



Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Diana Filipa Ferreira de Azevedo
**Gestão da Inovação em Contexto
Hospitalar: um enfoque na tomada de
decisão ao nível das tecnologias**

Tese de Mestrado de
Gestão de Unidades de Saúde

Trabalho efetuado sob orientação da
**Professora Doutora Ana Cristina de Almeida e
Carvalho**

DECLARAÇÃO DE ORIGINALIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração da presente dissertação. Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri à prática de plágio ou qualquer forma de falsificação de resultados.

Mais declaro que tomei conhecimento integral do Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 2 de fevereiro de 2019

Nome completo: Diana Filipa Ferreira de Azevedo

Assinatura: Diana Azevedo

*“A pior astúcia comigo da minha decadência é o meu amor à saúde e à claridade.
Achei sempre que um corpo belo e o ritmo feliz de um andar jovem tinham mais
competência no mundo que todos os sonhos que há em mim.”*

Fernando Pessoa, Livro do Desassossego

Agradecimentos

Depois de tantas etapas esta foi, sem dúvida, a mais desafiante e gratificante em ter sido alcançada. Permitiu não só o meu enriquecimento em termos de conhecimento, mas também o meu crescimento pessoal e enquanto cidadã portuguesa.

Não posso, por isso, deixar de agradecer a todas as pessoas que me ajudaram e contribuíram na elaboração desta dissertação de mestrado.

À Professora Doutora Ana Carvalho, pelo profissionalismo, por me ter acompanhado e guiado ao longo do percurso; pelos conselhos e opiniões que, a todo o momento e sempre que preciso, eram dados.

Ao Professor Doutor Luís Torres Pereira, pela simpatia, disponibilidade e por nunca se recusar a ajudar os seus alunos.

Às instituições hospitalares que tão carinhosamente me acolheram e permitiram a realização da recolha de dados para a minha dissertação.

A todos os excelentíssimos(as) que se disponibilizaram para as entrevistas, que me aconselharam e deram a conhecer os diferentes hospitais; pela generosidade e estímulo demonstrados; apesar de não os poder nomear, fica aqui expressa a minha gratidão para cada um deles.

Obviamente a toda a minha família e amigos, pelo apoio incondicional, pelo ânimo e força que me foram dando ao longo do percurso.

Resumo

A saúde em Portugal tem-se revelado de uma complexidade tal, que são inúmeros os estudos existentes nesta área; em particular, a saúde tem um nível de desenvolvimento que fica apenas atrás das áreas aeroespacial e militar. As inovações da saúde estão presentes em grande parte do quotidiano de cada um e no contexto de ambiente hospitalar pode-se traduzir em: aplicações de software, equipamentos pesados, ferramentas cirúrgicas ou até técnicas diferenciadas. Neste sentido, e tendo em consideração toda a envolvente associada a esta temática em Portugal, é proposta a seguinte dissertação cujo objeto de estudo é a tomada de decisão sobre equipamentos de imagiologia, nomeadamente o processo de investimento nesses equipamentos que ocorre nos hospitais portugueses.

Através da literatura já existente, do método de estudo qualitativo e das entrevistas aplicadas a gestores de grupo, de topo, intermédios e de primeira linha das diferentes unidades em Portugal (públicas, em regime de parceria público-privada, sociais e privadas) foi possível recolher informações relativas ao processo de aquisição de equipamentos.

Com o estudo é possível entender que o processo de tomada de decisão para a aquisição é estruturalmente muito semelhante: antes de ser iniciado o processo de aquisição são definidos anualmente orçamentos de despesa para cada hospital e para cada área ou serviço. À medida que vão surgindo necessidades em termos de equipamentos deve-se proceder à sua identificação, à caracterização e justificação dos mesmos, por diferentes intervenientes no processo (desde do corpo clínico aos Serviços de Apoio e Direção Clínica) de forma a garantir a sua aprovação do investimento por parte da Administração. Para valores superiores aos orçamentos estipulados, a aquisição fica também dependente de uma autorização exterior (é necessária autorização Ministerial no caso do hospital público; da Misericórdia em questão no caso do hospital social; e dos grupos privados que gerem as unidades PPP e privada). Nestas condições, pode-se afirmar que a decisão acaba por ser sempre centralizada e o processo é partilhado. Uma das maiores diferenças encontradas a nível do processo é a definição estratégica que o grupo de saúde privado do hospital D realiza para todas as unidades que coloca em funcionamento. Neste caso, as características dos equipamentos são pré-estabelecidas para cada tipo de hospital e o processo de caracterização do equipamento já não se torna

necessário. Para além disso, e para todos os hospitais em análise, o processo inicia-se muito mais frequentemente por questões de obsolescência e avarias do que por questões de inovação e acompanhamento do desenvolvimento tecnológico. Os fatores tidos em consideração acabam por integrar quatro níveis diferentes (contextual, organizacional, individual e de processo) e acabam por ser razoavelmente concordantes entre os hospitais. Os fatores mais valorizados por todos os hospitais analisados foram as restrições económicas e a competição do mercado (em termos contextuais); a centralização da decisão, a formalização do processo, o tamanho e infraestrutura da unidade em questão, o apoio da gestão de topo, a existência de equipas multidisciplinares e a própria estratégia do hospital (ao nível da organização); o grau de inovação e a competência técnica (ao nível individual); e a obsolescência, as necessidades, as características do equipamento, o custo, a condição financeira da unidade e as restrições orçamentais que se impõem e a relação custo-eficácia (em termos de processo).

Palavras-chave: processo; investimento; fatores; hospitais; equipamentos; fluxo de informação

Abstract

Health in Portugal has been so complex that there are numerous studies in this area; in particular, health has a level of development that lies just behind the aerospace and military areas. The health innovations are present in a large part of the daily life of each one of us and in a hospital environment it can be translated into: software applications, heavy equipment, surgical tools or even differentiated techniques. In this sense, and taking into account the whole environment associated to health in Portugal, the following dissertation is proposed, focusing on the decision making about imaging equipment, namely the investment process that occurs in Portuguese hospitals.

Through the existing literature, the qualitative method of study and the interviews applied to group, top, middle and first-line managers of the different units in Portugal (public, under a public-private partnership, social and private) it was possible to collect information regarding the process of equipment acquisition.

It is possible to understand, with this study, that the decision-making process for the equipment acquisition is structurally very similar: before the process even starts, expenditure budgets are annually defined for each hospital and for each area or service. As needs arise in terms of equipment, it becomes necessary to identify, characterize and justify them, by different actors in the process (from the clinical staff to the Support Services and Clinical Management) in order to ensure its approval by the Administration. If the budget is exceeded, the acquisition also depends on an external authorization. In these circumstances, it can be said that the decision is always centralized and the process is shared. One of the biggest differences found in this study was the strategic definition that the private health group of hospital D performs for all of their units. In this case, the characteristics of the equipment are pre-established for each type of hospital and the characterization process of the equipment is no longer necessary. In addition, and for all the hospitals under analysis, the process starts much more frequently due to obsolescence and malfunctions than for innovation and technological attendance. The factors taken into account integrate four different levels (contextual, organizational, individual and related to the process) and are reasonably concordant among hospitals. The factors most valued by all the hospitals analyzed were economic restrictions and market competition (in contextual terms); the centralization of the decision, the formalization of the process, the size and infrastructure of the unit in question, the support of the top management, the existence of multidisciplinary teams and the hospital strategy itself (at the organization level); the degree of innovation and technical competence (at the individual level); and

obsolescence, needs, equipment characteristics, costs, financial condition of the unit, budgetary constraints and cost-effectiveness (in terms of process).

Key Words: process; investment; factors; hospitals; equipment; flow of information

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos.....	iii
Resumo	iv
Abstract.....	vi
Índice de Figuras	x
Índice de Fluxogramas	x
Índice Tabelas	x
Lista de Abreviaturas	xii
1. Introdução	13
1.1. Objetivo geral.....	16
1.2. Objetivos específicos e contributos	16
2. Evolução da Saúde na Europa e em Portugal.....	19
2.1. Sistemas de Saúde na Europa	19
2.2. O Sistema de Saúde em Portugal.....	22
2.2.1. <i>Hospitais</i>	26
2.3. Políticas Atuais de Saúde	31
3. Fatores determinantes para a tomada de decisão.....	36
3.1. Quadro teórico.....	37
3.2. Decisões de investimento em tecnologias de saúde	39
3.2.1. Nível contextual	39
3.2.2. Nível organizacional.....	40
3.2.3. Nível individual.....	42
3.2.4. Nível do processo (de decisão)	44
4. Gestão nas Organizações de Saúde.....	48
4.1. Gestão	48
4.2. Definições.....	49
5. Tecnologia de Saúde.....	52
5.1. Definições.....	52
5.2. Ambiente legal	54
5.3. Equipamentos de Imagiologia.....	55
6. Modelos de decisão em instituições de saúde.....	60
7. Metodologia	64

8.	Resultados	66
8.1.	Hospital Público	66
8.2.	Hospital em Parceria Público-Privada	80
8.3.	Hospital Social	94
8.4.	Hospital Privado	106
9.	Discussão	117
9.1.	Processo de investimento	117
9.2.	Fatores considerados	122
10.	Conclusões e sugestões futuras	126
11.	Referências Bibliográficas.....	131
	Anexos.....	138

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Parte do organograma do SNS. Fonte: Serviço Nacional de Saúde (2018).	27
Figura 2– Modelo contratual de uma PPP. Adaptado de: Administração Central do Sistema de Saúde (2018).	28
Figura 3 – organização do hospital A.	68
Figura 4– integração dos cinco hospitais no centro hospitalar.	76
Figura 5 – organização do hospital B.	82
Figura 6 – Localização do Hospital C na estrutura e organização da SCM.....	96
Figura 7 – Hierarquia de poder no Hospital C.....	96
Figura 8 - Posicionamento das unidades do grupo privado, de acordo com a sua complexidade e diferenciação.	108
Figura 9 – Organização do grupo e das unidades hospitalares privadas.	109

ÍNDICE DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Fluxograma do planeamento capital e avaliação tecnológica de Uphoff et al., 1997. Fonte: (Longest et al., 2000).	63
Fluxograma 2 – representação do processo de aquisição do hospital público A.	72
Fluxograma 3 – representação do processo de aquisição do hospital B.	87
Fluxograma 4 – representação do processo de aquisição do hospital C.	100
Fluxograma 5 – Representação do processo de aquisição do hospital privado D.....	112

ÍNDICE TABELAS

Tabela 1 – Número de hospitais por distribuição geográfica em 2016. Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2018).....	34
Tabela 2 – Número de equipamentos de Diagnóstico e Terapêutica de Imagiologia nos hospitais, por distribuição geográfica e por tipo de hospital, em 2016. Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2018).	35
Tabela 3 – Diferentes fatores identificados em cada nível de análise.....	46
Tabela 4 – exemplos de tecnologia médica de acordo com a sua finalidade. Fonte Longest et al. (2000).....	53
Tabela 5 – Grelha de análise do hospital público.	67
Tabela 6 - Fatores tido em consideração pelo hospital A na aquisição de equipamentos.....	78
Tabela 7 – Aspetos que alavancam e dificultam a aquisição de novos equipamentos no hospital A.	79
Tabela 8 – Grelha de análise do hospital em parceria público-privada.....	81
Tabela 9 – Fatores tidos em consideração pelo hospital B na aquisição de equipamentos.....	92
Tabela 10 - Aspetos que alavancam e dificultam a aquisição de novos equipamentos no hospital B.	92
Tabela 11 – Grelha de análise do hospital público.	95

Tabela 12 – Fatores tido em consideração pelo hospital C na aquisição de equipamentos.	104
Tabela 13 - Aspetos que alavancam e dificultam a aquisição de novos equipamentos no hospital C.	104
Tabela 14 – Grelha de análise do hospital privado D.....	106
Tabela 15 - Fatores tido em consideração na aquisição de equipamentos do hospital D.....	115
Tabela 16 - Aspetos que alavancam e dificultam a aquisição de novos equipamentos no hospital D.	116
Tabela 17 – comparação do processo de investimento nos quatro hospitais.....	119
Tabela 18 – comparação dos fatores tidos em consideração na aquisição dos quatro hospitais.	122

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADSE	Instituto de Proteção e Assistência na Doença
APHP	Associação Portuguesa de Hospitalização Privada
ARS	Administração Regional de Saúde
CA	Conselho de Administração
CG	Centro de Gestão
DGS	Direção Geral da Saúde
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
GDH	Grupos de Diagnóstico Homogéneos
GDH	Grupos de Diagnóstico Homogéneos
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PET	Tomografia por emissão de positrões (Positron Emission Tomography)
PIB	Produto Interno Bruto
PPP	Parceria Público-Privada
RMN	Ressonância Magnética
SA	Sociedade Anónima
SCM	Santa Casa da Misericórdia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Setor Público Administrativo
SPECT	Tomografia Computadorizada de Emissão de Fóton Único (Single-photon emission computed tomography)
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
TAC	Tomografia Axial Computorizada
TC	Tomografia Computorizada
TI	Tecnologias de Informação
UE	União Europeia
ULS	Unidade Local de Saúde
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação pretende responder à questão “Como é que os gestores hospitalares tomam as suas decisões em relação a investimentos tecnológicos?”. Neste sentido, torna-se evidente que o objetivo geral do estudo passa por entender as variáveis tidas em consideração pelos gestores hospitalares portugueses na tomada de decisões relativas à avaliação e escolha de qualquer tipo de inovação tecnológica (e especificamente dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, MCDT), de acordo com um enquadramento político, económico, financeiro, cultural e histórico. A área temática do estudo está relacionada com a gestão da inovação. Pretende-se conjugar a realidade tecnológica com a gestão que é feita da mesma, num ambiente hospitalar.

O setor da saúde tem sido uma constante área de análise em Portugal. O objetivo do Estado português é garantir a implementação das políticas transversais à União Europeia (UE) que se identificam em três objetivos: (1) a equidade, que permita aos cidadãos acesso a um conjunto mínimo de cuidados de saúde, sendo que a qualidade do tratamento não deve ser comprometida pelos rendimentos dos cidadãos; (2) a eficiência técnica, através da maximização dos resultados dos cuidados e a satisfação dos pacientes ao custo mínimo; e (3) a eficiência económica, na medida em que o sistema de saúde deverá consumir apenas uma parte adequada ou necessária do Produto Interno Bruto (PIB) português (Campos & Simões, 2011).

Já Silva (1983) dizia que “(...) o exercício hospitalar é uma realidade no seio de outras realidades, a mais importante das quais consiste no reconhecimento da limitação e mesmo da escassez de recursos. Daí que a atitude e a motivação médica pode, sintonizando-se na eficiência do seu trabalho, o que só pode ser conseguido através do reconhecimento do valor da gestão global e do envolvimento na administração médica.” (Silva, 1983, p.19).

Sendo o acesso aos serviços públicos um direito presente na Constituição Portuguesa de 1976, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) passa a ser a forma do Estado assegurar a saúde e o seu financiamento a toda a população portuguesa. Desde que foi criado, o SNS tem sofrido mudanças e tem incorporado nas últimas décadas um conjunto de ferramentas de gestão das áreas pública e privada (Rego et al., 2010). As novas reformas introduzidas foram adotadas do movimento *New Public Management*, iniciando-se dessa forma com a

empresarialização de parte dos hospitais públicos, que passaram a ter mais autonomia na gestão dos recursos humanos e financeiros. Com a introdução de mecanismos de mercado no setor público, passou a haver separação entre as entidades compradora e prestadora. Dessa forma, a empresarialização dos hospitais teve o propósito da modernização dos mesmos, da agilização da capacidade de resposta aos utentes e da gestão mais eficiente da aplicação dos recursos (Major, 2014; Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011).

Tem-se observado, portanto, um empenho favorável dos hospitais através da melhoria dos níveis de eficiência, produtividade e qualidade, sendo que a alteração da estrutura organizacional tem constituído uma mais-valia nos hospitais públicos portugueses (Rego et al., 2010).

O Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (2011) realizou um diagnóstico à situação portuguesa em 2011, do qual, entre muitos outros aspetos, ressaltou a ideia de que estão estabelecidos um conjunto de objetivos na área dos dispositivos médicos (desde os equipamentos médicos de diagnóstico e terapêutica aos dispositivos para diagnóstico *in vitro*) que promovem a eficiência e efetividade do sistema, gerando poupanças nos custos operacionais a nível hospitalar. É ainda referida a crescente especialização dos hospitais no diagnóstico e tratamento de doenças de alta complexidade, acompanhada pela tendência crescente de diferenciação dos MCDT. Essa mesma tendência traduz-se no surgimento de novos equipamentos, aparelhos e recursos diagnósticos e terapêuticos. Com isto, o Grupo realça o número de pedidos de MCDT nos hospitais, quando na realidade os hospitais não dispõem de capacidade instalada para responder aos mesmos, resultando no aumento dos tempos de resposta e na compra dos meios ao exterior (Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011).

Paralelamente, no domínio privado, e exercendo pressão sobre os hospitais públicos, a APHP (Associação Portuguesa de Hospitalização Privada) defende um sistema de saúde plural, competitivo, eficiente e que permita a liberdade de escolha dos cidadãos. Os hospitais privados tentam realizar uma gestão diferente da gestão política e, para além disso, visam a inovação, incorporam sistematicamente tecnologia e apostam afinadamente na formação dos profissionais. Em 2014, o total das atividades do setor privado fez um total de 5.7 mil milhões de euros, nesse ano (Augusto Mateus & Associados, 2017). “Aos hospitais privados está reservado um papel verdadeiramente transversal no desenvolvimento assistencial, económico-financeiro e científico do setor

da saúde, bem como de uma série de outros com ele confinantes.” (Associação Portuguesa de Hospitalização Privada, s.d., p. 11).

Nesta linha de pensamento, torna-se importante entender até que ponto o grande número de pedidos por parte dos hospitais públicos em termos de investimentos em Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica são referentes a equipamentos médicos mais robustos (nomeadamente do Serviço de Imagiologia), e de que forma são tomadas as decisões de investimentos dos mesmos, quer no setor público, quer no privado. Os equipamentos de imagiologia são o foco do estudo, uma vez que apresentam elevados valores de aquisição, existe uma elevada criticidade em relação aos mesmos e exigem um elevado grau de planeamento e gestão desde a sua aquisição até ao fim da sua vida útil de funcionamento.

De forma a tornar este trabalho exequível, propõe-se um enfoque nos fatores contextuais, organizacionais, individuais e do processo, para melhor se entender o processo de tomada de decisão nos hospitais portugueses. Os fatores de tomada de decisão relacionados com a escolha de tecnologia e equipamentos estarão em destaque, bem como os fatores inerentes ao próprio hospital, nomeadamente em termos de tipologia, estrutura e hierarquia de poder e também fatores inerentes ao processo de decisão. O conjunto dos mesmos permitirá retirar conclusões do problema em análise.

A pesquisa está organizada em diferentes capítulos, para melhor enquadrar este tema, e de forma a haver uma maior fluidez de informação e do seu entendimento.

No capítulo 2 “Evolução da Saúde na Europa e em Portugal” começa-se por explicar, em termos contextuais, o desenvolvimento desta área em vários países europeus e em Portugal, os fatores que permitiram as mudanças observadas e a situação atual portuguesa no que diz respeito ao Sistema de Saúde e ao acesso de cuidados. O 3º capítulo contém informações acerca de modelos explicativos da decisão em investimentos de equipamentos em contexto hospitalar; para além dos modelos, estarão em destaque os fatores fundamentais para o processo de decisão, segundo os vários estudos já realizados. Por sua vez, O capítulo 4 “Gestão nas Organizações de Saúde” e o capítulo 5 “Tecnologia de Saúde” são capítulos que pretendem introduzir e clarificar algumas definições sobre as duas temáticas, no sentido de afunilar para o tema em questão, para a aquisição de equipamentos de imagiologia. O enquadramento termina com a revisão dos modelos que explicam a tomada de decisão, precisamente ao nível das tecnologias de saúde.

Depois de uma breve explicação da metodologia utilizada para a recolha de dados, serão apresentados os resultados do estudo, bem como a sua análise e conclusões.

1.1. OBJETIVO GERAL

Os objetivos de investigação constituem enunciados elucidativos das intenções de investigação dos autores, devendo ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis (Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 2008).

Neste sentido, o objetivo geral do estudo passa por entender as variáveis tidas em consideração pelos gestores hospitalares portugueses na tomada de decisão de investimentos tecnológicos, nos hospitais públicos e privados portugueses.

A análise bibliográfica permite comprovar, não só a relevância do tema, como as dificuldades teóricas a ele associadas, no sentido em que se trata de uma problemática muito complexa e que varia substancialmente consoante o ambiente geral no qual a instituição está inserida, bem como com as políticas aplicadas e a economia do país.

O problema será abordado na perspetiva de hospitais públicos, em parceria público-privada, sociais e privados, de forma a perceber se existem diferenças na chefia e gestão dos investimentos em inovações tecnológicas e partindo da questão: existe alguma metodologia de decisão para os gestores hospitalares portugueses? Se não, como são tomadas as decisões?

1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E CONTRIBUTOS

As respostas às questões levantadas, permitirão avaliar diversos fatores relativos ao tema proposto. Da mesma forma que as mesmas servirão de guião na pesquisa a efetuar, os seguintes objetivos específicos constituirão uma forma de se conseguir chegar ao objetivo principal desta proposta:

- I. Analisar a estrutura interna dos hospitais portugueses, identificando os diferentes patamares de gestão dentro dos mesmos;
- II. Perceber como ocorre o fluxo de informações dentro dos mesmos, identificando as que são necessárias ao processo de investimento;

- III. Perceber quais os intervenientes no processo de investimento;
- IV. Organizar um fluxograma explicativo do processo de decisão de equipamentos de imagiologia dos diferentes hospitais;
- V. Entender quais os fatores determinantes a nível contextual, organizacional, individual e do processo para a tomada de decisão;
- VI. Entender se há concordância entre os fatores apontados pelos diferentes intervenientes e se toda a informação é valorizada da mesma forma;
- VII. Entender se há concordância entre os fatores apontados entre os diferentes hospitais.

A abordagem ao tema será feita através do paradigma positivista (através de uma abordagem qualitativa), onde se irá procurar entender e compreender o que acontece ao nível da decisão hospitalar relativamente à aquisição de equipamentos de imagiologia, e ao mesmo tempo procurar elementos que se possam repetir noutras situações semelhantes, criando assim um processo de replicação através de um fluxograma (Guerra, 2006).

A recolha de dados para o estudo será feita através da aplicação de entrevistas, cujas variáveis de análise serão recolhidas dos estudos feitos por Fakhfakh et al. (2012), Reimann et al. (1975), Wernz et al. (2014), Castro et al. (2008), Campbell (1994), Gabriel et al. (2014) e Selart et al. (2008). Serão analisadas:

- variáveis contextuais
- variáveis organizacionais, nomeadamente:
 - a formalização (formalização dos papéis atribuídos, grau de autonomia);
 - a centralização (grau de centralização do processo de decisão de investimento, grau de centralização dos direitos de gestão para os gestores dos níveis mais baixos e intermédios, grau de centralização do direito de controlo da gestão intermédia, complexidade organizacional, grau de incerteza da organização, escassez de recursos);
 - decisores finais;
 - critérios de decisão utilizados;
 - fontes de informação adicionais;
 - sistemas de suporte de decisão existentes;
- variáveis individuais, designadamente:

- a visão em relação a novas tecnologias na organização (tipos de visão que o gestor tem em relação a novas tecnologias na organização, como essas visões afetarão o processamento de informação no processo de tomada de decisão, quão certo está o gestor de que as suas opiniões são as corretas);
- os motivos para adoção de novo equipamento (quais os motivos que o gestor tem para a aquisição do novo equipamento, como é que os seus motivos afetam o processamento de informação no processo de tomada de decisão, quão certo está de que não existem outros motivos mais importantes);
- percepção de oportunidades e obstáculos para a introdução de novas tecnologias (quais as oportunidades e obstáculos para uma utilização eficaz das novas tecnologias na organização, como é que as oportunidades e obstáculos afetam o processamento de informação na tomada de decisões).
- variáveis internas ao processo de decisão:
 - características do equipamento a comprar;
 - necessidades clínicas;
 - lucro e custo do equipamento, bem como a condição financeira da instituição, as restrições orçamentais;
 - a preferência dos médicos por determinados equipamentos.

Desta forma, será feita uma comparação de resultados entre um hospital público de um centro hospitalar, um hospital privado, um hospital social e um hospital em parceria público-privada. Numa fase posterior os dados serão analisados com a ajuda do programa NVivo. O NVivo é um software que permite a análise de dados qualitativos, resultantes de entrevistas, respostas abertas de pesquisa e artigos variados. Este é o método mais adequado para uma abordagem mista no que diz respeito à organização e análise dos dados recolhidos.

2. EVOLUÇÃO DA SAÚDE NA EUROPA E EM PORTUGAL

2.1. SISTEMAS DE SAÚDE NA EUROPA

Um **sistema de saúde**, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO), compreende todas as atividades que têm como principal objetivo a promoção, a recuperação ou a manutenção da saúde. Contudo, a noção de Sistema de Saúde do quotidiano acaba por ser mais restritiva, sendo o resultado de um conjunto de recursos, atores e instituições relacionadas com a regulação, financiamento e realização de ações de saúde, incluindo não só o setor público e social como também o setor privado. Assim, e de acordo com a definição dada pela Direção Geral de Saúde¹ (DGS), o **Sistema de Saúde Português** é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS) que é composto por todas as entidades públicas de saúde convencionadas e por todas as entidades públicas que promovam, previnam e tratem no domínio da saúde; para além destas, o Sistema de Saúde em Portugal é constituído também pelas entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a prestação do mesmo tipo de atividades no setor da saúde (Direção Geral de Saúde, 2017).

Os sistemas de saúde atuais ainda são inspirados no modelo de Bismarck na medida em que os empregadores e os empregados continuam a descontar para seguros de doenças, e no modelo de Beveridge uma vez que os sistemas assentam essencialmente em receitas fiscais e em serviços públicos. Estes dois modelos inspiraram ainda os países da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, cuja missão passa pelo desenvolvimento de políticas melhoradoras do bem-estar económico e social das pessoas, a nível mundial (OECD, 2018)) na criação de modelos de financiamento distintos, nomeadamente:

- o sistema de seguro privado voluntário, sendo os prémios fixados em função das características do risco; na maior parte dos países da OCDE, incluindo Portugal, os dispositivos privados podem desenvolver a função de complementar as respostas públicas.

¹ A DGS é um organismo público da Administração Central do Ministério da Saúde que desenvolve a sua atividade de acordo com as políticas de saúde nacionais e das de âmbito geral.

- o sistema de seguro social obrigatório e quase universal, que acaba por funcionar como caixa de seguro-doença, normalmente geridas por entidades sociais, mas sofrendo sempre uma supervisão por parte de organismos públicos.
- o financiamento por imposto, organizado de duas formas - no modelo integrado, o financiamento e a prestação são assegurados por um só organismo público; no modelo contratualizado, a prestação de cuidados é realizada por Serviços estatais ou entidades privadas contratadas por fundos públicos autónomos. Em grande parte dos países da UE os cuidados e as suas prestações são financiados e assegurados pelo Estado, que é o caso de Portugal (Campos & Simões, 2011). O nosso próprio sistema de saúde caracteriza-se pela simultânea existência do Serviço Nacional de Saúde, dos subsistemas de saúde (que consistem em esquemas de seguros públicos e privados para determinadas profissões e de carácter obrigatório para os seus beneficiários) e do seguro voluntário de saúde privado (Barros & Simões, 2007).

Na mesma lógica de distinção dos sistemas de saúde europeu, podem-se considerar quatro formas de financiamento de hospitais da UE, nomeadamente: orçamentos prospetivos ² baseados fundamentalmente nas despesas de períodos anteriores; orçamentos prospetivos baseados nas atividades ou nas funções dos hospitais, que é o caso de Portugal (os preços a serem pagos por cada produto já são previamente conhecidos, tendo em conta a eficiência; para além disso, o preço irá depender do GDH gerado pelo doente); orçamentos prospetivos combinados com pagamentos de atividades; e existem pagamentos de acordo com as atividades, que podem se baseadas no *case-mix* ou em pacotes de serviços hospitalares. Existe ainda um sistema de pagamento prospetivo iniciado nos Estados Unidos da América (EUA) e denominado por Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH) e que atualmente pode ser encontrado (ou um sistema baseado neste princípio) em países de todo o mundo, principalmente europeus. Portugal foi um dos pioneiros na adoção dos GDH para a análise do desempenho e para o financiamento dos hospitais (Campos & Simões, 2011). Os GDH correspondem a um sistema de classificação de doentes internados em hospitais; permitem definir os produtos do hospital que se definem no conjunto de bens e Serviços que cada doente recebe em função das suas necessidades e da patologia que o levou ao internamento. A cada grupo fica associado um peso relativo que reflete um custo esperado com o tratamento de um doente

² Orçamentos prospetivos são todos aqueles que são projetados no futuro, tendo em conta os fatores passados.

enquadrado em determinado grupo, face ao custo médio dos doentes típicos nacionais. O rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respetivos GDH e o número total de doentes equivalentes resulta no índice *case-mix* (Serviço Nacional de Saúde, 2018).

Toda esta diversidade e adaptações nos sistemas de saúde pela Europa contribui para o objetivo último de redução de desigualdades relacionadas com a saúde. Por outro lado, a crise económica e financeira de 2008 colocou os sistemas de saúde numa pressão significativa no sentido de redução de despesas em simultaneidade com as necessidades das populações mais vulneráveis, nomeadamente os desempregados e a população envelhecida e com poucos rendimentos. Campos e Simões (2011) identificaram três razões para o aumento da procura de cuidados, nomeadamente o envelhecimento da população, o crescimento do rendimento (à medida que os rendimentos aumentam, os cidadãos exigem e acabam por consumir mais serviços de saúde) e o alargamento do acesso e da cobertura dos seguros. Identificaram ainda os fatores a considerar no crescimento dos gastos com a saúde, sendo eles a inovação tecnológica (desde as novas técnicas e medicamentos aos novos equipamentos e novos procedimentos nos cuidados de saúde), o aumento dos meios materiais de prestação de cuidados e de pessoal, ou seja, o aumento da oferta em volume e o seu efeito indutor sobre a procura (Campos & Simões, 2011).

