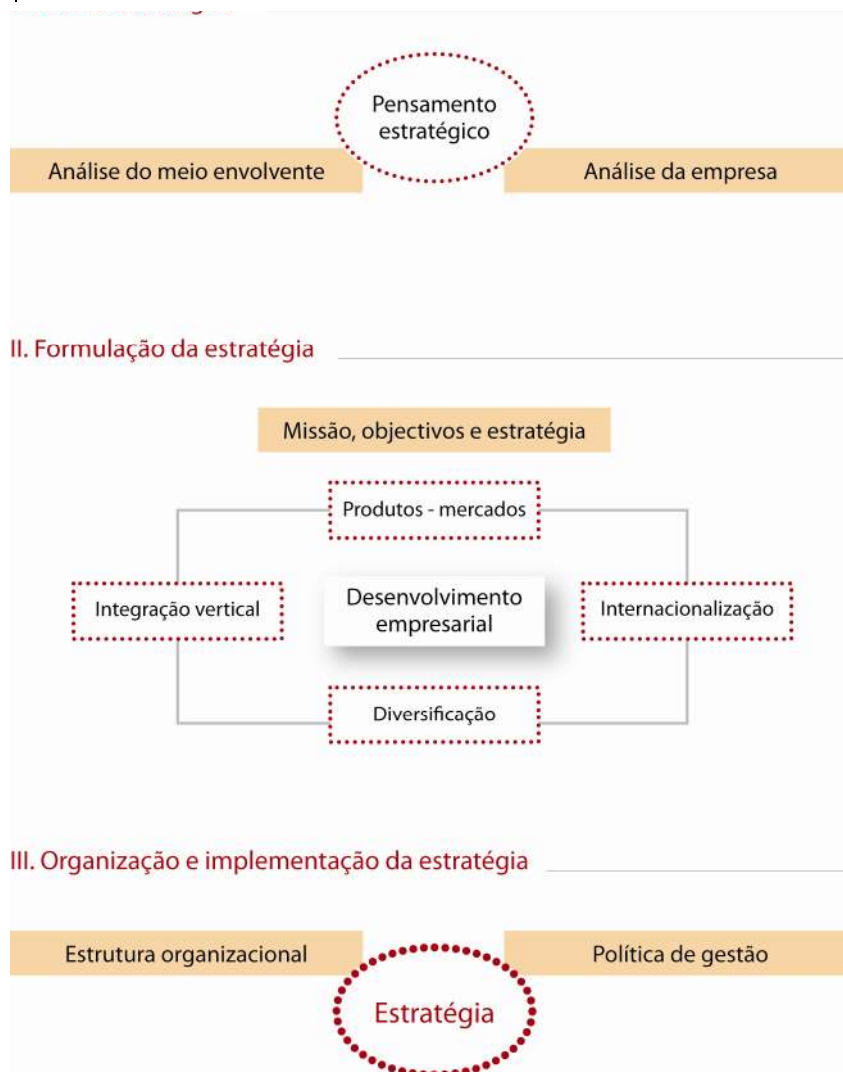
seja, de forma incremental. Após esta fase, é fundamental que se siga a fase de recongelamento, ou seja, de sedimentação das alterações geradas pela mudança. Esta **fase de recongelamento (terceira fase)** é, pois, muito importante, porque permite trazer novamente estabilidade à

Fonte: Adaptado de Miller e Dess, 1996

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 correcta adaptação e evolução.

A gestão estratégica, de acordo com o modelo de Freire (1993), é um processo que envolve três actividades principais, a análise estratégica, a formulação da estratégia e a implementação da estratégia, que se socorre da gestão executiva para o seu planeamento, organização, direcção e controlo.

Figura 8 – Modelo de Freire



Fonte: Adaptado de Freire, 1997

Para desenvolvimento do planeamento estratégico, as organizações dispõem de um conjunto de ferramentas, de entre as quais se destacam, por serem relativamente frequentes, a análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*), os BSC (*Balanced Score Cards*) e o *Benchmarking*.

A análise *SWOT* é uma ferramenta de diagnóstico estratégico sintetizada numa matriz de quatro células - a matriz Swot - que permite detectar os pontos fortes e fracos da organização (análise interna) e as oportunidades e ameaças do exterior (análise externa) sendo a sua designação o acrónimo de Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats. O *BSC*, por sua vez, é um sistema de suporte à decisão cujo objectivo é alinhar o planeamento estratégico com as acções operacionais da organização e por fim o *Benchmarking* que vai fazer a comparação dos indicadores entre organizações, permitindo adoptar e adaptar o conhecimento adquirido (ver anexo 2 para maior detalhe).

1.6. SUMÁRIO

Neste capítulo pretendemos fazer a caracterização do ambiente em que o Hospital se insere e se move chamando a atenção para as suas especificidades e complexidade, à luz do análise PEST e da teoria dos factores de contingência de Mintzberg. A mudança do conceito de saúde e a mudança de paradigma a que a saúde assiste veio alterar profundamente a forma como a organização de saúde se relaciona e como se comporta com o seu meio envolvente, dando origem a novas necessidades e novas formas de organização interna.

Por esta razão, pareceu-nos importante fazer a caracterização das organizações prestadoras de cuidados, em geral, e com o Hospital, em particular, focando aspectos como a diferenciação e complexidade e justificando a importância da aplicação da gestão com as técnicas e princípios às organizações de saúde. Assim sendo, como se organizam as organizações de saúde? Tentaremos encontrar resposta a esta questão no próximo capítulo, analisando os diferentes tipos e modelos de governação das organizações prestadoras de cuidados saúde e visitando algumas experiências a nível internacional.

CAPÍTULO 2 – A GOVERNAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

2.1. TIPOS E MODELOS DE GOVERNAÇÃO E SEUS MODELOS

Os modelos de governação podem ser classificados quanto à sua concepção filosófica ou quanto à sua configuração. Em termos ideais e/ou filosóficos, a literatura classifica a governação das organizações em três grandes categorias: a *Burocrática/Política*, relacionada com a propriedade e a operação directa dos serviços por parte do governo, a qual se baseia em processos políticos de responsabilidade ministerial e dos seus gabinetes ou agências; a *Comunitária/Filantrópica*, baseada, sobretudo, na representação da comunidade, dando prioridade à preservação dos activos e dos serviços; e a *Empresarial* que enfatiza o desenvolvimento estratégico e a maximização da quota de mercado, sendo considerada como a que mais facilmente se adapta a ambientes de mudança (Alexander et al., 1988, Shortell, 1989). (Barnett et al., 2001).

A governação da grande maioria das organizações de saúde é classificada, como Comunitária/Filantrópica, havendo um claro movimento para a Empresarialização por força do ambiente crescentemente competitivo, que obriga, como forma a sobreviver em tempos de escassez de financiamento e de contenção de custos, a um intenso esforço interno de racionalização e busca de eficiência e qualidade. Assim, nas organizações de saúde, o debate é dominado por dois modelos de governação contrastantes: O *modelo Filantrópico*, cujo modelo de governação é tradicionalmente associado aos hospitais públicos sem fins lucrativos, e o *modelo Empresarial (Corporate)*, cujo modelo de governação está, essencialmente, associado a organizações lucrativas. A noção de racionalidade imposta pelas contingências específicas do ambiente das organizações de saúde, como a necessidade de constante inovação para prestação de cuidados com qualidade e efectividade, bem como a pressão nos custos, vêm trazer dinâmicas no sentido de uma maior empresarialização dos modelos de governação.

2.1.1. CLASSIFICAÇÃO QUANTO À CONCEPÇÃO

Tipo Filantrópico/Tipo Empresarial

Alguns especialistas argumentam que o modelo do tipo filantrópico ao enfatizar a preservação dos activos e a representatividade dos seus constituintes tem funcionado bem, necessitando, apenas, de algumas pequenas modificações para se tornar mais adaptável às actuais condições do ambiente do hospital (Ammundson, 1990 e Grithith, 1988, citado por Alexander, 1993). Outros, no entanto,

questionam grandemente a capacidade do modelo tradicional de Board (adoptamos aqui a designação anglo-saxónica para o sistema de governação das organizações, para evitar a falta de clareza conceptual dos termos portugueses alternativos como órgãos de gestão ou órgãos de administração, em que não é explícito o âmbito estratégico e/ou executivo de cada um deles), para fazer face aos novos desafios estratégicos imposto pelo ambiente competitivo em que se encontram as organizações de saúde, encarando o modelo filantrópico como um modelo anacrónico, recomendando a total, ou parcial, adopção do modelo de governação Empresarial, dando ênfase à linha natural da tomada de decisão e de desenvolvimento estratégico (Kovner 1990; Shortell 1989).

Um estudo taxonómico levado a cabo por Weiner e Alexander (1993), concluiu que o poder e a influência do CEO (Chief Executive Officer) era maior no modelo empresarial do que no modelo filantrópico, reflectindo as necessidades impostas pelas contingências estratégicas de contenção de custos e de competitividade, na actividade e estrutura de governação, corroborando as ideias de Koska (1989) e de Alexander (1990), de que os CEO têm tido ganhos em matéria de poder relativamente ao Board, ao requererem, desde a década de oitenta, que os seus elementos tenham cada vez maior experiência empresarial. Este estudo mostrou, também, que os hospitais que enfrentam maiores forças de mercado (i.e. técnicas) e fracas pressões institucionais (i.e. regulamentares e normativas), são mais propensos a formas de governação empresarial do que os hospitais que enfrentam pressões técnicas fracas ou fortes pressões institucionais, ou ambas. Obtiveram como resultado, apesar de ainda necessitar de ser testado empiricamente que, os sistemas multihospitales (i.e. centros hospitalares e/ou ULS), caracterizados pela tomada de decisão altamente centralizada, particularmente no que respeita a questões estratégicas, poderão demonstrar maior propensão para modelos de governação filantrópicos ao nível da governação local do que sistemas caracterizados por maior descentralização ou instituições autónomas e *stand alone*. A posição teórica adoptada pelos autores do estudo é que a adopção de formas de governação é função de alterações nas forças relativas ao nível técnico e das pressões com que se confrontam os hospitais a nível institucional. Se a adopção de formas de governação mais empresariais é de facto, uma consequência das alterações no contexto institucional, na procura de eficiência técnica e protegendo as competências organizacionais centrais das perturbações induzidas pelo seu ambiente, então a variação nas configurações da governação hospitalar deverá diminuir, uma vez que o hospital tenderá a procurar ganhos de legitimidade que resultem de ele se tornar isomórfico com o seu ambiente, como Cremadez (1992), também, refere.

QUADRO 7 - TIPOS DE GOVERNAÇÃO

Filantrópico	Corporate
Board de grande dimensão	Board de reduzida dimensão
Leque alargado de perspectivas e experiência	Leque estreito e focalizado de perspectivas e experiência
Menor representação empresarial no Board	Maior representação empresarial no Board
Menor representação de clínicos no Board	Maior representação de clínicos no Board
Numerosos participantes numa nova selecção de board	Numerosos participantes numa nova selecção de board
Critério de Representação dos constituintes/comunidade para uma nova selecção de membros para o Board	Critério de competência/capacidades para uma nova selecção de membros para o Board
Reduzida participação da gestão no Board	Participação activa da gestão no Board
Menor influência da gestão na nova selecção do Board	Excepcional influência da gestão na nova selecção do Board
Períodos consecutivos sem limite para os membros do Board	Limite para períodos consecutivos para os membros do Board
Board sem compensação para a sua prestação	Board com compensação para a sua prestação
Ênfase na preservação de activos	Ênfase na actividade estratégica
Committees estratégicos menos activos	Committees estratégicos mais activos
Elevado número de committees	Menor número de committees

Fonte: Adaptado de Alexander, J.; Morlock, L.; Gifford, B., 1988

2.1.2. CLASSIFICAÇÃO QUANTO À CONFIGURAÇÃO: ONE-TIER E TWO-TIER

Apesar da diversidade de funções dos papéis do Board na governação das organizações, existem diferenças na estrutura de liderança, na estrutura da organização e na composição do Board, que providenciam um grande leque de protótipos de configurações de Board possíveis nos países ocidentais. Os desenvolvimentos a nível regional e a nível internacional deram origem a duas grandes abordagens na organização dos sistemas de governação (Board na linguagem anglo-saxónica): O modelo de governação Anglo-Saxónico de um só nível (One-tier) e o modelo da Europa Continental de dois níveis (Two-Tier).

- Modelo de Configuração *One-Tier*.

De uma forma geral, os países anglo-saxónicos adoptaram o modelo de configuração One-Tier ou alguma sua variante, como é o caso dos Estados Unidos da América, Reino Unido e Canadá. Neste modelo, membros executivos trabalham juntamente com os membros não-executivos num único nível organizacional – o “One-Tier Board”. Alguns destes Boards são maioritariamente compostos por membros executivos enquanto outros são maioritariamente compostos por membros não-executivos, para além de que alguns poderão ter uma estrutura de liderança que separa o papel do CEO do papel de Chairman, bem como outros operam segundo uma estrutura de liderança que combina os papéis de CEO e chairman – a chamada dualidade-CEO. , criando sub-modelos de configuração ao modelo de órgão de governação de um só nível. Este modelo também poderá fazer uso de “Board Committees, como por exemplo Committees de auditoria, remunerações e de nomeação.

- Modelo de Configuração *Two-Tier*

O modelo de configuração de dois níveis e suas variantes pode ser encontrado em países da Europa Continental, como a Alemanha, a Holanda e a Finlândia. Neste modelo, encontra-se um nível organizacional adicional com o objectivo de separar a função executiva do Board da sua função de monitorização. No nível mais elevado está o Board de Supervisão inteiramente composto por membros não-executivos de supervisão, onde se encontram representados os trabalhadores, o Governo e/ou os Investidores institucionais. No nível abaixo está o Board de Gestão normalmente composto por membros executivos de gestão. Normalmente não é aceite pelas leis e pelos estatutos da organização a combinação dos papéis de CEO e de Chairman dos dois Boards. Devido ao facto de o CEO não estar representado no Board de Supervisão, a estrutura de liderança do Board de Supervisão é formalmente independente da função executiva do Board, como é o caso particular da Alemanha e da Holanda.

QUADRO 8 – ATRIBUTOS DO MODELO ONE-TIER E TWO-TIER

Atributos	One-tier Board	Two-tier Board
Composição	Membros executivos e não executivos operam no mesmo board	Membros executivos e não executivos operam em boards separados
Comités	Obrigatório ou recomendado	Recomendado
Organização	Unitária	Binária
Dualidade-CEO	Admitida	Impossível

Fonte: adaptado de Maassen e Van den Bosch, 1997

Os modelos de governação existentes, nomeadamente o modelo anglo.-saxónico e o modelo continental – reflectem as diferentes perspectivas na forma de organização e articulação entre a gestão estratégica e a gestão executiva, evidenciando a linha fina de separação entre a gestão executiva e estratégica, ou se se quiser, entre a Gestão e a Governação.

“O que se espera de um CEO e da sua equipa de directores é que tenha uma liderança agressiva, efectiva e eficiente, enquanto que o que se espera de um Board é uma liderança estável, preocupada e de elevada qualidade, focada na melhoria da saúde dos cidadãos” (Hodges III, 1993).

A propósito desta afirmação de Hodges III (1993), uma questão surge: Qual é, de facto, a diferença entre Governação e Gestão? Esta questão e a definição dos papéis e responsabilidades relativas ao Board e à Gestão executiva é dominante e recorrente tanto na teoria como na prática.

Tradicionalmente o foco centrava-se na determinação de uma linha divisória entre o trabalho do Board e da Gestão executiva – ao Board estava reservada toda a matéria estratégica e ao CEO tudo o que fosse executivo. Esta discussão era guiada e caracterizada por duas assumpções - uma que defende existir efectivamente essa separação clara e apodíctica entre gestão estratégica e gestão executiva e que nem o Board nem o CEO deverão ultrapassar, e a outra que diz pressupõe que o Board ultrapassa essa fronteira virtual de forma inevitável, interferindo de imediato e inapropriadamente nas actividades de gestão executiva, sendo acusados de “Micromanagement”.

No entanto, segundo Orlikoff e Totten (2008), esta assumpção de existência de uma linha divisória é claramente falsa. Orlikoff e Totten (2008) considera que, no concreto, o Board e a Gestão executiva definem apropriadamente os seus papéis e responsabilidades em diferentes formas, de acordo com as características únicas de cada organização. E dá como exemplo o envolvimento, por parte do Board, nas actividades do dia-a-dia, quando a organização está em crise, por forma, a garantir a sua estabilidade. E, quando as organizações não estão em crise, ambos os órgãos definem os seus papéis e responsabilidades e a forma como interagem e articulam a respectiva actividade. Por exemplo, o Board cujos elementos são peritos em matéria de qualidade ou segurança dos doentes, envolvem-se na gestão dessas áreas, deixando a performance e a avaliação executivas, para as quais não têm competência, para a gestão de topo.

Estas oscilações nos papéis e responsabilidades são, para Orlikoff e Totten (2008), desejáveis e reflectem Boards efectivos. Assim, a função e papel renovados do Board, não devem ser considerados, como até agora, como uma ingerência na gestão executiva mas, sim, dado o nível de complexidade das necessidades em saúde, como uma evolução do seu papel no sentido de governar efectivamente e

gerir os riscos. Este novo e, segundo Orlikoff e Totten (2008), apropriado papel, dá origem a um novo termo – “Microgovernance” em detrimento do anterior Micromanagement.

Esta questão remete-nos para o modelo da Europa Continental de Governação, designadamente do modelo francês do PDG (President/Directeur General). Estando neste caso, estas - as dimensões estratégicas e executivas - fundidas num só elemento, que vantagens ou desvantagens poderão emergir? A fusão destes papéis numa só pessoa visa facilitar a tomada de decisão e trazer maior eficiência ao processo decisional. Fá-lo através da minimização do conflito na tomada de decisão ao remover ou minimizar as verificações e as análises necessárias para formular uma vontade ou decisão.

Para Sora (2004), *“com o passar do tempo, o Presidente torna-se cada vez mais independente fazendo passar todas as suas resoluções. A Governação estará nas mãos de uma só pessoa; O poder dos stakeholders fica minimizado”*. De facto esta “contaminação” ao nível dos papéis e das responsabilidades, pode não justificar a eficiência do processo de tomada de decisão, tendo por certo efeitos nefastos ao nível dos objectivos estratégicos, pois o controlo sobre a sua prossecução resulta diminuído. Por maior que seja a dimensão deste órgão colegial estratégico, os seus elementos estarão sempre condicionados pelo poder do seu Presidente, ficando nas mãos da sua ética subjectiva.

2.1.3. EXPERIÊNCIAS E EXEMPLOS INTERNACIONAIS

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

A gestão dos hospitais, nos países de matriz económica e social semelhante à portuguesa, profissionalizou-se, tornou-se mais próxima do processo político mas, em muitos países, os directores dos hospitais continuaram a ser médicos com diminuta formação em gestão (Healy e Mckee, 2002 citado por Simões, 2005).

Apesar de alguns estudos e da importância das suas conclusões, muitos dos seus resultados são difíceis de traduzir para os hospitais portugueses, devido às características específicas do contexto dos cuidados de saúde destes países. Infelizmente, não há ainda estudos comparativos entre os vários

países da Europa e fora da Europa relativamente aos diversos modelos de governação na saúde, que permitam uma maior compreensão das questões mais relevantes bem como das suas determinantes. No entanto, seguidamente far-se-ão algumas breves referências a algumas experiências internacionais bastante díspares nas suas circunstâncias, mas que poderão permitir atingir algumas conclusões.

A) HOLANDA

A maioria das organizações de saúde holandesas são organizações públicas do tipo fundação (foundations). O código civil holandês considera que, à excepção das limitações estatutárias, o Executive Board é responsável pela administração da organização. Os requisitos de tal administração não está claramente definido, bem como a inclusão de um órgão de supervisão não é obrigatória por lei. Tal facto, não é surpreendente, uma vez, este tipo organizacional ter sido originalmente desenhado para a administração de fundos e de heranças e não para gerir negócios que movimentam verbas vultuosas. As organizações de saúde têm vindo, por força de fusões, a tornar-se cada vez maiores, a ponto de adquirirem uma dimensão tal, que se verificou a necessidade de operarem segundo uma lógica de estrutura de dois níveis de gestão de topo, envolvendo um órgão de supervisão (Supervisory Board). Como resultado do aumento de dimensão e do profissionalismo das organizações de saúde, o modelo clássico de administração destas organizações tornou-se inadequado. Um órgão executivo voluntário já não era mais capaz de administrar organizações de grande dimensão e profissionais, para além do facto de estes últimos vinte anos estarem marcados pela crescente especialização e pelo aumento da qualidade na gestão de organizações de saúde. Tais factos, trouxeram a necessidade de corrigir a divisão de responsabilidades entre a gestão e o órgão executivo tradicional.

Em 1983, a Netherlands Association of Hospital, propôs uma nova estrutura para este tipo de organizações, com um órgão executivo e um órgão de supervisão (Supervisory Board). Este modelo baseou-se nas regras estatutárias dos órgãos de supervisão, aplicadas para o caso de organizações com os dois níveis de gestão de topo, não havendo, no entanto imposições legais para a sua operacionalização. O modelo do órgão de supervisão, no entanto, apresenta, também, limitações, uma vez que o facto de não ter havido alterações na legislação para a governação deste tipo de organizações, leva a que haja falhas de base estatutária. Por esta razão, não é ainda muito claro para muitos administradores e supervisores, se o executivo da organização – conforme previsto na legislação -, consiste nos órgãos executivo e de supervisão, em conjunto – com a divisão de tarefas previstas nos estatutos - ou se as funções executivas competem apenas ao órgão executivo.

Assim, na prática, ao abrigo da formulação “excepto para limitações de acordo com os estatutos”, cabe ao órgão executivo administrar a organização, sendo no entanto limitado pela supervisão exercida pelo órgão de supervisão, bem como pela separação dos papéis e dos poderes trazida pela hierarquização dos órgãos.

O modelo de órgão de supervisão, difere do modelo de organizações com dois níveis de gestão de topo, num ponto fundamental – a ausência de proprietários significa que não existe qualquer contrapeso formal ao órgão de supervisão. Não há qualquer equivalência com as reuniões com os shareholders de uma organização, onde a gestão presta contas da conduta do negócio. O órgão de supervisão não presta formalmente contas a ninguém, o que pode trazer problemas no caso de disfuncionalidade do órgão, uma vez que não parece haver possibilidade de intervenção. Simultaneamente, nestas organizações, o mercado não desempenha um papel relevante, pelo que não se verifica o seu efeito disciplinador.

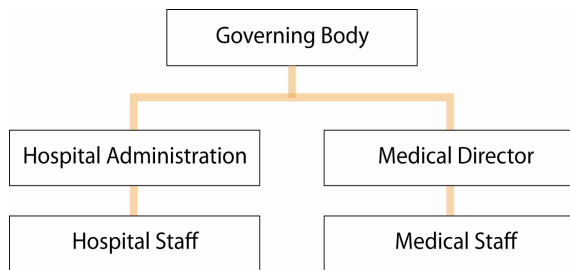
Em consequência, e ainda que este tipo de situações não ocorra muito frequentemente quando os problemas se tornam visíveis, é já muito tarde, criando-se sérios problemas para os clientes e para o staff das organizações atingidas. De facto, são os estatutos da *foundation* que providenciam uma grelha de referências aos órgãos executivos e de supervisão. Na prática, o facto dos estatutos das organizações de saúde diferirem umas das outras, e não estarem sempre formulados nos mesmos termos, cria ambiguidades acerca do papel e do funcionamento do órgão de supervisão.

B) ESTADOS UNIDOS

Nos Estados Unidos, como em Inglaterra, o modelo de governação dos hospitais empresariais e não-empresariais, é predominantemente constituído pelo modelo de configuração de um só nível – One-Tier.

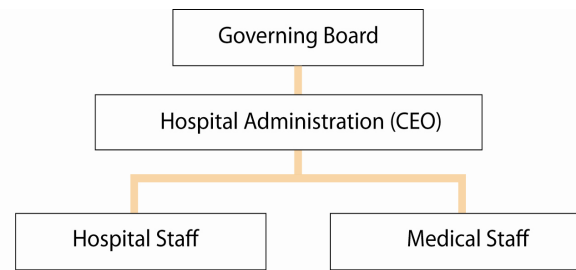
O American Hospital Association criou um modelo de constituição e de regulamentos para hospitais não-empresariais, que normalmente inclui um Presidente do Board (que nunca ou raramente seria o CEO), uma comissão executiva (com alargado elenco), com interfaces com o pessoal clínico, bem como comissões de apoios à comissão executiva, como a comissão financeira e comissão clínica. Estão previstos Boards Consultativos de carácter temporário, quando é necessária informação adicional, e são constituídos por parte dos elementos do Board ou por elementos externos. No passado, os órgãos de governação delegavam as responsabilidades pelos assuntos médicos ao staff clínico, tornando-os num órgão autónomo de auto-governação. A estrutura do hospital era da altura, na sua essência, um duopólio.

Figura 9 - Modelo antigo de Estrutura organizacional: O Duopólio



Fonte: Adaptado de Iserson (1995)

Figura 10 - Modelo actual comum da estrutura organizacional do Hospital



Fonte: Adaptado de Iserson (1995)

Este modelo depressa se modificou, hoje, o CEO é normalmente o Presidente do Hospital, e o Director Clínico reporta ao presidente. O Presidente, por sua vez, reporta ou poderá, também, fazer parte, do Board do Hospital.

O Board do hospital e o pessoal clínico têm regulamentos próprios, causando alguma controvérsia quanto à autoridade entre ambos, queixando-se os clínicos de controlo por parte do Board e levantando questões como o direito à competitividade do próprio hospital e da seu staff clínico. A dimensão do órgão de Governação do Hospital, depende da dimensão do Hospital, indo de 7 a 15 elementos até à centena. Nestes últimos casos a sua comissão executiva é alargada e é habitualmente composta por 7 a 15 elementos, desempenhando as funções do Board de Governação do Hospital (Iserson, 1995).

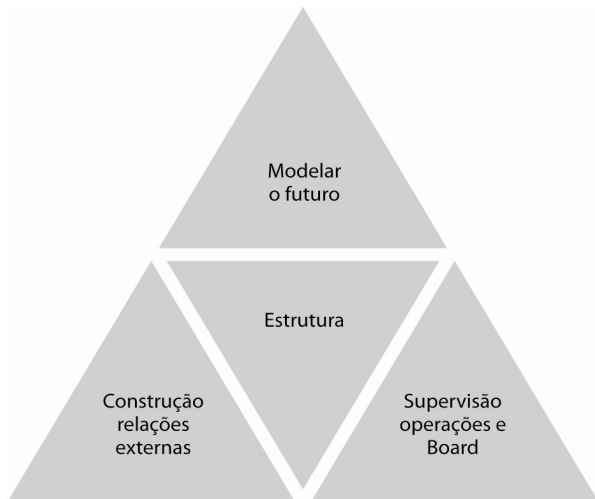
Apesar do Board do hospital ser responsável por todas as actividades no e do hospital, terá obviamente de delegar as funções executivas ao seu CEO e as Funções clínicas ao seu Director clínico, guardando para si, sobretudo, três tipos de funções (Iserson, 1995):

- 1) Planeamento e revisão da estratégia do hospital
- 2) Selecção, nomeação e avaliação da gestão de topo do hospital
- 3) Relações e interacção com o público e com a comunidade

Num estudo levado a cabo por Eldenburg et al. (2004), foi analisada uma amostra de hospitais no estado da Califórnia, onde foram aplicados dois questionários a vários gestores executivos (CEO) e presidentes do órgão de governação (*Board*) dos hospitais, cujo relatório forneceu o estado da arte da governação hospitalar - a sua estrutura, o entendimento das suas responsabilidades, as suas relações chave e o seu papel na criação do futuro para as organizações prestadoras de cuidados de saúde.

O modelo de governação que emergiu, revelou a estrutura do Board como sendo o pilar fundamental da governação. A estrutura comporta-se como o meio através do qual o Board suporta as suas principais funções (assente em características com a dimensão, a composição, o limite de mandato, as reuniões e as comissões). Desta forma, O Board tem três papéis fundamentais:

Figura 11 – Modelo Configuração USA



Fonte: Hospital Governance Survey Report

Supervisão das operações internas da organização e do Board — que inclui actividades relativas à supervisão financeira, às relações entre a gestão executiva e o Board, à supervisão da qualidade, à segurança, aos resultados clínicos, às relações internas com os médicos, e ao desenvolvimento do próprio Board;

Construção e manutenção de relações com os stakeholders externos da organização — o que inclui actividades relativas às relações com a comunidade, ao governo, ao financiamento e ao recrutamento e à selecção de membros do Board;

Modelação do futuro da organização — que inclui as actividades de planeamento estratégico e o papel do Board na modelação e manutenção da visão e da missão do hospital, nomeadamente através do desenvolvimento das capacidades, designadamente de liderança do próprio Board.

Assim, a estrutura do(s) órgão(s) de governação do Hospital (Board) irá ser condicionada e modelada pela articulação destes três papéis fundamentais do Board.

C) REINO UNIDO

O modelo de configuração do órgão de governação inglês coloca a gestão e o controlo nas mãos do Board de Governação (Board of Directors), os quais se investem com poderes universais (Davies, 2003). A função de controlo é assegurada pela distinção entre membros (directors) executivos, os quais são encarados como gestores paralelamente com a sua direcção e os elementos não-executivos, que não se encontram envolvidos no dia-a-dia da actividade da organização.

Tem havido grande debate sobre a efectividade dos elementos não-executivos tendo vindo a ser descritas com detalhe as suas funções no Combined Code, e sendo considerado que os directores não-executivos deveriam, não só, monitorizar a gestão executiva mas, também, contribuir para o desenvolvimento da estratégia. O Combined Code recomenda que o Board seja constituído por, pelo menos, metade de elementos independentes não-executivos. Igualmente recomenda a separação das posições de EO e de Chairman. O efeito destes dois elementos em conjunto será a distinção entre a função de gestão executiva (Management Directors liderados pelo CEO) e a função de controlo (Non-executive Directors liderados pelo Chairman).

Num estudo feito por Peck (1994) a um Trust Board, foram analisados os primeiros 18 meses de trabalho do trust do *Centre for Mental Health Services Development*, revelando quais as grandes preocupações deste tipo de estrutura e sua dinâmica. Conclui-se que um dos mais importantes potenciais papéis – formulação e revisão da estratégia global - não foi considerado pelos seus membros como um dos três principais papéis, de acordo com os estudos de Mace (1971) - e em desacordo com os estudos de Lorsch(1989) e Kovner (1974) -, tendo-se verificado que 85% do tempo do Trust era gasto na actividade passiva de mero receptor de informação. Os membros do Board do Trust estudado consideram que a “facilitação de relações externas”, que à partida não seria uma grande preocupação, de facto é considerado o âmago das suas preocupações, mais do que a governação da organização. A ausência de impacte sentida pelos membros deste Trust na estratégia, pode dever-se à juventude destes membros comparativamente a outros, traduzindo a sua inexperiência na vida de um Board corporativo, questões estas que nos alertam para a possibilidade do investimento de tempo e dinheiro em Trust Boards não trazer grandes dividendos. Esta questão, como referem Demb e Naeubauer, não difere do sector privado, uma vez existem “mecanismos para a governação de instituições que poderão não ser os mais adequados” (Demb e Neubauer, 1992 citado por Peck, 1994)

D) NOVA ZELÂNDIA

A partir de 1993 a Nova Zelândia passou de um modelo de governação em saúde burocrática/política para um modelo fortemente empresarial, com uma orientação comercial mais forte do que a encontrada no NHS e sem representação interna, nomeadamente médicos, nos órgãos de governação (Barnett et al., 2000, Perkins et al., 2000, Barnett et al., 2001).

Barnett et al, (2000) avaliaram a experiência da adopção deste modelo empresarial tendo em conta os interesses e expectativas de cada grupo de acordo com o papel específico da governação empresarial nos serviços de saúde, permitindo verificar o alinhamento de interesses e as expectativas em termos de desempenho e processos (Barnett et al., 2001). Obtiveram como resultado que relativamente ao modelo de governação adoptado, se verificou a introdução de novos conceitos, como a disciplina comercial, a eficiência, a redução do desperdício e o foco no desempenho, favoráveis a uma nova cultura e a uma nova maturidade de gestão, criando compatibilidade entre a gestão e os profissionais da organização, ganhando e mantendo a confiança dos profissionais de saúde.

Contudo, relativamente à composição do órgão de governação, o estudo conclui que o envolvimento dos clínicos foi negligenciado no princípio, havendo necessidade de criar mecanismos para um maior envolvimento com os clínicos, nomeadamente ao nível da comunicação. A ideia do défice democrático e a necessidade de resposta aos interesses da comunidade é um dos pontos mais discutidos relativamente à gestão de organizações não-lucrativas (Non-Profit Management (Ferlie et al., 1995). Os níveis e tipos de prestação de contas entre os profissionais diferem da dos administradores.

O estudo conclui que, apesar de os administradores serem nomeados pelo governo, que é politicamente responsabilizado, a cadeia da responsabilização/prestação de contas é longa e fraca, sendo muito questionável a influência que os utilizadores podem ter nos órgãos de governação através destes mecanismos.

E) BÉLGICA

De acordo com um estudo desenvolvido por uma unidade de investigação multidisciplinar da Universidade de Leuven, na Bélgica, o modelo de governação dos hospitais belgas, é um modelo de dois níveis – Two-Tier -, regulado pelo Federal Hospital Act, que foi substancialmente modificado em 1986 e reestruturado em 1987. Este Acto regulamenta a prestação de cuidados e define a estrutura básica do Hospital.

No topo da estrutura organizacional do Hospital, existe o Órgão de Governação dotado da responsabilidade geral e última por toda a actividade do hospital, em termos de organização, funcionamento e financeiro. Cada hospital tem um Director Geral (CEO), o qual é nomeado pelo Board, reportando directa e exclusivamente a este. A sua função prende-se com a gestão das actividades do dia-a-dia do Hospital, cooperando proximamente com os responsáveis dos departamentos clínicos, de enfermagem, paramédicos, administrativos e técnicos, constituindo a gestão executiva. Na grande

maioria dos hospitais, com excepção de alguns hospitais académicos e públicos, os médicos trabalham em regime liberal, sendo a actividade clínica hierarquicamente estruturada em três níveis – direcção, chefia e staff – e tendo, o pessoal médico participação nas decisões de gestão do hospital, através do Conselho Médico. A dimensão do Board, é geralmente de entre 6 e 12 elementos.

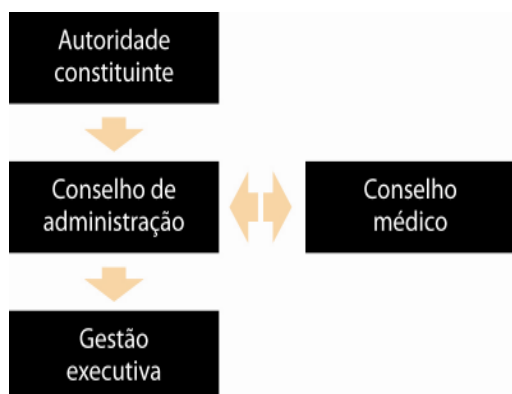
A composição do Board tem vindo a ser debatida, devido à crescente complexidade da prestação de cuidados, verificando-se várias lacunas em termos de autoridade e contrapeso em todos os aspectos da prestação de cuidados (Eeckloo *et al.*, 2004).

Por não haver existência de shareholders nos hospitais não-lucrativos, os seus stakeholders vêm-se muitas das vezes como os Shareholders, partilhando o risco com o Hospital, como no caso da participação dos médicos nas infra-estruturas do hospital, o que cria conflitos entre stakeholders internos e externos comprometendo, assim, a independência aconselhável de um Board.

Externamente, existe ainda a Autoridade Constituinte, órgão responsável pela “protecção da legitimidade social do hospital. A selecção de vários interessados legitima o facto de os fundos públicos serem utilizados numa lógica de compromisso de negócio” (Eeckloo e tal., 2004). Neste estudo, a *Katholieke Universiteit Leuven*, através da sua unidade de investigação, constituída pelo *Centre for Health Services and Nursing Research* e pelo *Department of Applied Economy*, partindo dos dados obtidos no questionário aplicado aos hospitais, Eeckloo et al (2004) analisou a governação hospitalar nos hospitais belgas, focando os aspectos formais que caracterizam a governação, como a legislação, o tipo de propriedade dos hospitais, a evolução do sector hospitalar e vários aspectos relacionados com os órgãos de governação, nomeadamente a sua composição, as suas competências, o seu funcionamento, e o envolvimento dos médicos. Os resultados obtidos com o questionário aplicado pelos autores, permitiram a construção de um modelo de governação para os hospitais belgas e um conjunto de 40 recomendações, que definem, para cada órgão de governo, as respectivas atribuições principais, a forma de nomeação e destituição dos seus membros e formam seu modelo funcionamento, providenciando aos órgãos de governo um conjunto abrangente de regras de conduta que sublinham a necessidade de acordos claros, fluxos de dados fiáveis e uma divisão transparente de competências (Eeckloo et al., 2004).

O modelo desenvolvido pretendia melhorar a integração social das actividades hospitalares, incorporar os interesses do pessoal médico na governação do hospital e aumentar a concordância entre responsabilidade e poder de decisão nos diferentes níveis de governação (Eeckloo et al., 2004). Para tal, o modelo defende a formação de quatro órgãos claramente separados e uma atribuição inequívoca de competências e autoridade a cada um deles:

Figura 12 – Modelo de Governação Belga Desenvolvido



Fonte: Eeckloo, K. et al., 2004

Autoridade Constituinte (*Constituent Authority*) — órgão constituído por elementos ou instituições a quem, de acordo com os regulamentos do Hospital, é confiada a tutela da organização;

Órgão de Governação (*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;

Gestão Executiva (*Executive Management*) — é o principal órgão de tomada de decisões, devendo ser composto por membros da equipa administrativa e representantes do pessoal médico;

Conselho Médico (*Medical Council*) — é eleito pelo pessoal médico e tem competências consultivas e de supervisão.

F) FRANÇA

O modelo de configuração francês é um modelo de um só nível, que difere do modelo Anglo-Saxónico, ao combinar os papéis de CEO com o do Chairman num só elemento – o Presidente, resultando numa enorme concentração de poder. É designado por modelo de configuração PDG - *President Directeur General*. A resistência ao modelo Anglo-Saxónico tem vindo a diminuir nos últimos anos com a publicação do relatório Viénot (1999), da lei *Nouvelle Régulations Economiques (NRE)*, adoptada em 2001 e do relatório Bouton, aproximando as organizações do modelo mais empresarial, com maior independência entre as funções executivas e estratégicas. Tem vindo a ser utilizada o conceito de *committees* de apoio ao órgão de governação.

G) ALEMANHA

A legislação alemã, designadamente a Lei da co-determinação, determina que os órgãos de governação se constituam segundo o modelo de configuração de dois níveis - o *Two-Tier*, com um board executivo responsável apenas pela gestão da organização e um Board de supervisão responsável pelo controle e monitorização do Board Executivo. Este Board de supervisão é geralmente constituído por 20 elementos, sendo 10 elementos eleitos pelos Stakeholders e os restantes 10 elementos eleitos pelos colaboradores da organização.

No entanto, o efeito de escrutínio pretendido por esta estrutura não é alcançado. A sua dimensão só por si trás alguns problemas de comunicação e de debate genuíno, uma vez que os representados dos colaboradores são, muitas vezes, elementos de sindicatos, levando a gestão executiva a evitar a discussão de questões de natureza sensível (Corporate Governance Report (2007). Na prática, as decisões acabam por ser tomadas nos committees ou informalmente, e deixando o Board, apenas, para ratificação de decisões tomadas anteriormente. Um outro problema existente nas organizações alemãs, é a prática comum de promover antigos CEO a Chairman dos Boards de Supervisão, impedindo abordagens verdadeiramente independentes, enquanto o novo CEO se debate para introduzir mudanças.

2.2. SUMÁRIO

A crescente necessidade de racionalização e de aumento de melhoria de qualidade técnica tem levado a governação das organizações de saúde a aderir a novas formas de governação em direcção a modelos empresariais dividindo-se basicamente em dois modelos de governação – o modelo unitário anglo-saxónico e o modelo binário da Europa continental. Espreitámos algumas experiências internacionais, e a dúvida quanto ao modelo ideal para a governação de topo das organizações de saúde, em particular o Hospital, impõem-se naturalmente. O próximo capítulo será dedicado à revisão de literatura tentando perceber quais os pressupostos fundamentais para que a governação seja considerada adequada, eficiente e integradora das perspectivas de todos os interessados na organização.

CAPÍTULO 3 - O MODELO DE GOVERNAÇÃO

A governação e os seus órgãos são um importante mecanismo para a melhoria da performance e para a competitividade das organizações (Maassen, 2002). O conceito de governação cobre diversos aspectos relacionados com a distribuição de direitos, relações e poder entre corpos, directores, agências de regulação, legisladores, empregados, fornecedores e demais *stakeholders*, e no centro das diversas definições de governação encontram-se os papéis dos órgãos de governação nos processos de tomada de decisão das organizações. Inicialmente, o papel do *Board* centrava-se essencialmente na teoria de agência que enfatizava a controlo de poder e de autoridade. Mais recentemente, as definições de Governação e do papel do *Board* reflectem 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*.

O alinhamento de interesses entre a gestão, *shareholders* e outros grupos de interesse tem sido conseguido através da utilização de diferentes estratégias nas diferentes culturas (Guthrie e Turnbull (1995). As abordagens Anglo-Saxónicas e da Europa Continental na configuração dos órgãos de governação reflectem estas diferenças, que com os modelos de configuração *One tier* e *Two tier* apresentam-se como abordagens organizacionais alternativas para o papel dos *Boards* no alinhamento dos interesses divergentes entre os gestores, os *shareholders* e os restantes *stakeholders*.

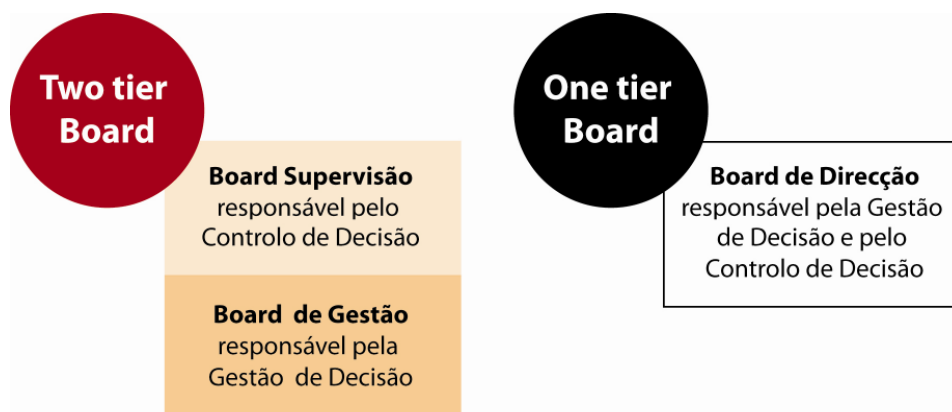
Figura 13 – Diferenças entre os modelos face ao tipo de membros



Fonte: adaptado de Maassen, 2002

A efectividade do *Board* no alinhamento destes interesses plurais está associada ao conceito de independência dos *Boards*, conceptualizada por Fama e Jansen (1983) através da divisão entre as actividades “Serviço” e “Controlo da Decisão” por parte do *Board*. Como integrando o “Serviço”, estes autores referem as tarefas dos membros executivos para iniciar e implementar as decisões estratégicas, também designada pelos autores como “Gestão de Decisão”. Por “Controlo da Decisão” compreendem as tarefas dos membros não-executivos de ratificação e monitorização das decisões executivas. Assim, uma estrutura de *Board* independente separa as actividades dos membros executivos e dos membros não-executivos. Segundo Davis (1991), uma estrutura independente será aquela que estabelecerá um *Board* para monitorizar as decisões estratégicas e performance organizacional. Os modelos de configuração dos órgãos de governação de dois níveis e de um só nível, *two-tier* e *one-tier*, respectivamente, apresentam-se segundo a perspectiva de Fama e Jansen, ou seja, a separação vs integração dos funções de Serviço/Controlo de Decisão. O conceito de independência do *Board* é fulcral para o debate separação/integração das funções e, conseqüentemente para a configuração da sua estrutura.

Figura 14 – Diferenças entre os modelos face ao Gestão de Decisão/ Controlo de Gestão



Fonte: adaptado de Maassen, 2002

3.1. INDEPENDÊNCIA DO BOARD

O conceito de Independência do *Board* é sobretudo essencial à perspectiva do *shareholder* e é baseada na assumpção de que, quanto maior for a independência dos membros em relação à gestão, melhor servirá os interesses dos *shareholders*. A influência da gestão no *Board* pode ser reduzida pelo menos através de três estratégias de Design: através da estrutura de liderança do *Board*, assegurando que os papéis de CEO e Chairman são desempenhados por diferentes indivíduos, e/ou pela inclusão de membros seniores não-executivos na liderança (*lead directors*); através da Composição do *Board*, introduzindo maioria de elementos não-executivos; e, por fim, através da hierarquização do nível de gestão e de supervisão, e/ou através da introdução na estrutura do *Board* de Comitês independentes.

QUADRO 9 - ESTRATÉGIAS DE DESIGN PARA A INDEPENDÊNCIA ESTRATÉGICA FORMAL DO BOARD

LIDERANÇA DO BOARD	Separação entre os papéis de CEO e Chairman; Inclusão de <i>Lead Directors</i>
COMPOSIÇÃO	Inclusão de uma maioria de membros não-executivos
ESTRUTURA	Separação dos elementos entre gestão e supervisão; Formação de comitês independentes de controlo e vigilância.

Fonte: Adaptado de Maassen, 2002

É largamente aceite que o modelo de órgão de governação *Two-tier* representa um modelo de *Board* formalmente mais independente do que o modelo *One-tier*, uma vez que separa claramente as funções de gestão dos membros executivos das funções de monitorização dos membros de supervisão. De acordo com Tricker (1984) e com Cadbury (1995), o modelo *Two-tier* representa uma estrutura de *Board* na qual são formalmente aplicadas as três estratégias de design (Maassen, 2002) – a existência dos dois níveis organizacionais que separam a função executiva no *Board* executivo da função de monitorização do *Board* de supervisão, permite a definição formal e transparente das responsabilidades dos membros executivos do *Board* executivo e dos membros não-executivos do *Board* de supervisão. Pic (2005) considera, também, que o facto do *Board* de supervisão ser inteiramente composto por membros não-executivos assegura a sua independência face ao *Board* executivo inteiramente constituído por membros executivos. A separação em dois níveis implica a separação formal entre os papéis de CEO e do *Chairman*, separando formalmente a Gestão de Decisão do Controlo da Decisão, questão basilar do debate entre os dois modelos de configuração do órgão de governação.

O modelo de configuração de um só nível vem sofrendo pressões para se tornar uma estrutura formalmente mais independente e mais executiva, por forma a ser mais responsável pelos resultados.

A introdução de *guidelines* pelos reguladores, o incentivo à adesão a Códigos de Boas Práticas, a pressão para o aumento do número de membros não-executivos independentes, bem como o reforço da tendência no sentido de eliminar a ocupação dos cargos de CEO e de *Chairman* pela mesma pessoa têm vindo a fomentar a independência formal dos órgãos de governação de modelo *One-tier*.

QUADRO 10 - 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 <i>CHAIRMAN</i>	Recomendada mas não obrigatória	Preferível e deve a combinação dos papéis <u>ser</u> justificada no relatório Anual
<i>LEAD DIRECTOR</i>	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 excepção 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 re-eleição 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
PAGAMENTOS E BÓNUS	Comités de auditoria deverão ser constituídos exclusivamente por membros não-executivos	Comités de auditoria deverão ser constituídos exclusivamente por membros não-executivos

FLUXO DE INFORMAÇÃO AO BOARD	Boards deverão ter esquema formal de decisões; membros deverão ter acesso pago a aconselhamento exterior	A gestão tem a obrigação de facultar ao Board informação apropriada e tempestiva e o Chairman tem a particular responsabilidade de assegurar que todos os membros são devidamente informados
MELHOR ESPECTRO DE AUDITORIA	Audidores deverão verificar se os planos e declarações dos membros estão em consonância com o Código Cadbury e a efectividade da auditoria interna.	Audidores deverão verificar se os planos e declarações dos membros estão em consonância com o Código Cadbury

FONTE: Adaptado de Maassen baseado em Cadbury,1992 e Hampel, 1998)

3.2. PAPEL DO ÓRGÃO DE GOVERNAÇÃO

A identificação de problemas e oportunidades, assim como o desenvolvimento de alternativas e a execução de acções correctivas constituem as preocupações essenciais do(s) órgão(s) de governação. O papel do(s) órgão(s) de governação no processo de tomada de decisão estratégica tem sido formalizada por alguns modelos teóricos que identificaram uma sequência de quatro passos para o processo de tomada de decisão, os quais, cobrem as funções generalizadas de um Board – a formulação, a implementação e a avaliação/monitorização das decisões (Judge, 1989, citado por Maassen, 2002). O modelo de Fama e Jansen (1983) identifica os quatro passos:

I - Iniciação - a criação de propostas para a utilização dos recursos e a formulação de contratos

II - Ratificação - a escolha das iniciativas a serem implementadas

III - Implementação - a execução das decisões ratificadas

IV - Monitorização - a mensuração da performance dos agentes da decisão e implementação de recompensas.

Como “Gestão da Decisão”, os autores consideram a combinação dos passos “Iniciação” e “Implementação” no processo de tomada de decisão estratégica e, como “Controlo da Decisão”, consideram os passos “Ratificação” e “Monitorização”.

No modelo de configuração de *Two-tier*, a “Gestão da Decisão” é da responsabilidade dos membros executivos do Board executivo, sendo o “Controlo da Decisão” da responsabilidade do Board de supervisão. Por sua vez, o modelo *One-tier*, ao ter sido formalmente baseado numa estrutura que integra os quatro passos do processo de tomada de decisão estratégica, combina a “Gestão da

Decisão” com o “Controlo da Decisão”, sendo este preferencialmente desempenhado pelos membros não-executivos do *Board*.

Os diferentes papéis do *Board* no processo da tomada de decisão têm sido objecto de algumas teorias - a teoria da dependência dos recursos e a teoria do *stakeholder*, as quais enfatizam os papéis do *Board* na alocação dos recursos e no alargamento das suas fronteiras (*boundary spanner*). Outras teorias oriundas da economia organizacional, como a teoria de agência e a abordagem legalista, focaliza o papel do *Board* na mitigação de problemas e na monitorização da gestão ou, como a teoria de *Stewardship*, que defende o envolvimento dos membros do *Board* na definição das opções estratégicas organizacionais. Alguns autores sugerem que estas correntes teóricas reconhecem três grandes categorias para o papel do *Board* - O papel de Serviço, o papel de Controlo e o papel Estratégico. Estes três papéis mostram algumas semelhanças com os quatro passos de Fama e Jansen (1983). O papel de Serviço deriva da teoria da dependência de recursos e da teoria de *stakeholder* e pode ser relacionado com as actividades de “Serviço” do *Board*, como veremos mais adiante. O papel de Controlo, como sugerem a teoria de agência e a abordagem legalista, reside grandemente nas actividades de Controlo da Decisão das actividades do *Board*. O papel estratégico combina as actividades de Controlo de Decisão e de Serviço do *Board*, sendo esta integração defendida pela teoria de *Stewardship*.

QUADRO 11 - ESCOLAS TEÓRICAS ENVOLVIMENTO DO *BOARD* NA TOMADA DE DECISÃO ESTRATÉGICA

Serviço	Controlo de Decisão	Serviço + Controlo de Decisão
Teoria da Dependência recursos; Teoria do <i>Stakeholder</i>	Teoria de Agência; Abordagem legalista	Teoria de <i>Stewardship</i>
Papel de Serviço	Papel de Controlo	Papel Estratégico

Fonte: Adaptado de Maassen, 2002

- Papel de Serviço

O papel de Serviço, de acordo com os seus defensores, está relacionada com a Gestão da Decisão, apresentando quatro dimensões:

- **Co-optação de influenciadores externos**, e por co-optação, considera-se “o processo de absorção de novos elementos na liderança ou na determinação de políticas na organização como meio de evitar ameaças à sua estabilidade ou à sua existência (Selznick, 1966, citado por Maassen, 2002)”, funcionando, assim, o Board como uma forma de assegurar ligações aos seus vários stakeholders;

- **O estabelecimento de contactos** (e de captação de financiamento), como forma de assegurar os recursos críticos para a organização, (Mintzberg, 1983);

- **Assegurar e reforçar a reputação da organização**, através da representação da organização publicamente;

- **Aconselhamento à organização** e a outras organizações congéneres, derivada da actividade de formulação e implementação na tomada de decisão. O desenvolvimento de novas estratégias é da directa responsabilidade da gestão e o *Board* ajudará a gestão com a sua sabedoria e conhecimento nos passos de iniciação e de implementação do processo de tomada de decisão

- *Papel de Controlo*

Contrastando com as teorias de que o papel do *Board* é um papel de Serviço, a teoria de agência e a abordagem legalista, consideram que o papel do *Board* é o de monitorização da gestão e de representação dos interesses dos *shareholders*. Esta perspectiva defende o papel do controlo da gestão, actuando o *Board* como “fonte independente disciplinadora” como forma de alinhamento dos interesses da gestão e dos *shareholders*. Wiesbach (1988) apelidou este papel do *Board* como sendo de “*Wathchdogs*” sobre a gestão, considerando o *Board* como a primeira linha de defesa contra a gestão incompetente, incluindo, em casos extremos, a capacidade de substituição do CEO e seus executivos para salvaguarda dos interesses dos *shareholders*. O papel de controlo incluiria a responsabilidade de selecção do CEO, de monitorização da sua performance, de revisão das análises do CEO e de ratificação das decisões executivas (Tricker, 1984; Zahra e Pearce, 1989, citado por Maassen, 2002). Mintzberg, na mesma linha, considerava que os principais papéis do *Board* na sua capacidade de controlo serão:

- **Seleccção do CEO;**

- **Exercício de controlo directo durante períodos de crise;**

- **Revisão das decisões e performance da gestão.**

Estas teorias de Zahra (1990) e Mintzberg (1979) vão de encontro à teoria de Fama e Jansen (1983), ao considerarem que o *Board* não deverá envolver-se na gestão directa e no desenvolvimento ou implementação da estratégia, a menos que se prove, de forma veemente, estar a estratégia ou a sua execução, erradas.

- Papel Estratégico

Os defensores da teoria de *stewardship*, consideram que o *Board* tem um papel estratégico. Zahra (1990) observou que o *Board* precisa de ir para além das funções de Serviço e de Controlo para poder participar activamente na estratégia, devendo, para tal, combinar o papel Serviço com o papel de Controlo, adquirindo, assim, uma função estratégica e ficando os membros muito mais envolvidos na iniciação e implementação das decisões, para além da ratificação e monitorização das decisões. A corroborar esta ideia estão outros autores, os quais consideram que “um *Board* responsável e efectivo deverá requerer da sua gestão uma estratégia organizacional original e duradoura, revendo periodicamente a sua validade, usando-a como ponto de referência a todas as outras decisões do *Board* e partilhando com a gestão os riscos associados à sua adopção” (Andrews, 1982, citado por Maassen, 2002). Estes autores sugerem que o envolvimento dos membros do *Board* na formulação da estratégia serve os seguintes objectivos (Demb e Neubauer, 1990) apresentados no quadro 12:

QUADRO 12 – RAZÕES PARA O ENVOLVIMENTO DO BOARD NA ESTRATÉGIA

Auxilia os membros não-executivos a moverem-se ao longo da curva de aprendizagem relativamente à indústria – concorrência e mercado – e à tecnologia;

Submete as propostas da gestão ao escrutínio de um conjunto de perspectivas exteriores. Questões colocadas por perspectivas vindas de fora podem levar a importantes modificações nas estratégias organizacionais;

Prepara o *Board* para acções de implementação que podem surgir rapidamente. Sem a antecipação providenciada através do envolvimento do *Board* na estratégia, uma promissora aquisição poderá tomar o *Board* de surpresa e obter uma resposta frouxa;

Ajuda ao desenvolvimento de compromisso e de partilha da estratégia entre os membros. Quanto mais o *Board* perceber a lógica da gestão face à estratégia, mais robustas serão as discussões, maiores serão as trocas construtivas;

Um *Board* que está completamente envolvido no processo estratégico, mais habilitado estará para desenvolver funções críticas na sucessão da gestão de topo.

Fonte: Adaptado de Demb e Neubauer, 1990

Convém salientar que o papel estratégico do *Board* não se resume apenas aos passos de ratificação estratégica no processo de tomada de decisão – integra, também, a formulação da estratégia. Assim, para além da aquisição dos recursos, através do papel de Serviço, e de resolução e profilaxia de conflitos, através do papel de Controlo, os *Boards* terão de estar cada vez mais envolvidos nas decisões relativas ao desenvolvimento, implementação e comunicação da estratégia (Demb e Neubauer, 1992). Segundo Zahra (1990), existem cinco razões para a necessidade de envolvimento do *Board* na área estratégica, a saber:

- (1) O papel importante dos *Boards* no esbatimento das fronteiras (*boundary spanners*) como ligação da organização aos seus ambientes. Assim, estarão em posição de adquirir informação vital à efectividade das acções estratégicas;
- (2) O conhecimento dos membros como gestores de outras organizações capacita-os para a participação activa no processo estratégico, uma vez serem, normalmente, conhecedores das necessidades de desenvolvimento, de mudança ou implementação de estratégias;
- (3) O papel de atracção de financiamento por parte dos membros passará a estar ligada com a estratégia, tendo estes que reflectir sobre as questões de carácter estratégico, antes de desenvolverem as suas responsabilidades fiduciárias;
- (4) A complexidade do processo estratégico implica o auxílio, por partes de todos os membros, ao CEO e à gestão de topo, através da sua experiência, perspectivas e representatividade dos *shareholders*, por forma à maximização dos interesses dos *shareholders* e dos *stakeholders*;

3.3. PERSPECTIVAS TEÓRICAS ACERCA DO ENVOLVIMENTO DO *BOARD* NA TOMADA DE DECISÃO

As correntes teóricas acerca do envolvimento do *Board* na gestão e controlo da decisão, sumarizadas no quadro acima, podem ser classificadas de acordo com as perspectivas teóricas de *Conflito* e de *Consenso* (Jonnergård e Svensson, 1995, citado por Maassen, 2002), face ao envolvimento do *Board* na tomada de decisão, reflectindo duas filosofias de gestão contrastantes. De acordo com Davis (1991), a perspectiva de Conflito vê os membros executivos como agentes com interesses individuais, e como tal, que precisam de ser monitorizados.