As alterações na sociedade e na forma como os diferentes Estados têm escolhido fornecer e financiar os sistemas de saúde obriga as instituições a adaptarem-se, tal como Dacin et al. (2002) explicam. Na pesquisa realizada pelos autores, na qual a Teoria Institucional de DiMaggio é o foco da atenção, ficou claro que as mudanças institucionais se devem à perceção daqueles que delas fazem parte. As pressões externas às instituições, sejam elas primordiais, funcionais, políticas ou sociais, são interpretadas, são-lhes dadas significados e são respondidas pelos atores dentro das organizações (Dacin et al., 2002). A evolução da saúde e, por sua vez dos hospitais, resulta dessas respostas às pressões externas. A mudança institucional tanto pode ocorrer em períodos relativamente breves como ao longo de décadas ou até séculos. E pode ocorrer gradualmente, de forma a que os participantes dificilmente percebam qualquer mudança. Scott, citado por Dacin et al. (2002) considerou ainda que essas mudanças influenciavam o carácter dos profissionais de saúde, a sua lealdade, compromisso e perceção das suas próprias obrigações éticas.

2.2. O SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL

A saúde enquanto entidade autónoma apareceu pela primeira vez em Portugal a 2 de abril de 1976, pela sua consagração no texto Constitucional. Os progressos adjacentes à segunda metade do século XX ocorreram em quatro dimensões, relacionadas com a saúde e a doença, nomeadamente (Cabral & Silva, 2009):

- Dimensão demográfica – a diminuição da mortalidade infantil e o controlo das doenças infecciosas provocaram um aumento da esperança média de vida; isto possibilitou que um número crescente de pessoas chegasse à terceira (mais de 65 anos) e à quarta (mais de 75 ou 80 anos) idades, aumentando, por sua vez, a vulnerabilidade às doenças crónicas e degenerativas associadas à velhice.

- Dimensão política – institucionalização, com o “Estado-providência”, de um compromisso político para a promoção da saúde da população, passando a ser vista como uma prioridade; acreditava-se que ao fim de alguns anos a incidência de doenças deixaria de ser um problema social. Contudo o sistema não reduziu o seu campo de ação e tem cada vez mais dificuldade em responder à procura da população.

- Dimensão médica – os progressos verificados na medicina e no avanço dos cuidados de saúde contribuíram para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, com a redução da dor e do incómodo das doenças; houve, no entanto, um aumento da oferta e/ou qualidade dos serviços e acesso a medicamentos, negligenciando-se os fatores externos ao sistema de saúde, nomeadamente ambientais, sociais e psicológicos.

- Dimensão sociocultural – a subida dos salários, melhorias na habitação e urbanismo e aumento da escolaridade provocaram um aumento do discurso individualista que enfatiza a responsabilidade individual e tem simetricamente desvalorizado o papel do Estado na proteção contra os riscos a que as pessoas estão sujeitas em determinados contextos (Cabral & Silva, 2009).

Todas as mudanças ocorridas na estrutura político-económica do país afetaram, sem dúvida, o equilíbrio entre a equidade (provisão igual de cuidados de saúde para as mesmas necessidades), a efetividade (pela medição da qualidade dos resultados das intervenções clínicas) e a eficiência (com ênfase na produção ao menor custo possível), bem como toda a noção de sistema de saúde (Cabral & Silva, 2009). A literatura a seguir apresentada dará então conta das principais mudanças e dos acontecimentos que levaram à consolidação do SNS e, em particular, dos hospitais portugueses como hoje os conhecemos.

A primeira grande reforma foi defendida por Ricardo Jorge³ em 1899, sendo apenas aplicada em 1903 quando este é incumbido de dirigir e organizar o Instituto Nacional de Higiene (Serviço Nacional de Saúde, 2018), propondo um conjunto de medidas que estabeleceram uma reorganização da Direção-Geral de Saúde⁴ e Beneficência Pública.

Mais de quatro décadas depois, em 1946, é publicada a Lei nº2011, que estabelecia as bases da organização hospitalar e promovia a construção de novos hospitais com dinheiro público, sendo estes depois entregues às Misericórdias. Posteriormente, em 1971, a legislação trouxe uma atualização do Ministério da Saúde que introduziu a saúde individual na saúde coletiva, em todas as suas fases de intervenção, desde a prevenção até à reabilitação (Campos & Simões, 2011).

«Em novembro de 1974 a Secretaria do Estado da Saúde inicia a preparação do anteprojeto de bases do Serviço Nacional de Saúde (...). O país fervilhava, era defendida e praticada a “autogestão” dos serviços e “as direções dos estabelecimentos passaram a ser colegiais e quase todos os serviços e instituições autónomas entraram então no chamado regime de instalação” o que significa a inexistência de quadros de pessoal e uma maior flexibilidade nas admissões e na gestão financeira. Desenvolvem-se ideias descentralizadoras e regionalizadoras, acusando-se os Serviços centrais de excessivamente tutelares e burocratizantes.» (Campos & Simões, 2011, p. 121). A revolução de abril de 1974 concedeu uma maior legitimidade política às mudanças que haviam sido iniciadas nos anos imediatamente anteriores. Para além disso, as SCM começaram-se a concentrar no campo da ação social, havendo um aproveitamento da disponibilidade de investimento estatal e de recursos de segurança social pública para esta conversão em atividades sociais.

Já na década de 90, a Lei dos Princípios Fundamentais de Saúde permitiu atribuir um papel explícito aos setores privados, com e sem fins lucrativos e a operação e a gestão do sistema foram descentralizadas para o nível regional. A prática privada era permitida em hospitais públicos, sob certas condições relacionadas à antiguidade e posição dos médicos, bem como à posição de emprego exclusivo no sistema nacional de saúde. O financiamento privado de cuidados de saúde começou a ser permitido, bem como os incentivos para o seguro de saúde privado (Barros & Simões, 2007).

³ Ricardo de Almeida Jorge foi um higienista de prestígio português que confirmou bacteriologicamente a peste bubónica na cidade do Porto, valendo-lhe a distinção de Inspetor Geral da Saúde.

⁴ A DGS integra a Administração Direta do Ministério da Saúde; tem por missão regulamentar, orientar, e coordenar as atividades de promoção de saúde e prevenção da doença, definir as condições técnicas para a prestação de cuidados, planejar e programar a política para a qualidade do sistema de saúde, assegurar a elaboração e execução do Plano Nacional de Saúde e coordenar as relações internacionais do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2017).

Posteriormente surge um modelo contratual, que combinava o financiamento essencialmente público com um sistema de contratos entre pagadores e prestadores, no qual se apresenta um conjunto de princípios e objetivos para uma nova política de saúde, com implicações estruturais, destacando-se o novo estatuto hospitalar, com gestão pública mas com regras de gestão privadas (no que diz respeito à gestão de recursos humanos e aquisição de bens e Serviços), os centros de responsabilidades integrados nos hospitais (níveis de gestão intermédios e orçamentos-programa acordados em Conselho de Administração) e agências de contratualização (que identificavam as necessidades e propunham soluções ao Conselho de Administração da ARS - Administração Regional de Saúde⁵ -, procedendo depois à contratualização de cuidados de saúde). Neste sentido, das principais inovações introduzidas no período de 1995 a 2001 destacam-se a clarificação de prestações públicas e privadas com o regime da incompatibilidade nas convenções; a adoção de regras privadas na gestão do hospital, continuando este pertencendo ao Estado; e as “Parcerias Saúde” que celebravam contratos com o setor público e privado. As convenções criadas entre o SNS e os prestadores de cuidados privados acabam por ser o meio mais facilitador e célere do acesso aos cuidados de saúde. Para além das convenções com as unidades privadas, o Estado tem igualmente recorrido às Misericórdias e outras IPSS⁶. O protocolo de cooperação realizado entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas⁷ serviu de base a um conjunto de acordos estabelecidos entre as ARS e as Misericórdias (Campos & Simões, 2011).

Em 2001 são anunciadas as primeiras Parcerias Público-Privadas (PPP) e no ano seguinte o Decreto-Lei n.º 185/2002 estabeleceu os princípios e instrumentos que seriam utilizados nestas parcerias em saúde, num regime de gestão e financiamento privados, entre o Ministério da Saúde ou instituições e Serviços integrados no SNS e outras unidades privadas. Contudo, em 2008, o governo português anunciou o fim das PPP, pelo que este modelo ficou limitado aos quatro hospitais com concursos já lançados; assim os projetos PPP passariam a adotar um novo modelo, segundo o qual se excluía a gestão dos serviços clínicos, passando o parceiro privado a assumir unicamente a gestão daqueles serviços infraestruturais e acessórios (Campos & Simões, 2011).

⁵ As Administrações Regionais de Saúde são organismos periféricos do Ministério da Saúde, dotadas de autonomia administrativa, financeira e património próprio. O sistema de saúde é administrado pela ACSS e por cinco ARS

⁶ IPSS – Instituições Privadas de Solidariedade Social. Alguns dos hospitais das IPSS têm acordos com o SNS nos quais recebem financiamento público em troca da assistência aos utentes da mesma forma que os hospitais públicos.

⁷ A União das Misericórdias Portuguesas (UMP) foi criada em 1976 para a orientação, coordenação, dinamização e representação das SCM e assume-se como uma entidade de economia social (União das Misericórdias Portuguesas, 2018).

Em 2002 é publicado um novo regime jurídico da gestão hospitalar que define a natureza jurídica dos hospitais: hospitais do setor público administrativo (SPA, com autonomia administrativa e financeira e com ou sem autonomia patrimonial); hospitais entidades públicas empresariais (EPE, públicos, com personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial); sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (SA); hospitais do SNS geridos por outras entidades públicas ou privadas através de um contrato de gestão ou em regime de convenção por grupos de médicos; estabelecimentos privados com acordos com o SNS (Campos & Simões, 2011).

A regulação (e a necessidade de regulação) surge justificada pelos setores em que, por razões económicas, não há condições para a concorrência se materializar ou desenvolver como nos mercados típicos. Quer isto dizer que a regulação se orienta para as falhas de funcionamento do mercado, para a promoção da concorrência em situações ou mercados onde a mesma não possui bases para produzir os seus efeitos eficientemente e para a defesa dos interesses dos consumidores em tais mercados. Assim, o Ministério da Saúde criou em 2003 um organismo com natureza de autoridade administrativa independente, cuja missão é a regulação e supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de Serviços de saúde dos setores públicos, privados e sociais: a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), (Ministério da Saúde, 2016).

O XVII governo do partido socialista, no período de 2005 a 2011, reconheceu por fim que no setor hospitalar havia situações de ineficiência. Desta forma, são parte do novo modelo equipas de gestão de altas (equipas multidisciplinares para a gestão de altas hospitalares dos doentes) e unidades de aconselhamento e internamento de cuidados paliativos dentro dos hospitais. No início do período, em 2005 e no âmbito dos hospitais EPE, definiu-se que estes se organizariam de acordo com as normas e critérios estabelecidos pela tutela, devendo os regulamentos internos prever a estrutura orgânica com base em serviços agregados em departamentos e englobando unidades funcionais. (Campos & Simões, 2011).

Em suma, desde o final dos anos sessenta, os direitos sociais têm recebido uma grande atenção e reconhecimento, na organização do seu cumprimento através de fundos de providência social de base ocupacional ou através da cobertura universal financiada pelos impostos. Em Portugal verificou-se um processo acelerado e de alcançou alguns

picos de sucesso antes de outros mais afluentes e com um passado mais bem desenvolvido em termos de organização na prestação de cuidados de saúde.

O Ministério da Saúde criou assim uma rede de entidades de saúde⁸ que comunicam entre si e contribuem de forma a garantir o direito à saúde. Nesta rede estão integrados os hospitais do setor público administrativo, os centros hospitalares EPE e os hospitais EPE.

A organização do SNS é descentralizada e dividida em cinco regiões de saúde que fazem a ligação entre o nível local da prestação de cuidados e o Ministério da Saúde; cada região contém então uma ARS (Baganha et al., 2002).

2.2.1. HOSPITAIS

Devido à janela temporal deste estudo, são abrangidas quatro instituições hospitalares, cuja identidade não será revelada por questões de confidencialidade, mas cuja caracterização é apresentada em função do tipo de hospital, de forma a ser dado um enquadramento mais direcionado. Para facilitar a recolha de dados, o estudo concentrou-se na região Norte. Então, os hospitais estudados foram:

- Hospital A, integrante de um Centro Hospitalar;
- Hospital B, em Parceria Público-Privada;
- Hospital C, pertencente a uma SCM;
- Hospital D, pertencente a um grupo privado (D).

⁸ De forma a esquematizar todas as entidades referidas, por favor consultar o Anexo 1.

Os Centros Hospitalares

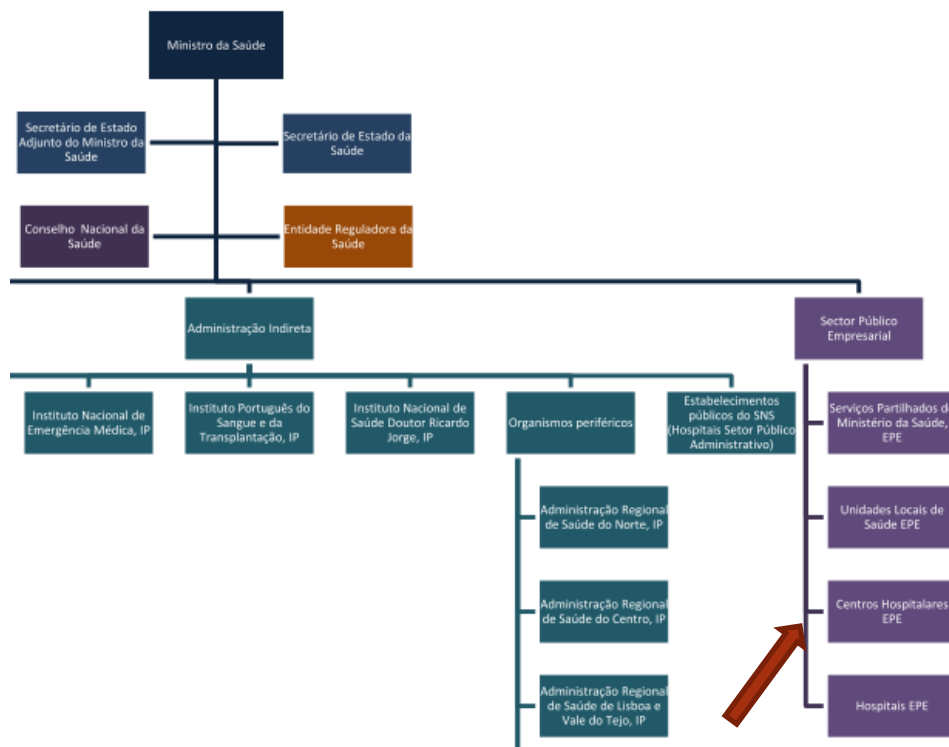


Figura 1 – Parte do organograma do SNS. Fonte: Serviço Nacional de Saúde (2018).

Os Centros Hospitalares EPE (figura 1) são parte integrante do Setor Público Empresarial do Ministério da Saúde. De acordo com a ERS, os motivos para a criação de cada centro hospitalar foram a melhoria da acessibilidade e da qualidade dos cuidados prestados, a racionalização da gestão de recursos humanos, a complementaridade assistencial entre as unidades existentes, a rentabilização de recursos técnicos e humanos, a concentração dos meios complementares de diagnóstico, a melhoria a nível da gestão pela obtenção de ganhos efetivos, a reorganização dos serviços de apoio e das áreas de gestão e de logística e o desenvolvimento e inovação dos sistemas de informação (Entidade Reguladora da Saúde, 2012).

De acordo com o Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de julho, um centro hospitalar é um coletivo público, com autonomia administrativa e financeira, património próprio, cujo conjunto de órgãos é legalmente estabelecido e pode ser também um grupo de hospitais composto por vários estabelecimentos hospitalares autónomos, nos termos da legislação aplicável, mas sujeitos a coordenação ou administração comum (Decreto-Lei n.º 284/99 de 26 de julho do Ministério da Saúde, 1999).

Importa ainda referir uma característica de integração, da qual os centros hospitalares são exemplo, que consiste na integração horizontal. A integração horizontal ocorre quando duas ou mais instituições que produzem o(s) mesmo(s) serviço(s) se juntam e

formam uma instituição única. Isto implica que os objetivos sejam consubstanciados na tentativa de gerar economias de escala e poder de mercado, na otimização dos serviços prestados por dois ou mais estabelecimentos hospitalares e no reforço da respetiva articulação e complementaridade, técnica ou assistencial. Assim cria-se uma única identidade jurídica para uma entidade que fica responsável pela gestão de várias organizações (Entidade Reguladora da Saúde, 2012).

Parceria Público-Privada

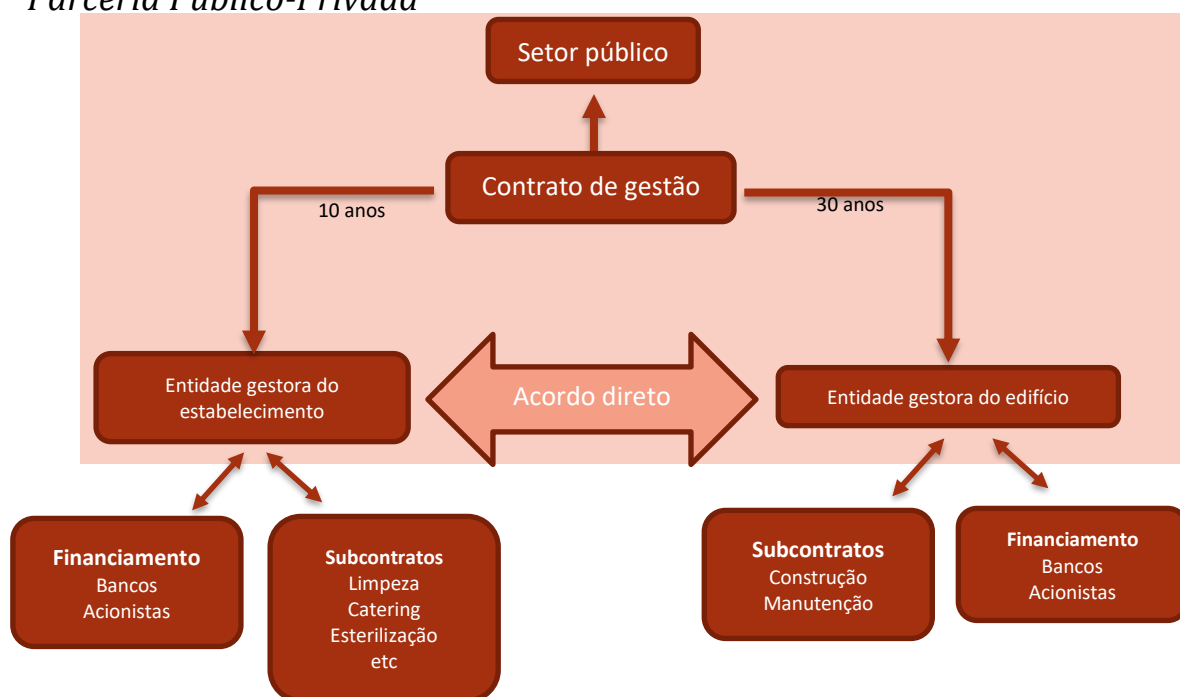


Figura 2– Modelo contratual de uma PPP. Adaptado de: Administração Central do Sistema de Saúde (2018).

O modelo da Parceria Público-Privada (figura 2) baseou-se num contrato de gestão para a conceção, construção, financiamento, conservação e exploração dos edifícios hospitalares, incluindo a prestação dos cuidados de saúde. Neste sentido a parceria concretiza-se e desenvolve-se através de duas entidades gestoras com responsabilidades e vocações operativas diferentes. Este contrato feito com as entidades gestoras caracteriza-se também por ter horizontes temporais distintos para cada uma delas, bem como de mecanismos de pagamento igualmente distintos. Tal como está representado na figura 2, uma das componentes trata-se de uma Entidade Gestora do Estabelecimento (que assume a aquisição e financiamento do equipamento médico necessário ao funcionamento da unidade hospitalar e a gestão da prestação dos Serviços clínicos durante um período de 10 anos; nesta, os pagamentos por parte do Estado são baseados na produção clínica realizada e pela disponibilidade do Serviço de Urgência) e a segunda é uma Entidade

Gestora do Edifício (que assume a prestação dos Serviços infraestruturais durante um período de 30 anos, sendo responsável pela conceção, construção, financiamento e manutenção do edifício; a remuneração desta é baseada na disponibilidade da infraestrutura). Importa ainda referir que apesar do investimento e exploração serem privados, o acesso aos Serviços clínicos é o mesmo disponível nas restantes unidades hospitalares do setor público e que a entidade contratante é a ARS (Administração Central do Sistema de Saúde, 2018).

Uma particularidade das PPP é o facto do contrato de gestão incluir a prestação de cuidados de saúde pelo parceiro privado, correspondendo à autonomização da gestão do hospital, fazendo-lhe corresponder duas entidades gestoras: a sociedade gestora do estabelecimento (que assume a gestão geral do estabelecimento, a responsabilidade pela prestação dos cuidados de saúde e as *soft facilities management* – higiene e limpeza, lavandaria, alimentação, segurança e portaria) e a sociedade gestora do edifício (responsável pela conceção, construção, financiamento, manutenção do edifício hospitalar e *hard facility management* – estacionamento, jardinagem, manutenção e recolha de resíduos). O pagamento da entidade pública contratante baseia-se na produção efetuada, tendo em conta as linhas de produção clínica e de acordo com uma tabela de preços específica definida no contrato (Campos & Simões, 2011).

Santa Casa da Misericórdia- hospitais sociais

Para além dos hospitais EPE, dos centros hospitalares EPE, dos hospitais do setor público administrativo e dos modelos de PPP, o governo português realiza também convenções e protocolos com as SCM e com IPSS. Esta articulação tem em vista uma utilização eficiente e eficaz dos dinheiros públicos que, num contexto de escassez de recursos, direciona os fundos disponíveis para projetos e atividades que apresentem claros benefícios para a sociedade portuguesa (Administração Central do Sistema de Saúde, 2014).

O Ministério da Saúde tem vindo a estabelecer cada vez mais um modelo misto de sistema de saúde, estando presente quer o carácter concorrencial do setor privado quer a economia social na prestação de cuidados de saúde. Neste sentido, a contratualização tem princípios orientadores estabelecidos pelo decreto-lei n.º 138/2013 de 9 de outubro, que se aplicam à ARS e às IPSS. Os termos dos acordos realizados entre as entidades são definidos pela ACSS, nomeadamente os preços a praticar e os incentivos à eficiência e garantia de qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos. Os acordos estabelecidos com

as IPSS podem ser de gestão (que tem por objeto a gestão de um estabelecimento do SNS), cooperação (que têm o objetivo a integração de um estabelecimento pertencente a uma IPSS no SNS, passando a assegurar as prestações de saúde tal como os demais pertencentes ao SNS) e convenções (que pretendem realizar a prestação de saúde por parte das IPSS aos utentes do SNS através dos seus próprios meios) (Decreto-Lei n.º138/2013 de 9 de outubro do Ministério da Saúde, 2013).

Hospitais privados

No caso da procura privada, a busca por um melhor nível de conforto nos serviços de hospitalização, a resposta rápida aos doentes cirúrgicos, a conveniência do acesso a resultados de elevada qualidade através de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, a cobertura de certas especialidades e a crescente procura de cuidados ligados à estética permitiram o desenvolvimento do setor privado português.

A complementaridade do Sistema de Saúde português tem permitido uma maior rapidez no acesso a cuidados, maiores níveis de conforto, a possibilidade de escolha de médico, simpatia dos colaboradores, notoriedade, localização e entidade prestadora dos cuidados, etc. e ainda o preenchimento de lacunas da oferta pública, tais como a fraca cobertura (como é o caso da medicina dentária), as listas de utentes sem médico de família ou tempos de espera para marcação de consulta programada nos centros de saúde, ou as listas de espera para cirurgia. Para além das convenções, acordos e contratações de serviços entre o Estado e as entidades privadas, prevista na Lei das Bases da Saúde, existem ainda outras áreas de cooperação nomeadamente o programa de combate às listas de espera cirúrgicas (SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia), a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados ou as Parcerias Público-Privadas (PPP), já referidas anteriormente (Augusto Mateus & Associados, 2017).

Em 2016, 50,7% dos hospitais portugueses eram hospitais privados, tal como se pode ver pela tabela 1 do capítulo a seguir apresentado. Quase 40% da população portuguesa, para além de ser beneficiária do SNS, está coberta por um subsistema de saúde público, privado ou um seguro de saúde, o que, atendendo a que este financiamento está tendencialmente direcionado para prestadores privados, demonstra a importância expressiva deste setor (Augusto Mateus & Associados, 2017; Instituto Nacional de Estatística, 2018).

O aparecimento de grupos de saúde privados tem ganho uma maior projeção pela maior aposta ao nível dos equipamentos, recursos humanos, qualidade e conforto das

instalações e pelo atendimento focado no cliente. Além disso, estes grupos têm vindo a estender o espectro da sua atuação, nomeadamente por via da criação de unidades de nicho, de unidades de ambulatório a par de unidades de internamento e pela criação ou aquisição de unidades dedicadas a meios complementares de diagnóstico. Os quatro grupos empresariais que se destacam nesta matéria são o Grupo José de Mello Saúde, o Grupo Luz Saúde, o Grupo Lusíadas e o Grupo Trofa Saúde, tal como se pode perceber pelo gráfico 3 abaixo apresentado.

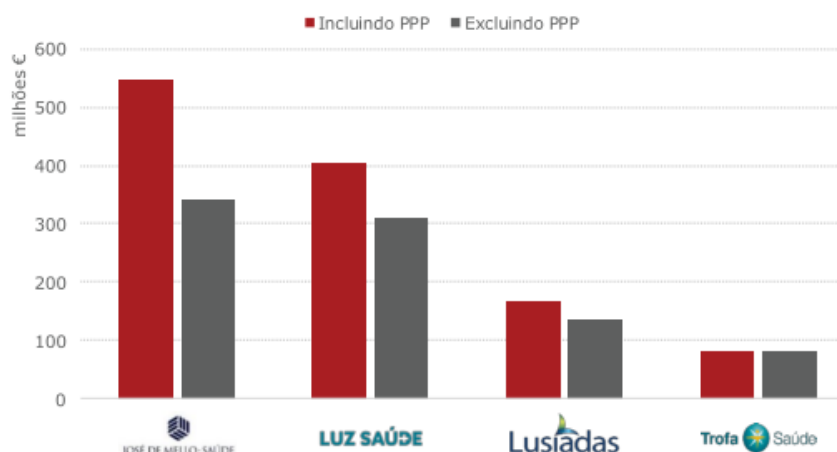


Gráfico 1 – Volume de negócio dos maiores grupos privados de saúde em 2014. Fonte: Augusto Mateus & Associados (2017).

De referir ainda que o hospital privado que foi estudado pertence a um dos grupos acima referidos e que o hospital B em regime de PPP é gerido por outro grupo.

2.3. POLÍTICAS ATUAIS DE SAÚDE

Depois de todas as alterações aplicadas aos vários modelos hospitalares, hoje predominam os hospitais EPE no domínio público, que visam a prestação de cuidados de saúde a todos os utentes. A cada hospital corresponde uma área de influência e cada um atua em articulação com os cuidados primários e continuados, totalizando em 2009 um somatório de 86 hospitais no SNS. A noção de articulação e integração de cuidados de saúde surge de forma a melhorar a interligação dos diversos níveis de cuidados, distinguindo-se a integração vertical (exemplo do modelo das ULS – Unidades Locais de Saúde -, que consiste na agregação de todas as atividades relacionadas com a prevenção, promoção e manutenção numa única entidade de prestação e gestão dos Serviços) da integração horizontal (já referida anteriormente e que ocorre quando se junta na mesma

entidade a gestão de várias organizações que prestam o mesmo nível de cuidados; um exemplo claro e já mencionado deste tipo de integração é a criação de centros hospitalares) (Campos & Simões, 2011).

É importante, perceber ainda que “O acesso aos cuidados de saúde é atualmente garantido aos utentes do SNS, quer pelos estabelecimentos integrados no SNS, quer pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde não públicos, por via da celebração de convenções entre estes e o Estado.” (Entidade Reguladora da Saúde, 2013). Ou seja, procurou-se expandir a oferta do setor público da saúde através de acordos com outras entidades, especialmente na área dos MCDT e também em algumas consultas de especialidades médico-cirúrgicas.

No que diz respeito à despesa em saúde, tem-se verificado uma tendência de aumento do setor público para o total da despesa em saúde em termos de financiamento (de 59% em 1970 para 65,1% em 2008) (Campos & Simões, 2011). O Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar acrescenta ainda o crescimento de 6% de 2002 a 2010, num total de 9.154,2 milhões de euros direcionados para saúde neste período) (Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, 2011).