Como forma de assegurar o papel do controlo por parte dos membros não-executivos, a perspectiva de conflito sugere que haja uma separação, através do design do *Board*, entre o envolvimento dos membros executivos na formulação da decisão estratégica e o envolvimento na monitorização por

parte dos membros não-executivos. A teoria de Agência é um exemplo de uma teoria baseada na perspectiva de conflito. Visto deste ponto de vista, o debate acerca da separação entre CEO e Chairman, o aumento de membros não-executivos nos Boards e a formação de comités de auditoria, remuneração e de nomeação com maioria de elementos não executivos, indicam a predominância da perspectiva de conflito relativa ao envolvimento do *Board* no debate da governação nos países anglo-saxónicos.

As teorias de Consenso propõem uma corrente de pensamento oposta relativamente aos papéis e à organização dos *Boards*. A teoria de *Stewardship* representa a perspectiva de Consenso acerca do envolvimento do *Board*. Esta teoria foca-se fortemente no empoderamento dos membros executivos, os quais são vistos como honrados construtores de valor (Maassen, 2002). É, ainda, uma teoria que procura a integração da Decisão da Gestão com o Controlo da Decisão, através do papel estratégico do *Board* (Donaldson e Davis, 1994). Visto deste ponto de vista, a teoria de *Stewardship* opõem-se à noção de que os *Boards* sejam mecanismos para alinhar conflitos entre os interesses dos *shareholders* e da gestão. Os *Boards* são, sobretudo, vistos como mecanismos estratégicos valiosos, os quais deverão ser construídos como estruturas de *Board* integrativas, que integrem a Gestão de Decisão com o Controlo de Decisão.

No entanto, enquanto a teoria de *Stewardship* defende a integração de papéis do *Board*, a perspectiva de Conflito prevê o potencial conflito de interesses quando os quatro passos do processo de tomada de decisão é colocado nas mãos dos directores executivos. De acordo com a perspectiva de Conflito, os membros não-executivos deveriam julgar criticamente a performance dos membros executivos, como parte do seu papel de controlo da decisão. Contudo, o distanciamento necessário para assegurar que este julgamento seja crítico e independente, poderá ser impedido pela integração dos papéis do *Board* (Demb e Neubauer, 1992), uma vez que são os próprios membros que se examinam a si próprios. Por outro lado, a separação dos papéis do *Board*, poderá impedir o seu papel estratégico, dando origem ao dilema ou paradoxo do envolvimento do *Board* (Tricker, 1984 citado por Maasen, 2002).

3.3.1. MODELOS TEÓRICOS PARA A TOMADA DE DECISÃO ESTRATÉGICA

A literatura tem vindo a relacionar o papel dos membros do *Board*, bem como a performance financeira das organizações com os atributos do *Board*, tais como as suas composição e estrutura.

Vários autores desenvolveram modelos, como Zahra e Pearce (1984) e Jonnergård e Svensson (1995), todos eles tendo em comum a integração de quatro componentes, denominadas “*building blocs*” e resumidas no quadro abaixo.

QUADRO 13 – “BUILDING BLOCS”

(1) os atributos do *Board*, tal como a composição e 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 resultado para medir a performance financeira das organizações.

Fonte: Adaptado de Zahra e Pearce, 1984 e Jonnergård e Svensson, 1995

De acordo com Zahra e Pearce (1984 citado por Maassen, 2002) “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”.

Os atributos do *Board* incluem variáveis como a composição, as características e a estrutura. As variáveis relativas à composição concentram-se, sobretudo, na dimensão, na distinção entre membros executivos e não-executivos e no grau de filiação dos seus membros com a organização, enquanto que as características se referem à idade e ao género, bem como ao “*background*” social e educacional, títulos e experiência de trabalho. A estrutura, por sua vez, refere-se aos comités, à independência formal dos *Boards One e Two-tier*, à liderança do *Board* e ao fluxo de informação entre a estrutura do *Board*. Adicionalmente, poderemos ter variáveis de processo, relativas à actividade de formulação da decisão e estilos de *Board*, a frequência e a duração das reuniões, a formalidade dos procedimentos do *Board*, bem como a sua cultura na avaliação da performance dos membros.

A performance da organização é também uma das componentes dos modelos e a associação entre os atributos do *Board* e a performance da organização, é geralmente baseada em duas abordagens metodológicas (Judge, 1989).

A primeira abordagem metodológica estabelece a relação directa entre os atributos e a performance, uma vez que assume que os atributos, tais como a composição, a estrutura e as outras variáveis influenciam directamente o critério da performance da organização. A segunda abordagem metodológica recolhe e analisa dados em estruturas de *Board* actuais, através de inquéritos, observação, investigação e entrevistas. Estes estudos são de natureza descritiva e não fazem associação directa entre os atributos do *Board* com a performance da organização.

O comportamento da organização, é conceptualizado através dos papéis do *Board* e dos seus atributos e as contingências são consideradas como factores influenciadores que vão modelar a composição e a estrutura do *Board*. A associação entre os atributos do *Board* e a performance da organização não é

consensual, uma vez que a investigação considera ser a rede de causalidades demasiado complexa para revelar relações causais unidireccionais entre os atributos do *Board* e o critério de performance financeira (Maassen, 2002). No entanto, as contingências são influências fundamentais ou desencadeadoras do papel estratégico do *Board* e incluem factores relevantes no ambiente da função (i.e. pressões sociais) e na performance organizacional” (Judge, 1989 citado por Maassen, 2002). Assim, e de acordo com Zahra e Pearce (1989), as contingências influenciam os atributos do *Board*, bem como a forma como os membros desempenham os seus papéis e, por último, influenciam a contribuição dos membros na performance da organização. Estes autores reconhecem variáveis ambientais e legais como contingências externas e as forças institucionais que podem influenciar o envolvimento do *Board* na tomada de decisão, como contingências internas.

3.3.2. AS PERSPECTIVAS DE CONFLITO E DE CONSENSO E OS ATRIBUTOS DO BOARD

Analisadas as variáveis que compõem os atributos do *Board*, torna-se relevante a análise dos modelos *One-tier* e *Two-tiers* à luz das perspectivas de Conflito e de Consenso, sob o ponto de vista dos atributos do *Board* (relacionados e condicionados, como se viu, com as contingências e performance da organização) à luz das estratégias de design para e independência formal do *Board*.

A) A Perspectiva de Conflito e os atributos dos Boards *One-tier* e *Two-tier*

Dado o apelo internacional para a reforma, os defensores da perspectiva de Conflito reclamam veementemente que os os *Boards One-tier* não são suficientemente independentes, considerando que ficam à mercê dos gestores, os quais controlam a informação, a definição de alternativas, os processos de nomeação e, efectivamente, a importante agenda da formulação da decisão (Zald, 1969 citado por Maassen, 2002). Acrescentam outros que os *Boards One-tier* têm sido, ao longo da história, passivos e ineficientes, não passando de cerimoniosos mecanismos de validação (“*rubber-stamping*”) dos objectivos da gestão. Contudo, estas críticas têm sido endereçadas, sobretudo, à composição dos *Boards* que são dominados por membros executivos e quando os estes combinam as posições de liderança do *Board* com as responsabilidades executivas. Do ponto de vista da perspectiva de conflito, as características do modelo de *Board Two-tiers*, com a separação formal dos membros executivos dos não-executivos e com responsabilidades legais distintas, sugere que a divisão dos papéis do *Board* poderá diminuir os custos de agência e poderá simplificar os direitos e deveres dos membros.

ESTRATÉGIA DE DESIGN:

(1) Composição

Efectivamente, a divisão dos papéis do *Board* é em muito complicada pela prática corrente de composição do *Board* com uma maioria de membros não-executivos, uma vez que são frequentemente associados a estruturas com potenciais conflitos de interesses entre a Gestão e os *shareholders*. Assim, os defensores da teoria de Conflito evocam três motivos para que a composição seja maioritariamente composta por não-executivos:

- (1) A sua vasta experiência e conhecimento;
- (2) A sua rede de contactos que aumentará a capacidade da gestão para assegurar recursos externos;
- (3) A sua independência face ao CEO, uma vez que são considerados mais habilitados a facultar uma abordagem independente face às acções da organização, bem como a assegurar uma melhor verificação, equilibrando a gestão (Kesner e Johnson (1990), citado por Maassen, 2002).

Baseados neste forte entendimento, os proponentes da teoria de Conflito advogam uma forte representação, nos modelos One-tier, de membros independentes não-executivos do *Board* e, num modelo Two-tier, os membros não-executivos asseguram o Board de supervisão .

(2) Estrutura de Liderança

As perspectivas teóricas sugerem que a tarefa de controlo de decisão do *Board* para monitorização e para a disciplinização da gestão é enfraquecida pela combinação das posições de CEO e de *Chairman*, uma vez que o “*Chairman* está encarregado, entre outras coisa, de avaliar e monitorizar a gestão executiva de topo. Não é razoável esperar que, como *Chairperson*, o CEO tente influenciar os outros membros do *Board*?”(tradução livre do autor Maassen, 2002). De acordo com alguns autores, existem quatro argumentos fundamentais a favor da separação dos papéis entre *chairman* e CEO, num *Board One-tier*:

- (1) Está bem documentado pela literatura que o *Chairman* deverá ser independente, servindo a sua independência como medida de equilíbrio ao *Board*, resultando numa verificação dos possíveis planos excessivamente ambiciosos do CEO;
- (2) Uma estrutura dual, ou seja, que combina na mesma pessoa os papéis de CEO e de *Chairman*, poderá eliminar uma importante fonte de verificação das acções do CEO, que poderão pôr em risco a organização;

- (3) Um *Chairman* independente poderá facultar uma perspectiva de “outsider” valiosa, podendo ter contactos a nível governamental ou de finanças, os quais serão muito úteis à organização e, se for membro de outros *Boards* – como é muito usual – poderá fornecer pontos de vista derivados da seu conhecimento pessoal de outras organizações.
- (4) Estudos apresentam a evidência de que a rentabilidade das organizações é significativamente aumentada quando existe um *Chairman* independente.

Num *Board Two-tier*, a integração dos papéis de CEO e de *Chairman* está, de todo, impossibilitada, uma vez que um membro executivo nunca poderá actuar, simultaneamente, como um membro do *Board* de supervisão. Desta forma, a estrutura *Two-tiers* evita o denominado “two hats problem”, o de estar o CEO em posição de *Chairman* do *Board*.

(3) Comités

A formação de Comités tem merecido muita atenção por parte dos reformadores, tendo sido distinguidos dois tipos genéricos de comités:

- Os **comités operacionais**, que tem como função integrar a gestão de decisão com o controlo de decisão, sendo muitas das vezes integrado, essencialmente, por membros executivos do *Board*. São exemplos, o comité executivo, o comité estratégico ou o comité financeiro;
- Os **comités de monitorização** ou “oversight”, cuja função é o desempenho do papel de controlo do *Board*, preocupando-se com a protecção dos interesses dos *shareholders*, providenciando objectivos, revisão independente das decisões da organização, sendo a sua função primária a separação da gestão de decisão do controlo de decisão (precisamente inversa ao comité operacional). São exemplos, o comité de auditoria e de nomeação.

Neste sentido, a perspectiva de Conflito considera os comités de monitorização, como mecanismos efectivos para separação da Gestão de Decisão do Controlo de Decisão, quando compostos, sobretudo, por membros não-executivos que sejam independentes face à gestão (Verschoor, 1993 citado por Maassen, 2002), e considera que os comités operacionais apenas fazem sentido nas estruturas de *Boards two-tiers*, por assegurarem a integração dos papéis de Gestão de Decisão e de Controlo de Decisão.

Os comités independentes são, igualmente, recomendados pelo *Cadbury Report* e deverão actuar como estruturas adicionais para facilitar a formal separação entre a gestão da decisão e o controlo de Decisão nas estruturas unitárias.

B) A Perspectiva de Consenso e os atributos dos *Boards One-tier e Two-tier*

Os defensores da perspectiva de Consenso têm ganho relevância e suporte na literatura sobre governação, tendo a abordagem da teoria de *Stewardship* sido recebedora de atenção por parte dos proponentes da Perspectiva de Consenso. Esta teoria é relativamente recente e fundamenta-se nas abordagens sociológicas, psicológicas e organizacionais sobre Governação.

A teoria de *Stewardship*, assim como a teoria de Agência, consideram os *Boards* como instrumentos para a criação de valor dos *shareholders*. No entanto, a teoria de *Stewardship* concentra-se, sobretudo, na relação entre *shareholders*, membros do *Board* e a gestão, e entende os *shareholders* como importantes *stakeholders* da organização.

No entanto, a grande diferença entre a teoria de Agência e a teoria de *Stewardship* reside na forma como o comportamento dos agentes é entendido, e em como este comportamento deve ser constrangido. Ou seja, a teoria de *Stewardship* assenta no modelo de gestão do comportamento e não nos modelos em que assenta a perspectiva de Conflito. Estas diferenças entre os modelos do homem das duas teorias, de Agência e de *Stewardship*, são bem ilustradas pela distinção feita por McGregor (1984) com a teoria X, derivada do modelo económico do Homem, e a teoria Y, corrente do comportamento organizacional e do comportamento humano, que vê o homem como agente capaz de ser “motivado pela necessidade de concretização para sua satisfação intrínseca através do desempenho bem sucedido de tarefas desafiantes, com necessidade de exercer autoridade e responsabilidade e, dessa forma, obter reconhecimento dos seus superiores e dos seus pares” (Davis, 1991, tradução livre do autor).

Baseada na teoria Y do comportamento humano, a teoria de *Stewardship* propõe um modelo de *Board* que procure apoiar o envolvimento dos membros no percurso estratégico da organização, através da integração dos papéis do CEO e do *Chairman*, de uma composição predominantemente interna e com comités de apoio num denominado “*Board Participativo*”, considerando que as estruturas organizacionais não conseguem constrangir ou modelar o comportamento dos agentes se estas não facilitarem as relações de equipa, de empoderamento e de clara liderança na formulação e implementação da estratégia.

ESTRATÉGIA DE DESIGN:

(1) Composição

Em contraste com o entendimento dominante de que os *Boards* constituídos por membros não-executivos são mais eficazes, a teoria de *Stewardship* argumenta que os membros não-executivos nem

sempre revelam ter as competências e o conhecimento dos membros executivos para contribuir efectivamente para a formulação da decisão estratégica.

Donaldson (1990) considera que um *Board* predominantemente interno, ou seja, predominantemente composto por membros executivos, está favorecido devido ao seu profundo conhecimento, acesso à informação operacional corrente, ao saber técnico e envolvimento com a organização. E, segundo Maassen (2002), alguns defensores das abordagens de Conflito reconhecem os benefícios da participação da Gestão no *Board*, apontando três grandes benefícios:

- (1) Permite ao *Board* observar e avaliar o processo de tomada de decisão, bem como dos seus resultados. Desta forma, o *Board* adquire um conhecimento superior da competência executiva, evitando o erro e potenciando a sua correcção de forma mais célere.
- (2) A escolha de propostas, ao nível do investimento, poderá ser ajudada pela participação da gestão que extrairá mais e mais aprofundada informação.
- (3) A participação da gestão no *Board* salvaguarda a relação de trabalho entre a gestão e a organização, função importante em caso de inadequação de processos de queixa formais
- (4) A escolha de propostas, ao nível do investimento, poderá ser ajudada pela participação da gestão que extrairá mais e mais aprofundada informação.

Assim sendo, os *Boards One-tier*, predominantemente compostos por elementos executivos, beneficiam da competência e do conhecimento dos membros executivos quando envolvidos no percurso estratégico da organização. Donaldson e Davis (1994) afirmam não encontrarem suporte, nas suas investigações, para a assumpção de que os *Boards* maioritariamente compostos por membros não-executivos produzam melhores resultados do que os maioritariamente compostos por elementos executivos. No que se refere ao *Board Two-tiers*, consideram que a informação detida pelos membros executivos é superior à informação detida pelos membros não-executivos e que esta assimetria de informação poderá levar a uma carência de conhecimento por parte dos membros não-executivos, que impedirá a total compreensão das acções estratégicas da gestão de topo. Os defensores da teoria de Consenso consideram existir uma associação negativa entre a composição do *Board* de Supervisão e a integração dos papéis do *Board*.

(2) Estrutura de Liderança

Enquanto os reformadores defendem a separação dos papéis de CEO e de *Chairman*, um certo número crescente de académicos considera que a separação dos papéis pode estar negativamente associada ao valor para os *shareholders* e que, apesar dos benefícios da sua separação, esta poderá determinar alguns custos e algumas questões, designadamente:

- a) Um *Chairman* independente pode monitorizar o CEO; Mas, quem monitoriza as acções do *Chairman*?
- b) A separação dos títulos acarreta custos e incompleta transferência de informação crítica da organização entre o CEO e o *Chairman*;
- c) A separação dos títulos pode ser confuso acerca de quem está realmente no comando.

A favor da estrutura dual, Dahya e tal (1996) consideram:

- a) A combinação dos domínios do *Chairman* e do CEO representa a racionalização do processo de tomada de decisão, a qual permite uma maior focalização nos objectivos da organização, promovendo rapidez na implementação das decisões operacionais;
- b) Se o CEO acredita ter visão estratégica, então será de bom senso permitir-lhe que possa modelar o destino da organização com o mínimo de interferência do *Board*.

Assim, os defensores da teoria de *Stewardship* consideram que uma estrutura de liderança dual facilitará a efectividade das acções dos membros executivos, a qual é positivamente associada à performance da organização. Partindo do princípio de que os indivíduos procuram satisfação intrínseca como bons guardiões (*stewards*) da organização, o empoderamento do CEO conduz à maximização da performance financeira e ao valor para os *shareholders*, argumentando que a dualidade *Chairman*-CEO facilita a formulação da decisão ao estabelecer linhas claras de autoridade e de responsabilidade (Davis, 1991). No entanto, um também crescente número de académicos apresenta estudos inconclusivos acerca da relação entre as estruturas de liderança, a independência do *Board* e a performance da organização. Tendo em conta estes resultados pouco concretos, a perspectiva consensual considera que uma estrutura de liderança dual no modelo *One-tier* não é necessariamente disfuncional e, de acordo com os proponentes da teoria de *Stewardship*, consideram que uma estrutura de liderança que separa os papéis de CEO e de *Chairman*, através da separação do *Board* em *Board* de gestão e *Board* de supervisão, como é o caso dos *Boards Two-tier*, poderá não providenciar os benefícios de uma estrutura de liderança de *Board* combinada.

(3) Comitês

Do ponto de vista da perspectiva de Consenso, as estruturas organizacionais que desencorajem o papel de gestão na governação de uma organização, como é o caso dos comitês independentes de monitorização, poderão não facilitar a integração dos papéis de gestão de decisão com o de controlo de decisão (Maassen e Van den Bosch, 1999 citado por Maassen 2002). Também nesta matéria os estudos não têm sido conclusivos, havendo mais recentemente, no entanto, alguns defensores da teoria de Consenso que defendem que os comitês de monitorização predominantemente internos à organização não serão tão disfuncionais como alegam os defensores da teoria de Conflito. Nas estruturas binárias *Two-tier*, os comitês de monitorização do *Board* de supervisão, quando compostos por membros executivos e membros não-executivos são positivamente associados à integração dos papéis de gestão de decisão e de controlo de gestão (Maassen 1998 citado por Maassen, 2002). Estes estudos parecem levar-nos no sentido dos comitês de monitorização mistos, que se poderão denominar de comitês de suporte.

QUADRO 14 - RESUMO DAS PERSPECTIVAS DE CONFLITO E DE CONSENSO

ASSUMPTÕES DO MODELO HUMANISTA	PERSPECTIVA DE CONFLITO	PERSPECTIVA DE CONSENSO
BASE TEÓRICA	Teoria Agência	Teoria de Stewardship
MODELO HUMANISTA	Oportunismo, teoria X, Interesse Individual	Altruísmo, Teoria Y, Interesse Colectivo
ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO	Grande	Pequena
INCENTIVOS	Recompensas financeiras extrínsecas, identificação aos objectivos individuais	Motivação e satisfação intrínsecas; Identificação com os objectivos organizacionais
PERSPECTIVA TEMPORAL	Curta	Longa
OBJECTIVO	Controlo de custos	Aumento da performance
MECANISMO DE CONTROLO	Mecanismos de controlo internos e externos	Trust
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	PERSPECTIVA DE CONFLITO	PERSPECTIVA 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
AUTORES	Williamson (1995); Kosnik (1990); Johnson e tal. (1993); Fama e Jansen (1983)	Donaldson (1990); Donaldson e Davis (1991); Davis et al. (1997)

FONTE: Adaptado de Maassen (2002) baseado em Davis et al. (1997:37); Jonnergård e Svensson (1995:68)

3.3.3. A CONVERGÊNCIA DOS DOIS MODELOS

Os modelos gerais acerca do envolvimento dos *Boards* reconhecem o impacto que as contingências externas poderão ter na organização e composição dos *Boards*, considerando as pressões da sociedade, os sistemas de regulação e os padrões de propriedade como influências fundamentais no papel e na organização do órgão de governação (Judge, 1989). A evidência empírica acerca da transformação e convergência dos *Boards* é ainda limitada, no entanto, a transformação do modelo de *Board* parece inevitável e alguns estudos acerca da transformação e convergência do *Board* referem que os desenvolvimentos nos mercados a nível global e a crescente actividade de investimento têm levado a um natural processo de convergência a nível dos *Boards* (Demb e Neubauer, 1992). Estes desenvolvimentos surgem das abordagens, tanto da perspectiva de Conflito como da perspectiva de Consenso. De acordo com a teoria de Conflito, a composição, estrutura de liderança e a organização do *Board One-tier* estão negativamente associadas à separação da Gestão da Decisão e do Controlo de Decisão as quais estão positivamente associadas à separação dos papéis no *Board Two-tier*. Assim, Maassen (2002) sugere que a incorporação dos atributos chave do modelo *Two-tier* no modelo *One-tier* poderá facilitar a separação da Gestão da Decisão do Controlo de Decisão e, através da perspectiva de Consenso, sugere que a integração da Gestão de Decisão com o Controlo de Decisão, poderá ser facilitada através da incorporação dos atributos chave do modelo *One-tier* no modelo de *Board two-tiers*. Esta combinação de assumpções dá origem a duas proposições:

- (1) Para facilitação da separação do papel de Gestão de Decisão dos membros executivos do papel de Controlo da Decisão dos membros não-executivos, os atributos chave apropriados do *Board Two tiers* devem ser incorporados no *Board One-tier*;
- (2) Para facilitação da integração do papel de Gestão de Decisão dos membros executivos com o papel de Controlo da Decisão dos membros não-executivos, os atributos chave apropriados do *Board One-tier* devem ser incorporados no *Board Two-tiers*;

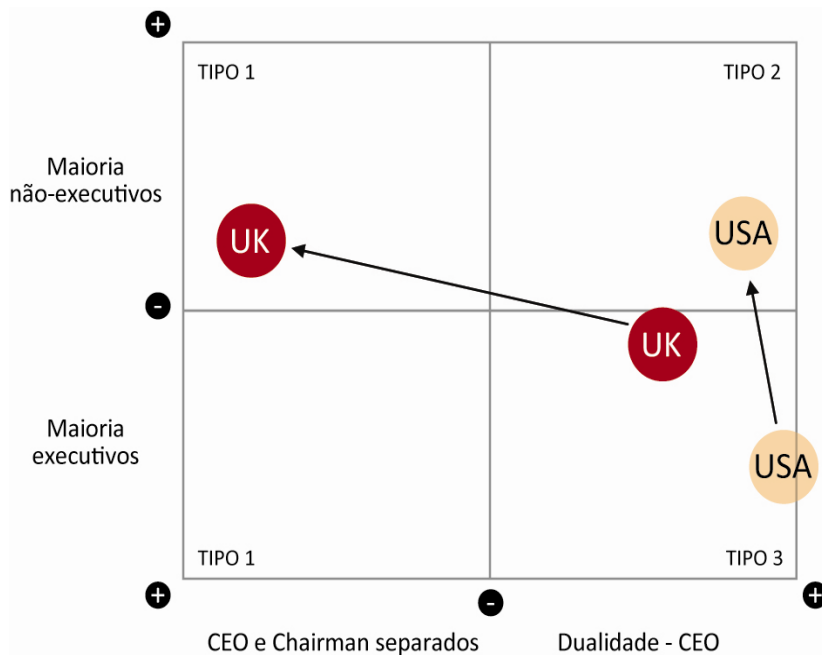
Estas preposições resultantes do estudo de Maassen (2002) sugerem que a transformação do modelo de *Board* se opere em duas direcções e que as diferenças entre os atributos dos *Boards One-tier* e *Two-tiers* poderá vir a ser reduzida ao longo do tempo. Esta sugestão conduz-nos a uma terceira preposição:

- (3) Com o passar do tempo, a tendência para a convergência dos dois modelos poderá ser constatada pela diminuição das diferenças entre os atributos chave dos modelo de *Board One-tier* e *Two-tiers*.

Foram também encontrados desenvolvimentos quanto à formação de comités de monitorização e quanto aos *Boards One-tier* para a separação dos papéis de CEO e de *Chairman*, bem como para o aumento da proporção de membros não-executivos e, nos *Boards Two-tiers*, para uma composição do comité executivo inteiramente assegurada por membros executivos. Assim e de acordo com os estudos das perspectivas de Conflito e de Consenso, verifica-se uma pressão para os *Board One-tier* caminharem no sentido de se tornarem mais independentes e para os *Boards Two-tiers* se basearem na dualidade *Chairman-CEO*, concluindo-se, desta forma, que a transformação do modelo no sentido da convergência e da adopção das melhores práticas nos sistemas existentes, é um processo bidireccional.

A figura abaixo ilustra as dinâmicas dos *Boards* na governação corporativa no Reino Unido e nos Estados Unidos da América. Apesar de não nos permitir a sua extrapolação para a governação dos hospitais, julgamos que a movimentação face à composição e estrutura do *Board* das organizações a nível internacional deverá ser observada atentamente, por forma a serem tiradas as apropriadas ilações.

Figura 13 - Dinâmicas dos boards corporativos no Reino Unido e USA



Fonte: Maassen, 2002

3.4. SUMÁRIO

Neste capítulo foi feita a revisão de literatura sobre a governação de topo, focando os aspectos fundamentais, como os seus papéis, funções e independência para a isenção, para melhor servir os interesses dos seus stakeholders e shareholders. Articulado a revisão de literatura dois três capítulos da primeira parte deste estudo, concluímos que o sistema de governação do Hospital deveria incorporar funções de Gestão de Decisão e de Controlo de Decisão, que articuladas entre si, fossem ao encontro das expectativas dos seus stakeholders, satisfazendo as necessidades do mercado que serve, o que implica ter preocupações e pensamento estratégico.

Assim alicerçados, fomos verificar se a governação das organizações públicas de saúde, em particular o hospital, estaria alinhada com a literatura, tentando responder à nossa questão de investigação – Estará a governação dos Hospitais públicos capacitada para responder aos interesses dos seus stakeholders, em particular os seus shareholders?

A segunda parte deste estudo fará uma incursão pela história da governação, levantando questões e propondo alternativas para que a governação de topo se revele adequada através da sua estrutura, organização e composição, para a integração dos reais interesses de todos os seus stakeholders, alcançando os objectivos como organização pública de saúde. O modelo proposto será validado pela técnica Delphi, em capítulo próprio dedicado ao desenho da metodologia, que incluirá um questionário como primeiro documento de trabalho da técnica Delphi.

PARTE II – PROPOSTA PARA UM NOVO MODELO DE GOVERNAÇÃO

CAPÍTULO 4 – O MODELO DE GOVERNAÇÃO PORTUGUÊS

4.1. EVOLUÇÃO DO MODELO DE GOVERNAÇÃO NOS HOSPITAIS PORTUGUESES

De acordo com Simões (2005), a estrutura do hospital público português resulta de vários conjuntos legislativos, que têm a sua origem na legislação de 1968 e se prolongam, em relação a importantes princípios estruturantes, até ao ano de 2002, numa evidente linha de continuidade. Foi com a publicação do Estatuto Hospitalar e do Regulamento dos Hospitais (Decreto-Lei 48 357 e Decreto 48 358, ambos de 28 de Abril de 1968 que a legislação portuguesa atinge a maturidade enunciada vinte e dois anos antes pela Lei 2 011 de 2 de Abril de 1946.

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 (directa ou indirecta) 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 adopta o modelo de Serviço como unidade funcional-tipo, o que aliás corresponde a um objectivo comum ao corpo médico e ao poder administrativo. (Simões, 2005). Foi com o estatuto hospitalar que, pela primeira vez, os hospitais dispuseram de um corpo global e generalizado de normas que, entre outros aspectos, estipulavam os órgãos de administração e os órgãos de direcção técnica, individuais ou colegiais (art.36º) - ainda que não tenham definido totalmente as respectivas áreas de intervenção -, e estabeleciam deveres gerais comuns (Reis, 2007). São estabelecidas, pela primeira vez, linhas de orientação para a gestão hospitalar, designadamente a indispensabilidade de adopção de processos de gestão económica. O seu art.35º determina 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 colectividade o mínimo custo económico no seu funcionamento”

Nesse sentido, os hospitais deveriam, nos termos do nº2 da mesma disposição legal:

- a) Elaborar planos de administração que devem ser submetidos à aprovação juntamente com os orçamentos.
- b) Aplicar métodos actualizados de gestão económica, desde que adequados à sua natureza e afins;
- c) Prestar a maior atenção à preparação técnica do pessoal;

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

A corroborar esta ideia, Simões (2005) considera 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 aspectos determinantes como são a gestão financeira e a gestão de recursos humanos”. O preâmbulo do Estatuto Hospitalar referia, também, 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, infra-estrutura indispensável a toda a acção médica, terá de desenvolver-se de acordo com as técnicas próprias da vida económica, embora subordinada aos objectivos sociais e humanos que prossegue*”.

O Regulamento Geral dos Hospitais veio dar corpo aos princípios gerais previstos no Estatuto Hospitalar, criou a carreira de administração de hospitais e considerou os seguintes órgão de administração (art.83º e segs. para os hospitais centrais e 104º e segs. para os hospitais regionais:

1. Nos hospitais centrais e oficiais:

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

2. Quanto aos hospitais regionais, estavam previstos, como órgãos de administração:

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

Os membros dos órgãos hospitalares eram designados pelo Ministro, sendo os cargos da carreira de administração objecto de concurso de “provas práticas e documentais”. Para o desempenho do cargo de Provedor, nos hospitais centrais, podia ser nomeado um profissional da então criada carreira médica. O provedor, o Administrador Geral, o administrador e o chefe de Apoio Geral - nos hospitais centrais -, e o Administrador – nos hospitais regionais -, deveriam ser profissionais da carreira de

administração hospitalar, a quem, rapidamente, passou a ser exigida formação específica como condição de ingresso e acesso. Porém, o decreto-lei nº 499/70, 24 de Outubro, alterou esta composição para:

- O Conselho de Administração, presidido pelo Director do Hospital nomeado pelo Ministro, de entre os directores de serviço de acção médica, ou pelo Provedor da Misericórdia, e integrava, pela primeira vez, elementos exteriores ao hospital;
- O Conselho de Direcção, Presidido pelo Director do hospital ou pelo Provedor da Misericórdia, tendo como vogais, o Director Clínico, que respondia pela “orientação, coordenação e eficiência dos serviços de assistência” e o Administrador “responsável pela orientação, coordenação e eficiência dos serviços de apoio geral. O Conselho de Direcção passaria a ser assistido por comissões especiais “de assistência., de ensino e de investigação”, cujos representantes integram agora o Conselho Técnico – órgão de direcção técnica, e não de administração, conforme disposto no Estatuto Hospitalar de 1968.

O Conselho de Direcção respondia, então, pela realização dos fins do hospital e respectiva gestão, competindo-lhe orientar, coordenar e fiscalizar o funcionamento dos serviços. Mantinha-se a nomeação pela tutela, com algumas excepções 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 fraccionamento sectorial (por áreas), que correspondia aos anseios, mais ou menos corporativos, da época (Reis, 2007). No seu conjunto, a estrutura e competências dos órgãos de administração e apoio técnico, instituída pela 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 correctos princípios que o informam. Como único elemento positivo, mas sem força para vingar no quadro das fracturas 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 (direcção-geral de saúde)” (Reis, 2007). De facto, ainda que este modelo só tenha sido formalmente revogado em 1977, logo em 1971 se sentiram as consequências da falta de estabilidade e de coesão que esta legislação criara nos hospitais. Entretanto, os novos hospitais regionais construídos pelo Estado a partir da vigência do Decreto-lei nº413/71, de 27 de Setembro, passaram a ser geridos por uma comissão Instaladora formada, em regra, por um médico, um enfermeiro e um administrador, para além do Provedor da Misericórdia. Alguns meses mais tarde foram nomeadas novas Comissões Instaladoras,

generalizando-se, posteriormente o regime de instalação aos restantes hospitais centrais e, mais tarde ainda a todos os hospitais do país.

Após a sua integração no Estado em 1974, os hospitais entraram em regime de instalação, ao abrigo do já citado diploma de 1971, sendo dirigidos por Comissões Instaladoras eleitas pelos trabalhadores dos hospitais. Entregues os hospitais a *“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”* (Reis, 2007).

Só em 1977 é publicada a legislação específica sobre a orgânica e a gestão dos hospitais, através do decreto-lei nº129/77, de 2 de Abril (lei orgânica hospitalar) e do Decreto-Regulamentar nº30/77, de 20 de Maio - Regulamento dos órgãos de gestão e de direcção dos hospitais -, que estabelece, não só, os órgãos de gestão e de direcção técnica dos hospitais como, ainda, a sua composição e competências, promovendo a autonomia dos hospitais e a estabilidade dos órgãos de gestão. 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 aspecto 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 direcção e de apoio técnico (Simões, 2005). 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 nº30/77 previa três órgãos de administração:

- O **Conselho Geral**, responsável pela definição das linhas mestras da política do hospital, pelo acompanhamento da sua execução e pela respectiva avaliação periódica;
- O **Conselho de Gerência**, a quem competia orientar, coordenar e controlar o funcionamento de todos os serviços, órgãos de direcção e apoio técnico, privilegiando a elaboração de planos de acção, a fixação de directivas de aplicação geral e o exercício sistemático e periódico do controlo, podendo a promoção da execução e da aplicação das directivas gerais aos casos particulares que ocorram na gestão diária do hospital, ser delegadas pelo conselho nos seus membros (nº3 do art.11º). Era constituído por um médico, um enfermeiro, um 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**, a quem competia a prática dos actos 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).

Esta legislação apresenta, assim, dois aspectos centrais: Por um lado, mantém, como consequência ainda dos ventos da revolução, uma forte participação dos profissionais e da comunidade na administração do Hospital e, por outro lado, reforça o papel do administrador, assumindo-se aí uma linha de continuidade em relação à legislação de 1968.

Mantendo o enquadramento tutelar anterior, a gestão do hospital público está agora definida de um modo mais sistematizado e nítido e inclui linhas de orientação para a sua prática, ganhando o hospital público, através da redefinição dos seus órgãos de gestão, um órgão com competências de natureza estratégica, dentro, naturalmente, dos apertados limites que o exercício da função tutelar directa do Ministério da Saúde permitia. Como membro no órgão executivo – Conselho de Gerência – e participante no órgão de concepção estratégica – Conselho Geral -, o Administrador, para além de ser um órgão individual de administração, possuía competências próprias de natureza operacional nas áreas de recursos humanos e financeiros (art..1º). Os órgãos continuam a ser nomeados pelo poder político. No entanto são, na sua maioria, compostos por profissionais propostos pelas próprias instituições, apenas ficando de fora dessa lógica, o cargo de Administrador, entregue a profissionais da carreira de Administração Hospitalar, nomeados na sequência dos concursos previstos na própria carreira.

A legislação de 1987 é publicada em contexto diferente. O processo vigente de constituição dos órgãos de gestão sofria crescente contestação. Em 1987 são publicados o Decreto-Lei 16/87 e o Decreto-Regulamentar 3/87, ambos de 9 de Janeiro, alterando a legislação de gestão hospitalar vigente desde Abril de 1977, retomando claramente o apelo à gestão empresarial.

O elenco dos órgãos sofre algumas transformações (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 “Director Clínico” e o “Enfermeiro Director”;

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

- Em termos de “órgãos de direcção e apoio técnico” que passam a designar-se por “órgão de direcção técnica” e “órgãos de apoio técnico”, as mais significativas mudanças residem na visível transformação da colegialidade em individualidade com atribuição de dupla responsabilidade ao Director Clínico e ao Enfermeiro Director, 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.

No entanto, é em termos de constituição/nomeação dos órgãos e dos requisitos subjacentes que se registam as maiores mudanças. A eleição de dois dos membros do Conselho de Gerência (agora de Administração), é substituída pela nomeação ministerial do “Presidente” que, posteriormente proporá ao Ministro, o Administrador-Geral, o Director Clínico e o Enfermeiro Director. Em Janeiro de 1988, através do Decreto-lei 19/88 de 21 de Janeiro e do Decreto-Regulamentar 3/88 de 22 do mesmo mês, a iniciativa reformista continua. O preâmbulo do Decreto-Regulamentar nº3/88, de 22 de Janeiro, refere, aliás, as linhas de força das reformas hospitalares em países europeus, que se pretendiam replicar em Portugal:

- O reforço das competências dos órgãos de gestão;
- O abandono das direcções de tipo colegial;
- A designação pela tutela dos titulares dos órgãos de gestão;
- O perfil de gestor para o exercício da função de chefe executivo;
- A introdução de métodos de gestão empresarial;
- O reforço e multiplicação dos controlos de natureza tutelar.

Com efeito, a gestão do sector público sofreu uma grande transformação, em muitos países, durante a década de oitenta, a qual se fez sentir nos princípios subjacentes à nova lei de 1988, não muito diferente da lei anterior, tais como:

- Uma maior responsabilização da administração do hospital face ao governo que a nomeia;
- O elenco dos órgãos de administração – Conselho de Administração, Presidente do Conselho de Administração e Administrador-Delegado;
- O Director do hospital (Presidente do Conselho de Administração) é escolhido em função do seu “reconhecido mérito, experiência e perfil adequados às respectivas funções, não sendo necessariamente um médico”;

- O Director do hospital, membro do Conselho de Administração, recebe competências a título individual e uma disposição que torna o exercício do cargo incompatível com outras funções públicas ou privadas;
- O Director, sendo designado pelo Ministro da Saúde, escolhe ele próprio os restantes membros do Conselho de Administração – o Administrador-Delegado, o Director Clínico e o Enfermeiro Director;
- O Administrador-Delegado é recrutado, não de entre os profissionais da carreira de administração hospitalar, mas sim “de entre gestores de reconhecido mérito, vinculados ou não à função pública e com currículo adequado às funções a exercer”;
- O Administrador-Delegado vê as suas funções reforçadas e são-lhe confiadas as competências típicas de um órgão executivo;
- As funções de direcção técnica são confiadas a órgãos individuais – o Director Clínico e o Enfermeiro Director -, não eleitos pelos pares e não pertencendo necessariamente ao quadro do hospital;
- O Enfermeiro Director perde algumas competências previstas na legislação de 1987 e passa a ficar sujeito ao regime de incompatibilidades dos restantes membros do Conselho de Administração;
- Regula-se a nomeação do “Auditor” que, pela primeira vez, é previsto.

Abria-se, aparentemente, um novo ciclo nos modelos de gestão hospitalar, no qual a forma de designação dos titulares dos órgãos procurava traduzir a necessidade de “...estes actuarem de acordo com as directrizes 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 nº3/88 de 22 de Janeiro). Mas cedo se constatou que se mantinham ainda fortes as limitações à intervenção efectiva do hospital público, nomeadamente as determinadas pelo enquadramento legal que potenciava comportamentos desresponsabilizantes e discricionários das administrações e dos prestadores de cuidados (Simões, 2005).

Em 1996 foi de novo alterado o regime de nomeação dos Directores Clínicos e dos Enfermeiros - Directores e reintroduziu-se o processo de votação por colégios eleitorais médico e de enfermagem, prévio à nomeação por despacho do Ministro da Saúde. Na realidade, as corporações médica e de enfermagem readquiriram a capacidade de eleger o Director Clínico e o Enfermeiro-Director, que detiveram a partir de 1977 e que haviam perdido em 1988. Finalmente, em 2002, o diploma de 1996 foi revogado e foi reposto o princípio da nomeação daqueles responsáveis técnicos por despacho do Ministro da Saúde, mediante proposta do Director do hospital.

Em 1998 foi publicado o decreto-lei 151/98 que altera o estatuto jurídico aplicável ao 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). A nomeação dos órgãos de gestão continuava a ser feita pelo proprietário,

avançava-se com a exigência de capacidades para o efeito, mas as competências não eram especificamente mencionadas.

Em 1999 com o Decreto-lei nº588/99 de 17 de Dezembro é dado o primeiro passo na revisão do regime jurídico do Sector Empresarial do Estado através da introdução do contrato individual de trabalho, bem como a revisão do estatuto do gestor público, concedendo-lhes estatuto próprio a definir por legislação especial, reconhecendo, uma vez mais de forma difusa, a necessidade dos administradores “serem pessoas com experiência profissional relevantes e que ofereçam garantias de um desempenho idóneo” (preâmbulo do diploma).

Até 2002, a linha de continuidade do estatuto hospitalar de 1968 mantém-se nas suas linhas gerais. A resolução do Conselho de Ministros 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 adoptando, definitivamente, natureza e gestão empresarial (Reis, 2007). Em 2002, a Lei nº27/2002, de 8 de Novembro, altera a Lei de Bases da Saúde e revoga o decreto-lei nº19/88, prevendo expressamente, 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 (Simões, 2005), fazendo uma referência breve aos órgãos do hospital como sendo órgãos de administração, de fiscalização, de apoio técnico e de consulta.

Com a mudança de ciclo político ocorrida em 2005, o Decreto-lei 93/2005 de 7 de Junho determinou a transformação das 31 sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos, na sequência da Lei 27/2002 de 8 de Novembro, em “entidades públicas empresariais” (E.P.E) mas foi o Decreto-lei nº233/2005 de 29 de Dezembro que veio concretizar a transformação das Sociedades Anónimas em Entidades Públicas Empresariais, a transformação do Hospital de Santa Maria e de S.João em E.P.E. anteriormente integrados no “Sector Público Administrativo”, e a criação dos Centros Hospitalares resultado de fusões de hospitais. Este Decreto-lei visava aprovar um regime jurídico e uns estatutos mais flexíveis e a criação de “órgãos de direcção adequados à sua especificidade, dimensão e complexidade” (preâmbulo do diploma) mas mais uma vez, a enumeração de requisitos para a nomeação dos membros do Conselho de Administração ficou limitada à posse de “reconhecido mérito e perfil adequado”.

O elenco dos órgãos do hospital E.P.E. é agora constituído por:

- **Conselho de Administração**, composto pelo Presidente e um máximo de seis vogais, em função da dimensão e complexidade do Hospital, sendo um deles, obrigatoriamente, o Director Clínico e outro, o Enfermeiro Director, 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**, com competências de apreciação dos planos de actividade de natureza anual e plurianual, de todas as informações necessárias para acompanhamento da actividade do hospital, bem como emitir “recomendações tendo em vista o melhor funcionamento dos serviços a prestar às populações, tendo em conta os recursos disponíveis”(art.19º), o qual é composto 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 respectiva 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.

Este órgão vem, assim, retomar a ideia do órgão de “Conselho Geral” de 1977, aberto ao exterior, com preocupações estratégicas, mas com uma capacidade de intervenção muito mitigada. A figura do Auditor interno é também prevista (art.17º), como já o tinha sido na lei de 1988.

Até à data não houve qualquer alteração na estrutura e composição do órgão de Governação dos hospitais, tendo sido apenas aprovado a reorganização estrutural da Administração através da Resolução de Conselho de Ministros nº125/2005 de 4 de Agosto, o Programa de Reestruturação da Administração Pública (PRACE), que o Decreto-Lei nº216/2006 de 27 de Outubro veio executar visando a “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) decretando a lei orgânica do Ministério da Saúde, reforçando as atribuições do Alto Comissariado no planeamento estratégico e criando a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.(ACSS) resultante da extinção de certos organismos. Em 2007, o Decreto-Lei nº71/2007 de 27 de

Março veio finalmente revogar o estatuto do gestor público publicado no Decreto-lei nº464/82, executando a promessa deixada no art.15º do Decreto-Lei nº 558/99. Este decreto-lei estabelece o processo de fixação de remunerações dos gestores públicos tomando como base a distinção entre gestores executivos e não-executivos e prevê a avaliação de desempenho a responsabilização do gestor público pelos resultados não alcançados, aproximando, assim, o gestor público ao administrador de empresas privadas.

4.2. O MODELO DE GOVERNAÇÃO ACTUAL – DELINEAÇÃO DO PROBLEMA

O sistema de governação dos hospitais portugueses E.P.E., de acordo com os Estatutos Hospitalares publicado no Decreto-Lei 233/2005, assenta numa tríade de órgãos – O Conselho de Administração, o Fiscal Único e o Conselho Consultivo, sendo o Conselho de Administração, o órgão a quem “competem garantir o cumprimento dos objectivos básicos, bem como o exercício de todos os poderes de gestão que não estejam reservados a outros órgãos”; ao Fiscal Único compete assegurar a legalidade, a regularidade e a boa gestão financeira e patrimonial do hospital constituindo-se, assim, como um órgão de supervisão com âmbito de actuação limitada ao controlo das decisões de natureza financeira e patrimonial; o Conselho Consultivo, com carácter consultivo e de apreciação da actividade do hospital, assemelha-se a um órgão colegial de supervisão e estratégico, reflectido numa composição representativa de alguns *stakeholders* ainda que, como já se referiu, com uma capacidade de intervenção muito limitada. No entanto, o referido diploma é pouco claro e difuso na atribuição das competências do Conselho Consultivo, atribuindo-lhe funções passivas de apreciação da actividade, não estando definida qualquer função de monitorização e controlo das decisões do Conselho de Administração. A representação dos *stakeholders* é relativamente reduzida, não se encontrando representados, por exemplo os interesses dos fornecedores, de parceiros (outros serviços de saúde ou sociais) ou de terceiros pagadores ou do próprio accionista ou proprietário, para além de que reúne obrigatoriamente, apenas uma vez por ano, o que é indicador da insipiência do seu papel de monitorização e de controlo, apanágio dos órgãos de supervisão.

A respeito da representação accionista ou do proprietário ao nível da governação institucional, importará aqui referir alguns aspectos relativos à forma como, nos termos da legislação em análise, o Estado, através dos Ministérios da Saúde e das Finanças, exerce o seu papel na definição estratégica dos hospitais. O Conselho de Administração, nomeado por ambos os Ministérios, é composto por “individualidades de reconhecido mérito e perfil adequado”, isto é, trata-se de um conjunto de pessoas que são nomeados não enquanto representantes directos dos Ministérios mas, antes, como uma

equipa de profissionais (de saúde ou não) a quem são atribuídas competências e funções mais ou menos discriminadas e uma missão temporalmente definida (3 anos). As orientações estratégicas a que o Conselho de Administração deve obedecer no desempenho das suas funções, resultam de dois níveis diferentes e nem sempre consonantes de intervenção do Estado. Por um lado, da definição da política de saúde a nível nacional e regional (em que o Estado assume uma postura de tutela) e, por outro, dos Planos Estratégicos superiormente aprovados (em que o Estado intervém de forma semelhante a um accionista), desenvolvidos através de contratos-programa (em que o papel essencial do Estado é o de comprador de cuidados aos hospitais EPE). Ou seja, o Estado desempenha, relativamente aos Hospitais EPE, um triplo e simultâneo papel de tutela, accionista/proprietário e comprador/financiador. Qualquer destes papéis, apesar de desempenhados por serviços/entidades públicas diferentes, podem determinar claros conflitos de interesses, quando não a existência de divergências profundas entre estas diferentes entidades, normalmente reflectidas sobre os hospitais. Na intervenção tutelar e definição das políticas de saúde nacionais e regionais intervêm o Ministério da Saúde (MS), por si ou através do Alto Comissariado da Saúde (ACS), a Direcção-Geral da Saúde (DGS) e as Administrações Regionais de Saúde (ARS); Quanto à aprovação dos Planos Estratégicos dos Hospitais EPE, é um processo com a intervenção da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), das ARS e do Ministério das Finanças (MF); Os contratos-programa são discutidos e assinados entre os Hospitais EPE e as ARS.⁴

No entanto, não sendo a questão do modelo de governo do Ministério da Saúde o assunto deste trabalho, regressemos ao ponto em que nos encontrávamos: A fragilidade funcional do Conselho Consultivo e a limitação do âmbito de actuação do Fiscal Único eliminam a possibilidade do modelo E.P.E. ser considerado como um modelo de configuração de dois ou três níveis – *Two-tiers* ou *Three-tiers*.

De facto, é o Conselho de Administração que pode ser considerado como o órgão de governação dominante. De acordo com o disposto no artigo 7º, cabe ao Conselho de Administração:

⁴ 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. Como exemplo é dado o caso de uma ARS que decidiu iniciar a implementação de um programa de rastreio do cancro do colo do útero numa determinada área, já depois de negociar o contrato-programa com o hospital envolvido nesse rastreio, o qual terá que aumentar os seus recursos humanos e técnicos para fazer face ao previsto aumento do número de citologias a realizar no seu laboratório de Anatomia Patológica. Isto é, a ARS-tutela determina a implementação de uma política de saúde com impactes directos nos custos de um hospital com quem definiu, enquanto ARS-compradora/financiadora um contrato-programa de cuja actividade não constava a participação no programa de rastreio e cujos custos com pessoal limitou a um determinado crescimento que quer ver cumprido. Ou seja, a mesma entidade, porque investida em dois papéis diferentes, toma duas decisões conflituantes sobre o mesmo hospital. O que deverá fazer o hospital? A que ARS deverá obedecer?

- a) Propor os *planos de acção* anuais e plurianuais e respectivos orçamentos, bem como os demais instrumentos de gestão previsional legalmente previstos e assegurar a respectiva 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 direcção 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 respectivo pagamento;
- f) Designar o pessoal para cargos de direcção e chefia;
- g) Aprovar o regulamento disciplinar do pessoal e as condições de prestação e disciplina do 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 actividade 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 afecto ao desenvolvimento da sua actividade e autorizar as despesas inerentes, previstas no plano de investimentos.

Cabendo em especial ao Presidente do Conselho de Administração (art.8):

- a) Coordenar a actividade do conselho de administração e dirigir as respectivas reuniões;
- b) Garantir a correcta execução das deliberações do conselho de administração;
- c) Submeter a aprovação ou a autorização dos membros do Governo competentes todos os actos 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.

Tendo em conta as competências elencadas, as competências do Conselho de Administração são de carácter essencialmente executivo e de controlo interno e de gestão de recursos humanos. Todavia, as competências elencadas nas alíneas d), c) podem ser consideradas como de natureza estratégica, uma vez que lhe cabe a definição de linhas de orientação a que devem obedecer a organização e o funcionamento do hospital nas áreas clínicas e não clínicas (alínea b)) e a definição de políticas referentes a recursos humanos, respectivamente. Mas trata-se de natureza estratégica de nível interno, muito virada para dentro da organização, o que nos leva a crer tratar-se sempre de gestão interna e não de estratégia.

Por outro lado, o papel do Presidente do Conselho de Administração é mais o de um *“primus inter pares”*, responsável pelo bom funcionamento do órgão e de um CEO, uma vez que é responsável por garantir a correcta execução das deliberações do Conselho. As restantes competências têm natureza essencialmente simbólica. Ou seja, estamos, ainda que não de uma forma explícita, perante a figura de um Chief Executive Officer (CEO), solidariamente responsável com os restantes membros do Conselho de Administração. No entanto, o que se retém deste Estatuto, é a pouca ambição e clareza relativamente aos órgãos de governo dos Hospitais EPE, bem como a grande abertura para várias combinações de delegação de competências próprias do Conselho de Administração, o que se justifica pela necessidade de assegurar que cada uma dessas competências seja exercida por quem possua melhor capacitação técnica para o efeito. As competências necessárias para o desempenho de tais funções não são referidas

Outro ponto que interessa assinalar é a inclusão obrigatória de dois vogais executivos no Conselho de Administração que detêm, simultaneamente, competências de direcção técnica clínica. Ou seja, para além de serem membros do Conselho, desempenham funções, necessariamente de forma tecnicamente autónoma, enquanto nível de gestão executiva de primeira linha, abaixo do Conselho de Administração. Parece tratar-se de uma confusão que, na anterior legislação relativa aos Hospitais SA

foi parcialmente resolvida considerando estes dois elementos (Director Clínico e Enfermeiro Director) como vogais não executivos. Mais uma vez, esta falta de clareza nas atribuições dos órgãos de governação e gestão do hospital pode determinar o surgimento de conflitos de interesse entre estes dois membros do Conselho enquanto tal e a Direcção Clínica ou de Enfermagem que lideram.

Quanto às competências dos membros há uma definição precisa sobre as características que devem reunir o Director Clínico e o Enfermeiro Director, pressupondo-se que um deverá ser médico e o outro enfermeiro, e há ainda o opcional vogal não-executivo com claras funções de representatividade do município onde se localize a sede do hospital. Relativamente aos restantes membros, não existe na legislação qualquer definição quer sobre o *background* de que deverão ser portadores quer sobre qualquer específico mandato representativo que lhes esteja atribuído. A reter, a existência de apenas um vogal não-executivo, ou seja, que não se envolve na gestão directa do hospital, sendo que todos os outros o fazem.

Estas questões remetem-nos obrigatoriamente para o estatuto do gestor público, revisto a 27 de Março no Decreto-lei 71/2007, que refere os deveres dos gestores mas não faz qualquer referência às suas competências para tal, sendo de presumir que devam ter competências de gestão profissional., não se compreendendo, então, a razão pela qual o art.6º do Decreto-Lei nº233/2005 referente à composição do Conselho de Administração não tenha sido rectificado. É de referir que a distinção feita entre elementos executivos e elementos (denominados também de gestores no presente diploma) não-executivos, prevê a monitorização e avaliação dos membros executivos por parte dos membros não-executivos, bem como prevê a avaliação do próprio órgão (Conselho de Administração). O que está em consonância com a literatura mas que o Decreto-Lei 233/2005 não refere. Estranhamente considera no ponto 3 alinea f) do art.20º que as actividades médicas dos membros executivos dentro dos estabelecimentos do SNS sejam cumuláveis ao exercício da função executiva no Conselho de Administração, indo totalmente contra os princípios de independência indispensáveis a um órgão de governação de topo.

A avaliação de desempenho, quer do órgão, quer da “comissão executiva” parece-nos fulcral. A composição actual do Conselho de Administração não dá grandes possibilidades para que a avaliação se possa efectuar, uma vez que só existe um elemento não-executivo, ou seja, com funções de monitorização e avaliação da performance executiva e muito menos estratégica.

O documento proposto pela Secretaria de Estado da Saúde para Avaliação dos Conselhos de Administração dos Hospitais reflecte este problema e revela muitas dificuldades de aplicação pelo carácter vago do que se pretende avaliar. Nos pontos referentes à avaliação da performance do CA, as

dificuldades surgem logo quando não consegue saber-se quem avaliar e sobre o quê. As responsabilidades do CA reproduzidas neste documento são muito vagas e sobretudo sem tradução em cada elemento do CA referindo como sendo da responsabilidade do CA objectivos tão vagos como o “Desenvolvimento da liderança” sem esclarecer quais os critérios subjacentes e respectiva medição e, a “Gestão estratégica” a quem compete e os critérios para sua avaliação, fazendo desde logo parecer caricata a questão seguida de “Com o que se avalia?”- uma vez preverem como único instrumento para avaliação dos indivíduos, um inquérito de auto-avaliação que apesar de importante quando se trata de quadros de topo, só deverá ser utilizado quando articulado com outros instrumentos de avaliação. Sem definição das funções e respectivas responsabilidades e a quem competem dentro do CA, a avaliação será sempre uma tarefa impossível, que impedirá a responsabilização do gestor público pelos resultados, conforme previsto no Estatuto do gestor público e que vai de encontro à linha de pensamento da Teoria de Stewardship.

A estrutura e composição do Conselho de Administração dos Hospitais E.P.E. enquadra-se perfeitamente no modelo de configuração *One-tier*, ainda que a sua capacidade estratégica seja, como vimos, limitada. É também um facto que, pelo menos, em termos teóricos, os Hospitais EPE não estão no “mercado”, não competem francamente entre si e com os restantes hospitais públicos e privados por um *share* desse mercado. A contratualização de contratos-programa e a forma como os seus preços são definidos por quem compra funciona, também, como uma “almofada” à concorrência. Não competindo (é um facto que o movimento de desregulação da gestão dos hospitais, primeiro com os hospitais SA e depois com os EPE, tem vindo a aumentar a concorrência entre eles essencialmente na área dos recursos humanos e, com bastante menor expressão, na área dos clientes, designadamente através da expansão das suas carteiras de serviços), as necessidades estratégicas dos Hospitais EPE são menos expressivas do que se estivessem completamente mergulhados num ambiente de mercado, pelo que os Conselhos de Administração apenas necessitam de dispor e exercer um limitado rol de competências estratégicas, essencialmente ligadas à vida interna do hospital e ao seu desenvolvimento, designadamente no que respeita à forma de estruturar internamente a organização e ao investimento de inovação. No entanto, o Hospital público tem de interagir com o seu ambiente externo, respondendo aos estímulos (positivos e negativos) que o ambiente lhe apresenta, necessitando, para tal, de orientação e pensamento estratégico.