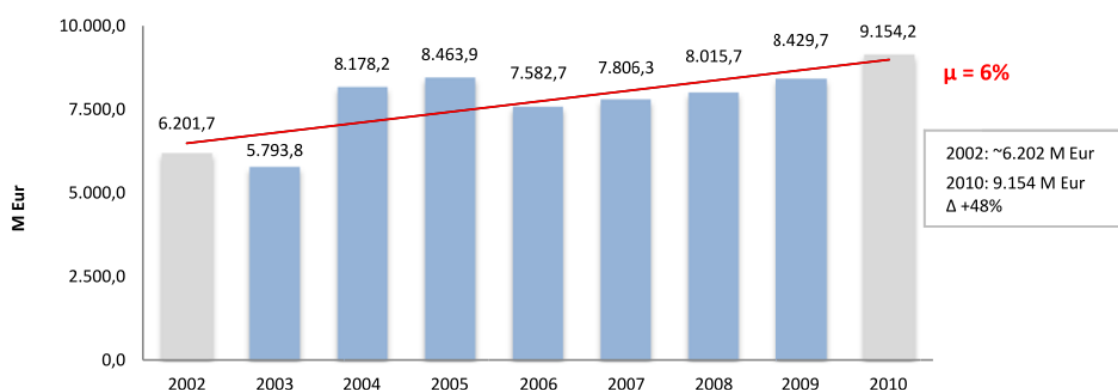


Gráfico 2 - Evolução da despesa pública do SNS de 2002 a 2010. Fonte: Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (2011).

O peso das despesas da saúde no PIB passou de 2,4% em 1970 para 10,1% em 2008, bastante acima da média da OCDE na altura (8,8%). Essa despesa em saúde é aplicada em bens e serviços prestados em hospitais - 37,5% - e na prestação de cuidados de saúde em ambulatório (onde se incluem os centros de saúde do SNS e os consultórios médicos privados) - 31,5%. Dentro das administrações públicas, assume maior relevo o SNS, representando 51,1% da despesa corrente em saúde. No setor privado são os pagamentos diretos efetuados pelas famílias que representam a maior parcela das despesas (28,7% do

total da despesa, ou 83,4% da despesa privada, em 2008). O setor privado começou a tornar-se dominante, ou pelo menos importante, em algumas especialidades, nomeadamente em diálise renal (70%), imagiologia (55%), fisioterapia (60%), patologia clínica (55%), saúde oral (92%) e em muitas consultas médicas de especialidade, como cardiologia (54%), ginecologia (68%), oftalmologia (67%), ortopedia (45%), e até mesmo em pediatria (31%) e clínica geral (17%). Estes valores médios nacionais, em 2011, eram mais elevados nos centros urbanos e no litoral, que no interior do país “...onde a quase totalidade dos serviços de saúde está a cargo do SNS.” (Campos & Simões, 2011).

Dados mais recentes apontam que em 2016 (tal como se pode ver pela tabela 1 abaixo apresentada), a despesa corrente pública em saúde representou cerca de 66,2%, havendo um aumento relativamente a 2012 de 65,6%. Em 2016, existiam em Portugal 225 hospitais (o mesmo número do que em 2014 e em 2015). Destes, 114 eram hospitais privados (50,7% do total de hospitais), 107 eram hospitais públicos (47,6%), e 4 eram hospitais em parceria público-privada (1,8%). Pelo gráfico 5 é possível perceber que os hospitais públicos englobavam 105 hospitais de acesso universal e 6 hospitais militares ou prisionais. Para além disso, em 2016, a Região Norte tinha um maior número de hospitais privados (38) do que públicos (32) e apenas um hospital PPP, num total de 71 unidades hospitalares. (Instituto Nacional de Estatística, 2018).

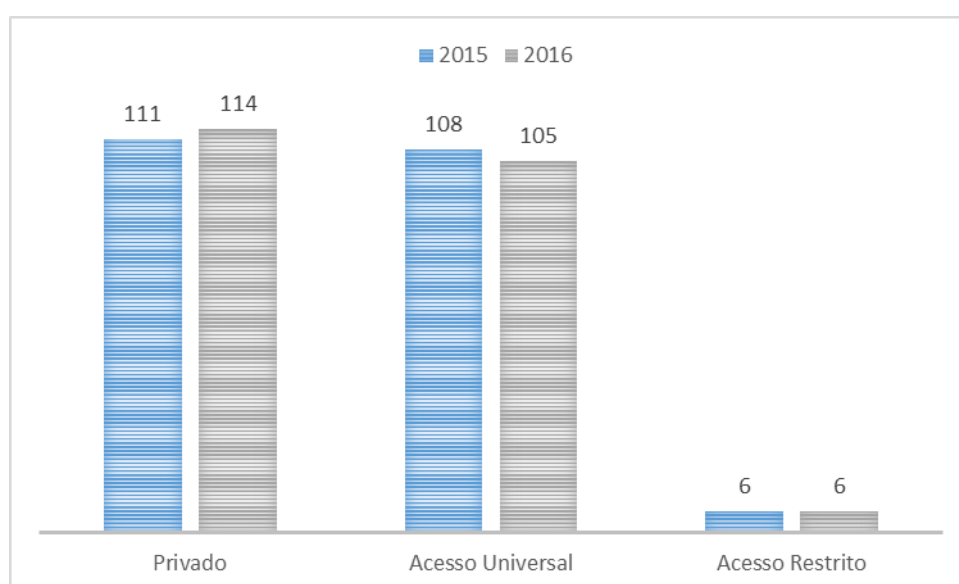


Gráfico 3 – Número de hospitais pelo tipo de acesso em 2015 e 2016. Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2018).

Distribuição geográfica	Tipo de hospital			
	Total	Público	Privado	PPP
Portugal	225	107	114	4
Continente	208	101	103	4
Norte	71	32	38	1
Centro	57	34	23	0
Área metropolitana de Lisboa	60	25	3	3
Alentejo	10	6	4	0
Algarve	10	4	6	0
Região Autónoma dos Açores	8	3	5	0
Região Autónoma da Madeira	9	3	6	0

Tabela 1 – Número de hospitais por distribuição geográfica em 2016. Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2018).

Desde que a tecnologia começou a ganhar peso e importância nos meios de diagnóstico e terapêutica, o seu uso suscitava a apetência dos profissionais, por norma do setor privado, mesmo quando se acumulavam funções com o setor público. Dada a prática do pagamento por ato, à medida que o desenvolvimento tecnológico fazia descer os custos fixos, aumentavam os incentivos à prática privada, havendo uma evolução desde os anos sessenta do século XX até ao equilíbrio da oferta entre os setores público e privado. O setor privado empresarial demonstrou uma grande apetência para a saúde através da experiência, dos bons profissionais que ia atraindo, da flexibilidade laboral que permitia rápidas substituições. Todos estes fatores permitiram a redefinição do setor privado que passou a subsistir do atendimento de uma clientela própria, segura, e que inclui a ADSE⁹ (SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E., 2016). Numa outra perspetiva, o crescimento deste setor na primeira década do século XXI tem a sua dinâmica dependente da qualidade e eficiência de gestão do setor público: quanto mais baixos estes indicadores, mais se desenvolve o privado.

Em 2016, de entre o conjunto de equipamentos de diagnóstico e terapêutica inquiridos, foram referidos com maior frequência os equipamentos destinados à realização de exames com Raios X (75,6%), os destinados à realização de ecografias (68,4%) e de endoscopias (60,4%). Em 2015, estes eram também os equipamentos detidos por uma percentagem mais elevada de hospitais portugueses (74,7%, 67,1% e 58,7% respetivamente) (Instituto Nacional de Estatística, 2018).

⁹ A ADSE, I.P. (Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I.P.) é um instituto público com gestão partilhada, integrado na administração indireta do Estado e com uma dupla tutela do Ministério da Saúde e do Ministério das Finanças; permite assegurar a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação. Por sua vez, a Rede ADSE acaba por ser uma modalidade de acesso a cuidados de saúde, baseada numa rede de prestadores que celebram uma convenção com a própria ADSE.

Imagiologia	Distribuição Geográfica		Tipo de hospital		
	Portugal	Região Norte	Público	Privado	PPP
Angiografia	46	15	6	8	1
Ecografia	154	48	20	27	1
Imagiologia Convencional (Raios X)	170	56	26	29	1
Mamografia	112	39	14	24	1
Ressonância Magnética	65	23	7	15	1
Tomografia Axial Computorizada (TAC)	115	40	18	21	1
Tomografia por Emissão de Positrões (TEP)	7	2	1	0	1
Outros	56	16	8	8	0

Tabela 2 – Número de equipamentos de Diagnóstico e Terapêutica de Imagiologia nos hospitais, por distribuição geográfica e por tipo de hospital, em 2016. Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2018).

Em 2016 foram realizados 144,1 milhões de atos complementares de diagnóstico nos hospitais portugueses, isto é, exames ou testes necessários para o estabelecimento de um diagnóstico. Houve um acréscimo de 4,5 milhões de atos (3,3%) e os hospitais públicos continuaram a assegurar uma percentagem elevada destes exames ou testes (quase 84% do total), em relação ao ano anterior. Os atos de Imagiologia, ou seja, a obtenção de imagens do corpo humano para fins clínicos ou científicos que representaram 8,4% dos atos complementares de diagnóstico no conjunto dos hospitais, foram mais frequentes nos hospitais privados (24,9%) do que nos hospitais públicos (6,6%) (Direção Geral da Saúde, 2017). Os dados da tabela 2, recolhidos pelo Instituto Nacional de Estatística, mostram a cotação de equipamentos de imagiologia nos hospitais portugueses, por região e por tipo de hospital e é clara a grande predominância de aparelhos de Raios X na Região Norte, seguindo-se de Ecógrafos e TACs, sendo superiores os números no domínio privado (Instituto Nacional de Estatística, 2018).

Os recursos tecnológicos têm vindo a ter uma importância tal que, pelo Plano Estratégico de 2017-2019, a DGS orçamentou um valor em 2017 de cerca de 1,8 Milhões de euros para a aquisição de sistemas de informação aos SPMS, para o desenvolvimento de novas funcionalidades e para o apoio dos que têm sido desenvolvidos desde então (Direção Geral da Saúde, 2017).

3. FATORES DETERMINANTES PARA A TOMADA DE DECISÃO

A tomada de decisão para um investimento em tecnologia na saúde pode derivar de inúmeros fatores que têm sido referidos por vários autores. É importante perceber que estes fatores variam de acordo com o tipo de investimento tecnológico. Numa situação de atribuição de equipamentos para uma unidade hospitalar, podem entrar certos tipos de determinantes, mas se houver uma situação de substituição de equipamentos, em que o investimento também é feito, os fatores a considerar podem não ser os mesmos. Para além disso, existem vários hospitais que já têm *frameworks* para o processo de implementação e existem muitos que se guiam por modelos diferentes, nos quais são valorizadas dimensões diferentes. A título de exemplo, existem estudos nos quais a tomada de decisão relativa a investimentos tecnológicos pode ser analisada sob o ponto de vista organizacional, individual, tecnológico e de ambiente externo (Ahmadi et al., 2015; Yang et al., 2013). Contudo, existem perspectivas que analisam a implementação de tecnologia hospitalar sob apenas três ou mesmo duas dimensões. O estudo de Yang et al. (2013) é moldado segundo a perspectiva *TOE* (Technological, Organizational, Environmental), segundo a qual são destacados fatores tecnológicos, fatores organizacionais e fatores ambientais. Por sua vez, Hung (2009) apresenta o seu estudo moldado apenas por fatores referentes à organização e fatores referentes à tecnologia a implementar. Vários estudos afirmam que o grau de centralização e de formalização da organização constituem um fator determinante na tomada de decisão estratégica (Chang et al., 2006; Fakhfakh et al., 2012; Nyland & Pettersen, 2004; Reimann, 1975; Xue et al., 2008).

Os diversos estudos têm mostrado que certas características tendem a influenciar sistematicamente a adoção de inovações tecnológicas. No entanto, não há um consenso tão alargado sobre quais as características influenciadoras (Hikmet et al., 2007).

Embora os diferentes autores agrupem os fatores de acordo com o modelo que desenvolvem ou adotam, a apresentação e explicação dos mesmos será feita de acordo com quatro níveis de análise diferentes, globais e não específicos a qualquer modelo referido ou a referir.

3.1. QUADRO TEÓRICO

É importante começar por perceber que a teoria que explica a tomada de decisão estratégica assenta em três paradigmas principais, nomeadamente na Racionalidade e Racionalidade limitada, Política e Poder e ainda na “*Garbage Can*” ou lata de lixo. Contudo, tem-se observado um desfasamento muito grande entre o que é dito na teoria e o que é observado nas organizações, no que diz respeito aos paradigmas referidos (Eisenhardt & Zbaracki, 1992).

De acordo com a vertente da **Racionalidade e Racionalidade limitada**, Eisenhardt e Zbaracki (1992) destacam como sendo o modelo mais comum da tomada de decisão racional, no qual os decisores enfrentam situações de tomada de decisão com objetivos conhecidos e bem definidos; os decisores reúnem a informação adequada, acabando por reunir um conjunto de ações alternativas possíveis e escolhendo a solução ótima. Contudo, a pesquisa empírica mostrou que existem limites cognitivos no modelo racional, na medida em que os decisores escolhem a solução mais satisfatória e não a que seria considerada ótima e, para além disso, raramente recorrem a uma pesquisa abrangente, acabando por definirem os objetivos ao longo do processo de procura. O estudo de Nyland e Pettersen (2004) é um exemplo da visão mais racional por parte dos gestores hospitalares “*Os gestores dos departamentos são responsáveis pelos orçamentos de acordo com as instruções que lhes são dadas*” (Citado por Nyland & Pettersen, 2004, p. 97). Esta afirmação demonstra que os gestores de topo, os gestores dos departamentos intermédios e os diretores clínicos definem o processo de controlo de gestão como racional e regular. Os autores mais concluem que o otimismo não prejudica necessariamente a tomada de decisão, mas os gestores precisam de encontrar um equilíbrio entre o otimismo e o realismo, entre metas e previsões. O excesso de confiança é a maior justificação para as avaliações inadequadas dos sistemas das Tecnologias de Informação (TI) e pode ser comparado a um efeito inibidor na atividade avaliadora (Selart et al., 2008).

Por outro lado, a vertente **Política e de Poder** da tomada de decisão estratégica define as decisões como o resultado de um processo segundo o qual os decisores têm diferentes objetivos e juntam-se através de alianças ou acordos, prevalecendo a preferência do que for mais poderoso. Desta forma, a chave deste pressuposto é o facto das organizações serem alianças de pessoas e interesses competitivos ou opostos. Enquanto que a vertente da racionalidade limitada é uma reação aos pressupostos cognitivos sobre indivíduos, a

vertente política é uma reação aos pressupostos sociais sobre grupos. Dentro desta, surgiu um ponto de vista diferente que consiste no facto dos gestores mais frustrados em ambiente organizacional adotarem a política como último recurso para situações autocráticas e de vácuo e de uma forma geral, os decisores adotam comportamentos políticos e formam coligações de forma a aumentarem o seu poder dentro das organizações. O contributo chave desta vertente acabou por ser a rutura com a ideia de objetivos organizacionais consistentes, para passarem a ser considerados conflituosos e múltiplos. A participação dos decisores passa só a depender dos seus próprios interesses e poder, colocando ênfase na resolução do conflito (Eisenhardt & Zbaracki, 1992). Stokman et al. (2013) explicam precisamente que os fatores de poder e de influência na tomada de decisão coletiva passam pelo poder de votação, pelo acesso e recursos dos quais o decisor dispõe, pelo quanto a decisão o irá afetar pessoalmente, das suas preferências e na alocação dos recursos de forma positiva para o mesmo. Para além disto, o autor ainda descreve um modelo que define a tomada de decisão em quatro domínios diferentes, defendendo e distinguindo os processos de negociação (Stokman et al., 2013). Esta é uma das formas mais atuais e que põe em prática a vertente política da decisão estratégica.

O terceiro paradigma da tomada de decisão estratégica consiste na referida ***Garbage Can***. Em termos gerais, esta perspetiva defende a existência de anarquia dentro das organizações. Aqui, as decisões ocorrem como resultado da interseção de hipóteses entre problemas, das oportunidades de escolha, das soluções e das pessoas. Este modelo descreve a tomada de decisão estratégica como uma combinação de uma visão racionalmente limitada e política. O principal contributo é a lógica temporal em detrimento da lógica causal, havendo uma participação fluída, objetivos ambíguos e alteráveis e no qual o processo de escolha é aleatório e resulta do choque de diferentes problemas, soluções, participantes e oportunidades. Eisenhardt e Zbaracki (1992) afirmam que o modelo da *Garbage Can* se situa num extremo, ignorando a capacidade cognitiva dos decisores e que o modelo racional se situa no outro extremo, na medida em que assume as pessoas como totalmente capazes de integrar os desejos de todos os participantes e calcular uma estratégia abrangente. Nenhum destes opostos traduz a realidade e o que se observa no seio organizacional é precisamente uma posição mais realista perante o conflito.

Posto isto, o paradigma dominante nos estudos sobre as decisões de investimento em tecnologia na saúde é o racional ou da racionalidade limitada. A literatura a seguir apresentada vem de acordo com o mesmo apesar de, pontualmente, se invocar a questão do poder formal e autoridade, mas apenas no sentido de partilha de decisão e hierarquia estabelecida.

3.2. DECISÕES DE INVESTIMENTO EM TECNOLOGIAS DE SAÚDE

3.2.1. NÍVEL CONTEXTUAL

As **restrições políticas e económicas** que dominam a área da saúde complicam a tomada de decisões, particularmente à medida que o movimento em direção ao atendimento gerido pelo setor privado acelera (Peer & Rakich, 1999). As decisões sobre os orçamentos dirigidos para os investimentos em equipamentos são por norma centralizadas para a direção do hospital (Nyland & Pettersen, 2004). Em termos políticos, o alinhamento entre a decisão de investir e o clima ou os valores locais, são também considerados relevantes para a tomada de decisão (Kidholm et al., 2015). A tomada de decisão acerca de investimentos hospitalares é fortemente afetada pelas características do próprio sistema de saúde do país em questão, nomeadamente em termos de seguro de saúde, métodos de financiamento e de reembolso (Wernz et al., 2014).

Para além disso, as **políticas de regulação** e os certificados de necessidade foram associados negativamente com a probabilidade de adoção (Teplensky et al., 1995). Campbell (1994) refere ainda que 37,1% dos inquiridos referiram a regulação e a acreditação como sendo o fator de prioridade na troca de equipamentos. Portugal é um dos países da UE com uma alta intensidade de regulação, que resulta num instrumento de contenção de gastos e contra pressões externas. A grande responsabilidade do setor público pela prestação de cuidados, obrigou à imposição de limites orçamentais rígidos e maior controlo. Não obstante, toda a regulamentação tem permitido um bom desempenho e eficiência na prestação de cuidados (Joumard et al., 2010). Importa ainda referir a **competição do mercado** que, juntamente com os objetivos estratégicos do hospital, constitui outro fator de análise. A importância de ser percebido como líder em tecnologia para a estratégia de desenvolvimento do hospital e a orientação do hospital para a alta tecnologia estão positivamente relacionadas com a probabilidade de adoção com um aumento de 47% e 93%. Hospitais em ambientes intensos de competitividade e concorrentes vêm a aquisição de novos equipamentos e tecnologias como formas de

atraírem pacientes e lidarem com estas forças externas (Teplensky et al., 1995; Wernz et al., 2014; Xue et al., 2008). Contudo, existem estudos que afirmam haver uma percepção semelhante da competição por parte de diferentes hospitais (quando inseridos num meio semelhante) devido à existência de um sistema de saúde (Chang et al., 2006).

3.2.2. NÍVEL ORGANIZACIONAL

Dentro da perspectiva organizacional, o **grau de centralização** é um dos fatores que é referido como influenciador da tomada de decisão. Xue et al. (2008) resume a centralização como a concentração de todo o poder de tomada de decisão na gestão de topo, pelo que os departamentos não desempenham um papel relevante no processo. A literatura refere que quanto mais centralizada a organização, mais o envolvimento quase exclusivo da gestão de topo e menor o envolvimento dos outros profissionais nas fases de iniciação do processo de investimento (Xue et al., 2008; Fakhfakh et al., 2012; Nyland & Pettersen, 2004). Assim, a maior centralização pode estar associado ao exceder do orçamento por falta de informações e à má avaliação do investimento (Lucas & Palley, 1986). A centralização pode ser explicada por aspetos como a própria complexidade da organização, e por sua vez, pela autonomia dentro da mesma e pelo maior (ou menor) envolvimento da gestão de topo nas decisões a serem tomadas. Os vários estudos da literatura mostram que a maior autonomia dos departamentos de gestão intermédia, inversamente relacionada com o grau de centralização das decisões, beneficia e potencia a tomada de decisão (a nível de novos equipamentos e tecnologias), influenciando positivamente o desempenho organizacional pelo envolvimento de vários participantes. (Fakhfakh et al., 2012; Castro et al., 2008; Nyland & Pettersen, 2004).

Associado ao grau de centralização, encontra-se na literatura a referência à **formalização**, que se traduz na dependência a regras e procedimentos estruturados na organização, sobre a forma de comportamentos pré-definidos pelos mesmos (Zmud, 1982). A formalização difere da centralização no seu impacto nos membros da organização por reprimir de certa forma os comportamentos dos profissionais dentro do ambiente de trabalho, em vez de os expandir. Neste sentido, a relação estabelecida na literatura entre o grau de formalização e a tomada de decisão é de proporcionalidade inversa; para além disso, o grau de formalização numa organização acaba por ter um impacto maior do que em termos de centralização, nas inovações técnicas no que diz respeito à inicialização do processo (Zmud, 1982). A maior autonomia dos gestores intermédios também se pode relacionar com o grau de formalização. Reimann (1975)

mostrou que o aumento da autonomia proporciona a diminuição da formalização e centralização organizacionais, promovendo a tomada de decisão.

Existem vantagens para as organizações maiores adquirirem inovações, uma vez que há mais recursos para facilitar essa adoção levando à criação de economias de escala, facto que permitiria por sua vez uma maior capacidade para suportar riscos associados a estas implementações. O **tamanho** do hospital é também um fator tido em consideração em alguns estudos (Ahmadi et al., 2015; Bower, 2005; Gabriel, 2014; Kimberly, 1981). O tamanho da organização aponta-se como uma influência positiva na aceitação da introdução de novos equipamentos, e os hospitais maiores conseguem dar uma resposta mais eficiente às solicitações dos pacientes (Hikmet et al., 2007; Hung et al., 2009); pode haver ainda a criação de uma “massa crítica” justificativa de aquisições que resulta do relacionamento positivo entre o tamanho do hospital com o comportamento de adoção de inovações e tecnologia. Neste caso, as inovações tornam-se necessárias como resultado do aumento do seu tamanho (Kimberly & Evanisko, 1981).

O **tipo de hospital** também deve ser contabilizado como um fator a ter em consideração, segundo a literatura, nomeadamente se é público ou privado. Teplensky et al. (1995) defendem que os hospitais privados devem a sua motivação para a adoção de novos equipamentos aos potenciais lucros aquando da redução do tempo de espera, redução da intensidade tecnológica e procura de pacientes mais lucrativos. Ser percebido como líder tecnológico é de vital importância para a estratégia de desenvolvimento do mercado e a orientação para a alta tecnologia em relação à oferta de Serviços, estando positivamente relacionadas com a probabilidade de adoção da tecnologia (Teplensky et al., 1995).

O **apoio da gestão de topo** foi um fator encontrado como importante no processo de adoção tecnológica e percebeu-se a importância da junção da visão da administração com a dos médicos que estão mais familiarizados com a utilização destes equipamentos. Aqui refere-se também a existência de **equipas multidisciplinares** como um fator importante para a tomada de decisão; é importante haver concordância e alinhamento nos valores de todos, para a organização poder adotar o melhor equipamento para a situação em questão (Ahmadi et al., 2015; Ancarani et al., 2016; Chang et al., 2006; Peer & Rakich, 1999; Wernz et al., 2014; Yang et al., 2013; Yusof et al., 2008). Refere-se ainda que a tarefa de seleção (referindo-se sempre a uma pluralidade de agentes decisores – entre 5 a 32 membros entre eles médicos, enfermeiros, staff técnico e administrativo -, que constituem uma equipa multidisciplinar de decisão) não é trivial, devido a possíveis conflitos de

interesses entre os grupos envolvidos, diversos objetivos, períodos de planeamento e interações tecnológicas diferentes (Focke & Stummer, 2003). A inovação tecnológica está assim positivamente relacionada com o envolvimento do Administrador nas práticas médicas e do diretor clínico nos assuntos administrativos (Ingebrigtsen et al., 2014; Kimberly & Evanisko, 1981). Ernest (citado por Dantas e Moreira, 2011) apresenta cinco fatores de sucesso capazes de influenciar o desempenho empresarial e que envolvem uma equipa: o Processo de Desenvolvimento de Novos Produtos (especialização nas atividades, informação do mercado, qualidade do planeamento, domínio do trabalho preparatório), a Organização (equipa interfuncional, forte *Project Leader*, equipa com responsabilidade pelo projeto, forte comunicação interfuncional, ampla autonomia), a Cultura Empresarial (Intrapreneurship, abordagem de longo prazo, abertura à inovação, existência de um *product champion*), o Compromisso da Gestão de Topo (alocação de recursos, clara definição de objetivos, responsabilização pelos resultados) e a Estratégia (objetivos claros para os novos produtos, clara direção para os diversos projetos e orientação para o longo prazo). Os autores dão ênfase ao espírito de equipa necessário para o desenvolvimento de qualquer processo de análise e investimento (Dantas & Moreira, 2011).

A definição de prioridades, que acaba por ser parte da **estratégia do hospital**, e estes são fatores também considerados relevantes para a tomada da decisão. Os aspetos estratégicos dizem respeito ao ajuste entre uma determinada tecnologia e à estratégia de pesquisa do hospital ou até à introdução de novas técnicas de prestação de serviços, por exemplo. Os serviços hospitalares que utilizem determinado equipamento podem atrair pacientes nesse sentido, principalmente no domínio privado (Focke & Stummer, 2003; Kidholm et al., 2015). Contudo, a literatura refere ainda que a influência nos Serviços com a compra de novas tecnologias médicas é reduzida uma vez que a necessidade de substituição pode ser vista como um fator relativamente comum para a aquisição de um dispositivo novo (Kidholm et al., 2015).

3.2.3. NÍVEL INDIVIDUAL

A literatura refere ainda outras características influenciadoras da tomada de decisão estratégica, nomeadamente o grau de inovação do gestor e a competência técnica percebida. Estes traduzem a forma como o gestor, como indivíduo decisor, encara a realidade e é influenciado pelo seu grau de inovação e pela competência técnica dos profissionais com quem trabalha, no momento de decidir.

Neste sentido, os modelos existentes, que serão apresentados a seguir, introduzem também esta visão mais individualista no processo de tomada de decisão. Entre os fatores que se incluem nesta perspectiva destacam-se o grau de inovação, no sentido da preferência em adotar equipamentos tecnologicamente mais evoluídos do que os anteriores, a competência técnica percebida dos técnicos que utilizam os equipamentos e as preferências dos profissionais que lidam com os mesmos.

Hung et al. (2009) formulou uma hipótese acerca do **grau de inovação dos gestores** na qual começou por afirmar que quanto mais alto o nível de inovação dos gestores com um maior tempo de permanência nas organizações, mais aceitável seria para o hospital a aceitação da introdução de novos equipamentos e novas técnicas. O autor percebeu que as preferências de inovação entre os Administradores irão aumentar a disposição e a aceitação em adotar novos equipamentos. (Hung et al., 2009). Para além disso, a tendência dos clínicos em preferirem a qualidade sobre o custo e a sua participação nas decisões potencia a qualidade do hospital como um todo (Alexander, Weiner, & Griffith, 2006). Ingebrigtsen et al. (2014) acrescenta ainda que a **competência** e as aptidões dos gestores com experiências passadas é um fator positivo associado à adoção de novos equipamentos, uma vez que estes acabam por desenvolver uma visão de compromisso de longo termo; a participação em termos de opinião e a competência técnica percebida dos médicos e dos técnicos é tipicamente resumida e agregada ao nível do departamento, passando por um processo de apoio por parte dos analistas financeiros antes de ser submetida aos Administradores do hospital para consideração final (Ingebrigtsen et al., 2014; Wernz et al., 2014).

É mais provável que as pessoas utilizem estratégias de avaliação singular quando a pressão de tempo é maior, quando são pessoas mais experientes a chefiar, quando existem condições mais dinâmicas, no sentido haver rentabilização de tempo e esforço na tomada de decisão, quando os objetivos estão mal definidos, estando presente ambiguidade e dificultando o aparecimento de um critério definidor. Por outro lado, é mais provável que os decisores utilizem estratégias de avaliação comparativas quando têm de justificar as suas escolhas, normalmente a superiores hierárquicos, quando a resolução de conflitos é um fator, quando se tenta o aperfeiçoamento de um curso de ação, quando a situação revela complexidade de cálculo e dificuldade de identificação (Klein, 1998).

3.2.4. NÍVEL DO PROCESSO (DE DECISÃO)

De acordo com Rzepczynski (2009), o processo de tomada de decisão é afetado pelo tipo de problema em análise e pela informação disponível. Mediante estes dois critérios, o autor refere a existência de dois quadros de análise: o quadro tradicional de utilidade esperada (EUF), que explora a tomada de decisões através da formação de probabilidades para o alcance de todos os resultados e o quadro de raciocínio baseado em casos/experiências anteriores (CBR), definindo-se como um processo experimental alternativo ao tradicional. Regra geral, os gestores mais criativos formam novas analogias de formas diferentes das tradicionais; contudo, existe um equilíbrio entre as duas abordagens. Neste sentido apresentam-se agora critérios tidos em consideração no processo de decisão de aquisição.