Por todos estes motivos julgamos que o modelo de Governação dos Hospitais públicos portugueses está ainda longe de integrar de forma inequívoca as funções de Gestão de Decisão e de Controlo de Decisão, dessa forma impossibilitando a avaliação de desempenho e, conseqüentemente, a persecução da eficiência e da melhoria contínua. Da mesma maneira, o actual modelo parece dificultar a

consideração das expectativas e dos interesses dos seus proprietários/accionistas e dos seus stakeholders em geral. Assim sendo, ao abrigo da literatura visitada na primeira parte deste estudo, tentaremos propor um novo modelo que estabeleça inequivocamente os papéis e as funções inerentes ao órgão de governação - designado pela legislação como Conselho de Administração -, garantindo a internalização dos interesses e das perspectivas de todos os interessados, designadamente dos seus proprietários/ accionistas.

4.3. PROPOSTA DE CONFIGURAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE GOVERNAÇÃO PARA OS HOSPITAIS PORTUGUESES

O debate sobre os modelos *One-tier* e *Two tiers*, respectivas vantagens e desvantagens, bem como a dinâmica verificada no sentido da convergência dos dois modelos, consideradas no âmbito das características dos Hospitais E.P.E. enquanto realidades institucionais autónomas mas também na sua relação e responsabilidades no sistema de saúde, determinam a necessidade de melhoria do actual modelo, de forma a responder de forma mais adequada às seguintes questões:

- (i) Como garantir a direcção estratégica do hospital de uma forma mais efectiva?
- (ii) Como considerar os interesses de *shareholders* e *stakeholders* ao nível da definição estratégica e ao nível executivo?
- (iii) Como garantir a maior efectividade e eficiência do Conselho de Administração em termos de composição e forma de funcionamento?
- (iv) Como assegurar um acompanhamento da actividade do Conselho de Administração que não se limite aos aspectos financeiros ou de produção?

Considerando a evolução histórica dos modelos de gestão dos hospitais públicos portugueses o modelo que parece mais ajustado é o modelo *One-tier* 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 com as características de independência do *Board* dos modelos de dois níveis:

O modelo poderá assentar num Conselho de Administração com um número total de membros mais vasto do que os actuais 7 de máximo, garantindo-se que a Gestão da Decisão compete exclusivamente à equipa executiva (ou Comissão Executiva, como é comum chamar-se), composta por um CEO (Presidente da Comissão Executiva) e restantes membros com formação técnica e experiência em gestão de organizações, enquanto o Controlo da Decisão compete aos restantes elementos do Conselho, os quais deverão ser não-executivos. Naturalmente que é desejável que o número de vogais

não-executivos seja superior ao número de elementos da Comissão Executiva, devendo o Presidente do Conselho de Administração ser um não-executivo.

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 perspectivas 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. No fundo, o que agora se propõe é uma espécie de fusão entre o actual Conselho de Administração e o Conselho Consultivo. Importa ainda referir que este modelo não prevê a inclusão de qualquer nível de direcção técnica no Conselho de Administração ou Comissão Executiva. Assim, quer a Direcção Clínica quer a Direcção de Enfermagem deixariam de ter assento no Conselho ou na sua Comissão Executiva, pelo que o número de elementos da Comissão Executiva poderia ser reduzido até um máximo de 5, ficando os Directores Clínico e de Enfermagem como instâncias de direcção técnica, directamente dependentes da Comissão Executiva.

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 e II.

Figura 16 – Modelo de Governação Proposto



Fonte: adaptado de Maassen, 2002

Um tal desenho do governo dos Hospitais EPE permite, na nossa perspectiva, alcançar os seguintes objectivos:

- (i) Assegura uma representação mais efectiva, presente e contínua dos *shareholders* e *stakeholders* dos hospitais;
- (ii) Permite aumentar a capacidade estratégica e a autonomia dos hospitais, desta forma contrabalançando o peso do Estado-pagador na sua definição estratégica;
- (iii) Alarga o leque de competências presentes no Conselho de Administração, enriquecendo assim a sua capacidade para fazer face aos desafios que se colocam aos hospitais;
- (iv) Permite acompanhar, de forma global, a actividade do Conselho de Administração;
- (v) Elimina os actuais conflitos de interesse ao nível das Direcções Clínica e de Enfermagem;
- (vi) Aumenta a exposição dos hospitais aos seus meios-ambientes, potenciando as oportunidades existentes e a sua capacidade de controlo perante as ameaças;

4.3.1. ESTRUTURA E COMPOSIÇÃO DO MODELO À LUZ DOS MODELOS TEÓRICOS

No capítulo anterior dedicado ao debate dos atributos dos modelos de *Board One-tier* e *Two-tiers*, analisámos as perspectivas de Conflito e de Consenso segundo as três estratégias de design de um *Board* para a sua independência, factor crucial para um *Board* e com impacte no desenho da sua estrutura e organização. De acordo com estudos recentes, foi realçada a tendência para a convergência dos dois modelos teóricos – *One-tier* e *Two-tiers* – e dos seus atributos chave. À luz dos argumentos da literatura visitada, propomos um modelo teórico que incorpora a tendência no sentido da convergência dos atributos chave dos dois modelos teóricos, tendo em conta a experiência nacional e as necessidades sentidas ao longo do tempo. Este modelo encontra resumido no quadro 15, identificando as teorias em que se inspirou, e segundo as três estratégias de design do *Board*, que apresentamos de seguida, que se focalizam na questão fulcral de independência do Board face a interesses particulares de dentro e fora da organização, considerada como condição “sine qua non” para o correcto, transparente e isento processo de tomada de decisão estratégica.

4.3.1.1. ESTRATÉGIA DE DESIGN PARA A INDEPENDÊNCIA DO *BOARD* DO NOVO MODELO:

(1) Composição

O *Board* deverá 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. 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 *Board* 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 *Board* com a sua visão, o que não aconteceria com a combinação das posições num só indivíduo, aumentando, assim, a rentabilidade e performance da organização. O *Chairman* deverá ser um membro independente não-executivo, contribuindo para a independência do Conselho.

(3) Comitês

De acordo com as recomendações do Cadbury Report, os comitês deverão ser de monitorização mas independentes, ou seja, compostos maioritariamente por elementos não-executivos, por forma, a actuarem como estruturas adicionais para facilitar a formal separação entre a Gestão da Decisão e o Controlo de Decisão nas estruturas unitárias. Os comitês técnicos são considerados comitês operacionais que, no caso dos hospitais, estão relacionados com a prática operacional e, portanto, não deverão ser confundidos com os comitês de monitorização independentes que aqui se propõem. Estes comitês de monitorização serão sempre comitês relacionados com o governo da organização, como será o caso do comité de auditoria, por forma a garantir um melhor controlo e monitorização da performance do *Board* e da organização.

QUADRO 15 - PROPOSTA GENÉRICA DO NOVO MODELO DE CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

ASSUMPÇÕES DO MODELO HUMANISTA	PERSPECTIVA DE CONVERGÊNCIA
BASE TEÓRICA	Teoria de <i>Stewardship</i>
MODELO HUMANISTA	Altruísmo, Teoria Y, Interesse Colectivo
ASSIMETRIA DE INFORMAÇÃO	Pequena
INCENTIVOS	Motivação e satisfação intrínsecas; Identificação com os objectivos organizacionais
PERSPECTIVA TEMPORAL	Longa
OBJECTIVO	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	Comités 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).

4.4. SUMÁRIO

Assim e em resumo, o que se propõe como modelo de discussão é um modelo de governação baseado em apenas um órgão (*One-tier*), com papéis simultaneamente de Gestão da Decisão e de Controlo de Gestão distribuídos pelos seus membros executivos e não-executivos, respectivamente e de maioria não-executiva. Este órgão 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 e serão avaliados a título individual e a título colectivo. A selecção do Presidente do órgão e dos restantes elementos não-executivos, bem como a selecção do Presidente da Comissão Executiva (CEO) deverá ser por nomeação a cargo do Proprietário. Os elementos executivos deverão ser seleccionados pelo CEO, de acordo com a experiência e competências técnicas, profissionais e humanas.

CAPÍTULO 5 – VALIDAÇÃO DO MODELO PROPOSTO

5.1. JUSTIFICAÇÃO DO MÉTODO

A questão que se pretende responder neste estudo – Qual a estrutura e constituição que o sistema de governação de um Hospital público deverá ter para incorporar os interesses de todos os seus reais stakeholders, em geral, e dos accionistas em particular –, é uma questão para a qual não há estudos empíricos que comprovem qualquer configuração constituindo-se, assim, uma questão que requer uma abordagem qualitativa, interdisciplinar e inclusiva, em direcção à descoberta de novas formas e estratégias que sirvam as necessidades presentes e sobretudo futuras. Por este motivo a obtenção de um consenso revela-se indispensável. Assim sendo, o método Delphi pareceu-nos adequado, uma vez que e, de acordo com Wright (2000), este método é especialmente recomendável em situações de carência de dados históricos ou quando se pretende estimular a criação de novas ideias, tornando-se de grande utilidade para a realização de análises qualitativas que permitem a previsão através da busca de um consenso de opiniões de um grupo de especialistas. No entanto como inicialmente o método Delphi estava recomendado para a previsão tecnológica, optámos por utilizar uma variante da técnica Delphi recentemente desenvolvida para a procura de ideias e estratégias no âmbito das políticas organizacionais. Esta nova forma de Delphi não se caracteriza tanto como um instrumento de previsão mas, sim, como uma técnica de apoio à decisão e à definição de políticas, tendo passado a ser conhecida como *Policy Delphi*. Esta técnica segue a metodologia do Delphi tradicional, bem como dos pressupostos fundamentais, acrescentando a possibilidade de debate e de consenso através de perguntas mais abertas, dando oportunidade à criação de novos pensares e de novos sentires, indispensáveis para a obtenção de estratégias face a ambientes de complexidade e de incerteza, como será o caso das organizações de saúde.

5.2. INTRODUÇÃO E CONCEITOS GERAIS

A técnica Delphi passou a ser disseminada no início dos anos 60, com base nos trabalhos desenvolvidos por *Olaf Helmer* e *Norman Dalker*, pesquisadores da *Rand Corporation*, cujo objectivo era o desenvolvimento de uma técnica para aprimorar o uso da opinião de especialistas na previsão tecnológica. A técnica Delphi é um método de planeamento em situações de carência de dados históricos ou quando se pretende estimular a criação de novas ideias, mostrando-se muito útil na realização de análises qualitativas, permitindo a projecção de tendências futuras, consistindo na busca de um consenso de opiniões de um grupo de especialistas a respeito de eventos futuros. Assim, a

evolução em direcção a um consenso obtida no processo representa uma consolidação do julgamento intuitivo de um grupo de peritos apontando, com segurança, para tendências futuras e fornecendo, assim, uma compreensão mais estruturada e fundamentada das variáveis a considerar. A técnica baseia-se no uso estruturado do conhecimento, da experiência e da criatividade de um painel de especialistas, pressupondo-se que o julgamento colectivo, quando organizado adequadamente, é melhor do que a opinião de um só indivíduo. O anonimato dos respondentes, a representação estatística da distribuição dos resultados, e o *feedback* das respostas do grupo para reavaliação das rondas subsequentes, são as principais características deste método.

Mais recentemente, o conceito tradicional do Delphi, mais à frente descrito, geralmente aplicado a tendências e eventos futuros, tem sido ampliado para incorporar a procura de ideias e estratégias para o prepositivo de políticas organizacionais mais gerais. Esta nova forma de Delphi não se caracteriza claramente por ser um instrumento de previsão mas, antes, por ser uma técnica de apoio à decisão e à definição de políticas, tendo passado a ser conhecida como *Policy Delphi*. O horizonte de tempo pode ser fixado, mas o processo considera proposições e opiniões sobre políticas alternativas referentes a uma dada questão. Isto contrasta com um Delphi de previsão, onde se procura a previsão de uma data de ocorrência de um determinado efeito, ou a intensidade ou a natureza de uma determinada tendência até um instante futuro. Segundo alguns autores, a experiência prática mostra que a aplicação de ambas as abordagens no desenvolvimento de um estudo prospectivo é muito interessante, dada a grande variabilidade do ambiente de actuação das organizações.

5.3. TÉCNICA DELPHI

Conceptualmente, o método é bastante simples, pois trata-se de um questionário interactivo, que circula repetidas vezes por um grupo de peritos, preservando o anonimato das respostas individuais. Na primeira ronda, os especialistas recebem um questionário preparado por uma equipa de coordenação, o qual são solicitados a responder individualmente, geralmente com respostas quantitativas apoiadas por justificações e informações qualitativas. O questionário é, em geral, bastante elaborado, apresentando para cada questão uma síntese das principais informações conhecidas sobre o assunto e, eventualmente, extrapolações para o futuro, de forma a homogeneizar linguagens e facilitar o raciocínio orientado para o futuro. As respostas às questões quantitativas são tabuladas, recebendo um tratamento estatístico simples, definindo-se a mediana e os quartis, sendo os resultados devolvidos aos participantes na ronda seguinte. Quando há justificações e opiniões qualitativas associadas a previsões quantitativas, a coordenação procura relacionar os argumentos às

projeções quantitativas correspondentes. A cada nova ronda, as perguntas são repetidas, e os participantes devem reavaliar as suas respostas à luz das respostas e das justificações dadas pelos demais respondentes na ronda anterior. São solicitadas novas previsões com justificações, particularmente se estas previsões divergirem das previsões do grupo. Este processo é repetido nas sucessivas rondas do questionário, até que a divergência de opiniões se tenha reduzido a nível satisfatório, e a resposta da última ronda seja considerada como a previsão do grupo. O *feedback*, estabelecido através das diversas rondas, permite a troca de informações entre os diversos participantes e, em geral, conduz a uma convergência rumo a uma posição de consenso. A evolução em direcção a um consenso pode ser medida pela distância entre o 1º e 3º quartil das respostas e o valor da mediana, uma vez que, muitas vezes, os respondentes polarizam-se em torno de duas ou três posições distintas, sem se aproximarem de um consenso. (Estes e Kluespert, 1976, citados por Wright 2000). O anonimato das respostas e o facto de não haver uma reunião física, reduzem a influência dos factores psicológicos, como sejam os efeitos da capacidade de persuasão, a relutância em abandonar posições assumidas e a dominância de grupos majoritários em relação a opiniões minoritárias.

5.3.1.PRESSUPOSTOS FUNDAMENTAIS

As características essenciais do método Delphi são a troca de informações e opiniões entre os respondentes, o anonimato das respostas e a possibilidade de revisão de visões individuais sobre o futuro, face às previsões e argumentos dos demais respondentes, com base numa representação estatística da visão do grupo. Quando estas premissas não são atendidas, o trabalho não se caracteriza pela aplicação da técnica Delphi. A realização de uma única ronda do questionário elimina a possibilidade de interacção e procura de um consenso; da mesma forma, a quebra do anonimato prejudica as condições necessárias para que um especialista de renome abandone o seu rigor científico e passe a especular sobre o futuro. Deve ser feita uma clara definição do objectivo de estudo, especificando o horizonte de tempo e o tipo de resultado desejado.

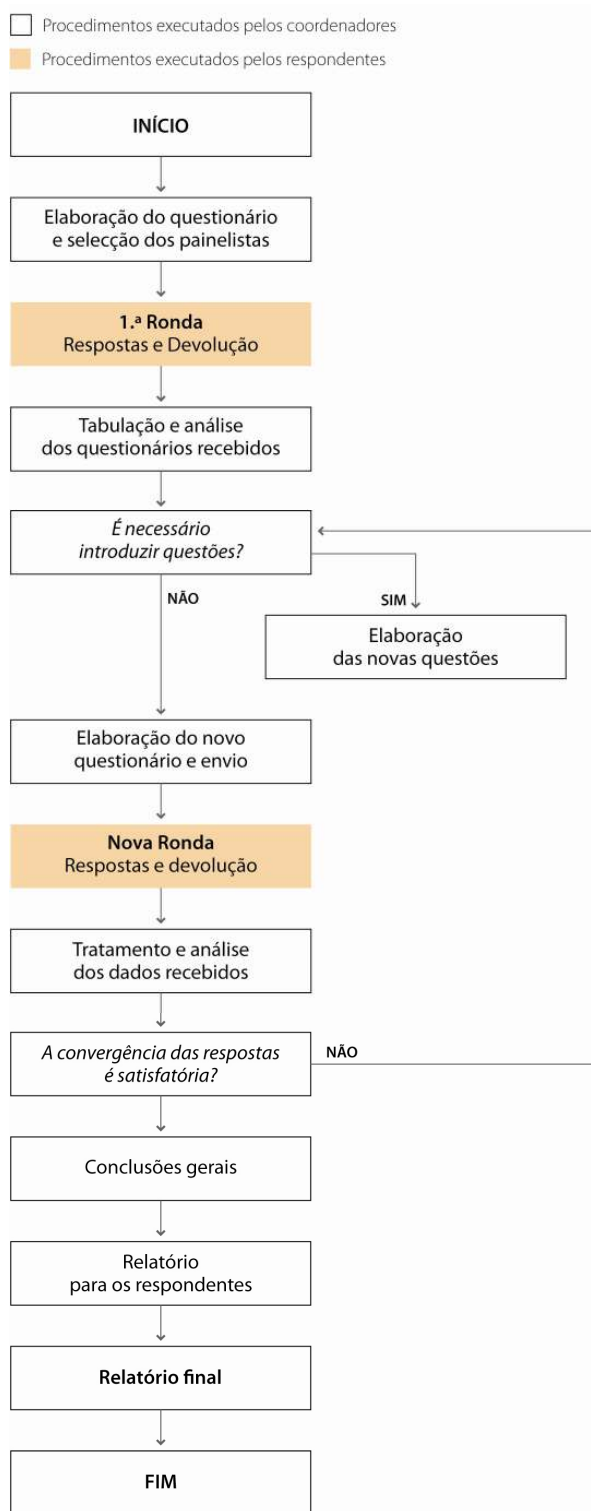
A confirmação da escolha da metodologia Delphi em confronto com outras técnicas de previsão deve fazer-se em função das características do estudo, tais como a inexistência de dados históricos, a necessidade de abordagem interdisciplinar e as perspectivas de mudanças estruturais no sector (Wright e Giovenazzo, 2000). A equipa coordenadora do Delphi deve procurar informações sobre o tema, recorrendo à literatura especializada e a entrevistas com técnicos do sector. Deve, então, estruturar um primeiro modelo do questionário. Quando se trata de questões de grande abrangência e complexidade, recorre-se às técnicas de auxílio à estruturação do problema – como a análise

morfológica. Enquanto é desenvolvido e testado o questionário, a equipa coordenadora procede à selecção dos elementos do painel. Por princípio, deve procurar-se uma distribuição equilibrada entre elementos internos e externos à organização, recorrendo-se a universidades, institutos de pesquisa, indústrias e outros sectores da sociedade. A heterogeneidade é um factor estimulante mas, no entanto, a qualidade do resultado depende, essencialmente, dos participantes do estudo. Os respondentes são contactados individualmente pela equipa coordenadora e é-lhes explicado no que consiste a técnica Delphi, qual o objectivo do estudo em questão e qual a importância da sua participação no estudo. Aos elementos do painel que concordam em participar no estudo, é enviado o questionário, o qual inclui uma breve explicação dos motivos do projecto, bem como instruções para o preenchimento e devolução. A entrega pode ser feita em mão, por correio tradicional ou por correio electrónico. A abstenção costuma situar-se entre os 30% e 50% na primeira ronda e entre os 20% e 30% na segunda ronda. Embora não haja regras rígidas quanto ao formato das questões de um questionário Delphi, devem evitar-se erros na sua elaboração, por forma a evitar-se perdas de tempo desnecessárias com explicações ou a não resposta a alguma questão por não compreensão, o que seria muito prejudicial. Martino (1993), faz as seguintes recomendações:

- *Evitar eventos compostos*, para que o respondente não se depare com uma parte da questão com a qual concorda e com outra com a qual discorda, tornando-se difícil, para si, saber o que responder
- *Evitar colocações ambíguas*, tais como o jargão técnico ou termos como “normal” ou “uso geral”, por serem passíveis de dúvidas, ou de diferentes concepções. O uso de dados quantitativos elimina a potencial ambiguidade
- *Evitar eventos compostos*, para que o respondente não se depare com uma parte da questão com a qual concorda e com outra com a qual discorda, tornando-se difícil, para si, saber o que responder.
- *Evitar colocações ambíguas*, tais como o jargão técnico ou termos como “normal” ou “uso geral”, por serem passíveis de dúvidas, ou de diferentes concepções. O uso de dados quantitativos elimina a potencial ambiguidade.
- *Tornar o questionário simples de ser respondido* - o objectivo é que o respondente utilize o seu tempo para pensar ao invés de desperdiçar tempo com o preenchimento do questionário.
- *Número de questões*, o limite prático para tratamento adequado depende do tipo de questão existente e do perfil dos respondentes, sendo 25 questões um número aproximado do limite habitual, podendo apresentar-se mais questões, como por exemplo 50, caso sejam questões de menor relevância
- *Esclarecer previsões contraditórias*, para que o respondente não julgue estar a ser armadilhado pelo organizador, com o objectivo de salientar inconsistências;
- *Evitar o ordenamento de proposições*, deve evitar-se o pedido de priorização entre uma série grande de proposições, por exigir tempo dos respondentes, sendo preferível pedir a sua avaliação individual, ou a selecção de um sub-conjunto das proposições mais importantes;
- *Permitir considerações adicionais aos respondentes* - as questões, principalmente na primeira ronda, devem permitir acrescentar comentários que o respondente considere importante, em especial se se tratar de um *Policy Delphi*, destacando a relevância da questão.

5.3.2. SEQUÊNCIA BÁSICA DO DELPHI

Figura 17 – Sequência de execução de uma pesquisa DEPLHI



Fonte: Adaptado de Wright e Giovinazzo, 2000

5.3.3. TRATAMENTO DE DADOS

O tratamento a ser dispensado a cada questão depende, fundamentalmente, do tipo de percentagens e relevância de uma atitude, pode envolver a apresentação da média, a mediana, os extremos e os quartis inferior e superior (ordenando-se os valores de forma crescente, sendo o quartil inferior o valor apresentado pela resposta que estiver a meio caminho entre o mínimo e a mediana, e o quartil superior o valor que estiver entre a mediana e o máximo). A mediana deve ser utilizada em detrimento da média, caso os respondentes tenham uma grande liberdade de opções. A apresentação dos quartis permite a avaliação do grau de convergência das respostas, auxiliando os respondentes e os organizadores na sua análise. Após a última ronda, a mediana ou a média representará a resposta final do grupo de peritos.

As questões que solicitarem votações, podem apresentar as quantidades e os percentuais de peritos que optaram por cada alternativa, ou seja, a distribuição de frequências das respostas. Finalmente, as questões que requeriam justificações ou comentários adicionais, exigem uma consolidação das respostas de todos os peritos, a qual apresenta, assim, as justificações para cada opinião dada, bem como o número de peritos que a utilizaram, pois pode ser conveniente separar as opiniões em dois ou três grupos, definidos a partir da média ou da mediana (Estes e Kluespert, 1976).

5.3.4. VANTAGENS E DESVANTAGENS

A primeira e grande vantagem da técnica Delphi, é a capacidade previsionial, de situações ou eventos futuros e de melhores práticas (no caso do Policy Delphi), sempre que estivermos perante situações de carência de dados ou informação histórica coerente, havendo, no entanto, outras vantagens de referir, tais como:

- A consulta a um grupo de especialistas permite trazer à análise, no mínimo, o nível de informação do elemento melhor informado do painel, bem como permite um volume muito maior de informação.
- O uso de questionários e de respostas escritas conduz a uma maior reflexão e cuidado nas respostas, facilitando o seu registo, face a uma discussão em grupo.
- O anonimato elimina a influência de factores como o “status” académico ou profissional do respondente, assim como a sua capacidade de oratória, na consideração da validade dos seus argumentos.
- Factores restritivos da dinâmica de grupo, como a supressão de posições minoritárias, a omissão de participantes, a adesão fácil às posições maioritárias e a manipulação política, são grandemente

reduzidos.

- Os custos associados a esta técnica são reduzidos face às reuniões de grupo, como os custos com a deslocação dos peritos ou o custo inerente à conciliação com as suas agendas profissionais.

No entanto, são apontadas por Wright (1986), algumas desvantagens, como:

- A eventual selecção de uma amostra de respondentes e eventual tratamento de resultados estatísticos não aceitáveis.

- A excessiva dependência dos resultado face à qualidade dos peritos seleccionados, introduzindo, desta forma, algum viés.

- Possibilidade de forçar o consenso indevidamente.

- Dificuldade na redacção de um questionário sem ambiguidades e não enviesado sobre tendências futuras.

- Demora excessiva de realização do processo completo, especialmente em caso de envio do questionário pelo correio.

- Custos de elaboração elevados.

Em relação às duas primeiras restrições, convém explicar que não se pretende com o Delphi proceder ao tratamento estatístico da opinião de um determinado grupo amostrado mas, sim, uma consulta feita a um grupo limitado e selecto de especialistas que, através da sua capacidade de raciocínio lógico, da sua experiência e da troca objectiva de informações, chegue a opiniões conjuntas relativamente às questões propostas. Assim, as questões da validade estatística da amostra e dos seus resultados, não se aplicam. No que se refere às demais restrições, salienta-se serem, de facto, dificuldades inerentes à técnica. A selecção e o convite dos peritos respondentes, bem como a elaboração do questionário e a análise das respostas são etapas em que têm de ser aplicados o conhecimento e a metodologia, a experiência e a imparcialidade dos organizadores, (Wright e Giovinazzo, 2000).

Sobre o prazo de realização, a literatura internacional refere um tempo mínimo de 26 dias para a fase de campo, sendo o prazo habitual para uma aplicação completa, entre quatro meses a um ano, dependendo da complexidade do tema e do questionário, do número e do envolvimento dos respondentes, assim como da disponibilidade de recursos, em particular das pessoas habilitadas para a coordenação do processo. (Wright, 1986).

5.4. ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

5.4.1. SELECÇÃO DOS PERITOS

Dada a escassez de estudos empíricos, e dada a necessidade de interdisciplinaridade para o debate desta problemática, a selecção dos peritos deve ser muito criteriosa, comportando-se como um factor crítico de sucesso. Assim considerámos imperativa a selecção de conjuntos de peritos que cobrissem uma vasta área de actuação, proporcionando um debate abrangente e profícuo.

Propomos, assim, cinco conjuntos de peritos com a seguinte composição:

- Gestores profissionais de topo de organizações públicas de saúde;
- Gestores profissionais de topo de organizações privadas da saúde;
- Gestores profissionais de topo de outras áreas de negócio;
- Empresários com larga experiência de negócios;
- Académicos e Investigadores na área das Ciências Sociais, como Economia, Gestão e Sociologia.

Estes peritos devem estar em igual número por grupo perfazendo um total mínimo de 15 assegurando que o número por grupo seja ímpar.

Estes peritos devem ser escolhidos pela sua elevada experiência e conhecimento profissional, assegurando o anonimato como forma de evitar eventuais influências ou condicionalismos nas análises.

5.4.2. QUESTIONÁRIO

Por **Órgão de Governação**, deverá entender *qualquer grupo de pessoas que por lei ou que pelas leis do hospital detenham poder de decisão pelo e em interesse do Hospital*.

Por **Sistema de Governação** deverá entender *o conjunto de órgãos de governação do Hospital*.

Por **Modelo de Governação** deverá entender *o desenho e constituição do sistema de governação do Hospital*.

Por **Governação** deverá entender *a execução do poder de decisão pelo e em interesse do hospital*.

- I. Considera que o actual modelo de governação dos Hospitais E.P.E. é adequado para garantir uma boa governação do Hospital? (Justifique a resposta na opção pretendida)

ACTUAL ADEQUADO GOVERNAÇÃO?	MODELO BOA GOVERNAÇÃO?	PORQUÊ?
SIM		
NÃO		

- II. Considera que o actual modelo de governação Hospitais E.P.E. garante a adequada representação da sociedade civil e dos seus principais stakeholders? (assinale a opção pretendida)

ACTUAL	MODELO	REPRESENTA SOCIEDADE CIVIL E PRINCIPAIS STAKEHOLDERS?
SIM		
NÃO		

- III. Na sua perspectiva como são representados os interesses do “proprietário/accionista” nas decisões do(s) órgão(s) de governação dos Hospitais E.P.E.?

ACTUAL	MODELO	REPRESENTA PROPRIETÁRIO/ACCIONISTA?
SIM		
NÃO		

- IV. Considera que o actual modelo de governação dos Hospitais E.P.E. garante a adequada consideração/representação dos interesses do seu “proprietário/accionista” (Estado)? (assinale a opção pretendida)

REPRESENTAÇÃO INTERESSES DO ACCIONISTA ATRAVÉS DE:	1.Essencial	2.Muito Importante	3.Importante	4.Pouco Importante	5. Irrelevante
NOMEAÇÃO DOS MEMBROS PELO					

PROPRIETÁRIO/ACCIONISTA					
NOMEAÇÃO DO PRESIDENTE DO ÓRGÃO					
PARTICIPAÇÃO DIRECTA					
FUNÇÃO TUTELAR DO ESTADO					
INSERIDO NO PLANO ESTRATÉGICO E DE INVESTIMENTO					
INSERIDO NA APROVAÇÃO DO PLANO DE DESEMPENHO					
NÃO SE VERIFICA					
OUTRA(S). QUAL(IS)?					