Primeiro, importa referir que, na área da saúde, a inovação tecnológica é muito grande e os equipamentos médicos começam a ter cada vez mais um período de vida encurtado à medida que surgem outros melhores no mercado e com mais funcionalidades. Na realidade, embora a vida útil técnica calculada do equipamento seja avaliada num determinado período de tempo, a obsolescência técnica e médica atual fica, em média, muito abaixo dos valores indicados. A **obsolescência** é assim apontada como principal fator de troca de equipamentos na saúde (Bower, 2005; Campbell, 1994; Focke & Stummer, 2003). No ambiente da prestação de cuidados de saúde, as melhorias tecnológicas resultam frequentemente na substituição por equipamentos mais caros, mas mais seguros, rápidos, eficazes ou que realizam um procedimento que anteriormente não era possível. A importância da obsolescência tecnológica traduz-se assim nesta necessidade de troca, e em vários estudos é referido que a qualidade do novo equipamento pode superar o custo em vários hospitais (Campbell, 1994).

As próprias **características do equipamento** ou inovação podem afetar o processo de tomada de decisão. Xue et al. (2008) distinguiram os investimentos e classificou-os como sendo de alto ou baixo nível. O investimento de alto nível é todo aquele que abrange os limites organizacionais (nomeadamente interdepartamentais, interorganizacionais e empresariais). Os investimentos de alto nível são geralmente mais complexos, exigem mais recursos, têm um maior impacto organizacional e fazem-se acompanhar de uma maior incerteza quanto ao investimento (Xue et al., 2008). A compatibilidade e a complexidade são também variáveis de influência, uma vez que os vários tipos de equipamentos têm diferentes alcances e funcionalidades, implicando a participação de um vasto grupo de gestores dentro da organização (Bower, 2005; Xue et al., 2008).

Mais especificamente, um hospital irá adquirir uma tecnologia quando e se o investimento maximizar os lucros da instituição. Assim sendo, o **lucro** esperado é determinante na adoção de novas tecnologias médicas e a sua adoção dependerá de fatores que afetem a percepção de custo e receitas atuais ou projetadas (Ahmadi et al., 2015; Focke & Stummer, 2003; Teplensky et al., 1995).

É importante ainda referir que a literatura refere a substituição quando o custo de utilização do equipamento por mais um período de tempo, excede o seu **custo** de implementação, assumindo que as receitas permanecem inalteradas. Comprometer recursos para se proceder à aquisição e substituição irá depender da **condição financeira** do hospital: condições precárias podem sinalizar que investimentos de substituição não são garantidos e que investimentos estratégicos para a organização só são feitos através de financiamento; por outro lado, a forte condição financeira pode encorajar investimentos de substituição (Campbell, 1994). Para potenciar as margens de lucro, a redução de custos de aquisição e de acompanhamento pode ser um dos objetivos os administradores hospitalares, levando a investimentos de curto prazo em tecnologias atuais em vez da aquisição de novos equipamentos mais avançados. O planeamento dos investimentos torna-se assim imperativo, para qualquer situação. (Focke & Stummer, 2003). A questão financeira é algumas vezes referida em estudos hospitalares, em termos de **restrições orçamentais**. O estudo de Gabriel (2014) refere também a questão financeira como um desafio de implementação e uso, ressaltando a ideia de que é importante garantir que todos os recursos estejam disponíveis e acessíveis, sendo que este apoio permite continuar a melhorar as qualidades e capacidades tecnológicas do hospital. Além disso, os decisores vêm-se obrigados a focarem-se nas implicações financeiras das decisões, o que pode não coincidir com os cuidados de saúde preferenciais ou ideais, (Kimberly & Evanisko, 1981). Os recursos financeiros são influenciadores da adoção de tecnologias uma vez que esse processo gera um grande dispêndio de capital, não apenas em termos de hardware, software e custos de rede, mas também em termos de custos de personalização de sistemas e de manutenção (Hikmet et al., 2007; Kidholm et al., 2015).

A administração hospitalar é altamente influenciada pelas solicitações médicas. A **preferência dos médicos** e a sua opinião é altamente valorizada no processo de substituição de equipamentos; além disso, se os médicos e os gestores não trabalharem juntos, a realização de ganhos para o hospital ficam comprometidos. O processo de decisão de adoção de tecnologia deve ser partilhado entre médicos e gestores (Ancarani et al., 2016; Bower, 2005; Campbell, 1994). Os estudos mostram ainda que quando os

médicos estão envolvidos na decisão, estes acabam por ter liberdade de escolha na proposta de aquisição de equipamentos médicos; contudo, pode haver aqui uma situação de conflito com o objetivo de eficiência do hospital, uma vez que os médicos podem acabar por fornecer uma opinião enviesada quer pelo prestígio que possam ter dentro e fora do hospital, quer pelas melhores condições de trabalho e melhores ou até novos Serviços ou técnicas de saúde. Embora em muitos sistemas de saúde os diretores das unidades hospitalares tenham considerável autonomia, as suas decisões vão depender da estrutura criada pela gestão geral do hospital (Ancarani et al., 2016).

A **eficácia clínica** é também considerada como relevante para a análise do processo. Os gestores concentram-se frequentemente no impacto, no custo de oportunidade e **relação custo-eficácia** (Kidholm et al., 2015; Wernz et al., 2014). Há ainda uma associação positiva entre o efeito antecipado da aquisição, por exemplo de uma Ressonância Magnética, em termos de aumento de receita com a sua adoção; a probabilidade de aquisição deste equipamento aumentou em 46,8% (Teplensky et al., 1995).

A **necessidade clínica** tem um forte efeito positivo sobre as probabilidades de adoção. Com isto, o estudo sublinha o facto de se um hospital tiver uma forte necessidade de uma Ressonância, a adoção seria quase certa, mesmo considerando os fatores tecnológicos, financeiros e regulatórios (Ingebrigtsen et al., 2014; Wernz et al., 2014).

Nível contextual	<ul style="list-style-type: none"> • restrições políticas • restrições económicas • políticas de regulação • competição do mercado
Nível organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • centralização • formalização • tamanho • tipo de hospital • apoio da gestão de topo • equipas multidisciplinares • estratégia do hospital
Nível individual	<ul style="list-style-type: none"> • grau de inovação • competência técnica
Nível do processo	<ul style="list-style-type: none"> • obsolescência • características do equipamento • lucro • custo • condição financeira • restrições orçamentais • preferência dos médicos • eficácia clínica • relação custo-eficácia • necessidade clínica

Tabela 3 – Diferentes fatores identificados em cada nível de análise.

A tabela 3 acima apresentada resume a literatura em termos de fatores identificados pelos diferentes autores em detrimento dos níveis de análise em cada estudo.

4. GESTÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

As unidades de saúde são organizações que exigem uma gestão muito cuidada e complexa. Os conceitos nestas duas áreas são diversos, de tal forma que, neste capítulo, serão abordados tópicos mais básicos para um melhor entendimento da temática. O foco estará sempre na gestão direcionada às unidades de saúde.

4.1. GESTÃO

A **gestão** é definida como o processo composto por funções e atividades sociais e técnicas inter-relacionadas, que ocorre num ambiente organizacional formal, cujo objetivo é a realização de objetivos pré-determinados através da utilização de vários recursos. Os gestores acabam por influenciar uma organização de saúde na medida em que há influência nas premissas da decisão sobre o trabalho a realizar e sobre as condições pelas quais esse trabalho se vai reger. Dito isto, os gestores ajudam a definir e a ajustar a cultura e a filosofia da organização que administram de formas variadas e são eles que, mais do que ninguém, determinam o desempenho geral que é alcançado pela sua organização ou sistema (Longest et al., 2000).

Inerentes ao processo de gestão estão um conjunto de funções sociais e técnicas que incluem o Planeamento, o Controlo, a Organização, o *Staffing* e a Direção. De uma forma geral, o Planeamento implica decidir o que se fazer num horizonte temporal futuro. Por outro lado, a Organização permite desenvolver padrões intencionais entre recursos e as pessoas que permitam chegar aos objetivos definidos, através do planeamento destes mesmos. O *Staffing*, que se traduz na aquisição, manutenção e contenção de recursos humanos, também integra uma das peças fundamentais para a tomada de decisão, bem como a Direção que permite iniciar o trabalho da organização e o controlo que se traduz na regulação das atividades de acordo com o planeado anteriormente. Estas funções estão estreitamente relacionadas como as peças de um puzzle e permitem, quando conjugadas, a escolha entre diferentes alternativas, ou seja, a tomada de decisão (Longest et al., 2000). Todos os gestores desempenham as funções de planeamento, organização, *staffing*, direção e controlo, e todos os gestores participam na tomada de decisão pelo seu desempenho em cada uma das funções. O facto destas estarem interrelacionadas permite aos gestores atingirem um conjunto de objetivos através da utilização de recursos e da ajuda de pessoas no ambiente formal que tem um hospital. Para cumprirem as suas

funções os gestores têm de utilizar um conjunto de competências conceptuais, técnicas e de relação interpessoal e, para o correto funcionamento da organização, os gestores desempenham papéis interpessoais e inter-relacionados, informativos e decisivos, bem como funções de gestão, de estratégia, de design e estruturação da organização e de liderança. Os autores acima referidos esquematizaram ainda um modelo de gestão em organizações de saúde no qual, sumariamente, é apresentado como um processo de inputs(recursos)-conversão-outputs(objetivos) que ocorre dentro das organizações de saúde. Resumidamente, importa referir o seguinte:

- os recursos que são adquiridos e utilizados para darem origem aos resultados finais são desde os recursos humanos, materiais/abastecimentos, tecnologia e equipamentos, informação, recursos capitais e financeiros até aos pacientes. Todos eles são igualmente importantes e a falta de um pode comprometer a eficácia de todo o sistema.
- os objetivos representam o que é produzido pela conversão de recursos e incluem quer os objetivos pessoais e individuais, quer os da organização. Estes objetivos variam consoante o tipo de hospital (público, privado, social), mas o objetivo último acaba por ser a prestação de cuidados de saúde.
- a conversão é feita quando os gestores integram as estruturas, as tarefas, a tecnologia e as pessoas no contexto da cultura da organização de forma a dar resposta às necessidades internas e aos *stakeholders* externos (Longest et al., 2000).

4.2. DEFINIÇÕES

Os gestores são pessoas que possuem cargos de autoridade em organizações ou sistemas, permitem que terceiros façam o seu trabalho corretamente e de forma eficaz, têm a responsabilidade para a utilização de recursos e a responsabilidade pelos resultados obtidos. Os diversos esquemas de classificação geralmente identificam os **gestores de topo**, os **gestores de nível médio** e os **gestores de supervisão ou de primeiro nível**. Várias são as distinções feitas. De forma geral, as distinções ocorrem de acordo com o nível de autoridade e o alcance da autoridade de cada um dos gestores. O exemplo dado por Longest et al. (2000) refere os gestores sénior, os presidentes, os CEOs e os vice-presidentes das organizações de saúde como tendo a autoridade e responsabilidade por toda a organização, desde os recursos, aos trabalhadores e até aos resultados. Estes são, para os autores, os gestores de topo. Num patamar da cadeia hierárquica abaixo destes, estão representados os gestores de nível médio, ou intermédios, que são responsáveis pelos departamentos e pelos serviços e que têm autoridade e responsabilidade dirigidas a

um segmento específico da organização. Por fim, os gestores de primeiro nível normalmente reportam aos anteriores e têm a responsabilidade de supervisionar uma determinada tarefa ou um determinado grupo de trabalhadores (Longest et al., 2000).

No caso português, o que acontece é que os hospitais por si só não concentram toda a estrutura hierárquica de poder. Em qualquer tipo de estabelecimento hospitalar é possível perceber que a sua estrutura vai para além da unidade em si. No caso do hospital público, existe ainda a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e os Ministérios da Saúde e das Finanças que interagem entre si de forma a dar resposta aos pedidos para investimentos (o mesmo acontece no caso das PPP, embora a diferença esteja na equipa de gestão privada do hospital). Nos hospitais sociais, a estrutura hierárquica acima dos mesmos está diretamente relacionada com a Misericórdia a que pertence, na medida em que as Misericórdias possuem todo um campo de ação para além da saúde e, apesar do hospital ter a sua equipa de gestão, esta é parte integrante de uma equipa maior que faz a gestão da instituição; por último, também os privados não estão limitados a uma unidade hospitalar, na medida em que tipicamente integram grupos com várias unidades, que respondem à visão, aos objetivos e às políticas do grupo como um todo.

Neste sentido, de acordo com a bibliografia e de forma a proteger os dados recolhidos dos vários gestores hospitalares, propõe-se utilizar neste estudo as terminologias referidas no subcapítulo “2.2.1. Hospitais”.

Na gestão de topo vão ser incluídos os gestores pertencentes ao Conselho de Administração de cada um dos hospitais A, B, C e D. Na gestão de primeiro nível serão incluídos médicos e técnicos responsáveis pelo departamento de Imagiologia. Na gestão intermédia, serão incluídos todos aqueles que pertencem ao processo de investimento em equipamentos e que são responsáveis por diferentes departamentos, nomeadamente Manutenção, Produção, Planeamento e Controlo de Gestão, Aprovisionamento, Logística, Instalações e Equipamentos. Em todos os hospitais, à exceção do pertencente ao Centro Hospitalar, existe um gestor do grupo de gestão mais alargada, ou seja, com funções em termos de grupo e coordenação de várias unidades hospitalares; este não será incluído na gestão de topo, mas será depois referenciado à parte, como elemento da **Gestão de Grupo**, uma vez que o estudo se concentra a nível de unidade hospitalar e não a nível de grupos e entidades com o controlo sobre as mesmas.

Na prática as decisões vão variar em alcance e de acordo com a sua natureza, bem como na técnica utilizada, dependendo do nível em que se encontra o gestor. Além disso, todos utilizam um conjunto de habilidades técnicas, conceptuais e de relações humanas nas decisões. Por norma, quanto maior a posição hierárquica do gestor na organização, maior o seu grau de autoridade e alcance da sua responsabilidade e atividade (Longest et al., 2000).

A **eficácia organizacional** traduz-se no grau de objetivos da organização cumpridos com sucesso. Neste sentido, uma organização com uma performance mais alta conseguirá cumprir mais objetivos do que a situação contrária. Longest et al. (2000) apresentam como exemplo da eficácia organizacional a forma de como os gestores estabelecem os objetivos, coordenam e integram os diferentes grupos, organizam e tomam decisões nas organizações de saúde; este conjunto de variáveis irá determinar a performance da própria. É ainda importante referir que a **eficiência** também influencia a performance de uma organização e está intimamente ligada com a eficácia. De acordo com Cabral e Silva (2009) a eficiência resume-se ao ênfase que é colocado na produção, ou seja, na *performance* da prestação de cuidados, ao menor custo possível. Os estudos mostram que a tecnologia na saúde não é apenas benéfica para a qualidade de assistência, mas também para a eficiência operacional. Se os objetivos fulcrais da gestão hospitalar são a eficiência e a qualidade, os objetivos dos médicos vão sempre terminar nos seus doentes; esta particularidade, que torna o processo de decisão na saúde singular, pode representar o excesso de investimento e excesso de capacidade. Se por um lado esses fenómenos podem conduzir à ineficiência, por outro também podem impulsionar a inovação e aumentar a qualidade dos tratamentos prestados na saúde (Ancarani et al., 2016).

5. TECNOLOGIA DE SAÚDE

Tal como o capítulo anterior, “Tecnologia de Saúde” é um capítulo de enquadramento que pretende apresentar as ideias básicas sobre o tema; apesar de não estar diretamente relacionado com o estudo, torna-se importante, até pelas inúmeras referências a equipamentos de imagiologia e a tecnologias de saúde ao longo do estudo.

5.1. DEFINIÇÕES

Cada vez mais as tecnologias de saúde são essenciais e parte integrante de um sistema de saúde funcional. As inovações tecnológicas têm fornecido aos Serviços e prestadores de saúde mundiais uma forma de diagnóstico e tratamento de problemas e doenças. Segundo a World Health Organization (Organização Mundial de Saúde), WHO (2018), a **tecnologia médica** define-se na aplicação de conhecimentos sob a forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para o combate a problemas de saúde, com vista ao melhoramento da qualidade de vida. Desta maneira, o **dispositivo médico** é definido pela WHO como sendo qualquer artigo, instrumento, aparelho ou máquina que é utilizado na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de uma doença, ou que tenha a função de detetar, medir, restaurar, corrigir ou modificar a anatomia e/ou fisiologia (estrutura ou função do corpo), com vista à promoção de saúde. Por outro lado, e com o mesmo propósito de melhorar a saúde, o **equipamento médico** é definido como todos os dispositivos médicos que necessitem de calibração, manutenção, reparação, treino técnico (tarefas normalmente executadas por engenheiros clínicos), e que é utilizado para fins de diagnóstico, tratamento ou reabilitação, isoladamente ou em articulação com acessórios, consumíveis ou outros equipamentos médicos. Neste caso, a WHO exclui desta definição os dispositivos médicos implantáveis, descartáveis e de única utilização (WHO, 2018).

A tabela 4 abaixo apresentada, adaptada de Longest et al. (2000), ilustra alguns exemplos do tipo de tecnologia médica, de acordo com o propósito da mesma. Os autores referem ainda outra forma de descrever a tecnologia médica, com base no custo de cobrança ao utilizador, ou seja, os testes de laboratório, as radiografias e outros Serviços auxiliares, tipicamente apresentam um custo menor que \$100 (ou 86€) considerado baixo quando comparado com as ressonâncias magnéticas e transplantações de órgãos, cujos preços podem rondar facilmente a gama dos \$600 a \$30.000-\$200.000 (dos 520€ a 26029€-173529€) (Longest et al., 2000).

Tipo	Exemplos
Diagnóstico	Tomografia computadorizada (TC) Imagem por Ressonância Magnética (RM)
De sobrevivência	Unidade de cuidados intensivos Reanimação cardiopulmonar
Gestão da doença	Pacemaker Angioplastia (PTCA)
Cura	Substituição da articulação da anca Transplante de órgãos
Prevenção	Reparação ortopédica pediátrica Vacinas para imunização
Gestão do sistema	Sistema médico informático Telemedicina

Tabela 4 – exemplos de tecnologia médica de acordo com a sua finalidade. Fonte Longest et al. (2000).

A tecnologia de saúde tornou-se tão importante que não pode ser ignorada. Tem uma aplicabilidade tão vasta que, hoje, os equipamentos podem ser utilizados desde o diagnóstico até à monitorização e tratamento do doente. Contudo, os equipamentos têm um tempo de funcionamento ótimo, ou uma vida útil e a qualquer momento podem haver falhas. Desta forma, torna-se muito importante dar uma atenção regular ao equipamento através da manutenção. A manutenção constitui assim um conjunto de ações destinadas a assegurar o bom funcionamento das máquinas e das instalações, garantindo que as mesmas são intervencionadas nas oportunidades e com o alcance certo, evitando avarias ou um decréscimo dos seus rendimentos. Dentro da manutenção, neste caso, faz sentido referir a manutenção preventiva e a manutenção corretiva. A **manutenção preventiva** consiste em verificações regulares do funcionamento do equipamento, ajustando configurações ou substituindo peças quando necessário para evitar situações de colapso ou avaria. Por sua vez, a **manutenção corretiva** corresponde à reposta à avaria do equipamento através da realização de qualquer trabalho necessário para a correção de determinado problema com o objetivo de tornar o equipamento operacional. Apesar destas operações acarretarem custos, se a manutenção não for realizada em tempo regulamentado, o equipamento acabará por se deteriorar muito mais rapidamente a ponto de ser mais compensatório a nível económico substituí-lo do que repará-lo (Temple-Bird et al., 2005). Cada equipa ou departamento pode beneficiar de um plano de ação anual onde estão definidos os objetivos e as atividades a realizar no que diz respeito à

manutenção, de forma a melhorar o ambiente de trabalho, o desempenho e o Serviço prestado. Alguns dos indicadores utilizados na manutenção podem ser os que descrevem a situação do equipamento (número de peças avariadas, tempo de inatividade e peças sobresselentes disponíveis), o desempenho (tempo de resposta quando é relatada uma falha, número de funcionários de manutenção, número de manutenções preventivas, etc.), o custo-benefício (tempo de inatividade quando é implementada a manutenção preventiva e quando esta não existe e a perda de rendimento devido à avaria) e a eficiência e a eficácia (disponibilidade de equipamentos por ano e o tempo de manutenção em relação ao tempo total). A discussão da necessidade de investimentos em equipamentos deve ser discutida com uma equipa mais abrangente de gestão (Temple-Bird et al., 2005).

No contexto hospitalar, os equipamentos tecnologicamente mais evoluídos implicam o recurso à manutenção subcontratada, apesar de ser feita a manutenção a nível interno, por um Serviço que agrega essas funções. Neste sentido, esta constitui uma parte importante no orçamento da manutenção hospitalar, chegando a atingir 80% do custo total da manutenção de um equipamento (Faria, 1999).

5.2. AMBIENTE LEGAL

Desde 1988 que é necessária uma autorização prévia do Ministério da Saúde antes da aquisição e instalação de alguns dos equipamentos mais sofisticados nos setores público e privado. Posteriormente, a legislação de 1995 suspendeu as restrições aos aparelhos de Tomografia Computorizada e Ressonância Magnética e em 1998, o governo português lançou pela primeira vez uma lista nacional de equipamentos de saúde, com todos os detalhes acerca da distribuição dos equipamentos em território nacional. Esta lista serviu como um guia que permitia aos gestores hospitalares a identificação de áreas com lacunas na prestação de Serviços. No entanto, este exercício não tem sido praticado desde então. Verifica-se que, atualmente, não existem métodos eficazes para a regulação da distribuição de equipamentos e que os mais caros se encontram no setor privado, que por si só é mais flexível e inovador na questão da tecnologia. O que acontece é a contratação de clínicas particulares para a utilização dos seus equipamentos (Barros & Simões, 2007).

Em Portugal, a autoridade responsável pela implementação e aplicação dos regulamentos à tecnologia médica é o INFARMED-IP. Para além disso, a avaliação das tecnologias de saúde é feita pela ACSS, IP. Em termos de inventário e manutenção, estes existem apenas para tecnologias de alto custo, nomeadamente Ressonância Magnética,

Tomografia Computorizada e Scanners PET. O equipamento médico disponível no país, em 2014, nos setores público e privado era o seguinte (WHO, 2018):

	Setor Público	Setor Privado	Total	Densidade por 1000000 de habitantes
MRI	29	76	105	9.898
TC	82	209	291	27.432
PET	4	3	7	0.660
Medicina Nuclear	30	24	54	5.090
Mamografia	53	322	375	272.049
Acelerador Linear	25	12	37	3.488
Unidade de Telecobalto	3	3	6	0.566
Radioterapia	28	15	43	4.053

Gráfico 4 – Equipamento médico disponível em Portugal. Fonte: WHO (2018).

O Decreto-Lei n.º 95/95, de 9 de maio, estabelece os procedimentos a que deve obedecer a instalação do equipamento médico pesado, nos estabelecimentos de saúde, públicos e privados. Com este diploma, a instalação do equipamento médico pesado fica sujeita a autorização do Ministro da Saúde, a conceder de acordo com critérios de programação e de distribuição territorial, fixados em Resolução do Conselho de Ministros. O Decreto-Lei n.º 180/2002, de 8 de agosto, estabelece as normas relativas à proteção da saúde das pessoas contra os perigos resultantes das radiações ionizantes em exposições radiológicas médicas. São definidos os critérios de aceitabilidade a observar pelas instalações radiológicas, quanto a planeamento, organização e funcionamento, aplicáveis a todos os estabelecimentos públicos ou privados, comportando ou não serviços de internamento, que desenvolvam práticas de radiodiagnóstico, de radioterapia e de medicina nuclear (Penedo et al., 2013).

5.3. EQUIPAMENTOS DE IMAGIOLOGIA

Em termos contextuais, a secção a seguir apresentada servirá de ponto de partida para um maior entendimento do assunto em estudo. Ou seja, tal como já foi referido, o

processo de aquisição de equipamentos de Imagiologia e, adjacientemente, os fatores de decisão que levam ao investimento, são o objeto de estudo.

Neste sentido, este subcapítulo pretende dar uma breve definição explicativa de cada um dos equipamentos aos quais se refere o estudo.

A “Carta de equipamentos pesados” é um documento elaborado por um grupo de trabalho do Ministério da Saúde em 2013, que determina a capacidade instalada de equipamentos pesados pertencentes às áreas de Medicina Nuclear, Medicina Hiperbárica, Radiologia e Radioncologia do SNS. Dos equipamentos considerados no documento, os referidos da área de imagiologia são os seguintes (Penedo et al., 2013):

Radiologia:

Angiógrafo

O médico neurologista Egas Moniz foi um dos pioneiros na aplicação com sucesso da Angiografia, tendo obtido a primeira angiografia cerebral em vivo em 1927. Nos dias de hoje quando se fala de Angiografia refere-se à Angiografia Digital, cujos primeiros equipamentos foram instalados em Portugal na década de 80. Em 1990 existiam seis equipamentos em hospitais do SNS e um no Setor Privado. Atualmente existem 44 angiógrafos em funcionamento. O angiógrafo é um equipamento que combina técnicas de radiologia convencional com digitalização a fim de obter imagens do sistema vascular. São obtidas imagens multidirecionais, graças à combinação de uma mesa telecomanda basculante (+90° / - 90°) e um arco em “C” motorizado, que suporta a cúpula que contém a ampola de Raios X e o intensificador de imagem. De uma forma simplista, podemos dizer que são obtidas duas imagens, a primeira sem agente de contraste e a segunda com administração de um agente de contraste na corrente sanguínea do paciente. Quando combinadas, recorrendo a uma subtração digital, obtém-se uma imagem muito nítida dos vasos sanguíneos opacificados, sem as estruturas ósseas (Penedo et al., 2013).

Ressonância magnética (RMN)

A ressonância magnética é um método de imagem 3D adequado para o diagnóstico de tecidos moles. Além dos métodos baseados em CT, as unidades de ressonância magnética não usam radiação ionizante, mas produzem fortes campos magnéticos que estimulam átomos de hidrogénio (presentes em moléculas de água) no corpo. Quando os átomos de hidrogénio retornam ao seu estado de equilíbrio, eles emitem um sinal de radiofrequência que é capturado pelos detetores da unidade de ressonância magnética. A

duração desse sinal depende do tipo de tecido do órgão; o exame é utilizado para distinguir e representar diferentes órgãos com bons contrastes teciduais. A localização da fonte dos sinais é realizada através da superposição de campos magnéticos adicionais. As aplicações clínicas incluem ressonância magnética do cérebro com estudos de difusão / perfusão, ressonância magnética da coluna vertebral, ressonância magnética abdominal para avaliar fígado, baço e rins, colangiressonância, ressonância magnética do pescoço, angiografia por ressonância magnética, ressonância magnética cardíaca, ressonância magnética para articulações, músculos e ossos MRI, bem como procedimentos intervencionistas guiados por imagem. A ressonância magnética é o único método de imagem que não representa um risco de exposição ao paciente. No entanto, a ressonância magnética não é adequada para pacientes portadores de implantes magnéticos ou que são claustrofóbicos, pois o paciente é colocado entre dois campos magnéticos (WHO, 2018).

Tomografia Computadorizada (TC)

A tomografia computadorizada (TC) é um método de imagem tridimensional que usa raios X para digitalizar áreas do corpo, fatia a fatia. Os raios X são criados e enviados por um gerador de raios X e capturados por um detector no outro lado do corpo. As aplicações clínicas comuns são cérebro (com ou sem contraste e estudo de perfusão) / TC cranial / cabeça / pescoço, mielografia por TC, TC de tórax, tomografia computadorizada de abdômen, tomografia pélvica, tomografia computadorizada, colonografia por TC e tomografia cardíaca. A principal desvantagem da tomografia computadorizada é a dose de radiação necessária que é maior do que a radiografia simples de raios X (WHO, 2018).

Medicina Nuclear:

Câmara gama

Uma câmara gama (também chamada de câmara Anger ou de cintilação) é usada na medicina nuclear para a visualização de funções fisiológicas ou bioquímicas no corpo. Aqui, os radionuclídeos¹⁰ são injetados, inalados ou ingeridos, e os fótons gama emitidos são capturados por um cristal na câmara. Usando a localização e densidade dos fótons capturados é possível criar uma imagem 2D (WHO, 2018).

¹⁰ São moléculas de um radiofármaco que é administrado para o tratamento; este emite radiação junto ao órgão ou tecido afetado.

Câmara gama - TC

São equipamentos híbridos de SPECT com tecnologia TC que permitem a fusão de imagens tridimensionais de SPECT com imagens anatómicas tridimensionais com a componente de elevada resolução da TC.

O SPECT é um método de imagem para diagnósticos funcionais em medicina nuclear. As unidades SPECT consistem em uma ou mais câmaras gama que rodam à volta do corpo para detetar os fótons emitidos. Com base nos fótons capturados de diferentes direções espaciais, os algoritmos matemáticos calculam uma série de imagens transversais do corpo. Posteriormente, gera-se uma imagem 3D que mostra a distribuição dos radionuclídeos nos órgãos onde se acumulam. O SPECT é usado para localizar a posição exata das anormalidades fisiológicas, normalmente na cardiologia e no diagnóstico funcional do cérebro (WHO, 2018).

Ciclotrão

É um acelerador de partículas utilizado na produção de radionuclídeos artificiais, que podem ser utilizados em Tomografia por Emissão de Positrões (PET). A produção dos radionuclídeos nos ciclotrões é conseguida através de reações nucleares entre estas partículas aceleradas e um material (alvo) escolhido de acordo com o objetivo de produção. Estes módulos são devidamente blindados para permitir a manipulação de materiais radioativos de acordo com os princípios de radioproteção (Penedo et al., 2013).

Tomografia por emissão de positrões (PET)

PET é um método de imagem para diagnósticos funcionais em medicina nuclear que utiliza radionuclídeos emissores de positrões. A radiação do positrão provoca a emissão de um par de fótons gama movendo-se em direções opostas. Os fótons são capturados por um anel de detetores fixos colocados à volta do corpo. Com base no intervalo de tempo na chegada de dois fótons pertencentes ao mesmo par, a localização espacial dos radionuclídeos pode ser reconstruída. Semelhante ao SPECT, os algoritmos matemáticos usam essas informações para calcular uma imagem 3D que mostra a distribuição dos radionuclídeos nos órgãos. Comparado com o SPECT, o PET produz imagens com maior resolução. O PET é capaz de visualizar processos bioquímicos funcionais e é frequentemente utilizado em oncologia clínica e neuro-imagem (WHO, 2018).

PET-TC

Um sistema PET-TC integra a possibilidade de obter informações anatómicas precisas, por Tomografia Computadorizada, à potencialidade de obter imagens moleculares, por Tomografia de Emissão de Positrões, numa única imagem resultante do co-registo destas. Este sistema, combina a funcionalidade de PET e TC no mesmo sistema físico, permitindo aos doentes realizar ambos os exames sem terem de se deslocar (Penedo et al., 2013).

PET-RM

Os tomógrafos PET-MR utilizam as tecnologias PET e RM conjugadas num único equipamento e encontram-se divididos em dois grandes grupos: os sistemas que adquirem as imagens de PET e RM de forma simultânea e os que adquirem estas imagens de forma sequencial. A filosofia de funcionamento é semelhante ao PET-CT, com a vantagem de se poder adquirir em simultâneo PET e RM, com obtenção de imagem anatómica sem radiação ionizante (RM), correção de atenuação por RM e localização anatómica com fusão de imagem de alta resolução espacial (Penedo et al., 2013).

Radioncologia:

Acelerador linear

Um acelerador linear é utilizado na radioterapia e gera raios X de alta energia acelerando eletrões e colidindo-os com um alvo de metal pesado. A fim de efetivamente matar as células cancerígenas sem danificar o tecido saudável ao seu redor, o tumor é irradiado por vários conjuntos de raios X provenientes de diferentes direções espaciais e superposição na localização exata do tumor. Este tratamento exige um cuidadoso planeamento de irradiação baseado nos resultados de várias modalidades de imagem (WHO, 2018).

6. MODELOS DE DECISÃO EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

A literatura enumera diversos fatores tidos em consideração no processo de tomada de decisão estratégica. Estes fatores, como já referido, embora tenham dimensões diferentes, estão muitas vezes agrupados em modelos que permitem ao gestor analisar o processo de investimento através da relação dos mesmos e não separadamente.

No entanto, muitos desses modelos eram bastante teóricos sendo que, algumas vezes, não forneciam categorias de avaliação específicas. Portanto, diferentes autores tentaram construir modelos que explicativos práticos da tomada de decisão.

Por exemplo, o estudo de Teplensky et al. (1995) tinha como objetivo construir um modelo que integrasse e verificasse três dimensões determinantes na tomada de decisão em grupo identificadas pelos autores como sendo as dimensões fiscal-gerencial, estratégica-institucional e médico-individualista. Nenhuma das perspectivas conseguiu, no entanto, explicar a adoção de tecnologia por parte dos hospitais satisfatoriamente, na medida em que não são perspectivas mutuamente exclusivas, mas antes complementares (Teplensky et al., 1995). Numa primeira parte, os autores defendem que os hospitais devem a sua motivação aos potenciais lucros aquando da redução do tempo de espera, redução da intensidade tecnológica e procura de pacientes mais lucrativos pelo sistema de GDHs. A segunda perspectiva, denominada pela proeminência tecnológica, baseia-se na crença de que os hospitais adotam novas tecnologias, independentemente dos custos associados, de forma a aumentarem e melhorarem a sua imagem como líderes tecnológicos, atraindo tanto profissionais como pacientes. Nesta dimensão está presente a estratégia de diferenciação baseada na liderança tecnológica. A mudança tecnológica e as expectativas acerca das inovações futuras têm assim uma grande influência na decisão da adoção de investimentos tecnológicos para o hospital. A terceira perspectiva tem um enfoque na prestação de serviços de acordo com a equipa médica do hospital, ou seja, os hospitais e os profissionais que neles operam adotam novas tecnologias com base nas suas convicções daquilo que são as melhores práticas clínicas para o conjunto de pacientes que atendem, mesmo que haja alternativas a nível financeiro, competitivo ou de prestígio. Esta dimensão pressupõe que as instituições atuem de acordo com as solicitações médicas e que os profissionais tomem decisões exclusivamente com base no melhor critério de cada um. Desta forma, a decisão de investimento do hospital pode resultar de um conjunto de solicitações por parte dos profissionais ou dos objetivos da administração (Teplensky et al., 1995). Com isto, o modelo criado mostra que a incerteza tecnológica não constitui

um impedimento na adoção de equipamento tecnológico e se houver uma alteração da ênfase para os Serviços de alta tecnologia, permanecendo as outras condições iguais, a probabilidade de adoção quase duplica (Teplensky et al., 1995).

Outros modelos são referidos na literatura, que acabam por ser a combinação uns dos outros ou a alteração/introdução de variáveis novas. Ahmadi (2015) fez uma compilação destas frameworks, na necessidade de criar uma que reunisse todos os fatores preponderantes para o processo de investimento. No seu estudo referiu os modelos TRA, TAM, TPB, UTAUT, DOI, TOE, HOT, e dedicou especial atenção aos modelos:

- TOE (Technology, Organization, Environment Framework) - Segundo esta perspectiva o processo pelo qual uma organização implementa inovações tecnológicas é influenciado pelo contexto tecnológico, organizacional e ambiental.

- HOT (Human, Organization Technology fit model) – esta estrutura estava associada a um conjunto de dimensões abrangentes e à medição do sistema de informação em saúde. Este sugeria que quanto mais ajustamento houvesse entre a tecnologia, a dimensão humana e a organização, mais potencial era percebido em relação ao sistema de informação.

Ahmadi procedeu à junção dos dois modelos dando origem ao HTOE (Human, Technology, Organization, Environment) no qual, na dimensão humana, introduzia os fatores de grau de inovação e competência técnica percebida. Este modelo resulta dos estudos anteriores e aos quatro contextos diferentes identificados, e representa tudo o que influencia estatisticamente a decisão de adoção das inovações tecnológicas, no que diz respeito à indústria de saúde. A figura 3 abaixo apresentada é uma esquematização das dimensões que o autor considera de maior relevância para os decisores.

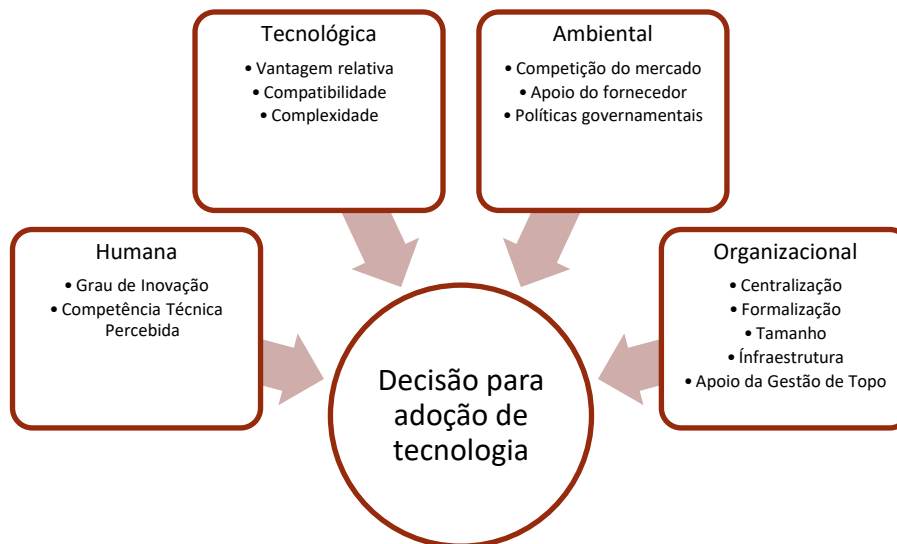


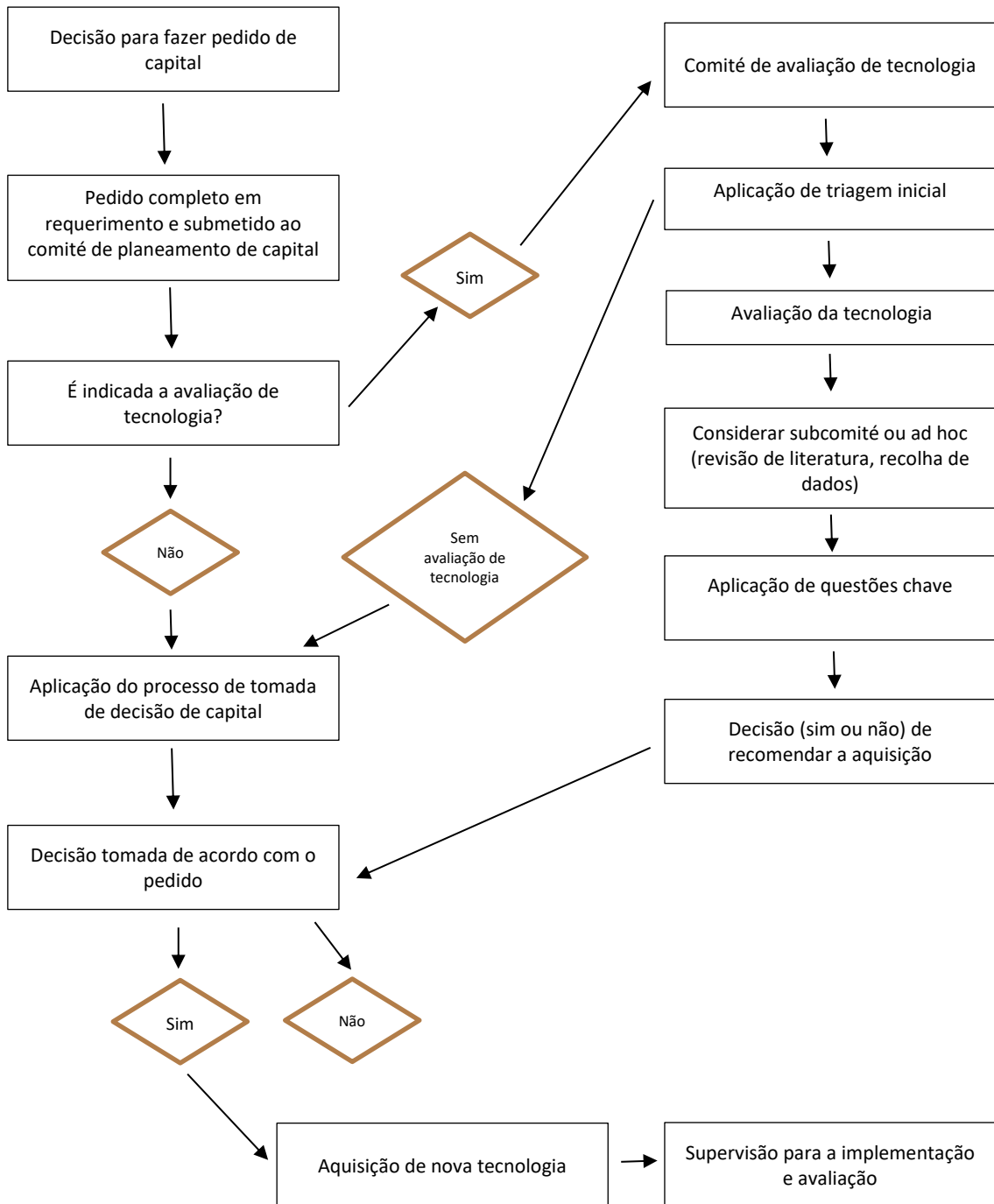
Gráfico 5 – Modelo de pesquisa conceptual. Fonte: Ahmadi et al. (2015).

Trata-se de um modelo de orientação informativo relacionado com os decisores e com o objetivo de promover a melhor decisão de adoção de tecnologia possível no contexto dos hospitais públicos. Contudo, deste modelo o autor mostrou que a competência técnica percebida era o fator de maior importância na dimensão humana; na dimensão tecnológica prevaleceu a vantagem relativa; da dimensão organizacional, o fator de maior importância foi o tamanho hospitalar; e na dimensão ambiental tratou-se da política do governo. Ahmadi realça a importância destes fatores não serem negligenciados no estudo de um processo de investimento (Ahmadi et al., 2015).

Existe ainda uma metodologia que auxilia a tomada de decisão acerca da tecnologia médica através de uma equipa de avaliação de tecnologia. Ao contrário dos anteriormente apresentados, esta metodologia não privilegia as dimensões de interesse para a aquisição de determinado equipamento, mas antes o melhor processo para ser tomada a decisão.

O comité multidisciplinar de avaliação de tecnologia foi proposto por Uphoff et al. (1997) e funciona em três fases distintas. A primeira fase envolve o processo de planeamento de capital de forma a incluir os elementos essenciais para a avaliação da tecnologia, para a formação do comité; este comité passa a utilizar uma abordagem multidisciplinar que envolve a participação dos médicos neste processo e aplica os critérios de avaliação de acordo com a missão, visão e planeamento estratégico da organização; a fase dois inclui a realização de um inventário de tecnologia e a avaliação da tecnologia depois da sua aquisição; a fase três envolve o desenvolvimento por parte

do comité de um planeamento estratégico de tecnologia que inclui a identificação de novas tecnologias que vão de encontro às necessidades dos Serviços (Uphoff et al., 1997).



Fluxograma 1 - Fluxograma do planeamento capital e avaliação tecnológica de Uphoff et al., 1997. Fonte: (Longest et al., 2000).

7. METODOLOGIA

O capítulo que se segue pretende apresentar o método de recolha de dados e as razões para a implementação do mesmo. Tendo em conta a abrangência do tema, e como já tem sido referido, procedeu-se à recolha através do método qualitativo através da entrevista.

Os dados foram recolhidos de vários gestores hospitalares de diferentes hospitais (público, privado, social, parceria público-privada) com o intuito de dar resposta às questões colocadas para iniciar a investigação, ao longo de um período de cerca de 8 meses, mediante a disponibilidade dos mesmos.

Foi escolhida a entrevista como método de recolha de dados de pesquisa, em vez de ter sido pedido aos gestores para lerem questionários, porque este método utiliza-se propositadamente para conhecer as suas próprias respostas (dos entrevistados), sendo simultaneamente gravadas com o consentimento dos mesmos (Babbie, 1992). As vantagens deste procedimento são algumas: a entrevista pessoal é mais relevante quando o assunto e as perguntas são complicadas e quando os termos específicos usados pelos entrevistados são de interesse (Kidholm et al., 2015); para além disso a taxa de resposta é, por norma, maior do que outros métodos como os questionários; na presença de um entrevistador, a taxa de respostas “não sei” ou fora do contexto também desce substancialmente, uma vez que o entrevistador pode clarificar o entrevistado sobre o assunto e sobre a dúvida (Babbie, 1992).

Foram feitas entrevistas semiestruturadas nas quais foram colocadas questões (previamente selecionadas) a um conjunto de gestores, de forma a perceber o que eles fazem, sentem ou pensam em relação à situação de análise. É considerada semiestruturada na medida em que não é completamente aberta, nem direcionada por um grande conjunto de questões precisas (Guerra, 2006).

As perguntas da entrevista foram retiradas da literatura, nomeadamente de outras entrevistas já aplicadas por diferentes autores: Fakhfakh et al. (2012), Reimann et al. (1975), Wernz et al. (2014), Castro et al. (2008), Campbell (1994), Gabriel et al. (2014) e Selart et al. (2008) e Kidholm (2015). Foram ainda introduzidos alguns itens para a entrevista se ajustar à realidade portuguesa.

A informação recolhida nas entrevistas foi sujeita a análise de conteúdo. A análise de conteúdo pretende descrever situações e interpretar o que foi dito pelos gestores nas entrevistas. Pretende-se fazer a descrição do processo de investimento e simultaneamente

perceber as associações entre departamentos hospitalares para o processo. Procedeu-se à transcrição integral das entrevistas e posteriormente à identificação das temáticas e problemáticas do estudo. Foi ainda feita uma construção da sinopse das entrevistas e a análise da informação recolhida através da: redução e seleção de informação, descrição, interpretação/verificação e finalmente escrita/divulgação dos resultados. De referir ainda que a verificação se procedeu igualmente a nível externo, pelo envio das entrevistas a cada um dos gestores para validação.

Para a análise de dados qualitativos não há fórmulas, pelo que se tentou ao máximo representar fielmente os dados e comunicar o que eles revelam, segundo o propósito do estudo, reconhecendo ainda assim que o fator humano e a existência de um entrevistador tanto na recolha de dados como na análise podem ser uma fraqueza do estudo (Nogueira-Martins & Bógus, 2004).

Antes de serem apresentados os resultados das entrevistas realizadas, importa referir uma vez mais o foco do tema e os objetivos segundo os quais este trabalho se orientou. O foco do estudo passa por entender as variáveis tidas em consideração pelos gestores hospitalares na tomada de decisão de investimentos em equipamentos de imagiologia, nos hospitais públicos, privados, sociais e em parceria público privada portugueses. Neste sentido os objetivos definidos foram os seguintes:

- I. Analisar a estrutura interna dos hospitais portugueses, identificando os diferentes patamares de gestão dentro dos mesmos;
- II. Perceber como ocorre o fluxo de informações dentro dos mesmos, identificando as que são necessárias ao processo de investimento;
- III. Perceber quais os intervenientes no processo de investimento;
- IV. Organizar um fluxograma explicativo do processo de decisão de equipamentos de imagiologia dos diferentes hospitais.
- V. Entender quais os fatores determinantes a nível contextual, organizacional, individual e do processo para a tomada de decisão;
- VI. Entender se há concordância entre os fatores apontados pelos diferentes intervenientes e se toda a informação é valorizada da mesma forma;
- VII. Entender se há concordância entre os fatores apontados entre os diferentes hospitais.

8. RESULTADOS

O capítulo que se segue reserva-se para a apresentação da informação recolhida nas entrevistas. Uma vez que estão em análise quatro hospitais diferentes, estes serão primeiro analisados individualmente, segundo os objetivos estabelecidos na metodologia e de acordo com a bibliografia apresentada. Posteriormente, serão discutidos os resultados no seu conjunto, comparando e contrastando o cenário observado nos quatro hospitais.

8.1. HOSPITAL PÚBLICO

No âmbito do hospital público A, foi possível realizar entrevistas a gestores intermédios (diretores de Serviço e gestores dos Serviços de apoio), de topo (diretor clínico e elementos do conselho de administração) e de primeira linha (médicos e técnicos de diagnóstico). A maior predominância foi, sem dúvida, de gestores intermédios.

Neste sentido, as responsabilidades dos gestores intermédios abrangiam:

- Fazer a manutenção de instalações exteriores e interiores, manutenção preventiva, segurança de instalações e ambiental, aquisição de equipamentos, obras e gestão de energia ambiental; acompanhar o ciclo de vida dos equipamentos, desde a aquisição até ao seu abatimento, pela definição de especificações e planeamento das reparações ou substituições totais.
- Recolher informações para a tomada de decisão do Conselho de Administração (CA) ou das direções intermédias; alertar para situações críticas; fazer estudos de análise (qual a população-alvo, qual o tipo, quantidade e volume de admissão de doentes para determinado tratamento, a acessibilidade ao hospital, a capacidade de resposta, se são completados os tratamentos dos doentes ou se estes têm de ser readmitidos noutras unidades, etc.).
- Controlar a aquisição dos investimentos, desde a fase de planeamento até à fase concursal ao nível do aprovisionamento e da execução; controlar todo o circuito desde que se dá a necessidade de compra até que o bem entre no hospital; acompanhar projetos candidatos a fundos comunitários.
- Organizar e gerir o Serviço de imagiologia.

As funções do entrevistado da gestão de topo incluíam representar de todos os assuntos clínicos no CA, sendo um dos elementos integrantes do mesmo.

Por outro lado, as funções do gestor de primeira linha que foi entrevistado consistiam na sua atividade como técnico de saúde (em 80% do tempo) e na gestão do Centro de Gestão (CG) (20% do tempo) onde colabora com o diretor e vogal gestor do mesmo na organização, planeamento e colaboração com a gestão de topo e com o Serviço.

O Centro de Gestão é uma chefia intermédia, que está acima do diretor de Serviço e que congrega vários Serviços de acordo com as várias especialidades. Este CG é composto por um gestor, um enfermeiro e o diretor de Serviço (a representar os médicos).

A tabela 5 abaixo apresentada representa uma melhor forma de organização das informações recolhidas, seguindo a estrutura dos objetivos definidos:

1. Estrutura interna do hospital público em função dos diferentes patamares de gestão	O hospital público organiza-se da seguinte forma (desde a prestação de cuidados até à gestão de topo e posteriormente até ao nível ministerial): Médicos/Técnicos/Enfermeiros; Serviços; Centros de Gestão; Serviços e Comissões de Apoio; Conselho de Administração do hospital; ARS; ACSS; Ministérios da Saúde e das Finanças.
2. Fluxo de informação no hospital e tipo de informação mais relevante no hospital público	O fluxo de informação da unidade hospitalar é ascendente, uma vez que o início do processo de investimento começa ao nível dos Serviços e centros de gestão e depois vai subindo conforme as validações que vão sendo feitas pela gestão intermédia e de topo. São valorizadas informações como as necessidades, aspetos organizacionais, satisfação do utente, aspetos do equipamento, análises económicas e orçamentos disponíveis.
3. Intervenientes no processo de investimento em equipamentos	Gestão de primeira linha (médicos, técnicos), gestão intermédia (diretores de Serviço, gestores dos Serviços de apoio), gestão de topo (diretor clínico, conselho de administração), fornecedores e tutela (Ministério das Finanças e da Saúde)

Tabela 5 – Grelha de análise do hospital público.

O hospital A é um hospital do interior do país, está integrado num centro hospitalar e tem uma organização interna que contempla os Serviços organizados em vários centros de gestão que, juntamente com as comissões e Serviços de apoio, formam a gestão intermédia da unidade. A presença de um CA é evidente para o funcionamento da unidade, sendo que, pelo carácter público, a mesma é tutelada em última instância pelos Ministérios da Saúde e das Finanças. A mesma estrutura está representada na figura 3.

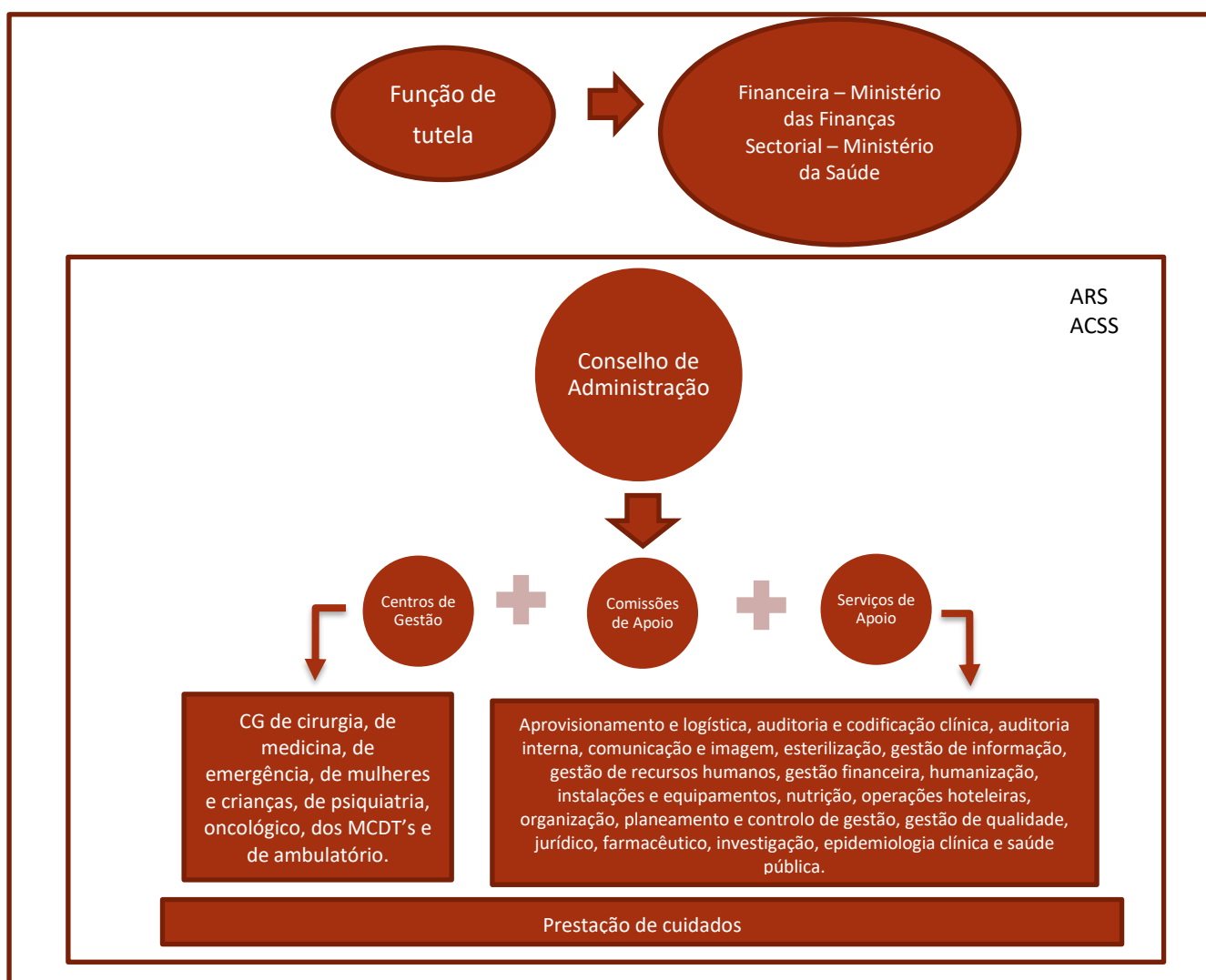


Figura 3 – organização do hospital A.

Antes de se dar ao início da explicação do processo de aquisição dos equipamentos, importa referir que, sendo o hospital A um hospital do Estado, a abertura de um concurso para a aquisição do equipamento faz-se através de um Caderno de Encargos. O Caderno de Encargos constitui um documento que tem o objetivo de aglomerar todos os requisitos necessários, neste caso, para um equipamento médico, bem como os critérios de avaliação do mesmo. Este documento obedece a uma metodologia sistemática proposta a todos os hospitais do SNS, que contempla características técnicas, desempenho e fiabilidade, funcionalidades e opções, interfaces com o utilizador, acessórios e consumíveis, dimensões e requisitos de instalação, ergonomia, riscos para profissionais e utentes, preço de instalação, custo de utilização. Para além disso, este documento contém o programa do concurso e cláusulas jurídicas e especiais que possam ser relevantes integrar. Nas aquisições de equipamentos as cláusulas especiais incluem o tipo de equipamento, os

manuais de instrução e técnicos, em português e de entrega obrigatória, ensaios e experiências que provem o bom funcionamento dos equipamentos que serão fornecidos, referências obrigatórias para a proposta (marca e modelo; descrição completa do equipamento; preço unitário por item de equipamento descrito; encargos globais com e sem iva por cada item; descrição completa das condições de fornecimento, instalação, configuração, formação e apoio à utilização; condições e modalidades de assistência técnica pós o prazo da garantia; prazo de entrega e entrada em funcionamento do equipamento; prazo e condições de garantia; condições de pagamento; encargos globais da proposta, com e sem iva; requisitos para a instalação e funcionamento do equipamento), a manutenção durante o período da garantia e no período pós- garantia, a formação de pessoal e ainda as normas e regulamento aplicável (Ferreira, 2011).

O fluxo de informação é feito de uma forma ascendente, ou seja, o processo de aquisição inicia-se mais frequentemente pela identificação de **necessidades** pelos Serviços. A **obsolescência** identificada pela manutenção e a **avaria** identificada quer pelo Serviço, quer pela manutenção são alternativas impulsionadoras à aquisição, que diferem do processo da primeira pelo alerta que é dado no que diz respeito ao equipamento. A partir daí, há patamares estabelecidos e informação que é recolhida para justificar o investimento que é comum às três fontes.

Em determinados períodos no ano o hospital faz o levantamento dos investimentos necessários em termos de equipamentos, produtos e Serviços que são depois escolhidos e elencados, junto dos Serviços, pela elaboração de uma lista posteriormente enviada ao CA. É também feita uma priorização em termos de urgência dos equipamentos. Contudo, podem surgir outras necessidades (porque há equipamentos ou partes dos mesmos que avariam), mas é necessário um planeamento de acordo com as prioridades, que é feito com a colaboração do CG.

Portanto, o Serviço identifica a necessidade, há a emissão do pedido do equipamento (pelo preenchimento de um formulário) e a comunicação do mesmo aos Serviços de apoio relacionados com a gestão de imobilizado, que vão verificar se existem bens equivalentes nos hospitais do centro que possam ser transferidos de uns Serviços para os outros para satisfazer aquela necessidade. Se não houver esse equipamento, há necessidade que ele seja adquirido. O processo passa para o CG. No CG faz também um crivo, e verifica se realmente aquela necessidade se justifica, principalmente nas situações em que há inovação, redução de custos e etc., uma vez que há que suportar essa necessidade, não só

com a análise custo-benefício, com outras informações, recolhidas também nos Serviços de apoio. O CG recolhe todas essas informações e entra em contacto com os Serviços de Apoio para recolher mais dados que permitam a análise do projeto de investimento, inclusive do Serviço de Instalações e Equipamentos (para caracterizar o equipamento que é necessário, definir as características técnicas mais ajustadas, definir eventualmente que tipo de instalações são necessárias para aquele tipo de equipamento, estimar um custo, verificar no processo de aquisição, se faz sentido incluir manutenções preventivas ou não, portanto, no fundo, proceder à execução do Caderno de Encargos), do Serviço Informático (que vai verificar se aquele equipamento precisa de alguma interligação de informática e quanto é que será o seu custo), do Serviço de Aprovisionamento e Logística (porque pode haver a necessidade de gerar stocks em termos de materiais de consumo). Ou seja, o CG socorre-se destes Serviços para completar as informações necessárias.