- V. Na sua perspectiva como são representados os interesses da sociedade civil e principais *stakeholders* na decisões do sistema de governação (Conselho de Administração) dos Hospitais E.P.E.?

REPRESENTAÇÃO DOS INTERESSES STAKEHOLDERS ATRAVÉS DE:	1.Essencial	2.Muito Importante	3.Importante	4.Pouco Importante	5. Irrelevante
CONSCIÊNCIA SOCIAL DO ÓRGÃO (CA)					
CONSELHO CONSULTIVO					
PARTICIPAÇÃO DIRECTA					
COMUNICAÇÃO SOCIAL					
NÃO SE VERIFICA					
OUTRA. QUAL?					

- VI. Na sua perspectiva, quais são os papéis do sistema de governação de um Hospital EPE?

Por **Sistema de Governação** deverá entender *o conjunto de órgãos de governação do Hospital*.

PAPÉIS DO SISTEMA DE GOVERNAÇÃO	1.Essencial	2.Muito Importante	3.Importante	4.Pouco Importante	5. Irrelevante
EXECUTIVO					
CONTROLO					
ESTRATÉGICO					

- VII. Indique quais as funções que um sistema de governação deverá ter.

Por **Gestão de Decisão** deverá entender *a iniciação e a implementação das decisões estratégicas*.

Por **Controlo de Decisão** deverá entender a *ratificação e a monitorização das decisões executivas*.

Por **Sistema de Governação** deverá entender *o conjunto de órgãos de governação do Hospital*.

Por **Função** deverá entender a característica de *actividade composta por uma ou mais tarefas*.

FUNÇÕES DO SISTEMA DE GOVERNAÇÃO	1.Essencial	2.Muito Importante	3.Importante	4.Pouco Importante	5. Irrelevante
GESTÃO DE DECISÃO					
CONTROLO DE DECISÃO					
GESTÃO+CONTROLO DE DECISÃO					

- VIII. Da lista seguinte, Indique quais as tarefas que o sistema de governação deverá desempenhar e a que função correspondem. Responda para cada função a respectiva RELEVÂNCIA: [Relevância:1.Essencial; 2.Muito Importante ;3.Importante; 4.Pouco importante; 5.Irrelevante].

Por **Sistema de Governação** deverá entender *o conjunto de órgãos de governação do Hospital*.

Por **Tarefa** deverá entender *as componentes de uma função*.

Por **Função** deverá entender a *característica de actividade composta por uma ou mais tarefas*.

NOTA: As tarefas que não estejam referidas serão interpretadas como não sendo da incumbência do sistema de governação.

TAREFAS/FUNÇÕES	GESTÃO DE DECISÃO	CONTROLO DE DECISÃO	GESTÃO+CONTROLO DE DECISÃO
Definição da missão			
Planeamento estratégico			
Formulação estratégica			
Prestação de contas à tutela			
Adopção e/ou modificação das regras do hospital			
Representação e manutenção de relações públicas			
Monitorização acessibilidade, equidade e legitimidade dos serviços			
Monitorização da performance financeira			
Gestão executiva			
Monitorização dos resultados clínicos			
Avaliação da performance executiva			
Intervenção nos assuntos éticos			

Procura de fontes de Financiamento			
Aprovação do orçamento anual			
Controlo orçamental			
Recrutamento e demissão dos elementos dos órgãos de governação de níveis inferiores			
Recrutamento e demissão do Pessoal			
Arbitragem dos conflitos internos			
Aprovação de compras maiores, serviços e/ou contratos de crédito			
Planeamento operacional (desenho e desenvolvimento e/ou encerramento de valências, serviços e estruturas)			
Tomada de decisão operacional (decisões de rotina, calendarização de intervalos curtos)			
Estabelecimento de remunerações do Pessoal			
Outros. Quais?			

IX. Em que medida considera desejável a **separação** entre as funções de “Gestão de Decisão” e “Controlo de Decisão”? (Justifique a sua resposta na opção pretendida)

Por **Gestão de Decisão** deverá entender a *iniciação e a implementação das decisões estratégicas*.

Por **Controlo de Decisão** deverá entender a *ratificação e a monitorização das decisões executivas*.

Por **Função** deverá entender a *característica de actividade composta por uma ou mais tarefas*.

SEPARAÇÃO ENTRE AS FUNÇÕES?	1.Essencial	2.Muito Importante	3.Importante	4.Pouco Importante	5. Irrelevante
RELEVÂNCIA					
PORQUÊ?					

X. Se considerou que as funções “Gestão de Decisão” e “Controlo de Decisão” devem estar **separadas**, como deverá organizar-se o sistema de governação?: (justifique a sua resposta na opção pretendida).

Por **Gestão de Decisão** deverá entender a *iniciação e a implementação das decisões estratégicas*.

Por **Controlo de Decisão** deverá entender a *ratificação e a monitorização das decisões executivas*.

Função deverá entender a *característica de actividade composta por uma ou mais tarefas*.

NOTA: se não concorda com a separação das funções, deverá ignorar esta questão e passar para a questão seguinte (XI).

SEPARAÇÃO DAS FUNÇÕES	PORQUÊ?
UM SÓ ÓRGÃO - com cada função assumida por diferentes elementos	
DOIS ÓRGÃOS - cada um com a sua função	

- XI. Se considerou que as funções “Gestão de Decisão” e “Controlo de Decisão” devem estar combinadas, integrando um só órgão, como considera que deverá ser organizada a sua combinação: (Justifique a sua resposta na opção pretendida)

Por **Gestão de Decisão** deverá entender a *iniciação e a implementação das decisões estratégicas*.

Por **Controlo de Decisão** deverá entender a *ratificação e a monitorização das decisões executivas*.

Função deverá entender a *característica de actividade composta por uma ou mais tarefas*.

COMBINAÇÃO DAS FUNÇÕES EM ÓRGÃO	PORQUÊ?
UNITÁRIO	
SEPARADAS ENTRE OS ELEMENTOS	
RESPONSABILIDADE DE TODOS OS ELEMENTOS	

- XII. No órgão unitário com combinação de funções (Conselho de Administração) deverá haver separação entre elementos executivos e não-executivos? (Assinalar a opção pretendida).

Por **elementos executivos** deverá entender *os indivíduos que detêm o poder de fazer cumprir as decisões tomadas pelo(s) órgão(s) de governação, em e pelo interesse do Hospital*.

Por **elementos não-executivos** deverá entender *os indivíduos que não detêm o poder de fazer cumprir as decisões tomadas pelo(s) órgão(s) de governação mas que participam na tomada de decisão do(s) órgão(s) de governação do Hospital*.

SEPARAÇÃO ENTRE ELEMENTOS: EXECUTIVOS E NÃO-EXECUTIVOS	
SIM	
NÃO	

- XIII. Caso tenha optado pela **separação** dos elementos dentro do **órgão unitário**, quem é que considera que deverá ter a **função de Controle da Decisão**? (Justifique a sua resposta na opção pretendida).

Por **órgão unitário** deverá entender o *órgão de um só nível*.

Por **Controle de Decisão** deverá entender a *ratificação e a monitorização das decisões executivas*.

Por **Função** deverá entender a *característica de actividade composta por uma ou mais tarefas*.

Por **elementos executivos** deverá entender os *indivíduos que detêm o poder de fazer cumprir as decisões tomadas pelo(s) órgão(s) de governação, em e pelo interesse do Hospital*.

Por **elementos não-executivos** deverá entender os *indivíduos que não detêm o poder de fazer cumprir as decisões tomadas pelo(s) órgão(s) de governação mas que participam na tomada de decisão do(s) órgão(s) de governação do Hospital*.

QUE ELEMENTOS DEVERÃO TER A FUNÇÃO CONTROLO DECISÃO	PORQUÊ?
EXECUTIVOS	
NÃO-EXECUTIVOS	

- XIV. Quem deverá ter a **maioria** no **órgão unitário** (Conselho de Administração)? Justifique a sua opção acrescida da respectiva relevância.

[Relevância: 1.Essencial; 2.Muito Importante ;3.Importante; 4.Pouco importante; 5.Irrelevante]

Por **órgão unitário** deverá entender o *órgão de um só nível*.

MAIORIA	RELEVÂNCIA	PORQUÊ?
EXECUTIVOS		
NÃO-EXECUTIVOS		

- XV. Que tipo de **competências** (*background*) deverão possuir os membros do sistema de governação de um Hospital?

Por **Competências** deverá entender *aptidões, faculdades e conhecimento reconhecido para o exercício de certa função*.

Por **Sistema de Governação** deverá entender o *conjunto de órgãos de governação do Hospital*.

Por **elementos executivos** deverá entender os *indivíduos que detêm o poder de fazer cumprir as decisões tomadas pelo(s) órgão(s) de governação, em e pelo interesse do Hospital*.

Por **elementos não-executivos** deverá entender os *indivíduos que não detêm o poder de fazer cumprir as decisões tomadas pelo(s) órgão(s) de governação mas que participam na tomada de decisão do(s) órgão(s) de governação do Hospital*.

COMPETÊNCIAS DOS ELEMENTOS	EXECUTIVO	NÃO-EXECUTIVO
GESTORES PROFISSIONAIS DA SAÚDE		
GESTORES PROFISSIONAIS DE OUTRAS ACTIVIDADES		
AUTARCAS		
EMPRESÁRIOS LOCAIS		
CLÍNICOS* sem vínculo à organização		
CLÍNICOS* com vínculo à organização		
ACADÉMICOS/INVESTIGADORES		
OUTROS:		
QUAIS?		

* - Médicos, Enfermeiros, Técnicos

XVI. Que funções deverão ter os elementos Executivos e Não-Executivos?

Por **Função** deverá entender a *característica de actividade composta por uma ou mais tarefas*.

Por **elementos executivos** deverá entender *os indivíduos que detêm o poder de fazer cumprir as decisões tomadas pelo(s) órgão(s) de governação, em e pelo interesse do Hospital*.

Por **elementos não-executivos** deverá entender *os indivíduos que não detêm o poder de fazer cumprir as decisões tomadas pelo(s) órgão(s) de governação mas que participam na tomada de decisão do(s) órgão(s) de governação do Hospital*.

FUNÇÃO	GESTÃO DE DECISÃO	CONTROLO DE DECISÃO
EXECUTIVOS		
NÃO-EXECUTIVOS		

XVII. Que funções deverão ter no processo de tomada de decisão estratégica? Assinalar as opções

Por **Função** deverá entender a *característica de actividade composta por uma ou mais tarefas*.

Por **Processo de tomada de Decisão estratégica** deverá entender *o caminho composto pelos passos de Iniciação, ratificação, Implementação e Monitorização de todo o processo de tomada de uma decisão de carácter estratégico*.

Por **Iniciação** deverá entender *a criação de propostas para utilização dos recursos e a formulação de contratos*

Por **Ratificação** deverá entender *a escolha das iniciativas a serem implementadas*

Por **Implementação** deverá entender *a execução das decisões ratificadas*

Por **Monitorização** deverá entender *a mensuração da performance dos agentes da decisão e implementação de recompensas*.

PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO ESTRATÉGICA				
FUNÇÕES	INICIAÇÃO	RATIFICAÇÃO	IMPLEMENTAÇÃO	MONITORIZAÇÃO
Executivos				
Não-Executivos				

- XVIII. Num órgão com elementos executivos e não-executivos, a estrutura de liderança relativa às posições de CEO (Chefe Executivo) e de Chairman (Presidente) deverá ser: (Justificar a opção pretendida).

Por **estrutura de liderança** deverá entender a *presidência e a representação do sistema de governação*.

Por **CEO** deverá entender o *Director dos elementos executivos*

Por **Chairman** deverá entender o *Presidente do sistema de governação*

ESTRUTURA DE LIDERANÇA	PORQUÊ?
POSIÇÕES CEO E DE CHAIRMAN	
SEPARAÇÃO DAS POSIÇÕES EM 2 PESSOAS DIFERENTES	
COMBINAÇÃO DAS POSIÇÕES NA MESMA PESSOA	

- XIX. Num órgão com elementos executivos e não-executivos, o Chairman (Presidente) deverá ser: (assinalar a opção pretendida)

Por **Chairman** deverá entender o *Presidente do sistema de governação*

Por **Elementos Executivos** deverá entender *os indivíduos que detêm o poder de fazer cumprir as decisões tomadas pelo(s) órgão(s) de governação, em e pelo interesse do Hospital.*

Por **Elementos Não-Executivos** deverá entender *os indivíduos que não detêm o poder de fazer cumprir as decisões tomadas pelo(s) órgão(s) de governação mas que participam na tomada de decisão do(s) órgão(s) de governação do Hospital.*

ESTRUTURA DE LIDERANÇA	PRESIDENTE (CHAIRMAN) DO SISTEMA DE GOVERNAÇÃO DEVERÁ SER:
EXECUTIVO	
NÃO-EXECUTIVO	

- XX. Qual deverá ser, no seu entendimento, a organização do modelo de Governação que defende?

Por **Modelo de Governação** deverá entender *o desenho e constituição do sistema de governação do Hospital.*

Por **Modelo Unitário – One Tier** deverá entender *a organização do sistema de organização num único nível (um único órgão).*

Por **Modelo Binário – Two Tier** deverá entender *a organização do sistema de governação em dois níveis (dois órgãos) hierarquizados.*

Por **Sistema de Governação** deverá entender *o conjunto de órgãos de governação do Hospital.*

ORGANIZAÇÃO DO MODELO DE GOVERNAÇÃO	UNITÁRIO – ONE TIER	BINÁRIO – TWO TIER
COM SEPARAÇÃO DE ELEMENTOS EXECUTIVOS E NÃO-EXECUTIVOS		
SEM SEPARAÇÃO DE ELEMENTOS EXECUTIVOS E NÃO-EXECUTIVOS		

- XXI. No caso do sistema de Governança do Hospital, ter elementos executivos e não-executivos, por quem devem ser seleccionados os membros do(s) órgão(s) de governação? (assinale a sua opção de acordo com a respectiva relevância)

Por **CEO** deverá entender o *Director dos elementos executivos*.

Por **Chairman** deverá entender o *Presidente do sistema de governação*.

Por **Elementos Executivos** deverá entender *os indivíduos que detêm o poder de fazer cumprir as decisões tomadas pelo(s) órgão(s) de governação, em e pelo interesse do Hospital*.

Por **Elementos Não-Executivos** deverá entender *os indivíduos que não detêm o poder de fazer cumprir as decisões tomadas pelo(s) órgão(s) de governação mas que participam na tomada de decisão do(s) órgão(s) de governação do Hospital*.

SELECÇÃO DOS ELEMENTOS DO(S) ÓRGÃO(S) DEVERÁ SER FEITA POR:	PRESIDENTE	CEO	ELEMENTOS EXECUTIVOS (EXCLUINDO CEO)	ELEMENTOS NÃO EXECUTIVOS (EXCLUINDO PRESIDENTE)
ACCIONISTA/PROPRIETÁRIO				
PRESIDENTE				
CEO				
OUTRO(S), QUAL(S)				

- XXII. O(s) órgão(s) do sistema de governação do Hospital deverão ser avaliados quanto ao seu desempenho? Assinale a sua opção de acordo com a respectiva relevância.

Por **Órgão de Governação**, deverá entender *qualquer grupo de pessoas que por lei ou que pelas leis do hospital detenham poder de decisão pelo e em interesse do Hospital*. Por **Sistema de Governação** deverá entender *o conjunto de órgãos de governação do Hospital*.

AVALIAÇÃO DO(S) ÓRGÃO(S) DO SISTEMA DE GOVERNAÇÃO?	1.Essencial	2. Muito Importante	3.Importante	4.Pouco Importante	5. Irrelevante
SIM					
NÃO					

XXIII. Quem deverá realizar essa avaliação de desempenho? Assinale a sua opção de acordo com a respectiva relevância.

QUEM DEVERÁ REALIZAR A AVALIAÇÃO?	1.Essencial	2. Muito Importante	3.Importante	4.Pouco Importante	5. Irrelevante
COMITÉ INDEPENDENTE CONTRATADO PELO HOSPITAL					
COMITÉ NOMEADO PELO PROPRIETÁRIO/ACCIONISTA					
OUTRO. QUAL?					

XXIV. No caso do sistema de Governação do Hospital, ter elementos executivos e não-executivos, como considera que devam ser avaliados? Responda de acordo com a respectiva relevância

Por **Elementos Executivos** deverá entender os indivíduos que detêm o poder de fazer cumprir as decisões tomadas pelo(s) órgão(s) de governação, em e pelo interesse do Hospital.

Por **Elementos Não-Executivos** deverá entender os indivíduos que não detêm o poder de fazer cumprir as decisões tomadas pelo(s) órgão(s) de governação mas que participam na tomada de decisão do(s) órgão(s) de governação do Hospital.

Por **Sistema de Governação** deverá entender o conjunto de órgãos de governação do Hospital.

COMO DEVEM SER AVALIADOS OS ELEMENTOS EXECUTIVOS E NÃO-EXECUTIVOS?	1.Essencial	2. Muito Importante	3.Importante	4.Pouco Importante	5. Irrelevante
Forma IGUAL					
Forma DIFERENCIADA					
SOMENTE OS EXECUTIVOS					
SOMENTE OS NÃO EXECUTIVOS					

XXV. Em que critérios deve basear-se essa avaliação? Assinale a sua resposta acrescida da respectiva relevância

[Relevância:1.Essencial; 2.Muito Importante ;3.Importante; 4.Pouco importante; 5.Irrelevante]

Por **Elementos Executivos** deverá entender os indivíduos que detêm o poder de fazer cumprir as decisões tomadas pelo(s) órgão(s) de governação, em e pelo interesse do Hospital.

Por **Elementos Não-Executivos** deverá entender os indivíduos que não detêm o poder de fazer cumprir as decisões tomadas pelo(s) órgão(s) de governação mas que participam na tomada de decisão do(s) órgão(s) de governação do Hospital.

Por **Sistema de Governação** deverá entender o conjunto de órgãos de governação do Hospital.

CRITÉRIOS AVALIAÇÃO	Para EXECUTIVOS	Para NÃO-EXECUTIVOS
EFICIÊNCIA ECONÓMICA		
EFICIÊNCIA FINANCEIRA		
EFICIÊNCIA TÉCNICA		
SATISFAÇÃO DAS EXPECTATIVAS DOS CLIENTES		
COBERTURA DAS NECESSIDADES DO SEU MERCADO		
CUMPRIMENTO DO PLANO ESTRATÉGICO		
CUMPRIMENTO DO PLANO DE DESEMPENHO		
OUTRAS.QUAIS?		

XXVI. Quais devem ser as consequências de uma avaliação positiva? Responda de acordo com a respectiva relevância

CONSEQUÊNCIAS DA AVALIAÇÃO POSITIVA	1.Essencial	2. Muito Importante	3.Importante	4.Pouco Importante	5. Irrelevante
RECOMPENSA FINANCEIRA AOS ELEMENTOS					
RECOMPENSA FINANCEIRA AO ÓRGÃO					
RENOVAÇÃO DO MANDATO					
OUTROS.QUAIS?					

XXVII. Quais devem ser as consequências de uma avaliação negativa? Responda de acordo com a respectiva relevância

CONSEQUÊNCIAS DA AVALIAÇÃO NEGATIVA	1.Essencial	2. Muito Importante	3.Importante	4.Pouco Importante	5. Irrelevante
RESPONSABILIZAÇÃO DOS ELEMENTOS					
RESPONSABILIZAÇÃO DO ÓRGÃO					
CESSAÇÃO DO MANDATO					
OUTROS.QUAIS?					

CONCLUSÕES

A mudança do conceito de saúde e a mudança de paradigma a que a saúde assiste veio alterar profundamente a forma como as organizações de saúde se comportam e como se relacionam com o seu meio envolvente, dando origem a novas necessidades e novas formas de organização interna.

Se na governação filantrópica não era 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, esta associação entre o desempenho da organização e o desempenho da governação de topo, está largamente comprovada e é praticamente insofismável.

Conforme fundamentado ao longo da primeira parte deste trabalho de projecto, a crescente necessidade de racionalização e de aumento de melhoria de qualidade técnica tem levado as organizações de saúde a aderir a novas formas de governação em direcção a modelos empresariais, dividindo-se basicamente em dois modelos – o modelo unitário anglo-saxónico e o modelo binário da Europa continental –, não havendo, contudo, consenso quanto ao modelo ideal para a governação de topo das organizações de saúde, em particular do Hospital.

No entanto, ao longo da revisão de literatura, encontrámos os pressupostos fundamentais da governação de topo – os seus papéis, funções, independência e isenção –, para melhor servir os interesses dos seus *stakeholders* e *shareholders*, por forma, a capacitar a governação de adequabilidade, de eficiência e capacidade integradora das perspectivas de todos os interessados na organização. Verificámos, assim, que o sistema de governação do Hospital deveria incorporar funções de Gestão de Decisão e de Controlo de Decisão distintas que, articuladas entre si, fossem ao encontro das expectativas dos seus *stakeholders*, ao satisfazer as necessidades do mercado que serve. Esta satisfação de necessidades e de interesses de todos os “interessados”, directa ou indirectamente, na organização vem exigir preocupações e pensamento estratégico à governação de topo.

Ao direccionarmos a nossa atenção para o interior do hospital público português compreendemos que o modelo de Governação dos Hospitais públicos portugueses está ainda longe de integrar de forma inequívoca as funções de Gestão de Decisão e de Controlo de Decisão, impossibilitando, dessa forma, a avaliação de desempenho e, conseqüentemente, a persecução da eficiência e da melhoria contínua. Da mesma maneira, o actual modelo parece dificultar a consideração das expectativas e dos interesses dos seus proprietários/accionistas e dos seus *stakeholders* em geral.

Por esta razão, a existência de um novo modelo que estabeleça inequivocamente os papéis e as funções inerentes ao órgão de governação e que garanta a internalização dos interesses e das perspectivas de todos os interessados, designadamente dos seus proprietários/accionistas, pareceu-nos incontornável.

Nesse sentido, nesta segunda parte foram levantadas questões e avançadas alternativas para que a governação de topo se possa revelar adequada através da sua estrutura, organização e composição, com vista à integração dos reais interesses de todos os seus *stakeholders*, alcançando os objectivos como organização pública de saúde.

A nossa incursão pela literatura apontou-nos uma direcção e o que se propõe é um modelo esquelético que sirva de base a uma discussão entre peritos. 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, respectivamente. 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 aspectos nefastos de corporativismo. Assim, ser-lhe-á facultada capacidade integradora dos diferentes interesses e perspectivas 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 activos da organização. A selecção dos presidentes do Conselho, dos elementos não-executivos e do Presidente da Comissão executiva (CEO) deverá ser feita pelo Proprietário (o Estado), e 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 colectivo, por mais do que um instrumento de mensuração e avaliação.

Salientamos que este desenho está de acordo com as estratégias de design para a independência e isenção de um modelo de “Board”.

O modelo apresentado carece de discussão, pois integra variáveis que têm vindo a sofrer alterações ao longo do tempo e da história das organizações. Julgamos, no entanto, que as questões fulcrais estão representadas neste modelo. O inquérito produzido reflecte os aspectos mais críticos face a questões como a necessidade de reformulação do modelo vigente, sua organização em elementos executivos e não-executivos, a liderança, as competências individuais e colectivas indispensáveis para o exercício das suas funções, a forma de selecção dos elementos e a avaliação da performance do órgão de governação entre outros. Acreditamos ser possível, através da técnica Delphi, chegar a um consenso esperando que a discussão entre peritos dê origem a novas rondas de inquéritos mais afinados, enriquecendo o modelo e resultando num “design” mais consistente face à estrutura, composição e constituição da 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. Ora, o Estado exerce a sua função através de pessoas estruturadas em órgãos ou organizações, sobre os quais recaem responsabilidades de gestão e de prossecução, daquele que julga ser, o interesse público (conceito bem definido e imutável). Apesar da tentativa reguladora vertida em algumas peças legislativas ou normas de aplicação interna, o grau de incerteza das actividades dos serviços ou empresas públicas continua a ser imensa, havendo diversas formas de, mesmo cumprindo as leis e normas estabelecidas, realizar uma mesma actividade, naturalmente com resultados e impactes diferentes. O interesse público é, pois, um conceito dinâmico a ser pensado estrategicamente pelo conjunto dos seus interessados e não, apenas, por alguns.

Assim, este trabalho quis reflectir sobre 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/accionistas (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 maior intervenção dos seus stakeholders criando, assim, efectivamente, valor para a sua gestão.

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/accionistas. A actual confusão das funções de tutela, regulação e financiamento do Estado em relação aos Hospitais públicos exige, julgamos nós, uma clarificação urgente.

É nossa expectativa conseguir desenhar um modelo que garanta, no essencial, uma maior qualidade dos processos decisionais dentro dos Hospitais públicos, um maior alinhamento entre os interesses dos proprietários/accionistas e dos seus *stakeholders* e, ainda, alcançar um grau elevado de intervenção das comunidades na gestão de serviços públicos que lhes são essenciais (que simultaneamente permitirá uma maior compreensão colectiva das especificidades e dificuldades da gestão da saúde).

Temos consciência de que se trata de uma questão bastante delicada, até e sobretudo, pelas intercorrências “políticas” que encerra. Mas não deverá justificar que se ignore a importância de envolver cada vez mais as comunidades e demais *stakeholders* na gestão estratégica dos seus serviços públicos, garantindo a qualidade da gestão e o alinhamento do desenvolvimento equitativo e equilibrado dos serviços de saúde nacional.

BIBLIOGRAFIA

ALBERT-ROULHAC, C., *coord.* – Corporate Governance in Europe: raising the bar. [Em linha]. London: Heidrik & Struggles, 2007. [Consult.17.01.2008]. Disponível em: http://www.heidrick.com/NR/rdonlyres/666FC928-1933-4F4B-B184-FBBE141313A9/0/HS_CorpGovEurope2007.pdf.

ALEXANDER, J. A.; LEE, S-Y. D. – Does governance matter? board configuration and performance in non-profit hospitals. “The Milbank Quarterly”. 84: 4 (2006) 733-758.

ALEXANDER, J.; MORLOCH, L.; GIFFORD, B. – The Effects of Corporate Restructuring on Hospital Policymaking. “Health Services Research”. 23: 2 (June 1988) 311-27.

ALEXANDER, J.A. *et al.* - The effects of governing board configuration on profound organizational change in hospitals. “Journal of Health and Social Behavior”. 47: 3 (Sep 2006). 291-306.

ALEXANDER, J.A.; MORLOCK, L. – CEO-board relationships under hospital corporate restructuring. “Hospital & Health Services Administration”. 33: 4 (Winter 1988) 435-447.

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.

CAMP, R. – Benchmarking: the search for industry best practices that lead to superior performance. Milwaukee, WI: American Society for Quality Control & Quality Resources, 1989.

CARVER, J. – Boards that make a difference: a new design for leadership in nonprofit and public organizations. 2nd Ed. California: Jossey-Bass, 1997.

COSTA, C. – Ajustamento pelo risco: da conceptualização à operacionalização. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. Volume temático: 5 (2005) 7-38.

COSTA, C. ; REIS, V. - O sucesso nas organizações de saúde. “Revista Portuguesa de Saúde Pública”. 11: 3 (1993) 59-68.

CREMADEZ, M. - Le management stratégique hospitalier. Paris: InterEditions, 1992.

DAHYA *ET AL.* – The Case for Separating the Roles of Chairman and CEO. “Corporate governance; An International Review”. 4 (1996) 71-77.

DAVIS, J. – Board Leadership roles and Shareholder Returns: An Examination on Agency Theory. Doctoral Dissestation. Iowa: University of Iowa, 1991.

DECRETO-LEI nº 129/77. D.R. 1ª Série (77/04/02) 683-686 - Aprova a Lei Orgânica Hospitalar.

DECRETO-LEI nº 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 respectivos Estatutos.

DECRETO-LEI nº 270/70. D.R. 1ª Série. 132 (70-06-15) 788 – Cria o Conselho de Direcção nos Hospitais Escolares.

DECRETO-LEI nº 34 502. Diário da República Portuguesa. (1ºSemestre de 1945). 191-196 – Decreta Assistência Psiquiátrica.

DECRETO-LEI nº 36 451. Diário da República Portuguesa. (2ºSemestre de 1947) 108-109 - Instaura o Hospital-Colónia Rovisco Pais.

DECRETO-LEI nº 41 759. Diário da República Portuguesa. (2ºSemestre de 1958) 140-143 - Define a Organização do Hospital de Santa Maria.

DECRETO-LEI nº 41 811. Diário da República Portuguesa. (2ºSemestre de 1958) 140-143 - Define a Organização do Hospital de S. João.

DECRETO-LEI nº 413/71. D.R. Iª Série 228 (71-19-27) 1406-1434 - Promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência - Revoga determinadas disposições legislativas.

DECRETO-LEI nº 44 096. Diário da República Portuguesa. 1ª Série. 290 (1961-12-16)

DECRETO-LEI nº 48 357. Diário da República Portuguesa. 1ª Série. (1968-04-27)

DECRETO-LEI nº 48 358. Diário da República Portuguesa. 1ª Série. 101 (1968-04-27)

DECRETO-LEI nº 499/70. D.R. Iª Série 247 (70-10-24)

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 (87-01-09) 111-120 - Aprova o Regulamento dos Órgãos de Gestão e Direcção dos Hospitais. Revoga o Decreto Regulamentar n.º 30/77 de 20 de Maio.