O hospital tem aqui ainda a função de criar um conjunto de fatores de ponderação (para aplicar depois do concurso ser lançado), que normalmente são a qualidade da solução técnica, o preço, a assistência técnica e o prazo de entrega, e escolhe a empresa que tiver um total ponderado de maior valor e que serão analisados pela constituição de um júri nomeado pela administração do hospital e composto pelo diretor de Serviço, diretor do Serviço de Instalações e Equipamentos e diretor do Serviço de Aprovisionamento.

Depois de recolher toda essa informação, o processo chega ao Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão, nomeadamente à área do investimento. O representante da área verifica se todo o processo está completo, até porque para investimentos com valores superiores a 100 mil euros, é necessária uma autorização ministerial. Estes investimentos de valores superiores a 100 mil euros passam todos pelo Ministério das Finanças e da Saúde. Contudo, mesmo nas situações em que os investimentos estão todos devidamente documentados e justificados, a aprovação por parte do Ministério, em particular por parte das Finanças, pode ser muito demorada. Nestas situações, constitui-se um outro processo com o intuito dessa despesa ser autorizada, e mediante a autorização, a informação chega ao Conselho de Administração. Tendo em conta o plano de atividades proposto para esse ano, a Administração dá o parecer positivo para se iniciar o processo concursal, iniciado pelo Serviço de Aprovisionamento e Logística.

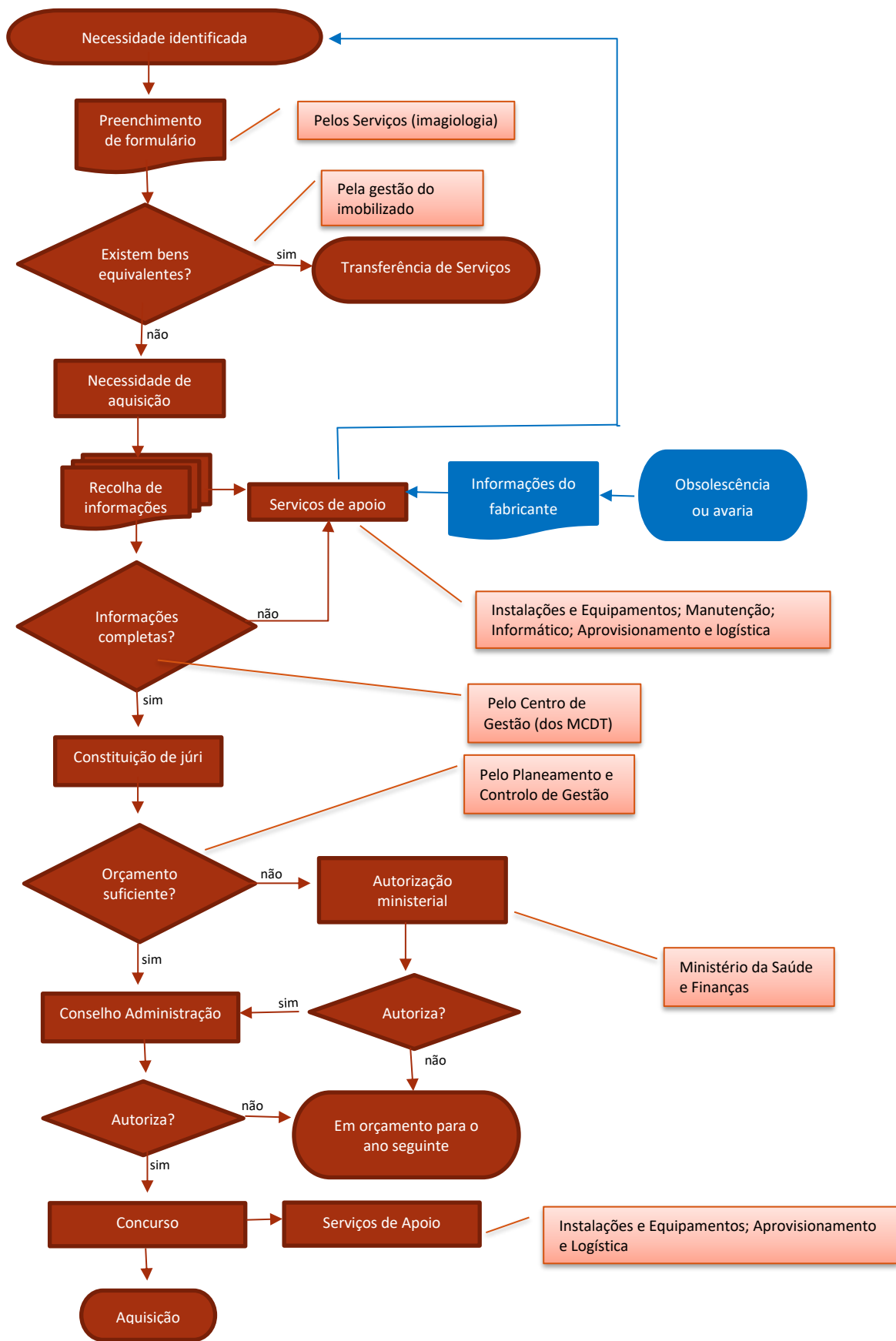
Um outro ponto de partida para a decisão de investimento é quando a necessidade de substituição resulta de um equipamento que, em função da longevidade do ponto de vista

tecnológico está obsoleto, descontinuado até, e já não é possível garantir a sua manutenção. Nesta situação o fabricante envia uma informação a alertar para a situação ao Serviço de Instalações e Equipamentos e a partir daí, a informação segue em primeiro lugar para o serviço para dar conhecimento aos médicos e técnicos que esta situação existe, porque podem até entender que não há necessidade de substituir o equipamento por já não se estarem a realizar aqueles tratamentos ou exames de diagnóstico. Se o serviço entender relevante, faz o pedido para a aquisição do equipamento novo e anexa-lhe a informação da necessidade de abate do equipamento existente ao Serviço de Instalações e Equipamentos, voltando a partir daqui a seguir-se o mesmo circuito anteriormente descrito.

Depois de ser dada a aprovação pelo CA, a fase posterior é a abertura do concurso público e aberto a todas as empresas que queiram apresentar o seu produto e a constituição de um júri.

Atuando o júri e escolhido o equipamento, o Serviço de Instalações e Equipamentos recebe o mesmo e tem a função de verificar se o mesmo cumpre todas as especificações que haviam sido definidas para o mesmo, procedendo depois ao acompanhamento do ciclo de vida do equipamento, através de monitorizações periódicas, independentemente dos contratos de manutenção que são estabelecidos com os fornecedores. Esses contratos são muitas vezes negociados em função daquilo que é a experiência do hospital, e em particular do Serviço de Instalações e Equipamentos, com a taxa de avaria de equipamentos semelhantes, os materiais que são aplicados e os custos da própria manutenção. Para além disto, o Serviço de Instalações e Equipamentos tem de estar atento a recomendações de segurança dos próprios fabricantes, em que muitas vezes há necessidade de introduzir upgrades aos próprios equipamentos por falhas detetadas, ou até o próprio equipamento tem de ser recolhido pelo fabricante para se poder proceder a ajustamentos no equipamento, e aí dá conhecimento ao Serviço e trata de todo o processo depois de controlo de qualidade, no fundo, do equipamento.

A informação recolhida pode, após uma análise sob os pontos de vista de vários departamentos, ser organizada sob a forma de um fluxograma.



Fluxograma 2 – representação do processo de aquisição do hospital público A.

A esquematização acima apresentada ilustra precisamente como é feito o fluxo de informação ao longo dos vários intervenientes no processo. De referir ainda que o fluxograma 2 apresenta o processo normal (a vermelho) e a diferença que se observa quando a necessidade identificada resulta da avaria ou obsolescência do próprio equipamento (a azul).

Ao ser explicado o processo de investimento durante as entrevistas, as necessidades em equipamentos foram surgindo como exemplos práticos daquilo que estava a ser dito. Neste sentido, foi possível perceber que o hospital A já realizou este procedimento para a aquisição de um acelerador linear, que ainda não foi realmente adquirido porque o processo se encontra dependente da autorização ministerial. Para além disso, o hospital realizou recentemente um *upgrade* numa TAC pela avaria de uma ampola¹¹ (os *upgrades* são encarados por todos os gestores hospitalares como um investimento – o processo é igual ao que foi descrito, com a diferença de ser de carácter obrigatório pela situação da avaria). Foi ainda adquirida uma Ressonância Magnética, uma vez que a até então existente encontrava-se em regime de outsourcing¹² por uma unidade externa ao hospital e era uma ambição do Serviço que acabou por ser colmatada. Uma vez que o hospital se encontra integrado num centro hospitalar, existe uma complementaridade de equipamentos que é essencial para o seu funcionamento e, acima de tudo, para a comodidade dos pacientes que o utilizam. Neste sentido, os gestores do hospital A referiram ainda que foi adquirida uma TAC para uma das unidades hospitalares do centro, equipamento esse que se encontra num patamar tecnológico satisfatório, ou seja, apesar de ter sido adquirido há pouco tempo é um equipamento que limita os estudos que se podem fazer com o mesmo. Finalmente foi ainda referido que o centro hospitalar não possui nenhum Angiógrafo. Por esse motivo, os doentes têm de ser referenciados para outras unidades públicas ou privadas que possuem o equipamento.

Apesar do parque de equipamentos ser considerado satisfatório por todos os entrevistados, reconhecem-se algumas limitações e a necessidade de renovação em alguns equipamentos. Uma dessas limitações é precisamente a ausência de um equipamento de neurorradiologia, já referido. Ainda assim, o hospital A apresenta uma política de

¹¹ A ampola de Raios-X é um dos constituintes de uma TAC. A ampola (ou conjunto de ampolas, dependendo do equipamento) giram em oposição e sincronizadamente com um ou mais detetores para a formação das imagens.

¹² o outsourcing consiste num processo, a partir do qual uma empresa ou organização contrata outra com o objetivo final do benefício mútuo e, simplificadamente, corresponde ao recurso a uma fonte externa, a empresa ou organização subcontratada, para a satisfação de uma necessidade interna da empresa ou organização contratante.

qualidade que lhe permitiu obter boas avaliações¹³ em dimensões nomeadamente na excelência clínica em 13 das 16 áreas clínicas, nível de qualidade II na segurança do doente, nível de qualidade III na adequação e conforto das instalações e nível de qualidade II na focalização no doente.

Ainda assim, o hospital A foi referido por todos os gestores como sendo um hospital de referência na região em que está inserido; é um hospital que consegue dar respostas de qualidade aos doentes pelo trabalho de profissionais dedicados e competentes. É um hospital que, apesar de ter maiores custos estruturais e obrigar a maiores deslocações, apresenta uma grande qualidade de atendimento, ainda que seja desprivilegiado em termos de equipamentos e em comparação a outros hospitais públicos centrais.

A este ponto da análise, é já possível entender quais os fatores que são considerados a nível contextual, organizacional, individual e a nível do processo, entender se há concordância entre os mesmos e se toda a informação é valorizada da mesma forma.

Começando pelo nível contextual, o fator mais referido neste sentido é a **competição** em termos de mercado. Enquanto relatavam o que achavam acerca da questão da incorporação de novos equipamentos na unidade, a existência de hospitais privados na zona, bem como outros hospitais públicos de referência, constituía um fator de análise que era muito tido em consideração pela gestão do hospital (e pouco pelo SNS), muito pela ótica do doente. Muitos dos argumentos utilizados remetiam para a necessidade de oferecer àquela população do interior todo o conforto e opções que evitassem maiores deslocações, em especial para o litoral, e punham em evidência os privilégios associados à localização dos hospitais do sistema de saúde português, remetendo para **restrições políticas** que eram sentidas. Este fator está muito relacionado com o processo de classificação dos hospitais em centros hospitalares ou unidades locais por parte do Ministério da Saúde, tendo em conta o princípio da definição das Redes de Referência Hospitalar (RRH). Os hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde classificam-se, desta forma, em grupos e de acordo com as respetivas especialidades desenvolvidas, a população abrangida, a capacidade de formação, a diferenciação dos recursos humanos, o modelo de financiamento, a classificação dos Serviços de urgência e a complexidade da população hospitalar (Portaria n.º 147/2016 de 19 de maio do Ministério da Saúde, 2016). É referido que a classificação atual lhes trás a desvantagem

¹³ Dado o carácter público do hospital A, este é avaliado pelo Projeto SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde), promovido pela ERS, com base em indicadores de avaliação, avaliação essa que é pública e de acesso a todos os utentes.

face a outros hospitais (públicos ou privados) porque, para além de ser público é do interior, ou seja, eles todos sentem que há uma subvalorização do centro hospitalar, apesar deste apresentar muito bons indicadores de qualidade; sentem que a tutela dá mais atenção aos hospitais públicos do litoral, principalmente na questão do financiamento.

A nível organizacional, a maior parte dos entrevistados, enquanto gestores de topo e gestão intermédia, diz ter um bom nível de autonomia, sempre dentro das suas funções. Contudo, o gestor de primeira linha entrevistado que, para além das funções de gestão, tem também as suas funções enquanto técnico, diz não ter grande nível de autonomia no que diz respeito às suas funções de gestão, pelo pouco tempo que tem atribuído às mesmas. No entanto, esta não é uma autonomia suficiente para a tomada de decisão de aquisição: se por um lado, por maioria, os gestores intermédios e de topo dizem ter um bom nível de autonomia nas suas funções e conseguem fazer uma gestão dos assuntos sem terem sempre de recorrer ao CA, por outro lado, em última instância, no que diz respeito a autorizações de despesa, a própria gestão hospitalar fica dependente da autorização ministerial. Em termos de decisão do equipamento a adotar, este é um processo partilhado que começa com os médicos e os técnicos e vai subindo na hierarquia, de forma a ser um pedido bem consolidado em termos de justificações e análises, de todos os pontos de vista. Portanto, existe uma centralização da decisão final, mas descentralização do processo até chegar a essa mesma decisão. Neste sentido, apenas se pode afirmar que a decisão de aquisição é participada. Todos os entrevistados relataram ainda as boas relações que apresentam uns com os outros, sendo sempre necessário algum tipo de formalismo pela marcação de reuniões para o debate de assuntos de maior importância. De uma forma geral, valoriza-se mais o **baixo grau de formalização**. O fator relativo ao **apoio da gestão de topo** é igualmente sensível e um pouco ambíguo. Metade dos entrevistados afirma sentir-se valorizado pela gestão de topo e nas suas funções diárias. No entanto, um gestor de primeira linha sente-se dividido nesta questão, precisamente pelas diferentes tarefas que exerce (enquanto gestor e enquanto técnico, pela falta de recursos humanos e pelo acumular de funções para os existentes); afirma ainda que todos têm igual direito e oportunidade de falar com a gestão de topo (neste sentido, o baixo nível de formalização nas relações estabelecidas dentro do hospital é um fator motivador à participação e à exposição de ideias ou problemas detetados). Contudo, sente ainda que este contacto pode não ter consequências no futuro. O **tamanho** foi referido como relevante, apenas na lógica de centro hospitalar. O centro hospitalar é constituído por cinco unidades hospitalares (A1, A2, A3, A4, A5) que são integradas no mesmo corpo

de gestão, sendo que o hospital A1 é o hospital A em análise – figura 4; portanto, as funções de cada departamento acabam por ser transversais a todas as unidades. Um dos gestores de gestão intermédia reconheceu ainda ser provavelmente mais fácil gerir um centro mais pequeno, contudo, “(...) se cada uma das unidades estivesse isolada perderia, seguramente, inclusive a unidade central do centro hospitalar. (...) esta escala beneficia todos (...)”. As **infraestruturas** (se for considerado no universo de centro hospitalar) apresentam um fator de análise quando há o levantamento de uma necessidade por um equipamento deixar de funcionar. Ou seja, devido ao carácter de complementaridade que existe entre as unidades, quando há um novo pedido para um equipamento, este é encaminhado para um departamento que verifica se existem bens equivalentes no centro que possam ser transferidos de uns Serviços para os outros para satisfazer aquela necessidade; se não houver, o pedido prossegue para a aquisição.

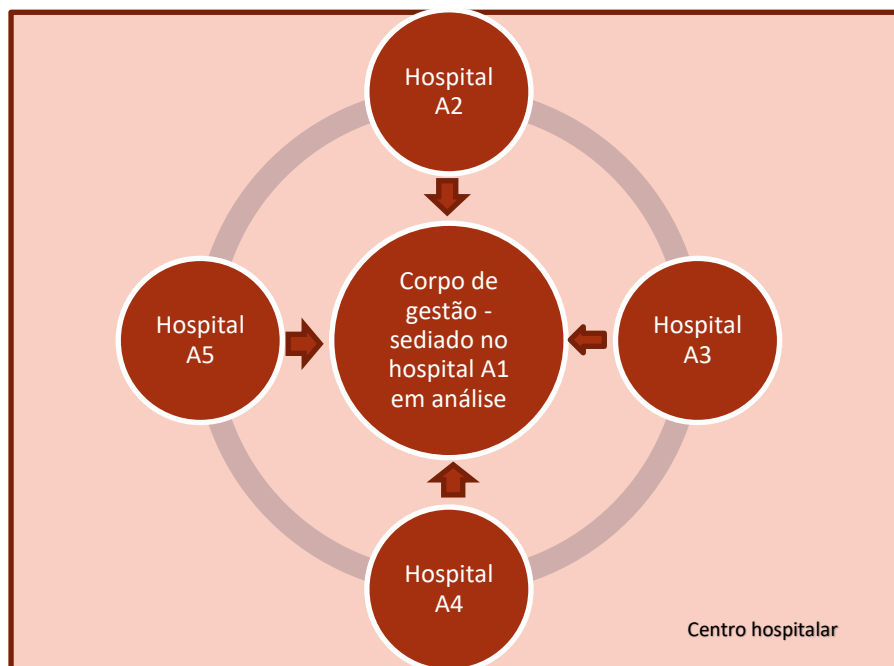


Figura 4– integração dos cinco hospitais no centro hospitalar.

Para além disto, a presença de **equipas multidisciplinares** é evidente no processo de aquisição: estão envolvidos médicos, técnicos, os próprios fornecedores, Serviços de Apoio à decisão (nomeadamente departamentos de instalação e equipamentos, de logística, de planeamento, de informática e de manutenção) e ainda elementos da gestão de topo. Portanto, o processo de aquisição envolve áreas não só da gestão, mas de outras ciências como a saúde e a engenharia.

Na dimensão individual, o **grau de inovação** é um aspeto importante na aquisição dos equipamentos. Metade dos gestores entrevistados (entre eles um pertencente à gestão de topo) admite haver sempre uma grande receptividade à tecnologia, principalmente na fonte dos pedidos (médicos e técnicos). Dois gestores intermédios concordam com a existência de um grande grau de inovação, contudo, e devido às restrições financeiras e às análises custo-benefício, as priorizações dos investimentos são obrigatórias e estes devem ser feitos dentro das possibilidades do hospital. A palavra de ordem ao longo das entrevistas conduzidas principalmente ao nível da gestão intermédia e nos departamentos de apoio à gestão é, sem dúvida, prioridades. E neste sentido, um dos gestores de primeira linha afirma precisamente que o hospital não consegue adotar a tecnologia desejada. A **competência técnica** é igualmente importante. Todos os gestores entrevistados afirmam que este aspeto é sempre tido em consideração, precisamente no momento de propor um equipamento, nomeadamente nas atribuições de características técnicas necessárias, por parte de quem trabalha com os mesmos. Se, eventualmente, o equipamento que é comprado não cumpre com tudo aquilo que era expectável ou se trás consigo um conjunto de especificações novas (mais inovadoras e que permitam um melhor diagnóstico e tratamento), nestes casos, e em todos os outros de aquisições, há sempre um período de formação dado aos técnicos, muitas vezes contratualizado com os fornecedores dos equipamentos.

Finalmente, os gestores foram referindo aspetos que consideravam ser mais importantes para o processo de decisão, na opinião de cada um, sendo que as **necessidades** tiveram a maior predominância. O próprio fluxograma 2 apresentado evidencia esta variável como sendo o gatilho do processo. As **características do equipamento** e a **obsolescência** (aliás, grande parte dos pedidos de equipamentos resultam da identificação de necessidades pela constatação da existência de um parque de equipamentos datado e obsoleto sob o ponto de vista tecnológico), bem como a eficácia clínica também são tidas em consideração por todos os intervenientes. As **restrições orçamentais** e **condição financeira** do centro hospitalar é, por outro lado, um aspeto igualmente importante para o processo. Apesar de também serem referidas pelos gestores de primeira linha e pelos médicos, a grande consciencialização destas variáveis está presente ao nível dos Serviços de apoio, pela elaboração necessária e fundamental de estudos e planos de investimento que colocam em evidência a **relação custo-eficácia** justificadora para a aquisição do equipamento. Esses estudos têm em vista perceber, se

do ponto de vista financeiro, há ou não possibilidade em orçamento de se comprar material novo ou se é necessária pedir autorização de despesa ou não (à tutela; este processo depois fica fora do alcance da gestão do hospital).

	Aquisição de Equipamentos	
	Fatores/variáveis	Influência na aquisição
Nível Contextual	Competição	Favorável
	Restrições políticas	Desfavorável
Nível organizacional	Formalização	Favorável
	Apoio da gestão de topo	Favorável
	Tamanho	Favorável
	Infraestrutura	Favorável
	Equipas multidisciplinares	Favorável
Nível individual	Grau de inovação	Favorável
	Competência técnica	Favorável
Nível do processo	Necessidades	Favorável
	Características do Equipamento	Favorável
	Obsolescência	Favorável
	Restrições orçamentais	Desfavorável
	Condição financeira	Desfavorável
	Relação custo-eficácia	Favorável

Tabela 6 - Fatores tido em consideração pelo hospital A na aquisição de equipamentos.

A tabela 6 acima apresentado resume, no fundo, o objetivo 5 que foi proposto para o estudo, pela apresentação dos fatores tidos em consideração, nas quatro dimensões ou níveis, pelos diferentes gestores entrevistados do hospital público A.

Para além disto, foi perguntado a cada entrevistado quais consideravam serem as alavancas e as dificuldades para a aquisição de equipamentos pesados. A tabela 7 representa uma enumeração daquilo que foi referido.

O que alavanca a aquisição:	O que dificulta a aquisição:
<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a assistência • Eficácia e eficiência • Qualidade de diagnóstico • Concorrência • Decisão clínica • Necessidades • Maior financiamento • Pressões internas • Envolvimento da gestão de topo • Direções fortes • Equipas motivadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Restrições financeiras • Dependência da tutela ministerial • Poder económico • Limites orçamentais • Direções fracas e sem objetivos

Tabela 7 – Aspetos que alavancam e dificultam a aquisição de novos equipamentos no hospital A.

De referir que a o melhoramento da assistência, eficácia e eficiência foram os mais referidos pela gestão intermédia. Por outro lado, há uma grande concordância, nas restrições financeiras como sendo dificultadores da aquisição, seguindo-se da dependência da tutela (entenda-se por tutela o Ministério das Finanças, enquanto função financeira, e da Saúde, enquanto função setorial).

Para além disto, foi também possível retirar do estudo as principais motivações que os entrevistados consideraram estar na origem da aquisição de novos equipamentos. A obsolescência e a introdução de novas técnicas e a satisfação dos doentes foram desde logo as mais referidas seguindo-se pela análise custo-benefício que é realizada pela gestão intermédia, ou de apoio e a criação de autonomia por parte do hospital A em relação a prestadores externos.

8.2. HOSPITAL EM PARCERIA PÚBLICO-PRIVADA

No que diz respeito ao hospital em parceria público privada B, apenas foi possível realizar entrevistas a gestores intermédios e do grupo. Embora fosse interessante verificar ao nível da gestão de primeira linha o que acontecia ao longo do processo, tal não foi possível pela indisponibilidade dos próprios.

Assim, as responsabilidades dos gestores intermédios entrevistados incluíam:

- preparar a proposta de valores para o investimento, de acordo com o histórico e as necessidades; propor a distribuição do investimento pelas diversas áreas; levar a proposta à decisão da Comissão Executiva (quando não é aprovado existe a autonomia para fazer alterações nas propostas); priorizar investimentos.
- fazer o planeamento das atividades em articulação com os Serviços (anualmente); identificar as necessidades de investimento; elaborar o plano de investimentos; definir prioridades mediante orçamento que é distribuído para a Direção Clínica, produção e enfermagem.
- proceder à manutenção de infraestruturas e equipamentos (tudo o que for um ativo do hospital, no fundo); implementar políticas de eficiência energética e gestão macro do edifício; garantir o cumprimento de obrigações contratuais com o estado de manutenção; criar uma interligação das destas últimas com processos de qualidade, acreditações e certificações.

O gestor de topo entrevistado tinha, por sua vez, responsabilidade sobre as áreas dos equipamentos, medicamentos (gases medicinais), consumíveis e eficiência; comprar o que a unidade, o hospital ou a comissão executiva decide, ao melhor preço; emitir opinião sobre o que se vai comprar, nunca, porém, sendo o último a decidir.

Pelo que já foi dito anteriormente no ponto “2.2.1. Hospitais”, o hospital B é uma unidade integrada no SNS, no âmbito de uma Parceria Público Privada celebrada através de um Contrato de Gestão assinado pela ARS, em representação do Ministério da Saúde e é gerido por um dos grupos privados de saúde em Portugal. De acrescentar ainda que o hospital B se rege pelas normas legais de gestão hospitalar e pelo Contrato de Gestão referido, celebrado entre o Estado, a Entidade Gestora do Edifício e a Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A.

Para além disto o hospital B possui, à semelhança do hospital A, o Caderno de Encargos, que pretende ser substituído por um documento mais simplicista, que permita uma maior facilidade no processo de aquisição (à frente será discutido em maior detalhe esta situação).

A tabela 8 abaixo apresentada representa uma melhor forma de organização das informações recolhidas, seguindo a estrutura dos objetivos definidos:

1. Estrutura interna do hospital PPP em função dos diferentes patamares de gestão	O hospital B organiza-se, no sentido da prestação de cuidados para a gestão de topo, da seguinte forma: Médicos/Técnicos/Enfermeiros; Áreas; Direções e Órgãos de Apoio; Comissão executiva; Conselho de Administração; ARS; grupo privado.
2. Fluxo de informação no hospital e tipo de informação mais relevante no hospital público	O fluxo de informação da unidade hospitalar é ascendente e simultaneamente paralelo com a Direção de Compras do grupo; o início do processo de investimento começa ao nível dos Serviços, sendo gerido pela Produção, e depois os pedidos são compilados pelo Planeamento e aprovados (ou não) pelo Administrador. O gestor do grupo responsável pelas compras intervém no início do processo pela recolha das necessidades, análise do mercado e apresentação das opções disponíveis à unidade. São valorizadas informações como as necessidades, aspetos organizacionais, eficácia, satisfação do utente, aspetos financeiros e económicos, estratégicos e aspetos do equipamento.
3. Intervenientes no processo de investimento em equipamentos	Gestão de primeira linha (médicos, técnicos), gestão intermédia (diretores de Serviço, gestores dos Serviços de apoio), gestão de topo (diretor clínico, conselho de administração), gestão do grupo (Direção de Compras).

Tabela 8 – Grelha de análise do hospital em parceria público-privada.

O hospital B está internamente organizado em cinco áreas de atuação, que integram os vários serviços clínicos, seguindo-se de várias direções e órgãos de apoio técnicos, que constituem a gestão intermédia da unidade. No topo da hierarquia do hospital encontra-se a Comissão Executiva, o Conselho de Administração e ainda um Conselho para o Desenvolvimento Sustentado.

O Conselho para o Desenvolvimento Sustentado é, no fundo, um órgão consultivo, que é composto pelo presidente do Conselho de Administração do grupo privado, pelo presidente do Conselho de Administração e Comissão Executiva da Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A., e por um conjunto de indivíduos designados pelo Conselho de Administração da Sociedade Gestora do Estabelecimento, S.A.

Para além disto, existe ainda a Comissão Conjunta que é constituída por elementos designados pela entidade pública contratante, pela entidade gestora do estabelecimento,

pela entidade gestora do edifício e por um representante da Universidade da mesma cidade que o hospital B. A Comissão Conjunta tem a possibilidade de intervir na elaboração das propostas do Contrato de Gestão, acompanhar a execução do Contrato de Gestão, propor a adoção de medidas e fazer recomendações às partes sobre o Contrato de Gestão.

A figura 5 abaixo apresentada ilustra a organização do mesmo.