DECRETO-REGULAMENTAR nº 3/88. D.R. 1ª Série. Suplemento. 18 (88-01-22) 256(2)-256(11) - Introduce 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 Direcção 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 30/77A. D.R. 1ª Série. 293 (77-12-21) - Aumenta o quadro do pessoal a que se refere o n.º 2 do artigo 10.º do Decreto Regulamentar Regional n.º 22/77/A, de 19 de Julho (Secretaria Regional da Administração Pública).

DELGADO, M. – O Presente e o Futuro dos Hospitais Portugueses: algumas notas para reflexão. In APES – Livro de Homenagem a Augusto Mantas. Lisboa: APES, 1999.

DEMB, A. ; NEUBAUER, F. – How can the Board add value?. “European Management Journal”. 8 (1990) 156-160.

DONALDSON, L. – The Ethereal Hand: Organizational Economics and Management Theory. “Academy of Management Review”. 15 (1990) 369-381.

DONALDSON, L.; DAVIS, J. – Stewardship Theory or Agency Theory: CEO Governance and Shareholder Returns. “Australian Journal of Management”. 19 (1991) 49-64.

DRUCKER, P. – Desafios da gestão para o século XXI. Ed. Portuguesa. Lisboa: Civilização Editora, 2000.

DRUCKER, P. - The Practice of Management. New York: Collins Business, 2006.

ECKLOO, K. – Hospital Governance Survey 2004. [Em linha]. Leuven: HOPE/EAHM, 2008. [Consult.12.01.2009]. Disponível em <http://www.hospitalgovernance.org/index.php?module=docNew&idDoc=1>.

ECKLOO, K. *et al.* – From corporate governance to hospital governance: authority, transparency and accountability of Belgian Non-Profit Hospitals’s Board and Management. “HEALTH POLICY”. 68 (2004) 1-15.

ELDENBURG, L., *et al.* - Hospital governance, performance objectives and organizational form: evidence from hospitals. “Journal of Corporate Finance”. 10: (2004) 527– 548

FAMA, E.; JENSEN, M. - Separation of Ownership and Control. “Journal of Law & Economic”, 26: 2 (1983) 301-325.

FERREIRA, C. - O governo, administração e direcção de hospitais. “Revista Portuguesa da Saúde Pública”. 4: 1/2 (Janeiro/Junho 1986) 70-73.

FITZGERALD, L. – Moving Clinicians into management: a professional Challenge or Threat?. “Journal of Management in Medicine”. 8: 6 (1994) 32.

FRANCE. VIÉNOT COMMITTEE. Report of the Viénot Committee. Paris, 1999.

FREIRE, A. – Estratégia: sucesso em Portugal. 9ªEd.Lisboa: Editora Verbo, 2003.

GARBER N. – Governance models: what’s right for your board. [Em linha]. Nathan Garber & Associates, 1997. [Consult. 15.12. 1998]. Disponível em <http://www.garberconsulting.com/governance%20models%20what's%20right.htm>.

GUTHRIE J. ; TURNBALL, S. – Audit Committies: Is There a role for Corporate Senates and/or Stakeholders Councils?. “Corporate Governance: An International Review” 3 (1995) 78-89..

HAMMER, M.; CHAMPY, J. – Reengineering the Corporation: a manifesto for business revolution. New York: Harper Business, 1996.

- HEALY, J.; MCKEE, M. – The Evolution of Hospital systems. “Hospital in a Changing Europe”. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Care Systems, 2002.
- HODGES III, E.N. – The fine line between governance and administration. “Trustee”. 40: 5 (May 1993) 28.
- HOPT, K.J; LEYENS, P.C. - Board models in Europe: recent developments of internal corporate governance structures in Germany, United Kingdom, France and Italy. [Em linha]. Hambourg: European Corporate Governance Institute, 2004. [Consult. 20.01.2008]. Disponível em <http://ssrn.com/abstract=487944>.
- ISERSON, K. – Hospital governing boards. “American Journal of Emergency Medicine”. 4: 3 (May 1986) 269-273.
- JONNERGÅRD, K.; SVENSSON, C. – Corporate Board behavior: Emphasises in Board Fulfillment – A Typology. “Corporate Governance: An International Review.” 3 (1995) 65-77.
- JUDGE, W. – Toward a Theory of Board Involvement in the Strategic Decision Process. Doctoral Dissertation. Chapter-Hill: University of North Carolina, 1989.
- JUDGE, W.; ZEITHAML, C. – An empirical comparison between the board’s strategic role in nonprofit hospitals and in for-profit industrial firms. “Health Services Research”. 27: 1 (April 1992) 47-64.
- KAPLAN, R.; NORTON, D. – The Balanced ScoreCard: Translating Strategy into Action. MA: Harvard Business Press, 1996.
- KESNER, I.; JOHNSON, R. – An investigation of the relationship between Board Composition and Stockholder Suits. “Strategic Management Journal”. 11 (1990) 327-336.
- KOCHER, C. - Physician-hospital integration strategies: impact on physician involvement in hospital governance. “Health Care Management Review”. 23:3 (1998) 38-47.
- KOSKA, M. – What CEOs Really want from Boards. “Trustee” 6 (1989) 28
- KOVNER, A. – Improving Hospital Board Effectiveness: An Update. “Frontiers of Health Services Management”. 3: 6 (1990) 3-27.
- KRAMER, R. – Toward a Contingency Model of Board-executive Relations. “Administration in Social Work”. 9: 3 (Fall 1985) 15-33.
- LEE, A.R. – The Boards’s Role in Capital Financing. “Hospitals & Health Networks”. 81: 6 (Jun 2007) 43.
- LEI nº 2 011. Diário da República Portuguesa. (1º Semestre de 1946). 125-109 – Estabelece a Lei de Bases da Saúde.
- 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.
- MAASSEN, G.; VAN DEN BOSCH, F. – Comparing Major International Corporate Governance Models: a Tendency Towards Convergence of One-Tier and Two-Tier Board Model? “Forthcoming”. (1999).
- MAASSEN, G.F. – An international comparison of corporate governance models. 3rd Ed. Netherlands: Spencer Stuart, 2002.

- MARGOLIN, F. *et al.* - Hospital governance: initial summary report of 2005 Survey of CEOs and Board Chairs. [Em Linha]. Chicago: HRET-Health Research & Educational Trust, 2006. [Consult. 12.01.2009]. Disponível em <http://www.aone.org/hret/programs/hospgovern.html>.
- MARTINO, J. – Technological Forecasting for decision making. 3rd. Ed. New York: McGraw-Hill, Inc., 1993.
- MCGREGOR, D. – The Human side of Enterprise. London. McGraw-Hill, 1984.
- MILLER, A.; DESS, G. – Strategic Management. 2nd Ed. New York: McGraw-Hill College, 1996.
- MINTZBERG, H. - The structuring of organization. London: Prentice-Hall, 1979.
- MOLINARI, C. *et al.* – Does the Hospital Board need a doctor? The influence of physician board participation on hospital financial performance. “Medical Care”. 33: 2 (1995) 170-185.
- MONTEIRO, I. – Hospital, uma organização de Profissionais. “Análise Psicológica”. 2: 17 (1999) 317-325.
- MOULET, A. – Hôpital: “terra incognita”. “Techniques Hospitalières”. 40: 472 (January 1985) 33-39.
- ODLE, S.L. – Better governance begins with better board diversity. “Trustee”. 60: 5 (May 2007) 26.
- ORLIKOFF, J.; TOTTEN, M. – The Trustee Handbook for health care governance. 2nd Ed. New York: Jossey-Bass/AHA Press, 2001.
- ORLIKOFF, J.E.; TOTTEN, M.K. – Microgovernance: the changing roles of the board and management. “Trustee”. 61: 7 (Jul/Aug 2008) 15.
- PECK, E. - The initial 18 months of an NHS Trust Board. “Health Services Management Research”. 7:3 (August 1994) 165-180.
- PIC, J. - Europe’s Diverse Corporate Boards – How they differ from each other & The U.S. in Point of View. Spencer Stuart, 1997.
- PORTER, M. – Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors. Washington: Free Press, 2004.
- PORTUGAL. OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Relatório Primavera: O Estado da Saúde e a Saúde do Estado. Lisboa: OPSS, 2002.
- PORTUGAL. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – Avaliar os Conselhos de Administração dos Hospitais. Documento de trabalho do Gabinete do Secretário de Estado, 2007
- 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. 1^a 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).
- RIVERS, P.A. - Organizational power and conflict regarding the hospital-physician relationship: symbolic or substantive? “Health Services Management Research”. 10 (1997) 91-106.

ROCHA, J.J. - O hospital: estrutura, dinâmica de gestão, desenvolvimento organizacional: três propostas convergentes. Lisboa: ENSP, 1985. Dissertação para concurso a um lugar de professor auxiliar da Cadeira de Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública.

SAKELLARIDES, C. - A questão da governabilidade da saúde. In: Presidência da República - Problemas e propostas para o sistema de saúde. Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda, 2000, pp.75-82.

SAKELLARIDES, C. – Evolução dos sistemas de saúde. Lisboa: ENSP.UNL, 2008. *Powerpoint* das aulas ministradas no âmbito da disciplina de Introdução à Saúde Pública do III Mestrado de Gestão da Saúde da Escola Nacional de saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

SANDRICK, K. – Physicians on the board: Inside or Outside?. “Trustee”. 59: 5 (May 2006) 14-17.

SCHEIN, E. – Organizational psychology. New York: Prentice-Hall, 1980.

SELZNICK, A. – TVA AND THE GRASS ROOTS. 2nd Ed. Berkeley: University of California Press, 1966.

SHORTELL, S. – We know better, why don't we do better. In: Casebeer, A.L.; Harrison, A.; Mark, A.L. – Innovations in health care: a reality check. Hampshire: Palgrave MacMillan, 2006.

SHORTELL, S. – New directions in hospital governance. “Hospital and Health Services Administration”. 34: 1 (1989) 7-23.

SHORTELL, S.; KALUZNY, A. – Health Care Management, organization, design and behavior. 4th ed. Albany, NY: Delmar, 2000.

SIMÕES, J. - Retrato político da saúde. Coimbra: Editora Almedina, 2005.

SOFAER, S. – What do we really know about the impact of boards in nonprofit hospital performance?. “The Journal of Health Administration Education”. 9: 4 (fall 1991) 425-453.

SORA, S.A.; NATALE, S.M. – The ethical dilemma of merging the roles of CEO and Chairman of the Board. “Corporate Governance”. 4: 2 (2004) 64-68.

SUCCI, M.J. - Physician involvement in management and governance: the moderating effects of staff structure and composition. “Health Care Management Review”. 24: 1 (1999) 33-44.

TEIXEIRA, S. – Gestão das Organizações. 3ªEd. Espanha: McGrawHill Portugal, 2005.

THE NETHERLANDS - HEALTH CARE GOVERNANCE COMMISSION - Recommendations for good administration, good supervision and proper accountability in the Dutch health system. Amsterdam: Health Care Governance Commission, 1 October 1999.

TRICKER, R. – Corporate Governance, Practices, Procedures and Powers in British Companies in Their Boards of Directors. Oxford: The Corporate Policy Group, 1984.

TUROFF, M. - The design of a policy Delphy. “Technological Forecasting and social Change”. 2: 2 (1980) 80-97.

UK. COMMITTEE ON THE FINANCIAL ASPECT OF CORPORATE GOVERNANCE AND GEE AND Co.LTD – The Cadbury Report. [Em linha] London: Committee on the Financial Aspect of Corporate Governance and Gee and

Co.Ltd., 2002. [Consult.20.11.2008] Disponível em: http://www.ecgi.org/codes/code.php?code_id=132.

UK. NHS – Code of Conduct for NHS Managers. London: Department of Health. NHS, 2002.

UK. NHS LEADERSHIP CENTER - NHS leadership Qualities Framework. [Em linha] London: NHS Leadership Center, October 2002. [Consult. 10.11.2008] Disponível em <http://www.NHSleadershipqualities.nhs.uk>.

UK.COMMITTEE ON CORPORATE GOVERNANCE. Hampel Committee Report. [Em linha] London: Gee Publishing, 1988. [Consult. 20.02.2009]. Disponível em http://www.ecgi.org/codes/documents/hampel_index.htm

USA. CENTER FOR HEALTHCARE GOVERNANCE – Building an exceptional board: effective practices for health care governance: report of the Blue Ribbon Panel on Health Care Governance. Chicago: Center for Healthcare Governance, 2007.

USA. PEW HEALTH PROFESSIONS COMMISSION – Critical Challenges: revitalizing the health professions for the twenty-first one century: The third report. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission. The Center for the Health Professions. University of California, 1995.

USA.CENTER FOR HEALTHCARE GOVERNANCE – Building an Exceptional Board: Effective Pratices for Healthcare Governance: Report of the Blue Ribbon Panel on Health Care Governance. Chicago, IL: Center for Healthcare Governance, 2007. [Consult. 20.02.2009]. Disponível em <http://www.americangovernance.com/americangovernance/BRP/BRPtools.html>

VERSCHOOR, C. – Benchmarking the Audit Committee. “Journal of Accountacy” September (1993) 59-64.

WEDLEY, W. – New uses of Delphi in strategy formulation. “Long Range Planning”. 10: (December 1977) 70-78.

WEINER, B.; ALEXANDER, J. – Corporate and philanthropic models of hospital governance: a taxonomic evaluation. “Health Services Research”. 28: 3 (August 1993) 325-355.

WIESBACH, M. – Outside Directors and CEO Turnover. “Journal of Financial Economics”. 20 (1988) 431-460.

WRIGHT, J. ; GIOVINAZZO, R. – Delphi : uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. “Caderno de Pesquisas em Administração”. São Paulo. 1: 12 (2ºtrim/2000) 54-65.

WRIGHT, J. – A Técnica Delphi:. Uma ferramenta útil para o palnejamento no Brasil?. In Encontro Brasileiro de Planejamento Empresarial: Como planejar 86. Anais. São Paulo: SPE, 1986.

ZAHRA, S. – Increasing the Board´s Involvement in Strategy. “Long Range Planning” 23 (1990) 109-117.

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 1

COMPLEXIDADE DOS SISTEMAS DE SAÚDE E SUA EVOLUÇÃO

Na segunda metade do séc. XVIII, há pouco mais duzentos anos, a era da Protecção Social começa, lentamente, a tomar forma. Jean Jacques Rousseau, escreveu sobre a legitimidade do poder e elaborou o conceito de “*Contrato Social*” (1762) baseado na premissa de que o poder é legítimo quando se exerce segundo regras aceites pelos governados. Esta e outras contribuições constituíram as ideias que fundamentaram a revolução francesa e o seu “pensamento liberal”.

Já mais para a frente, há cerca de cento e vinte anos, estamos perante uma Europa em plena 2ª revolução industrial em que as cidades dos países em início de industrialização se enchem com o operariado industrial e suas famílias onde uma pequeníssima percentagem que pode pagar vai ao médico “directamente” e os outros mais pobres socorrem-se da “misericórdia”. Alguns pequenos empresários e artesãos começam a desenvolver as suas “mútuas” – caixas de previdência particulares. Esta foi a Europa das famílias jovens e numerosas ameaçadas por doenças transmissíveis, particularmente letais para os mais novos, e que beneficiaram dos extraordinários avanços da biologia e da química: vacina contra a varíola (1796), anestesia (1846), assepsia (Pasteur, 1862), aspirina (1897), insulina (1921), antibióticos (1939), pílula anticoncepcional (1961). A pediatria emerge, no decorrer dos anos 30, como a primeira especialidade médica. (Sakellarides, 2007)

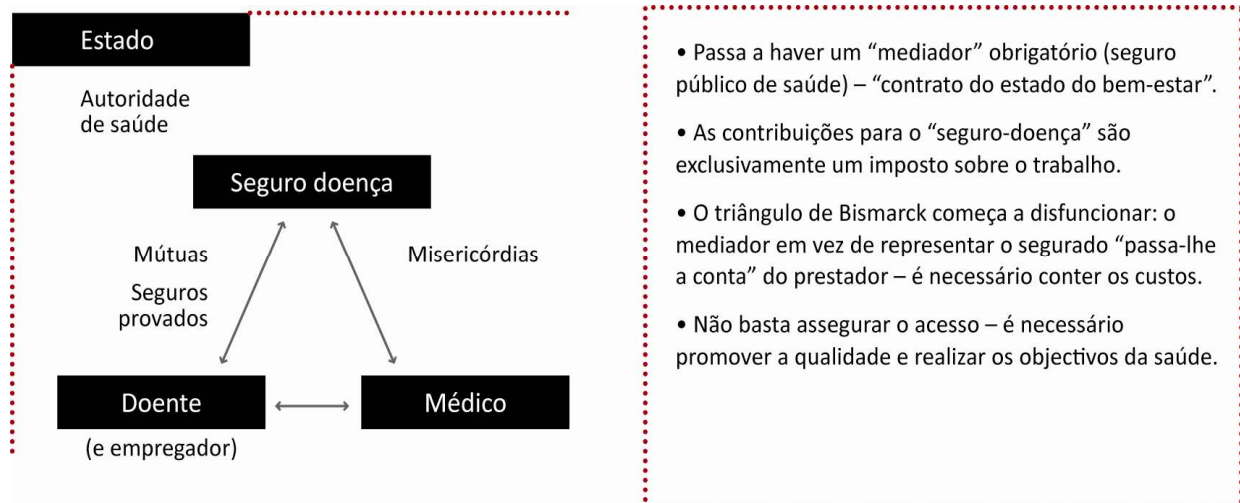
Nos anos 80 do séc. XIX, sob uma tensão social crescente, com origem na Alemanha de *Bismarck*, todos os estados-nação da Europa mais desenvolvida foram adoptando progressivamente a ideia do “estado previdência”.

Na realidade, tratou-se de adicionar à ideia do contrato social do “*estado de bem-estar*” a noção de que a paz social necessária ao progresso dependia da capacidade de associar a cada patamar de crescimento económico, um patamar de protecção social que, por sua vez, constituiria a base de um novo patamar de crescimento económico. É o início do modelo social europeu e, no caso específico da saúde, isso significou que a “*mútua*” ou “*caixa*” (com a contribuição de empregadores e empregados), destinada a financiar o acesso aos cuidados de saúde, passasse a ser obrigatória para o novo mundo

industrial. Aconteceu primeiro na Alemanha (1883), depois no Reino Unido em 1911 e nos países do

Figura 18 – BISMARCK, Seguro-doença 1880's (Sul da Europa 1930's/40's)

sul da Europa, como Portugal, Espanha, Itália e Grécia, nos anos 30 e 40.



Fonte: Adaptado de Sakellarides, 2008

Para *Beveridge*, no início da década de 40 do século XX, o modelo Bismarckiano tinha, contudo, importantes limitações que era necessário ultrapassar.

O financiamento da protecção social fazia-se exclusivamente a partir de contribuições que saíam dos rendimentos do trabalho. Desta forma, este “imposto sobre o trabalho” tornava o produto industrial mais caro e, portanto, menos competitivo. O modelo estabelecia uma diferença abissal entre o mundo do trabalho e aqueles que se situavam fora dele.

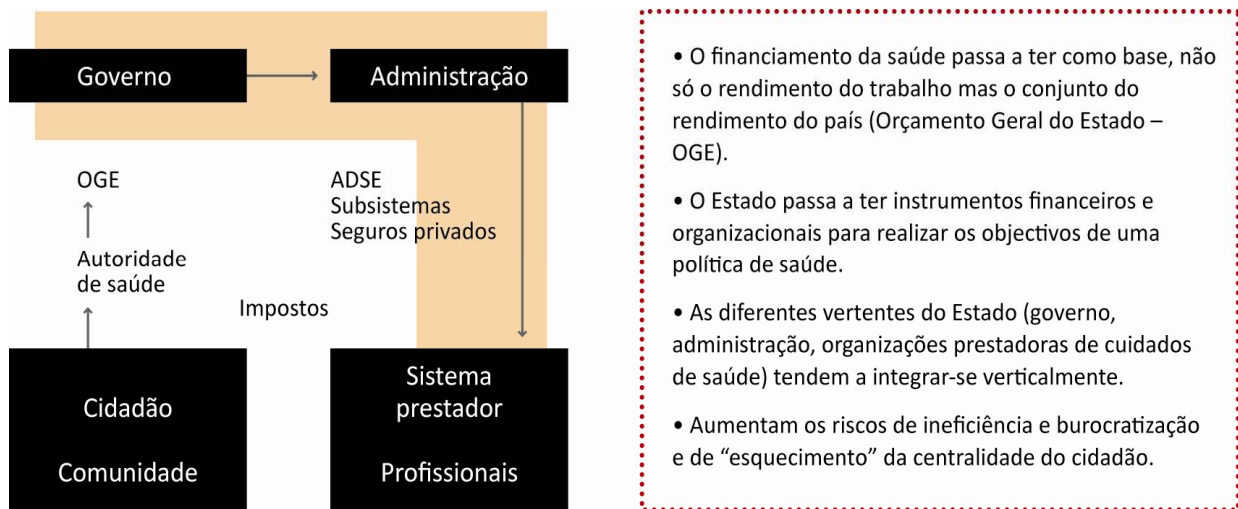
Assim, *Beveridge* propôs que o financiamento da protecção social se fizesse a partir da totalidade da riqueza do país e não apenas a partir das contribuições do trabalho. Nasce, então, o financiamento da saúde a partir do “orçamento geral do estado”, um dos pilares em que assenta o *Serviço Nacional de Saúde (SNS)*. Na Grã-Bretanha, o SNS surgiu em 1948, bastante mais tarde em Itália, em 1978, em Portugal em 1979, seguindo-se a Grécia em 1983, e a Espanha em 1986.

Actualmente, o modelo de Serviço Nacional de Saúde remete, essencialmente, para o conceito da saúde como um direito inalienável do cidadão (universalidade), independentemente da sua capacidade económica para suportar os custos com a sua saúde ou das suas características individuais (equidade), assim como, para o financiamento do sistema de saúde através dos impostos, por forma, a garantir os

princípios da solidariedade e da função redistributiva do Estado. Todavia, a forma como tal modelo se concretizou em cada um dos países que o adoptaram de forma expressa, foi variada, designadamente,

Figura 19 – BEVERIDGE, Serviço Nacional de Saúde 1940's (Sul da Europa 1978-86)

no que respeita à propriedade dos meios de produção de cuidados de saúde, com uma maior ou menor participação dos sectores privado e social nalguns países, ou ainda, com o Estado a assumir funções dominantes enquanto prestador de cuidados de saúde, através de serviços públicos de saúde, noutros países. Assim, a Europa entrou na era das Políticas de Saúde.



- O financiamento da saúde passa a ter como base, não só o rendimento do trabalho mas o conjunto do rendimento do país (Orçamento Geral do Estado – OGE).
- O Estado passa a ter instrumentos financeiros e organizacionais para realizar os objectivos de uma política de saúde.
- As diferentes vertentes do Estado (governo, administração, organizações prestadoras de cuidados de saúde) tendem a integrar-se verticalmente.
- Aumentam os riscos de ineficiência e burocratização e de “esquecimento” da centralidade do cidadão.

Fonte: Adaptado de Sakellarides, 2008

Os Estados com “orçamentos sociais” evoluíram para a ideia de “políticas públicas” – já não se tratava apenas de assegurar o acesso a serviços existentes, mas sim de moldar a natureza desses serviços e de outras formas de acção necessárias – para realizar os objectivos explícitos das políticas sociais – no caso da saúde, das políticas de saúde. Por isso, nos últimos 20 anos, as políticas públicas de saúde sofreram acentuadas alterações.

A noção de cuidados de saúde primários (Declaração de Alma Ata, 1978), bem como a noção de que os sistemas de saúde devem organizar-se a partir de uma resposta adequada às necessidades de saúde das pessoas e das suas doenças mais frequentes, sendo este nível primário complementado por níveis hospitalares secundários e terciários, e não o contrário, foi a Grande Ideia, protagonizada por Hafden Mahler.

Esta concepção deu um grande impulso à clínica geral e medicina familiar, à prevenção da doença, à promoção da saúde, resultando numa melhor articulação entre a saúde, o sector social e os cuidados continuados.

Nasce, também, o movimento das “metas para a saúde” (“Saúde para Todos” na Europa, 1983) que foi um elemento fundamental para a formulação *de políticas de saúde*; Deste modo manifesta-se ser necessário passar do “plano das ideias Ministeriais” e adoptar estratégias centradas em metas precisas, definidas e calendarizáveis, que constituam compromissos sociais concertados com os agentes sociais que, desta forma, contribuam para a sua realização de acordo com os seus valores e capacidades próprias.

A Carta de Ottawa (1986) veio demonstrar que a saúde não se produzia nas pessoas exclusivamente através da actividade dos serviços de saúde, mas que resultava sim, da acção conjunta da capacidade e iniciativas individuais e dos profissionais de saúde, da rede social de apoio e do meio ambiente físico e social, nascendo assim o novo conceito de promoção da saúde. Reconhece-se, assim, a importância dos determinantes culturais e sociais da saúde, dos estilos de vida saudáveis, dos meios organizacionais específicos: o meio urbano (as redes de “cidades saudáveis”), as escolas (as redes de “escolas promotoras de saúde”), o local de trabalho (a promoção de saúde nas empresas).

Passou, então, a existir um reconhecimento a nível europeu da importância do meio ambiente para a saúde, bem como a necessidade de um trabalho de cooperação muito estreito entre o sector da saúde e o sector do ambiente, para se poderem atingir resultados positivos neste domínio, o que foi traduzido pela adopção, em 1989, da Carta Europeia de Ambiente e Saúde.

A noção de “garantia” e “desenvolvimento da qualidade” promovidas por Donabedian a partir dos anos 60, foi um marco, apesar da sua grande disseminação se ter dado sobretudo a partir da década de 80 e é a partir dos anos 90 que o conceito de políticas públicas baseadas na evidência, dá origem aos observatórios de políticas de saúde ou da governação da saúde.

Reforçou-se, ainda, a noção da importância de políticas públicas baseadas na evidência, ou seja, na importância da adopção de políticas públicas que se traduzam em soluções técnicas que funcionem, através da criação do Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde, em 1998, pela Organização Mundial de Saúde, Banco Mundial e outras organizações nacionais e internacionais.

Em Portugal, foi uma rede universitária de investigadores em sistemas e serviços de saúde que criou, em 2000, o Observatório Português de Sistemas de Saúde (OPSS). Nesse mesmo ano, a WHO no seu *World Health Report 2000*, introduziu a noção da avaliação do desempenho dos sistemas de saúde e o aperfeiçoamento da metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde, a qual proporciona elementos indispensáveis para a análise da governação da saúde.

O que estava na primeira linha do debate – a organização do sistema em si –, passou para segundo plano, dando lugar às formas de organização e de gestão que melhor realizam os objectivos da política

de saúde, da denominada era da "nova administração de saúde" direccionada para o desempenho (resultados), para a responsabilização efectiva de todos os participantes e para o "cidadão cliente". Neste sentido, podemos dizer que os sistemas de saúde têm essencialmente três grandes objectivos:

Melhorar a saúde, ou seja, proporcionar à saúde “ganhos”, o que exige uma contribuição efectiva não só daquilo que tradicionalmente se conhece como o “sector da saúde” mas, também, a colaboração activa de outros sectores sociais (educação, economia/finanças, segurança social, trabalho, agricultura e veterinária, entre outros) – a saúde em todas as políticas;

Responder satisfatoriamente à necessidade de cuidados de saúde, melhorando e adequando a qualidade da resposta do sistema prestador de cuidados de saúde às necessidades, expectativas e preferências das pessoas;

E o terceiro objectivo, *assegurar uma contribuição justa para o financiamento da saúde*, através da correcta e equitativa proporção dos rendimentos das famílias que são utilizados para a saúde.

O financiamento do sistema de saúde, para ser equitativo, deverá responder a dois desafios-chave: não contribuir para o empobrecimento das famílias, reduzindo o pagamento excessivo para a obtenção dos cuidados de saúde de que necessitam; as famílias com menor capacidade económica deverão pagar ou descontar menos para o sistema de saúde do que as mais abastadas (não só devido ao facto de terem rendimentos mais baixos mas, também, porque a grande parte deste rendimento é gasta em necessidades básicas, como a alimentação e a habitação) e corroborando esta ideia, Simões (2005) refere que “... se se circunscrever o estudo aos países da OCDE, é possível identificar, nos sistemas de saúde dois grandes objectivos – Promoção do acesso das populações aos cuidados de saúde, de acordo com as suas expectativas e as suas necessidades; e a promoção de eficiência económica (...) Encontrar a combinação virtuosa entre um e outro objectivo – a equidade e a eficiência -, frequentemente contraditórios, constitui uma estratégia comum que se observa nos países da OCDE”.