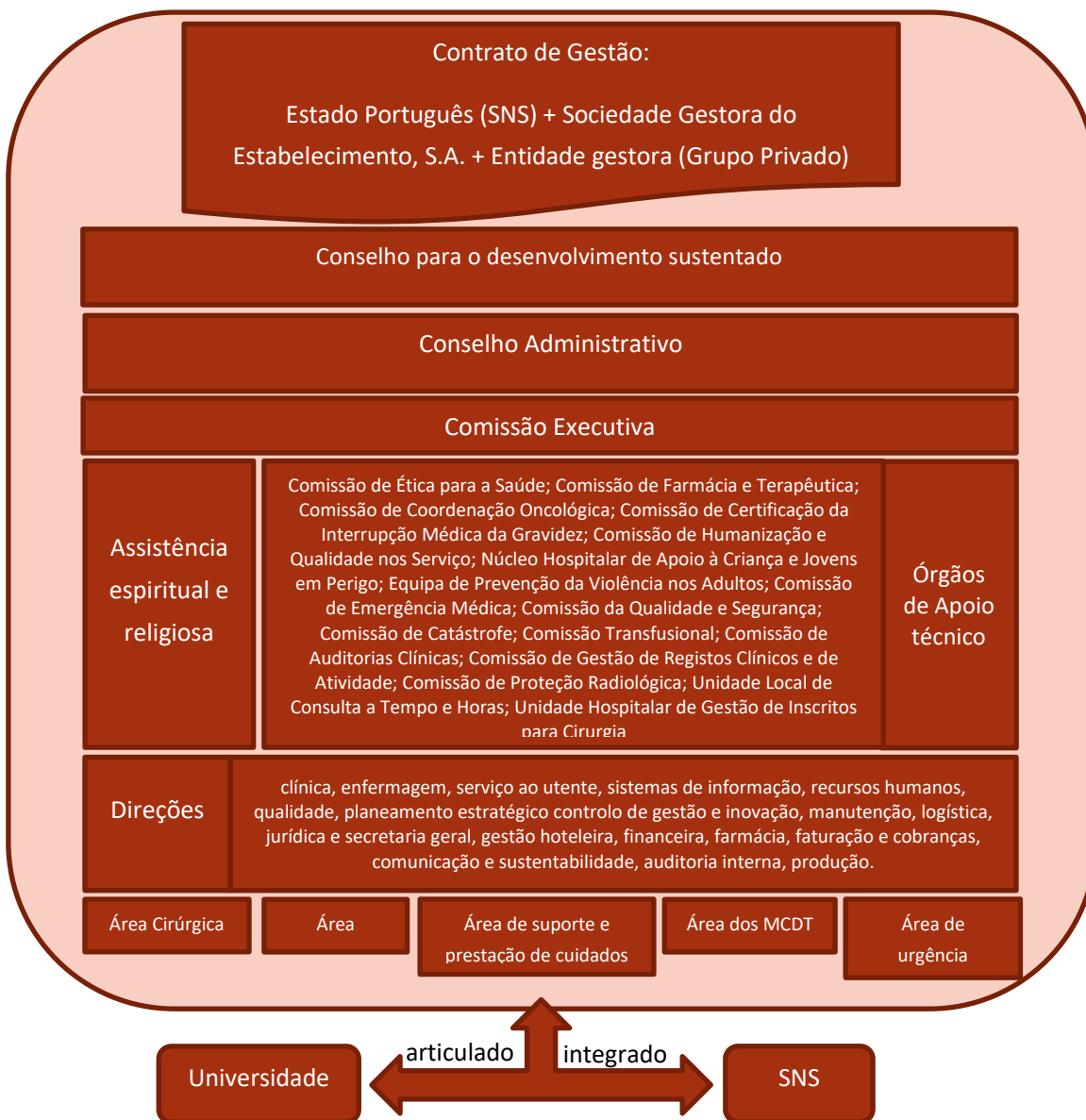


Figura 5 – organização do hospital B.

O procedimento de aquisição, que está no sistema de qualidade do hospital B, foi criado pela gestão, elaborado pela Direção de Planeamento Estratégico, Controlo de Gestão e Inovação, e envolve várias entidades no hospital. A Direção de Planeamento tem aqui um papel em duas fases fundamentais, na fase orçamental em que se definem quais são os *plafons* de investimento disponíveis em cada ano e depois há um processo

interno de definição de quais são os investimentos que vão para orçamento sendo essa definição feita pelas áreas operacionais.

Durante o processo de orçamento, a Direção de Planeamento começa por falar com a Comissão Executiva, referindo qual a disponibilidade que têm para investimentos e por quais áreas é que o dinheiro será repartido. Se forem equipamentos clínicos, quem toma conta desses processos é a Área de Produção. Esta área, em articulação com os Serviços e ainda em processo orçamental faz a compilação de todas as necessidades identificadas por cada Serviço clínico. Todos os diretores de Serviço apresentam, em reunião, o seu plano de atividades para perceberem dele o que é que conseguem ou não executar no ano seguinte e, portanto, é assumido um compromisso conjunto: de quem executa, quem depois acompanha e de quem decide. Os Serviços referem o que é preciso, com prioridades, faz-se uma lista integral de todas essas necessidades na Direção de Produção e definem-se as especificações, que depois são analisadas pela Direção de Compras do grupo. Essas linhas de investimentos de todos os Serviços são depois enviadas para a Direção de Compras que vai valorizar os investimentos. Em função disso, a Direção de Produção, com a Direção Clínica e com os Serviços, verifica a que é que é possível dar prioridade e colocar em orçamento; identifica os investimentos, pessoas, materiais e medicamentos necessários. Este processo ocorre quando se pretende um equipamento novo. Portanto, a origem mais natural é a necessidade do serviço, seja porque o hospital vai começar a prestar mais cuidados de saúde ou diferentes daqueles que eram prestados.

A partir daí, da definição de prioridades das necessidades, o processo de aquisição é gerido em conjunto com a Direção de Compras.

A Direção de Manutenção pode também originar o processo, pelo levantamento da necessidade de substituição, possível pelo acompanhamento regular que existe, ao longo do ano, dos equipamentos. Os engenheiros e técnicos da manutenção sabem quais são os equipamentos que estão a necessitar serem substituídos, porque estão obsoletos ou degradados. Neste caso, a identificação da necessidade resulta de um plano de renovação de equipamentos que define o tempo de vida de todos os equipamentos hospitalares. E com base nesse plano de renovação e num orçamento mais ou menos estimado no passado, estabelecem-se novamente as prioridades, sendo que existem diversas variáveis que podem ser analisadas (o equipamento pode estar obsoleto ou com necessidades de manutenção que não justificam a despesa, ou com probabilidades de ter uma falha crítica a curto prazo e de comprometer o Serviço; o próprio feedback de quem usa os equipamentos também é considerado). Essas variáveis são examinadas e a Direção de

Manutenção faz uma lista de equipamentos que se propõe a renovar no ano seguinte. Estando essa lista aprovada, inicia-se depois um processo de negociação, via Direção de Compras, sendo que a Direção de Manutenção faz a interface com o hospital pelo facto de ser muita da engenharia que existe dentro do hospital: é, em primeira instância, o suporte técnico a um conjunto importante de decisões. E, portanto, em caso de investimentos que envolvam obras ou que envolvam a instalação de equipamentos pesados, etc., a Direção de Manutenção intervém em grande parte no processo por uma questão de gestão, porque efetivamente do ponto de vista operacional o processo é praticamente todo executado pela mesma. Faz ainda a interligação com os fornecedores dos equipamentos; é a interligação com o parceiro, neste caso senhorio, que é quem faz as obras necessárias; e é quem, de certa forma, consegue descodificar a linguagem para depois para outras pessoas nas várias vertentes: controlo de infeção, funcionalidade clínica, etc. Voltando ao planeamento, faz-se um escoamento e toma-se a decisão sobre quais são os investimentos que vão ficar em orçamento, para execução no ano seguinte. Toda essa compilação vai para a Direção de Planeamento, e esta integra no orçamento.

Depois a Direção de Planeamento compila esses orçamentos e é feita uma validação da execução, ou seja, nomeadamente para investimentos acima de 20 mil euros é necessário, de acordo com procedimento, fazer-se um plano de negócio, uma avaliação económica e financeira do investimento, sendo que quem valida esta avaliação económico-financeira é a própria Direção. Há investimentos que podem ter *business case* negativo, mas serem aprovados na mesma porque é uma necessidade premente para o hospital.

Uma vez aprovado o orçamento, existe um determinado *timing* para aprovação do ano seguinte, e existe um sistema de acompanhamento da ordem dos investimentos que cria num sistema específico as ordens de investimento que ficam a aguardar a autorização da execução ao longo do ano, em tranches. Definem-se tranches trimestrais ou bimensais, para dois meses, etc. e marcam-se reuniões nas quais se definem quais serão os investimentos a priorizar ao longo do ano. A Direção de Planeamento faz o processo de aprovação de cada investimento, mas mesmo passando para orçamento, há validações a fazer. O processo do investimento vai ao Administrador, que autoriza ou, se necessitar de um dossiê de investimento, tem de se dirigir mais uma vez o processo para a Direção de Planeamento com o dossiê de investimento lá anexado. Uma vez fechada a aprovação do investimento, vai para a Direção de Logística que recebe, no fundo, esse pedido, e a partir daí executa junto do fornecedor, faz a nota de encomenda e gere o processo com o

fornecedor. Quando o equipamento é adquirido, é feito um processo de receção de equipamento, de inventariação e colagem das etiquetas de imobilizado, de registo nos diversos sistemas (o hospital tem mais que um sistema: têm que registar em SAFT¹⁴ e têm que registar no sistema específico da manutenção) e depois o equipamento é instalado e é colocado a uso e começa a amortizar do ponto de vista financeiro.

Sob o ponto de vista do grupo e neste sentido falando de um grupo de saúde privado com 70 anos de existência e responsável por 19 unidades hospitalares, o sistema informático em vigor no hospital B é centralizado e é o mesmo para todas as outras unidades. A Direção de Compras negocia para todas as áreas e especialidades, coloca no sistema o que está disponível e as unidades vão lá fazer as notas de encomenda aos preços e fornecedores que estão no sistema.

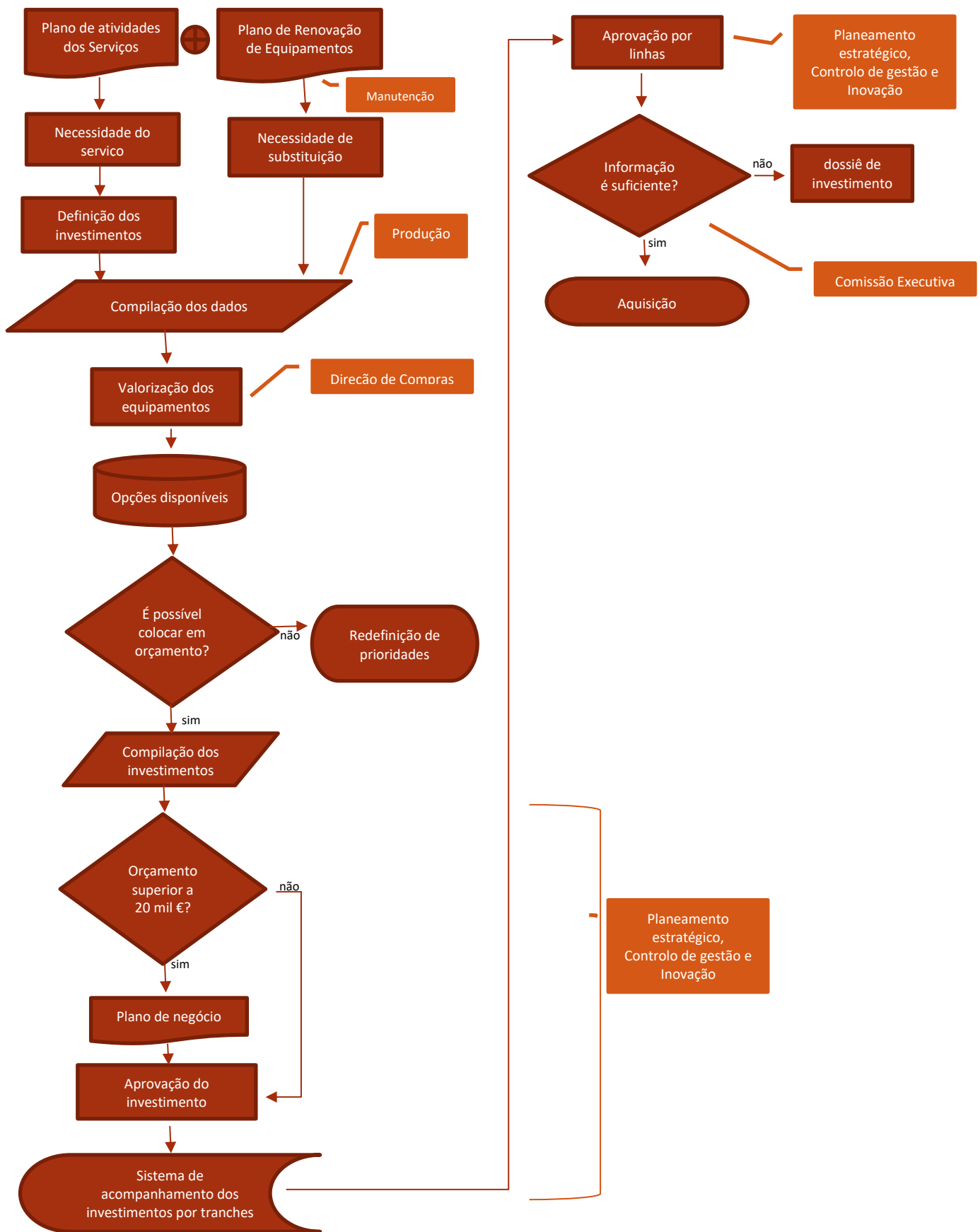
Em relação ao processo de aquisição, existem duas formas de recolher as informações do que é pretendido pelo hospital B. Existe um documento que está a ser desenvolvido pelo grupo que contém os investimentos que se vão fazer no ano seguinte. É feito um pedido, por parte da Direção de Compras, ao hospital B e em particular aos vários Serviços, das necessidades identificadas. Esses equipamentos são compilados pela Direção de Planeamento nesse mesmo documento e enviados à Direção de Compras que procede à valorização dos equipamentos pedidos. O documento contém informações o mais claras possível. O que acontece muitas vezes é a referência de marcas por parte dos clínicos não porque querem efetivamente o equipamento daquela marca, mas porque o querem com as características que aquela marca oferece aos equipamentos. Portanto, existe uma facilitação neste sentido, no que diz respeito a evitar uma descrição exaustiva e técnica do equipamento. A outra forma é através do pedido, por parte da Direção de Compras, do Caderno de Encargos que irá conter todas as características explicadas e detalhadas exaustivamente. Em qualquer um dos casos, o Caderno de Encargos deve ser sempre tido em consideração pela contratualização que o grupo privado tem com o Estado.

A partir daí, segundo os critérios definidos pelo grupo e pela Direção de Compras (preço, anos de garantia, manutenção, custos das peças, etc.), é escolhido o equipamento.

A vertente PPP obriga a que sejam cumpridas as especificidades definidas num Caderno de Encargos, acordado com o Estado. Existe sempre uma baliza do que é o mínimo tecnológico aceitável para o hospital, ou seja, tudo o que há para comprar já está

¹⁴ O SAFT é um programa informático que reúne toda informação fiscal e contabilística do hospital ou de uma empresa relativo a um período de tempo, de forma a ser relatada à Autoridade Tributária; é parte integrante do processo de faturação de qualquer empresa.

definido. Em todas as compras, o esforço de inovar tecnologicamente parte puramente do grupo já que os equipamentos são sempre melhores aos que estão especificados no Caderno de Encargos. Contudo é feito um esforço para agilizar o processo e aproximar a unidade B das outras unidades pertencentes ao grupo.



Fluxograma 3 – representação do processo de aquisição do hospital B.

A esquematização acima apresentada ilustra precisamente como é feito o fluxo de informação ao longo dos vários intervenientes no processo. De referir ainda que o fluxograma 3 contém a necessidade quando surge do Serviço ou da Direção de Manutenção convergindo depois no mesmo processo.

O hospital B conseguiu uma excelente estratégia para manter um nível de inovação elevado pela proximidade com *start ups* e com a universidade. Prevê-se a instalação de uma nova Ressonância Magnética, cuja propriedade não será do hospital mas do centro clínico académico, pela celebração de uma parceria entre o hospital e a universidade. Para além disto, recentemente foi investida uma quantia significativa (cerca de 2 milhões de euros) na aquisição de um segundo acelerador linear mais avançado, que permite a realização de uma nova técnica, mais modulada. Para além destas parcerias que o hospital vai criando, ficou clara a utilização do leasing (meio de financiamento concedido a empresas que permite o financiamento na totalidade do equipamento, a possibilidade de negociar o equipamento como se tratasse de uma compra a pronto pagamento e a possibilidade por optar pela compra do mesmo ou renová-lo por um novo no fim do contrato. Contudo o leasing não fornece o direito de propriedade enquanto não for totalmente liquidado e normalmente as comissões acabam por ser mais elevadas do que noutros tipos de financiamento. Ainda assim, o hospital B foi totalmente equipado em 2011 num processo de leasing, cujo pagamento termina este ano apenas.

Todas estas soluções e tentativas de inovação e qualidade valeram ao hospital a acreditação pela CHKS¹⁵ em termos de infraestruturas e equipamentos, a certificação de grande parte dos Serviços pela ISO 9001 (que certifica os sistemas da gestão da qualidade e define requisitos para a implementação do sistema), ISO 14001 (ajuda na identificação, priorização e gestão dos riscos ambientais) e OHSAS 18001 (na certificação da segurança e saúde no trabalho). Para além disso, é também avaliado pelo Sistemas SINAS, à semelhança do hospital A, pela excelência clínica em 14 das 16 áreas que possui, nível de qualidade III quanto à segurança do doente, nível de qualidade III na adequação e conforto das instalações e nível de qualidade III na focalização no doente.

O hospital B foi muito elogiado pelos entrevistados pelo reconhecimento da sua qualidade clínica, pela grande autonomia que tem (em termos de equipamentos é um

¹⁵ A CHKS nasceu no Reino Unido e desenvolveu o primeiro serviço de benchmarking hospitalar; neste momento é uma das principais fornecedoras de serviços inteligentes de saúde e de melhoria da qualidade, fornecendo suporte e soluções quer para o desempenho de assistência médica online quer para o benchmarking hospitalar e acreditações internacionais.

hospital de funciona de uma forma diferente dos públicos porque não fica dependente de uma autorização ministerial) e pelo facto de ser o hospital mais eficiente do país. Este hospital apresenta um rumo e orientação muito bem definidos e que são do conhecimento da equipa jovem, vanguardista e não conformista que assegura o seu funcionamento. O esforço para a inovação é notável e as iniciativas tomadas proporcionam os objetivos alcançados.

A este ponto, já se reúnem as condições necessárias para a apresentação dos fatores tidos em consideração pelos gestores entrevistados, do hospital B. As respostas dos entrevistados foram todas concordantes e muito semelhantes entre elas.

No que diz respeito ao nível contextual, as **restrições económicas** são o fator preponderante e transversal a todos os gestores. Todo o processo é afetado por este fator e, à semelhança do hospital público, há uma grande necessidade de se priorizarem os investimentos e de se justificarem os mesmos. Para além disso, devido ao seu contrato de gestão, o hospital B recebe menos financiamento por parte do Estado, o que exige uma maior consciencialização dos custos e racionalização dos orçamentos disponíveis. Por outro lado, o hospital B tem uma vantagem para estar próximo da inovação que é a parceira que estabeleceu com a universidade da região: enquanto cede o espaço e as instalações para a colocação de um aparelho de investigação do centro académico, acaba também por o poder utilizar, beneficiando em ambas as situações. A **competição do mercado** também foi um fator referido, embora em grau muito menor.

A nível organizacional, todos os gestores afirmam ter um bom nível de autonomia (que, à luz do que foi explicado para o hospital público, só se verifica a nível de funções desempenhadas dentro do hospital). Portanto, uma vez mais, a decisão de aquisição do equipamento passa por um processo partilhado por médicos e técnicos, gestores e engenheiros, colocando em evidência a centralização da decisão final para o Conselho de Administração do hospital B e do grupo privado que o gere, mas descentralização do processo que permite chegar a essa mesma decisão. Neste sentido, apenas se pode afirmar que a decisão de aquisição é participada. Enquanto foram recolhidas as entrevistas, observou-se que existia uma grande dinâmica entre gestores, técnicos, engenheiros, administrativos e secretárias. O baixo **grau de formalização** era notório, nunca se descuidando o trabalho, a organização e a resolução de problemas que existem todos os dias nos hospitais portugueses. Para além disso, o próprio processo de compra de equipamentos é facilitado pela vontade do gestor do grupo se dirigir à unidade e reunir

com os Serviços ou diretores de Serviços para perceber, em primeiro plano, as necessidades e o que é pretendido “(...) *há coisas fáceis de valorizar, há coisas que tenho de ir lá perguntar ou telefone (...), marco reuniões, ... devia ter mais formalismos. Não tenho tantos formalismos porque tenho que despachar o assunto, só tenho 15 dias para fazer 19 unidades. (...) . Até porque depois me dá jeito, os meus colegas da Produção não têm este conhecimento, então eu faço a ali a ponte da linguagem médica para a linguagem corrente, do dia-a-dia. E dá-me vantagens na minha profissão, para eu resolver. É como lhe disse, eu precisava só de pedir o Caderno de Encargos e estava arrumada a questão. Acho que assim, primeiro, beneficiamos todos, o grupo beneficia, o grupo também me diz para ser assim.*”. Mais uma vez, todos os gestores mostraram-se muito valorizados no seu trabalho e sentem que podem sempre dar a sua opinião para qualquer assunto que achem importante. O **apoio da gestão de topo**, à semelhança do grau de centralização, é uma questão ambígua pelo facto dos pedidos dos médicos não corresponderem sempre na totalidade ao que é adquirido para o hospital. Tal como foi explicado no processo de investimento, aquando do pedido para enumerar as necessidades do hospital, as características dos equipamentos que são colocadas no documento do hospital servem apenas como uma referência para a compra. Por isso, pode nem sempre haver concordância entre o que é pedido e o que é adquirido. À semelhança do que acontece no hospital A, o processo de investimento é elaborado por uma **equipa multidisciplinar** que inclui médicos, técnicos de diagnóstico, gestores e engenheiros: todos podem contribuir com opiniões, definições técnicas e análises de investimento para a compra de um equipamento. A **estratégia do hospital** é mais um fator a considerar pelo facto do hospital B estar em parceria público privada e, portanto, ter uma entidade responsável pela sua gestão, que é privada. Assim, a estratégia do hospital coincide com a estratégia do grupo privado para aquele hospital, de acordo com as determinantes acordadas entre as diferentes entidades. Para além disso, a inovação faz parte não só dos valores do grupo, mas também do próprio hospital.

Em termos individuais, o **grau de inovação** do hospital B é bastante alto. Todos os gestores entrevistados mostraram-se totalmente recetivos à inovação e realçaram a vertente de investigação que é feita no hospital, sem nunca deixarem de referir o equilíbrio que deve haver entre o que se pode fazer e as vontades e predisposições gerais. O hospital B tenta estar perto e acompanhar o sistema de inovação das universidades e startups, e um dos gestores afirmou ainda que, à imagem do que foi dito nas restrições económicas, esta é uma forma que o hospital tem para incorporar inovação no seu dia a dia, com um

relativo baixo encargo. No fundo, a gestão tenta olhar para o que há em volta de uma forma mais flexível para rentabilizar todas as oportunidades que possam chegar. A **competência técnica** dos profissionais (médicos ou técnicos) também é referida como um fator importante na aquisição dos equipamentos até porque, tal como todos os gestores referiram, as necessidades e os planos de atividades partem deles próprios; em todo o caso, sempre que é adquirido um novo equipamento, é dado um período de formação aos próprios.

Para terminar, ao nível do processo e apesar das diferentes posições e responsabilidades, a consciencialização para as **necessidades** e para os doentes, num ambiente de **restrições orçamentais**, onde as **condições financeiras** são sempre analisadas ao pormenor é muito grande. São frequentemente elaborados planos de negócio e pedidos dossiês de investimento de forma a fundamentar e justificar ainda mais a aquisição, colocando em evidência um dos fatores analisados na literatura e que corresponde à análise da **relação custo-eficácia**. A maioria dos entrevistados sublinhou precisamente o facto dos equipamentos serem adquiridos em função daquilo que permite dar sustentabilidade à instituição, e das necessidades que vão sendo identificadas por toda uma estrutura de apoio e suporte à gestão, e pelos próprios médicos, técnicos e fornecedores. Todos os gestores entrevistados afirmaram que a **preferência dos médicos** é tida em consideração e a direção de compras define e especifica as **características do equipamento** a comprar em conjunto com os médicos e técnicos; o **custo** é um dos fatores de análise pela direção de compras, depois de serem definidas as características do que é pretendido. Para além das necessidades, a **obsolescência** é também referida no processo muitas vezes pelo alerta dado pela equipa de manutenção. Os entrevistados realçam ainda a grande importância que é atribuída à **eficácia clínica**, quando questionados acerca dos motivos condutores à aquisição de equipamentos de imagiologia.

Aquisição de Equipamentos		
	Fatores/variáveis	Influência na aquisição
Nível Contextual	Restrições económicas	Desfavorável
	Competição do mercado	Favorável
Nível organizacional	Formalização	Favorável
	Apoio da gestão de topo	Favorável
	Equipas multidisciplinares	Favorável
	Estratégia do hospital	Favorável
Nível individual	Grau de inovação	Favorável
	Competência técnica	Favorável
Nível do processo	Necessidades	Favorável
	Características do Equipamento	Favorável
	Obsolescência	Favorável
	Restrições orçamentais	Desfavorável
	Condição financeira	Desfavorável
	Relação custo-eficácia	Favorável
	Custo	Desfavorável
	Preferência dos médicos	Favorável
	Eficácia clínica	Favorável

Tabela 9 – Fatores tidos em consideração pelo hospital B na aquisição de equipamentos.

A tabela 9 acima apresenta os fatores tidos em consideração nas quatro dimensões de análise, referidos pelos diferentes gestores do hospital B, que resulta no objetivo 5 que foi proposto para o estudo.

O que alavanca a aquisição:	O que dificulta a aquisição:
<ul style="list-style-type: none"> • Proximidade das universidades e startups • Qualidade de diagnóstico • Melhorar a assistência • Mercado (comercial e/ou de doentes) • Evolução da saúde (novas técnicas e tecnologias) 	<ul style="list-style-type: none"> • Restrições financeiras • Custos • Pedidos enviesados por parte dos médicos

Tabela 10 - Aspetos que alavancam e dificultam a aquisição de novos equipamentos no hospital B.

Os gestores entrevistados do hospital B consideram, por sua vez, que a aquisição é facilitada especialmente pela proximidade que existe com a universidade e diversas *start ups* que, a todo o momento, se desenvolvem e evoluem tecnologicamente. Para além disso, também referiram a melhoria da qualidade do diagnóstico, da assistência, o mercado e a própria evolução da saúde como alavancas para a aquisição. Pelo contrário,

as restrições financeiras e os custos foram referidos por todos como obstáculos à aquisição. Um dos gestores de topo referiu ainda o facto de haver demasiada informação dirigida principalmente aos médicos que acaba por influenciar o pedido dos mesmos quando é feita a recolha de características dos equipamentos pretendidos para a unidade, como está indicado na tabela 10.

As razões dadas para a aquisição dos equipamentos estão relacionadas com o doente, primordialmente, e depois com o garantir da atividade do hospital, com o facto de ser importante a inovação neste ambiente, com a procura e as patologias da população que utiliza a unidade e ainda com o melhoramento do diagnóstico e a preocupação com o fornecimento dos melhores cuidados de saúde possíveis.

8.3. HOSPITAL SOCIAL

No que diz respeito ao hospital social C, foi possível realizar entrevistas a elementos da gestão de topo, intermédia e de primeira linha, bem como a um gestor do grupo.

De uma forma geral, as funções da gestão de topo incluem:

- Dar um parecer sobre diversos assuntos tendo em conta a avaliação de risco, investimento e rentabilidade;
- Fazer cumprir tudo o que diz respeito a normas de funcionamento na área clínica; fazer a ponte entre clínicos e administração em termos de orientações e planos estratégicos do funcionamento do hospital; dar parecer na área clínica; realizar a proposta do equipamento devidamente justificada.

Por outro lado, as funções abrangidas pela gestão intermédia ou de apoio incluíam coordenar e operacionalizar o aprovisionamento (aquisições para substituição, avaria e obsolescência e reposição de stocks); assegurar o funcionamento atempado e evitar ruturas dos serviços; assegurar o funcionamento das instalações e equipamentos dos três hospitais da SCM no qual se integra o hospital C; definição de prioridades e distribuição de equipas.

A gestão de primeira linha é apresentada aqui na forma do testemunho de um médico do hospital, com funções em diagnóstico por imagem; utiliza equipamentos de Raios X para analisar o corpo e diagnosticar o doente.

O representante da gestão de grupo tem funções que incluem a elaboração de estudos sobre as unidades e os investimentos a fazer, o planeamento dos orçamentos; e o controlo de gestão.

A tabela 11 representa uma vez mais a organização da informação recolhida.

1. Estrutura interna do hospital social em função dos diferentes patamares de gestão	O hospital social organiza-se, no sentido da prestação de cuidados para a gestão de topo, da seguinte forma: Médicos/Técnicos/Enfermeiros; Serviços; Serviços Partilhados; Conselho de Administração de saúde; Conselho de Administração da SCM; ARS Norte (figura 2).
2. Fluxo de informação no hospital e tipo de informação mais relevante no hospital público	O fluxo de informação da unidade hospitalar começa ao nível dos Serviços, passando rapidamente para o diretor clínico, sendo validado pelos Serviços Partilhados, passando pelo Conselho de Administração de Saúde, até ao Conselho de Administração da SCM. São valorizadas informações como as necessidades, eficácia, satisfação do utente e aspetos financeiros e económicos.
3. Intervenientes no processo de investimento em equipamentos	Gestão de primeira linha (médicos, técnicos), gestão intermédia (diretores de Serviço, gestores dos Serviços partilhados), gestão de topo (diretor clínico, Conselho de Administração de Saúde), gestão do grupo (Conselho de Administração da SCM).

Tabela 11 – Grelha de análise do hospital público.