A classificação de sistemas de saúde tradicional e ainda de uso corrente baseada nas formas de financiamento e organização dos serviços de saúde (que tende a identificar o sistema de saúde com o sistema prestador de cuidados de saúde), divide os sistemas de saúde em dois sistemas, um sistema cujo financiamento dos serviços é predominantemente privado – nos EUA e em grande número de países em vias de desenvolvimento com sistemas de protecção social débeis –, e outro cujo financiamento dos serviços é predominantemente público – em todos os países europeus desenvolvidos. Dentro deste último grupo consideram-se três tipos fundamentais, a saber: os sistemas tipo *Bismarck* (Alemanha), os sistemas tipo *Beveridge* (Reino Unido), e os sistemas tipo *Semashko* (ex-

União Soviética, de interesse meramente histórico) para além, naturalmente, de sistemas mistos, que combinam, de forma variável, as características dos dois paradigmas principais – Bismark e Beveridge.

Existem ou estão a ser desenvolvidas outras tipologias de análise de sistemas de saúde que incorporam aspectos como a análise do desempenho do sistema, as formas de governação e administração, bem como, o grau de satisfação dos cidadãos. Como as mentalidades estão em constante mudança, preocupadas com os resultados reais, e estando o cidadão e a sua saúde, no centro das suas preocupações com respeito pela qualidade e dignidade de vida, terão obrigatoriamente que ser desenhados sistemas de saúde ajustados a estas preocupações, medindo o seu desempenho, auto-corrigindo-se rumando, assim, em direcção aos resultados pretendidos.

A configuração dos sistemas de saúde e a sua evolução têm sido influenciadas pela política de saúde mas, também, por muitos outros factores que operam no interior do sistema de saúde, ou mesmo por factores extrínsecos, sendo que as noções de “sistema de saúde” e de “política de saúde” complementares entre si, uma vez que os sistemas de saúde definem o âmbito de actuação das políticas de saúde e as políticas de saúde têm como finalidade melhorar o seu desempenho.

Formular uma política significa, essencialmente, identificar os aspectos que são necessários desenvolver para conseguir um resultado desejável ou uma mudança. (Sakellarides, 2007), pois na definição das políticas de saúde há a ideia implícita da “responsabilidade do poder político” na elaboração e condução deste processo, nascendo o conceito de políticas públicas de saúde, ligadas a um vasto conjunto de actores sociais com complexas relações de poder que é necessário analisar e procurar influenciar, trazendo consigo a noção de “*agenda política*” e dos valores que lhes estão subjacentes, bem como a respectiva “*implementação*” através dos processos de governação, que permitem realizá-la e, ainda, reflectem a importância dos recursos sociais disponíveis para a realização das políticas de saúde.

Contudo, não basta formular políticas públicas, é também necessário implementá-las num contexto socioeconómico determinado e num horizonte temporal definido. É também preciso governar. Isso implica uma “cultura de governação” e um conjunto sofisticado de instrumentos de influência (Sakellarides, 2007), dando lugar a uma nova era – a era da Governação.

Na actualidade, a governação (*governing* ou *the process of government*) no sentido da acção governativa ou processo de governação, comporta grandes desafios que podem afirmar-se na “gestão” de alguns equilíbrios difíceis, designadamente entre *valores e princípios* (explícitos) e *equilíbrios de poderes* (implícitos); entre os grupos de pressão e as limitações à racionalidade; entre os processos colectivos e as escolhas individuais; entre os vários níveis de governação: global, europeu, nacional,

regional, local e entre o desenvolvimento humano e o bem-estar sustentado, a médio e longo prazo, e a resposta aos desafios imediatos.

A grande complexidade e rápida sucessão de acontecimentos que caracterizam o mundo de hoje exigem da governação actual atitude e práticas prospectivas – é necessário governar não só em função dos problemas de hoje, mas também em função do futuro (cenários prováveis).

A tradução para língua portuguesa do termo Governance não foi muito feliz por trazer algumas confusões quanto aos conceitos que Governance e Governação encerram, a saber:

Governação (*governing* ou *the process of government*) no sentido de execução da acção governativa ou processo de governação e Governance (*governance*) é o processo segundo o qual se estabelecem as “regras de jogo” que levam às decisões reais (e não simplesmente formais). De acordo com Sakellarides, a primeira concepção de governação (*governing*) refere os aspectos operacionais de governo – legislação, estabelecimento de prioridades, financiamento, regulação, contratualização, desenvolvimento de distintos tipos de recursos, organização e gestão. A segunda concepção de governação (*governance/Governance*), está relacionada com os princípios que regem relações de poder capazes de promover os interesses efectivos do cidadão – os procedimentos segundo os quais se identificam, negociam, estabelecem e avaliam as regras de decisão colectiva. Debruça-se sobre as relações reais entre o Estado, os interesses económicos e os mercados, as características da "sociedade civil" e o comportamento.

BOA GOVERNANCE

São princípios basilares da chamada Boa Governance, o princípio da Inclusão, ou seja, do envolvimento de todas as partes interessadas, com igual tratamento e participação, e o princípio da Responsabilização, no sentido de prestação de contas (“accountability”), pelo valor da transparência e da sua contestabilidade. Esta Boa Governance não é mais do que o jogo entre os vários actores, tendo em conta a agenda política, de onde resultam as acções reais. Este é um jogo em que, de acordo com as agendas políticas se poderá assistir a uma diferente hierarquização destes dois princípios, sendo certo que os valores e princípios orientadores se encontram sempre presentes (sakellarides, 2007).

ANEXO 2

1.5.1.2.1.FERRAMENTAS DO PLANEAMENTO ESTRATÉGICO

A) SWOT

A fase da análise estratégica é composta pela análise da organização e do seu meio envolvente. Esta análise, interna e externa, que permite detectar os pontos fortes e fracos (no interior) e as oportunidades e ameaças (do exterior), designa-se habitualmente por análise SWOT, acrónimo de Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats, apesar de ser também conhecido por Modelo de Harvard, por ter sido criada por Kenneth Andrews e Roland Christensen, ambos professores de Harvard.

A análise SWOT é uma ferramenta de diagnóstico estratégico que pode ser aplicada a diferentes entidades - uma organização, um país, uma pessoa ou um sector de actividade. Esta análise pode ser sintetizada numa matriz – a matriz SWOT – de quatro células, a qual sugere a escolha óbvia das estratégias que conduzem à maximização das oportunidades do ambiente, construídas sobre os pontos fortes da organização, e à minimização das ameaças, bem como à redução dos efeitos dos pontos fracos da organização (Teixeira, 2005).

Figura 20 – Análise SWOT



Fonte: Adaptado de Teixeira, 2005

Assim, a análise do *ambiente interno* de uma análise SWOT identifica os pontos fortes e fracos e a análise do *ambiente externo* é composta pela identificação das oportunidades e ameaças

QUADRO 16 – ANÁLISE DO AMBIENTE INTERNO E EXTERNO NA ÓPTICA DA ANÁLISE SWOT

AMBIENTE INTERNO

PONTOS FORTES	Vantagens internas da entidade em relação às concorrentes. Aspectos positivos internos que estão debaixo do controlo da organização. Acesso a recursos; o que a organização faz melhor do que a concorrência. Deverão ser considerados no planeamento estratégico com vista à sua capitalização
PONTOS FRACOS	Desvantagens internas da entidade em relação às concorrentes. Aspectos negativos internos que estão sob o controlo da organização e sobre os quais pode planear com vista a atenuá-los, ou mesmo, eliminá-los.

AMBIENTE EXTERNO

OPORTUNIDADES	Aspectos positivos da envolvente com o potencial de fazer crescer a vantagem competitiva da entidade. Condições externas positivas, fora do controlo da organização, mas que deverão ser consideradas no seu planeamento, como, por exemplo, legislação favorável ao negócio.
AMEAÇAS	Aspectos negativos da envolvente com o potencial de comprometer a vantagem competitiva da entidade. Condições externas negativas, fora do controlo da organização, mas que deverão ser consideradas no seu planeamento, como por exemplo, a taxa de juro ou a taxa de inflação.

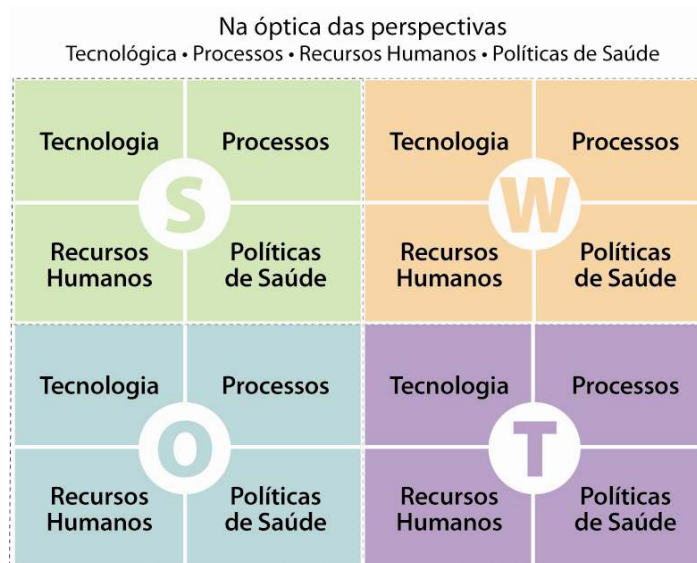
Fonte: Adaptado de Teixeira, 2005.

De salientar, ainda, que os Pontos Fortes e Fracos que resultam da análise interna se presumem influenciáveis pela empresa, enquanto que as Oportunidades e as Ameaças derivam do meio envolvente e presumem-se encontrarem-se fora do controlo da organização. Neste sentido, os pontos fortes deverão ser aproveitados pela organização enquanto que, de forma contrária, os pontos fracos deverão ser alvo de intervenção no sentido de serem esbatidos ou mesmo eliminados. Apesar do ambiente externo estar, em princípio, fora do controlo das organizações, estas deverão conhecê-lo com rigor e procurar acompanhar as suas evoluções. Somente assim conseguirão aproveitar as oportunidades e evitar as ameaças. O conhecimento do ambiente externo resultará no conhecimento dos seus factores críticos de sucesso. e o alinhamento destes factores críticos com os pontos fortes da organização permitir-lhes-á a criação de vantagens competitivas relativamente aos seus concorrentes.

As vantagens competitivas têm geralmente origem numa competência central do negócio mas para que estas vantagens sejam realmente efectivas, terão de ser: difíceis de replicar; únicas; sustentáveis, superiores à concorrência e aplicáveis a múltiplas situações.

Para a construção da matriz SWOT, nas organizações de saúde, é comum a análise de cada uma das quatro células, sob quatro diferentes perspectivas - tecnológicas, processos, recursos humanos e políticas de saúde.

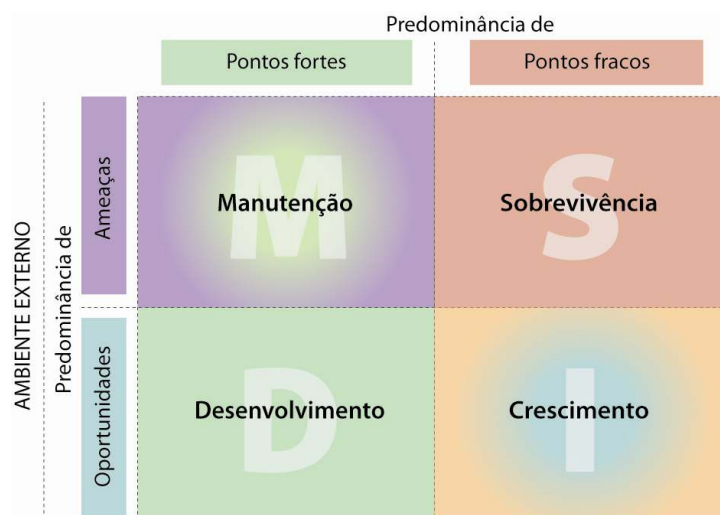
Figura 21 – SWOT na Saúde



Fonte: Adaptado de Teixeira, 2005

Desta forma, uma organização de saúde poderá através da análise dos seus pontos, fortes e fracos, articulados com a análise dos ameaças e oportunidades que o ambiente externo lhe oferece, poderá construir uma matriz derivada da matriz SWOT convencional, mais abrangente e orientadora de comportamentos e de estratégias, como a que vemos abaixo:

Figura 22 – SWOT Estratégica

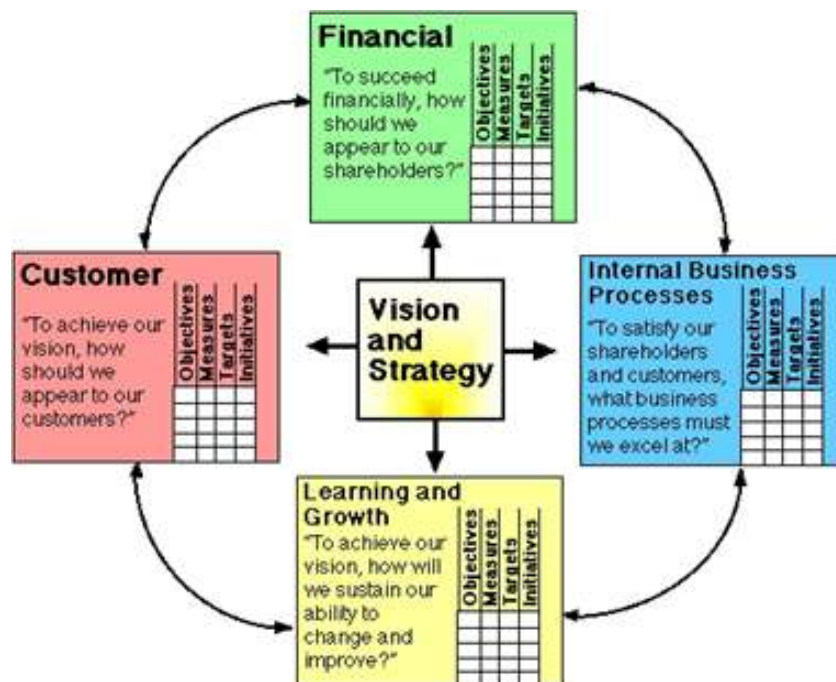


Fonte: Adaptado de Teixeira, 2005

B) BALANCED SCORECARD

O Balanced Scorecard (BSC), de acordo com Kaplan e Norton (1996), é um método para a gestão estratégica que complementa as medidas financeiras tradicionais. O BSC também é classificado como um sistema de suporte à decisão, pois pretende reunir os elementos-chave para poder acompanhar o cumprimento da estratégia. Esta definição peca por defeito, pois o BSC abrange mais do que a tomada de decisão, focando também a comunicação da estratégia e o feedback do seu cumprimento.

Figura 23 – Balanced Score card



Fonte: BSC Institute, adaptado de Kaplan e Norton, 1996

O BSC é uma ferramenta que materializa a visão e o crescimento de uma organização. Tais medidas devem ser interligadas, comunicando entre si um pequeno número de temas estratégicos amplos, como o crescimento da organização, a redução de riscos ou o aumento de produtividade, sendo o principal objectivo do BSC, o alinhamento do planeamento estratégico com as acções operacionais da organização. Este objectivo é alcançado pelas seguintes acções:

Esclarecimento e tradução da visão e da estratégia

Comunicação a associação da objectivos e medidas estratégicas

Planeamento, estabelecimento de metas e respectivo alinhamento às iniciativas estratégicas

Melhoramento do feedback e aprendizagem estratégica

O estabelecimento de objectivos é de grande importância. Os objectivos deverão obedecer a alguns critérios. Segundo a teoria organizacional, os objectivos devem ser objectivos SMART – Acrónimo para Specific, Mensurables, Achievable, Realistic e Timely. Ou seja, deverão ser objectivos: Específicos (S) – precisos e concretos; Mensuráveis (M) – no sentido em que devem poder ser medidos e acompanhados por indicadores que traduzam o seu grau de concretização ou atingimento; Atingíveis (A) – As metas estabelecidas para os objectivos devem poder ser atingidas, ainda que com esforço; Realista (R) – estarem de acordo com a realidade da organização; e Calendarizáveis (T) – a sua evolução deve ser escalonada ao longo do tempo.

QUADRO 17 – OBJECTIVOS SMART

Smart	Precisos e concretos
Measurable	Medidos e acompanhados por indicadores
Achievable	Atingíveis, ainda que com esforço
Realistic	Realísticos
Timely	Calendarizáveis

Fonte: Adaptado de Teixeira, 2005

O BSC interliga as medidas focadas sobre o desempenho passado com os objectivos e medidas dos vectores que impulsionam o desempenho futuro, em consonância com a visão e estratégias da organização. Estas medidas são focalizadas em quatro dimensões ou perspectivas:

I. Financeira

II. Clientes

III. Processos Internos

IV. Aprendizagem e Crescimento

Cada uma destas dimensões tem os seus objectivos, indicadores, metas e iniciativas próprias, traduzindo a estratégia em termos operacionais e capacitando a organização para avaliar o seu desempenho, conforme ilustrado no quadro abaixo.

QUADRO 18 – ELEMENTOS POR CADA DIMENSÃO

Mapa estratégico	Descreve a estratégia da organização através de objectivos relacionados entre si e distribuídos pelas quatro dimensões (perspectivas)
Objectivo Estratégico	Traduzindo o que deve ser alcançado e o que é crítico para o sucesso da organização
Indicador	Como será medido e acompanhado o sucesso do alcance do objectivo
Meta	O nível de desempenho ou a taxa de melhoria necessários
Plano de acção	Programas de acção-chave necessários para de alcançar os objectivos

FONTE: BSC INSTITUTE, adaptado de Kaplan e Nortom, 1996

Kaplan e Norton (1996) enfatizam que os objectivos e as medidas financeiras e as não-financeiras devem ser conhecidas por todos os funcionários a todos os níveis da organização, pois essas medidas derivam de um processo hierárquico, top down, enquadrado pela missão e pela estratégia organizacionais. No BSC as medidas representam o equilíbrio entre os indicadores externos, voltados para accionistas e clientes e os indicadores internos, voltados para os processos, para a inovação e para a aprendizagem e crescimento, havendo, também, equilíbrio entre as medidas de resultado – consequência de esforços do passado – e as medidas que determinam o desempenho futuro. Kaplan e Norton (1996) referem que o processo do BSC é iniciado pela tradução da visão e estratégia da organização em objectivos estratégicos específicos, através de um trabalho de equipa da gestão de topo. Os objectivos e medidas estratégicas devem ser transmitidos a toda a organização, por exemplo, através de informação por qualquer meio que garanta que todos sejam informados e adquiram uma clara compreensão das metas de longo prazo e da estratégia adequada para alcançá-las. Desta forma, todos os esforços e iniciativas organizacionais estarão alinhados com os processos de mudança necessários.

No BSC as quatro perspectivas garantem o equilíbrio entre os objectivos de curto e de longo prazo, entre os resultados desejados e os vectores do desempenho desses resultados e entre as medidas objectivas e concretas e as medidas subjectivas e mais imprecisas, conforme descrito no Quadro 19:

QUADRO 19 - PERSPECTIVAS DO BALANCED SCORECARD

FINANCEIRA	A perspectiva financeira, apesar de isolada numa dimensão, é verificada ao longo de todo o BSC, uma vez que as medidas financeiras são valiosas para sintetizar as consequências económicas imediatas de acções já realizadas e indicarem se a estratégia da organização, sua implementação e execução estarão a contribuir ou não para a melhoria dos resultados financeiros. Os objectivos financeiros servem de base para integrar as quatro perspectivas do BSC. O retorno sobre o investimento e o valor económico agregado são exemplos de medidas genéricas, mas as medidas financeiras devem ser adequadas à estratégia, embora, para as organizações públicas de saúde, o retorno sobre o investimento e o valor económico agregado não sejam ainda preocupações centrais
CLIENTES	A perspectiva dos Clientes no BSC traduz a missão e a estratégia da organização em objectivos específicos para segmentos específicos, para além de permitir a clara identificação e avaliação das propostas de criação de valor dirigidas a esses segmentos. Nesta perspectiva, o BSC permite que os executivos identifiquem os segmentos de clientes e de mercados nos quais a organização competirá e quais serão as medidas de desempenho necessárias. Normalmente são incluídas várias medidas básicas ou genéricas do sucesso de uma estratégia bem formulada e bem implementada, como a satisfação, a retenção, a aquisição, a rentabilidade e a participação dos clientes nos segmentos-alvo. Devem ser incluídas, também, medidas específicas das propostas de valor que a organização oferecerá aos clientes desses segmentos, pois os vectores dos resultados essenciais para os mesmos são os factores críticos que os fazem mudar ou permanecer leais aos seus fornecedores. Nas organizações de saúde, a reafirmação e utilização desta perspectiva é uma mais valia e uma acrescida oportunidade de “ao abrir o enfoque de objectivos a valorizar e dar maior visibilidade a uma dimensão mais referida do que praticada.
PERSPECTIVA DE PROCESSOS INTERNOS	Esta perspectiva integra a análise dos processos internos da organização, incluindo a identificação dos recursos e das capacidades necessárias para elevar o nível interno de qualidade e eficiência. Nesta perspectiva os processos internos críticos para alcançar a excelência são identificados, para permitir que a organização o obtenha a máxima eficiência e efectividade internas, ofereça as propostas de valor capazes de atrair e reter clientes em segmentos-alvo de mercado, satisfazendo, em simultâneo, as expectativas de retornos financeiros dos accionistas. No entanto, esta vertente de atracção e retenção de clientes em segmentos-alvo, como se viu, não se verifica em toda a sua magnitude nas organizações públicas de saúde. Mas a gestão de processos, o aumento da eficiência, a busca de maior efectividade e a melhoria contínua de qualidade são elementos fulcrais para as organizações prestadoras de cuidados de saúde. Assim, as medidas dos processos internos estão focadas nos processos que causam maior impacto na satisfação do cliente e na eficiência da utilização de recursos, as quais são fundamentais para alcançar os objectivos financeiros. Nas organizações de saúde é reconhecido que estas unidades de medida têm que ser cuidadosamente avaliadas por quem conheça intimamente o processo produtivo e a missão da organização, sendo defendido por Ramper-Shead (2004), que todos os processos de gestão, como a <i>“identificação de todas as unidades de medida, deve ser de índole interna, por só estar ao alcance de quem tenha um conhecimento íntimo da organização”</i> (Ramper-Shead, 2004 citado por Reis, 2007)
	A quarta perspectiva do BSC identifica a infra-estrutura que deve ser construída para gerar crescimento e melhoria no longo prazo para a organização, pois a concretização das metas

APRENDIZAGEM CRESCIMENTO	E de longo prazo para os clientes e para os processos internos, ou a melhoria contínua da oferta de valor a clientes e accionistas, podem não ser alcançáveis utilizando apenas as tecnologias e as capacidades actuais. Nesta perspectiva as medidas genéricas de resultado, como a satisfação, a retenção, a formação e as competências dos colaboradores, são tidas como vectores específicos, estando, assim, voltada para a capacidade dos colaboradores, para os sistemas de informação e para a motivação, empowerment e alinhamento interno de interesses e objectivos. Nas organizações de saúde, o rápido crescimento tecnológico, e a criação e aplicação de conhecimento, torna imprescindível para a organização, dotar-se de capacidade de formação permanente, evitando a perda de conhecimento – por desactualização ou fuga para ambientes mais estimulantes – dos seus colaboradores. Mas, como salientam Kaplan e Norton (1996), a aprendizagem é bem mais que formação, devendo as organizações garantir a existência de recursos (designadamente sistemas de informação), por forma, a permitir a comunicação fácil e o acesso à informação adequado pelos seus colaboradores.
-----------------------------	---

FONTE: BSC INSTITUTE, adaptado de Kaplan e Norton, 1996

C) BENCHMARKING

O *Benchmarking*, vulgarmente conhecido como a comparação dos indicadores entre organizações é, na realidade uma técnica de gestão que pretende descobrir e definir as razões pelas quais uma organização tem mais sucesso do que outras, permitindo assim adoptar ou adaptar o conhecimento adquirido. Adaptando o conceito às organizações de saúde, o Benchmarking é, assim, “uma disciplina de contínua medição e comparação de resultados e de pontos-chave do processo, entre organizações que obtêm os melhores resultados e têm os melhores processos” (Reis, 2007). Deste ponto de vista, o benchmarking é complementar ao BSC, tanto na sua perspectiva de aprendizagem e crescimento, como nas suas três outras perspectivas, ao contribuir para o desenvolvimento dos melhores processos, da melhores práticas, da melhor performance e da melhoria contínua de qualidade e satisfação dos clientes. O Benchmarking pode ser de vários tipos, conforme sumarizado no quadro 20.

QUADRO 20 - TIPOS DE BENCHMARKING

FUNCIONAL	O mais frequente na saúde, para comparações cruzadas do mesmo processo ou de processos semelhantes em diferentes organizações de saúde, procurando como referência o melhor, para delinear as melhores práticas.
COMPETITIVO OU EXTERNO	São comparações baseadas em preocupações com o mercado e com a obtenção de melhores resultados do processo ou do produto, nas perspectivas económicas, qualitativas, etc.
INTERNO	Procura apurar os processos e os produtos numa óptica interna – o mesmo produto, diferentes executantes ou diferentes registos, valorizando a situação dos clientes e as suas expectativas. (Güven-Uslu, 2005 citado em Reis, 2007)

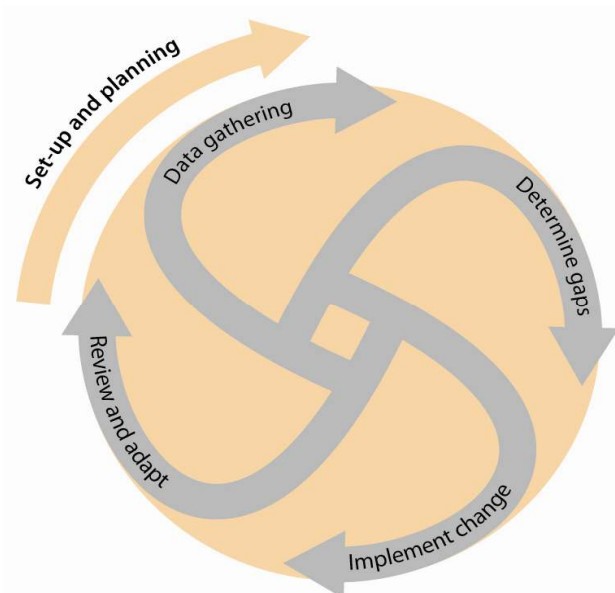
Fonte: Adaptado de Camp, 1998

Apesar de Costa (2005) considerar que na saúde, apesar de algumas especificidades, o processo de benchmarking não difere grandemente do que ocorre noutros domínios, Camp (1998), determinou as fases do processo de benchmarking na saúde, como um processo que visa: (Camp, 1998 citado por Reis, 2007):

- I. Identificar os padrões de referência;
- II. Definir as organizações a pesquisar para comparação;
- III. Estabelecer o método e colher os dados necessários;
- IV. Identificar eventuais lacunas ou erros no desempenho;
- V. Projectar os níveis de desempenho futuro requeridos;
- VI. Divulgar os padrões de referência, as metas estabelecidas e consensualiza-las;
- VII. Definir o percurso a utilizar;
- VIII. Estabelecer um plano de acção;
- IX. Implementa-lo e monitorizar o processo;
- X. Avaliar a necessidade de rever os padrões de referência ou de os recalibrar;

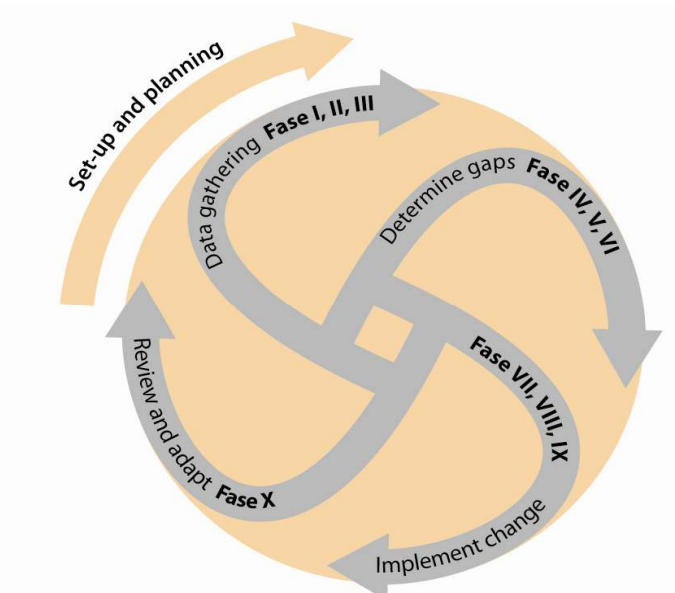
Adaptando a teoria de Camp (1998) ao processo clássico de benchmarking conseguimos elaborar um diagrama cujas fases de camp se encontram distribuídas pelas quatro grandes zonas do diagrama clássico ilustrado pelo Scottist Government .

Figura 24 – Processo de Benchmarking



Fonte: Adaptado de The Scottish Government Publications

Figura 25 – Processo de benchmarking na Saúde



Fonte: Adaptado de The Scottish Government Publications

Independentemente do tipo de benchmarking a utilizar na gestão das organizações de saúde, esta será sempre uma técnica da gestão, que complementarmente a outras, concorre para a melhoria contínua de qualidade e da excelência, indo de encontro às expectativas e satisfação das necessidades dos clientes, sendo, como referem vários autores, o *“fim primeiro das organizações de saúde e razão de ser da sua gestão”* (Reis, 2007).hospitalHH