Antes de avançar no estudo é importante referir que a gestão do hospital se encontra sob a forma de um modelo atípico: o hospital C é constituído por uma área clínica que inclui as especialidades maioritariamente cirúrgicas e apresenta uma hierarquia que inclui o diretor clínico, os diretores de Serviço e os médicos. Por outro lado, possui ainda uma área não clínica, associada à SCM, que consiste num conjunto de Serviços partilhados, nomeadamente direção financeira, direção de recursos humanos, direção de compras, etc. Neste sentido, alguns representantes de cada departamento dirigem-se ao hospital C e aos outros que constituem a SCM para lidarem com situações pontuais que possam surgir. Fora isso, é feita uma gestão à distância, através de um sistema informático comum a toda a SCM. O gestor entrevistado que corresponde à gestão intermédia atua a nível das unidades hospitalares, e não exclusivamente no hospital C.

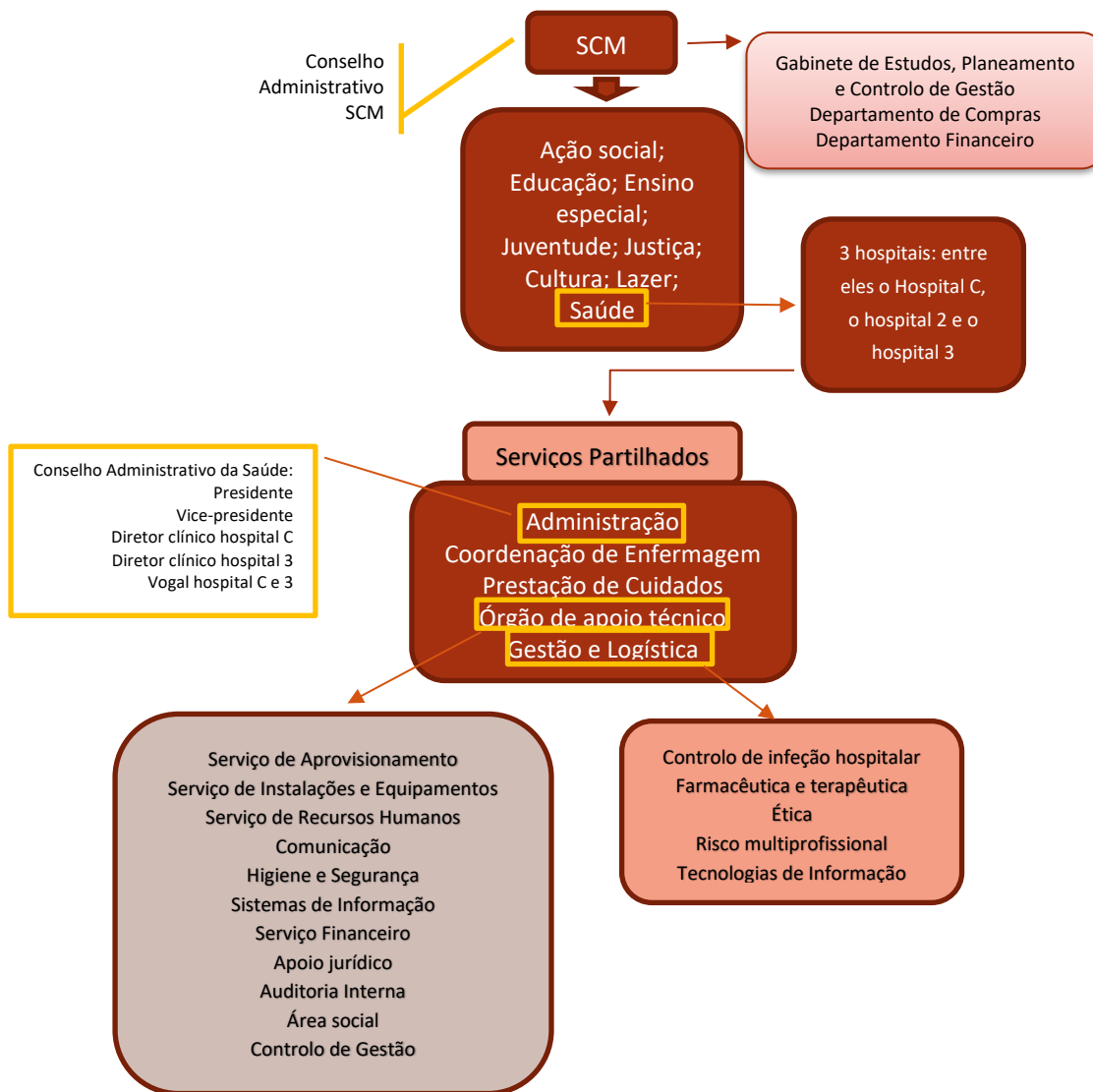


Figura 6 – Localização do Hospital C na estrutura e organização da SCM.

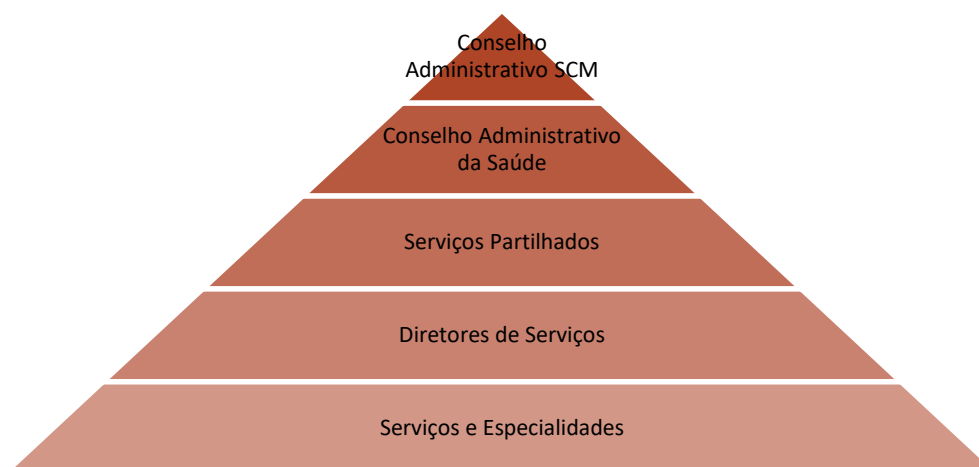


Figura 7 – Hierarquia de poder no Hospital C.

Como já foi referido, são celebrados acordos e convenções entre o Estado (mais propriamente a ACSS) e as Misericórdias. O hospital C oferece cuidados de saúde aos beneficiários dos subsistemas com os quais possui acordos e possibilita ainda o acesso aos Serviços que são prestados através do regime privado. Para além disso, celebra contratos anuais com a ARS que engloba a relação com o SNS. Nesse contrato estão estipuladas o número de consultas, intervenções cirúrgicas e GDHs¹⁶ em função dos indicadores de qualidade do hospital. Perante isso, o Estado irá financiar ou penalizar o hospital C conforme o alcance dos objetivos que constam no contrato.

Neste sentido, o hospital C presta cuidados de saúde a doentes do SNS indicados pelos respetivos médicos de família, doentes com seguros de saúde (o hospital C tem acordo com todas as seguradoras a atuar em Portugal), doentes de subsistemas (como é o exemplo da ADSE) e doentes do regime privado.

Antes da fase de aquisição de equipamentos, é realizado um planeamento, por um órgão de apoio técnico da SCM. Anualmente elabora-se um orçamento com o planeamento de atividades que é constituído por um orçamento de exploração (para gastos na operação normal) e por um orçamento específico para investimentos que consiste num plafom (anualmente muito semelhante). Dada a disponibilidade financeira, cada unidade refere, dentro dos seus planos de previsões, quais são os investimentos que pretendem fazer. O Gabinete de Estudos, Planeamento e Controlo de Gestão fica com uma descrição de todos os investimentos que foram previstos e valorizados, para ficar contabilizado dentro do orçamento do ano.

Depois a questão pode começar de dois ou três patamares. O primeiro patamar (que é o referido como sendo o mais usual para a aquisição) é o patamar da avaria. Isto é, avaria efetiva na qual o equipamento deixou de funcionar. Há ainda dois outros patamares. Há o patamar da vida útil do equipamento ou obsolescência, que é sinalizado para dar início a um planeamento para preparar a sua substituição. E a terceira situação é a da necessidade identificada pelo Serviço, na qual, apesar do equipamento estar em boas condições de funcionamento, existe da parte da equipa médica o sinalizar de que já não obedece àquilo que eles necessitam para as suas funções, quer pela introdução de novas técnicas, quer pela eliminação de técnicas ultrapassadas, o que acontece muito nos equipamentos de diagnóstico e no bloco operatório.

¹⁶ sistema de classificação de doentes internados em hospitais, referido no capítulo 2.

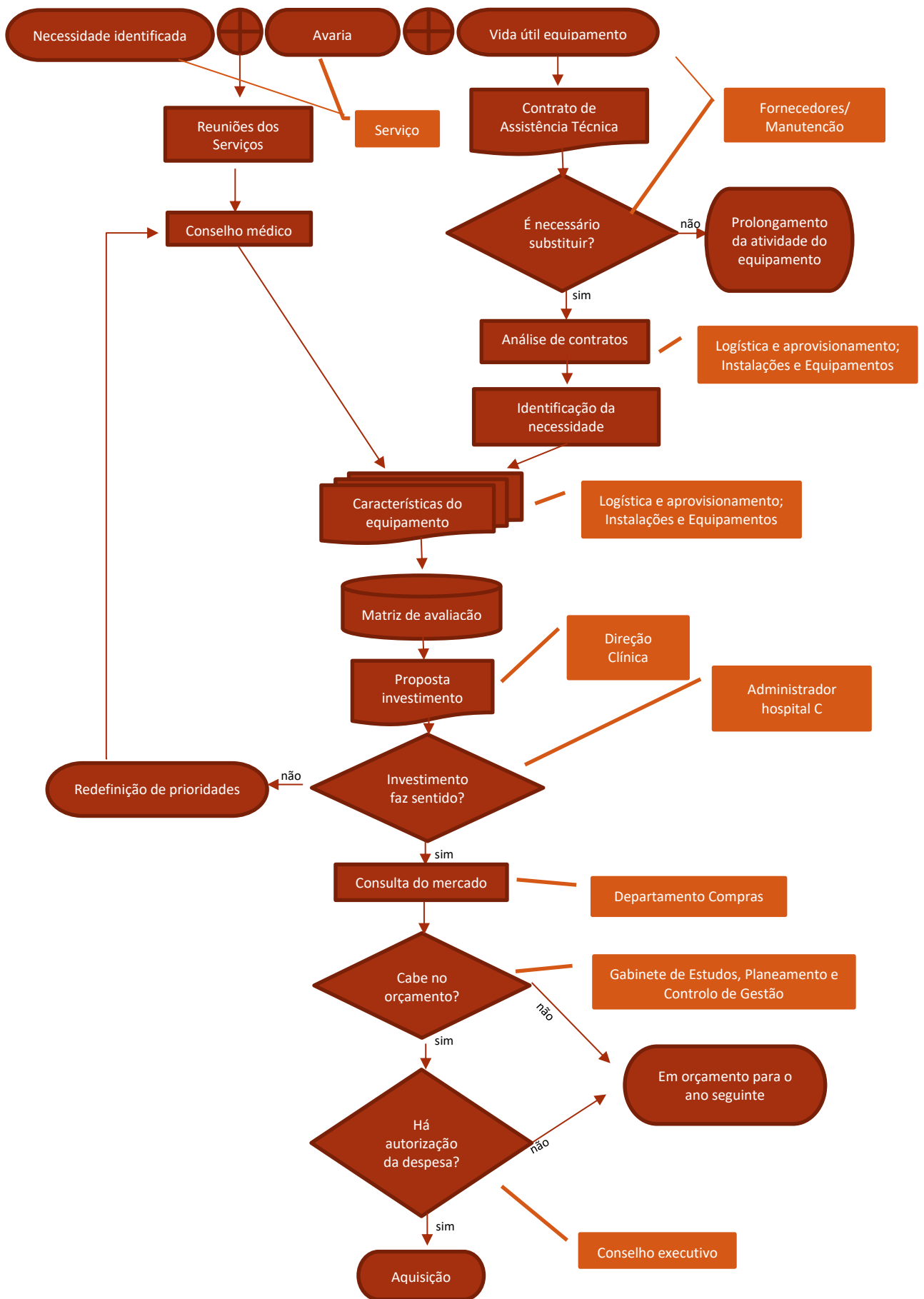
Numa situação de substituição, pela vida útil do equipamento, os técnicos de diagnóstico e a equipa de manutenção são os primeiros a identificar que o equipamento não estará a funcionar nas melhores condições. Para qualquer equipamento existe um Contrato de Assistência Técnica anual, em que as empresas fazem visitas regulares para as chamadas manutenções preventivas e aí eles próprios identificam o que é que é necessário substituir. Essa informação chega ao Serviço de Aproveitamento e juntamente com o engenheiro responsável pelo Serviço de Instalação e Equipamentos faz-se uma análise. Identificada a necessidade, é primeiro necessário definir as características técnicas do equipamento que se pretende. Depois de definidas as características técnicas, a matriz de avaliação das propostas tem sempre que ter em conta os seguintes critérios: primeiro são excluídos todos os equipamentos que não cumpram as características técnicas mínimas definidas; são depois avaliadas por uma matriz que tem em conta a qualidade do equipamento, o preço, o prazo de entrega, a assistência técnica e a garantia. A matriz é desenvolvida pela unidade, casuisticamente, e de acordo com aquilo que se pretende. Pode ser a substituição total do equipamento, a substituição parcial do equipamento, ou a substituição total do equipamento com mudança na própria instalação física, ou seja, a criação da sala ficará cargo do fornecedor do equipamento, criando também a Gaiola de Faraday¹⁷. Tudo isso vai depender daquilo que o hospital pretende. Semanalmente existem reuniões entre a Direção Clínica e os Serviços nas quais se pode discutir vários assuntos que possam surgir, incluindo a necessidade de substituição de equipamentos. Por outro lado, para além disso existe o Conselho Médico, que é uma estrutura que reúne mensalmente, com todos os diretores de Serviço, diretores de departamento, e em que está presente um elemento da gestão de topo, em função dos temas que se vão discutir. É importante a sua presença para se fazer aquela ponte entre os interesses clínicos e a realidade em termos de gestão. Se for necessário adquirir um qualquer equipamento, a Direção Clínica faz uma proposta, justificando porque é que preciso o investimento e depois em função disso, faz uma proposta à Administração, que discute se há interesse e se é economicamente um investimento possível e rentável.

Quando o Administrador do hospital levanta as necessidades, o Departamento de Compras vai fazer a consulta do mercado de acordo com as regras internas à SCM (o processo de compra é muito semelhante ao que existe na administração pública. Na consulta do mercado, vai-se perguntar a vários concorrentes, no mínimo três, qual o

¹⁷ A Gaiola de Faraday é um sistema de proteção elétrica contra descargas atmosféricas, com o objetivo de minimizar os riscos de sobretensão em equipamentos sensíveis, como os equipamentos que têm sido objeto de estudo (Q Energia, 2015).

equipamento mais competitivo, depois atende-se às características técnicas, num processo muito mais operacional; faz-se o registo contabilístico do equipamento, as amortizações e etc.) e antes de ir à Comissão Executiva para autorizar essa despesa, o Gabinete de Estudos, Planeamento e Controlo de Gestão verifica se há cabimento no orçamento. Se aquela máquina que está a ser pedida estava prevista, há dotação para ela. Se não houver, a unidade vai ter de abdicar de outro investimento para adquirir aquele, e essa decisão fica a cargo da Administração da unidade. Durante o processo de compra o que se procura fazer sempre são concursos abertos a todos os fornecedores, permitindo um maior leque de escolha e a existência de várias alternativas. Na Misericórdia há muito que se “copia” aquilo que é feito pelo Estado que é o modelo de contratação pública aberto à concorrência. Utiliza-se a mesma plataforma eletrónica para fazer os concursos que muitas instituições do Estado utilizam, exatamente para isso: para permitir a transparência de processos, obter ganhos concorrenciais e conseguir obter as melhores propostas. Neste sentido, também é aplicado um Caderno de Encargos.

O fluxograma 4 que a seguir está representado, apresenta o fluxo de informação que ocorre ao nível do hospital para a aquisição de um novo equipamento.



Fluxograma 4 – representação do processo de aquisição do hospital C.

O hospital C deu recentemente início aos estudos de um projeto de investimento para uma Ressonância Magnética de forma a substituir a atual (com mais de 10 anos), que ainda funciona, mas que está a atingir o seu limite de vida. Para além disso, houve um grande investimento em equipamento de urologia e gastroenterologia, uma vez que os equipamentos de imagiologia, nomeadamente de Ressonância e TAC, têm-se revelado suficientes. Mais uma vez foi referido que o parque de equipamentos hospitalares é suficiente, apesar de agora haver um maior esforço para a introdução de novas técnicas e renovação dos equipamentos existentes, já no início da fase de obsolescência. Existe sim uma grande necessidade quanto ao ecógrafo da unidade hospitalar, necessidade essa que já foi exposta e que se tenta colmatar. Alguns equipamentos foram adquiridos sob a forma do leasing, uma vez que nos dias de hoje o mercado acaba por incentivar estes tipos de financiamentos.

É um hospital acreditado pela CHKS, à semelhança do hospital B, e é avaliado pelo Sistema SINAS em 5 das 16 áreas clínicas do hospital, apresenta um nível de qualidade III em termos de segurança do doente e focalização no doente. O hospital C foi o primeiro hospital IPSS a receber uma acreditação em qualidade, em 2007. É um hospital antigo, mas associado a uma instituição de referência (SCM) e a resultados de qualidade. Estes resultados advêm de bons profissionais e da alta especialização do hospital, referidos por todos os entrevistados.

Passando à análise da informação que foi recolhida a nível contextual, percebeu-se que os fatores mais valorizados e referidos pelos entrevistados foram as **restrições económicas** que a unidade hospitalar sente no universo da SCM, ou seja, as restrições económicas exteriores à unidade são muito grandes, pela grande diversidade de áreas de atuação da SCM. Este é visto como o fator que mais influencia a aquisição de equipamentos, muitas vezes inviabilizando-a. Sobre esta dimensão de análise não foi referido mais nenhum fator de análise.

A nível organizacional já foram indicados mais fatores. A maior parte dos entrevistados diz ter um bom nível de autonomia, embora um deles afirme que esta é uma questão pouco relevante, uma vez que eles devem cumprir com as suas funções, nada mais. À semelhança do que se tem verificado sobre a centralização da decisão de aquisição, apenas se pode afirmar que a decisão de aquisição é participada, uma vez que por um lado há um grande número de intervenientes dando origem a um processo descentralizado, e por outro a decisão final é centralizada numa única entidade, tal como

se pode verificar no fluxograma 4. Para além disso, foi referido várias vezes ao longo das entrevistas que existe uma **grande formalização**, precisamente pela pesada estrutura hierárquica, que se tenta colmatar através de um contacto mais pessoal dentro da unidade hospitalar, para além das reuniões e da partilha de informações pelo sistema informático. Isto reflete-se também no **apoio da gestão de topo**. Apesar de estar presente e dos próprios entrevistados afirmarem que este apoio existe quer em termos de valorização ou de participação, não existe um feedback por parte dos gestores para os técnicos e médicos, por exemplo. Ou seja, ao longo das entrevistas, quer o gestor do grupo quer o médico afirmaram não ter feedback do que acontecia e se as suas opiniões eram realmente ouvidas, depois das mesmas terem sido feitas. Ainda assim, todos têm a oportunidade de dar a sua opinião, independentemente das funções que desempenhem ao longo da estrutura enquanto hospital e SCM. Para além disso, a grande maioria dos entrevistados afirma sentir-se valorizado nas mesmas. O **tamanho e a infraestrutura** foram fatores referidos por cerca de metade dos entrevistados como influenciadores do processo. Primeiro porque a área de atuação da instituição (que vai desde a área social até à área da saúde, como se pode ver na figura 6) é muito abrangente e, pelas restrições orçamentais que se impõe à unidade, por ter de haver uma grande gestão de recursos financeiros para todas as áreas de atuação da SCM, dificultando assim a aquisição (sendo que este argumento foi muito utilizado pela gestão do grupo SCM). Segundo, pelo impacto em termos de prestígio e nome que a unidade hospitalar tem por estar associada à SCM, acabando por impulsionar o processo pela ambição que existe em manter um certo nível de reputação e diferenciação. À semelhança dos hospitais anteriormente analisados, o processo de aquisição passa por uma **equipa multidisciplinar**, que permite a reunião de informações justificativas para o investimento. O hospital C não é diferente neste aspeto e também conta com o contributo de médicos, técnicos, engenheiros e gestores. A **estratégia do hospital** foi também referida, principalmente pela gestão de topo. Neste sentido, o facto do hospital apostar mais na substituição de equipamentos pela sua obsolescência ou avaria é justificada pelo pequeno número de especialidades de um hospital eminentemente cirúrgico. Como há uma grande especialização do que é feito, a introdução de equipamentos para desenvolver outras áreas não é do interesse da gestão do grupo. Contudo, é ainda reconhecida pelos gestores de topo e intermédios a introdução de novas técnicas de tratamento, o que já possibilita uma maior inovação e adoção tecnológica.

Ao nível individual, apesar de haver um grande **grau de inovação** dos gestores entrevistados e vontade em adotar novos equipamentos, todos afirmaram uma vez mais que a inovação fica limitada aos orçamentos que o hospital tem disponíveis e às prioridades que os mesmos se vêm obrigados a fazer. São reconhecidas insuficiências no parque de equipamentos do hospital (principalmente pela gestão de primeira linha), referidas principalmente pela gestão de primeira linha e pelos médicos, mas sempre que é possível tentam-se colmatar as mesmas, aproveitando a inovação individual de todos os intervenientes no processo. A **competência técnica** é também tida em conta na adoção de novos equipamentos. À semelhança do que se verifica nos hospitais A e B, no hospital C o processo constrói-se com o que é dito pelos médicos, técnicos, engenheiros e gestores: a competência de cada um contribui precisamente para a escolha e aquisição de um equipamento. Mais uma vez, sempre que é introduzido um novo equipamento, o contrato que está subjacente ao mesmo permite um período de formação para evitar diferenças entre o nível tecnológico dos equipamentos e o conhecimento e competência por parte de quem os manuseia.

Para terminar, o processo é afetado por variáveis como a **obsolescência** dos equipamentos, as suas **características, custos** e ainda pelo **lucro** (ou rentabilidade) que se possa tirar da aquisição de um novo equipamento. A rentabilidade, as **análises de custo-eficácia** e do projeto de investimento foram as mais referidas pelos entrevistados, incluindo pelo médico, mostrando que há uma grande consciencialização da **condição financeira e restrições orçamentais** de todos os envolvidos no hospital C. Posto isto, muitos entrevistados achavam importante recordar o facto deste se tratar de um hospital privado com contratualização com o Estado, daí a grande importância atribuída a fatores económicos, num ambiente de saúde. Só uma minoria dos entrevistados referiu a importância das **necessidades**, e da **preferência dos médicos** como fatores de análise.

A tabela 12 resume os fatores que foram recolhidos nas entrevistas e o impacto que os mesmos têm no processo de aquisição de equipamentos.

Aquisição de Equipamentos		
	Fatores/variáveis	Influência na aquisição
Nível Contextual	Restrições económicas	Desfavorável
Nível organizacional	Formalização	Favorável
	Apoio da gestão de topo	Favorável
	Tamanho	Desfavorável
	Infraestrutura	Favorável
	Equipas multidisciplinares	Favorável
	Estratégia do hospital	Favorável
Nível individual	Grau de inovação	Favorável
	Competência técnica	Favorável
Nível do processo	Características do Equipamento	Favorável
	Obsolescência	Favorável
	Restrições orçamentais	Desfavorável
	Condição financeira	Desfavorável
	Relação custo-eficácia	Favorável
	Custo	Desfavorável
	Lucro	Favorável
	Preferência dos médicos	Favorável
	Necessidades	Favorável

Tabela 12 – Fatores tido em consideração pelo hospital C na aquisição de equipamentos.

As opiniões dos entrevistados em relação às dificuldades para a aquisição foram totalmente concordantes e referem-se às restrições financeiras, aos custos associados e aos aspetos internos económicos (tabela 13).

O que alavanca a aquisição:	O que dificulta a aquisição:
<ul style="list-style-type: none"> • Rentabilidade • Capacidade de resposta • Aumento da produção • Influência dos médicos • Necessidade de diagnóstico • Obsolescência • Disponibilidade financeira • Novas técnicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Restrições financeiras • Custos • Aspetos económicos internos

Tabela 13 - Aspetos que alavancam e dificultam a aquisição de novos equipamentos no hospital C.

Para além disso, os maiores potenciadores para a aquisição foram identificados como sendo a rentabilidade associada ao investimento do equipamento e a capacidade de resposta. Foram ainda referidos o aumento da produção (em termos de exames realizados), a influência dos médicos que utilizam os equipamentos, a necessidade de

prestar um melhor diagnóstico, a própria obsolescência dos equipamentos existentes, a disponibilidade financeira para serem adquiridos e a introdução de novas técnicas que exijam a adoção de novos equipamentos ou o upgrade dos mesmos.

Em termos de motivação predominante associada à aquisição, a necessidade de substituição para se poder dar resposta aos utentes foi a mais indicada. Para além disso, em termos mais analíticos, a análise do projeto de investimento é essencial para a aprovação/reprovação do pedido.

8.4. HOSPITAL PRIVADO

O último hospital a ser analisado foi o hospital privado D. Neste caso, foi apenas possível falar com representantes da gestão de topo e do grupo. As funções dos entrevistados incluíam:

- garantir a boa prática médica e clínica que vai desde o apoio dos auxiliares até aos médicos e aos gestores; decidir questões de gestão clínica.
- elaborar, apresentar e justificar as propostas ou *business case* para integrar o orçamento da unidade, junto da administração do grupo; acompanhar as metas definidas para a unidade hospitalar e propor medidas adicionais, caso as mesmas não estejam a ser atingidas; alertar o grupo para situações/realidades que podem produzir alterações de orientação, dentro da unidade;
- colaborar na definição da tipologia do hospital e na elaboração do plano estratégico para cada unidade hospitalar; consultar o mercado para aquisição de equipamentos (em função do que já está estipulado para cada tipo de hospital).

1. Estrutura interna do hospital privado em função dos diferentes patamares de gestão	O hospital privado D organiza-se no sentido do grupo para a prestação de cuidados da seguinte forma: <i>Holdings</i> (Conselho de Administração do grupo); ACE (Agrupamento Complementar de Empresas; gestão do grupo); Administrador do hospital e Diretor Clínico (gestão de topo); Equipa de Gestão operacional (gestão intermédia), Médicos e Técnicos (gestão de primeira linha).
2. Fluxo de informação no hospital e tipo de informação mais relevante no hospital privado	O fluxo de informação dá-se dos médicos para os gestores de topo, uma vez que as necessidades são detetadas ao nível dos Serviços. Contudo, a definição dos equipamentos é feita a nível do grupo e não da unidade. São valorizadas informações como o posicionamento da unidade em termos estratégicos, a justificação do investimento e as avaliações custo-benefício.
3. Intervenientes no processo de investimento em equipamentos	Gestão de primeira linha (médicos, técnicos), gestão intermédia (neste caso é a equipa de gestão operacional), gestão de topo (diretor clínico e Administrador), gestão de grupo (ACE – em particular a área das compras, financeira -, a Comissão de Médicos e Holding).

Tabela 14 – Grelha de análise do hospital privado D.

A tabela 14 acima apresentada enumera algumas das características do hospital privado em função dos objetivos definidos para o estudo. Em termos comparativos, o hospital D é o que mais se diferencia dos analisados anteriormente, quer em termos de estrutura quer em termos de definições estratégicas que depois influenciam o processo de investimento.

Posto isto, importa então começar por analisar a estrutura do grupo e do hospital D.

O grupo em questão possui nove unidades hospitalares com diferenças significativas. Há logo à partida duas diferenças que têm a ver com o posicionamento e a definição estratégica das unidades. O grupo definiu que teria unidades com internamento e unidades sem internamento: as unidades com internamento são unidades mais estruturadas, mais diferenciadas e seguem uma determinada hierarquia. Existem unidades chamadas H1, que são as unidades mais diferenciadas de todas, que têm todos os Serviços e equiparam-se, por exemplo, a um hospital central público, como o hospital de S. João ou de Santa Maria. Em termos de equipamentos, estas unidades têm aqueles que são os mais evoluídos do mercado. Depois existem hospitais H2, hospitais com menor diferenciação do que os H1: são hospitais que têm cuidados intensivos, que têm um ou outro equipamento mais diferenciado, e cobrem muito daquilo que não é feito nos hospitais H3. Os H3 são, por sua vez, os hospitais que conseguem cobrir tudo, mas com um nível de diferenciação menor que os anteriores. E depois existem os hospitais de dia (sem internamento): são hospitais de proximidade, de fácil acessibilidade, menos diferenciados, e que cobrem a grande generalidade das necessidades de ambulatório, portanto, doentes que precisem de fazer umas consultas, precisem de fazer um *check up*, precisem de uma radiologia, umas análises, etc... conseguem fazer nestes hospitais sem internamento. Os hospitais sem internamento também se diferenciam quanto ao nível de equipamento em C1, C2 ou C3: o C1 tem radiologia, o C2 já não tem radiologia e o C3 já só tem coisas ou equipamentos muito mais pequenos. Mas a radiologia do C1 é tecnologicamente mais simples do que a dos hospitais com internamento. A oportunidade de negócio do grupo está relacionada com o posicionamento em termos de unidades e o mercado para o qual estão a direccionar a unidade. A figura 8 abaixo apresentada mostra precisamente a definição estratégica que o grupo adota para as unidades privadas de saúde; de referir apenas que a zona a laranja corresponde aos hospitais com internamento e a vermelho aos hospitais sem internamento. Neste momento o grupo dispõe de seis hospitais com internamento (do tipo H), estando apenas um deles classificado como H1, e possui ainda três hospitais em

ambulatório, portanto do tipo C. Recentemente o grupo tem trabalhado na criação de mais duas unidades.

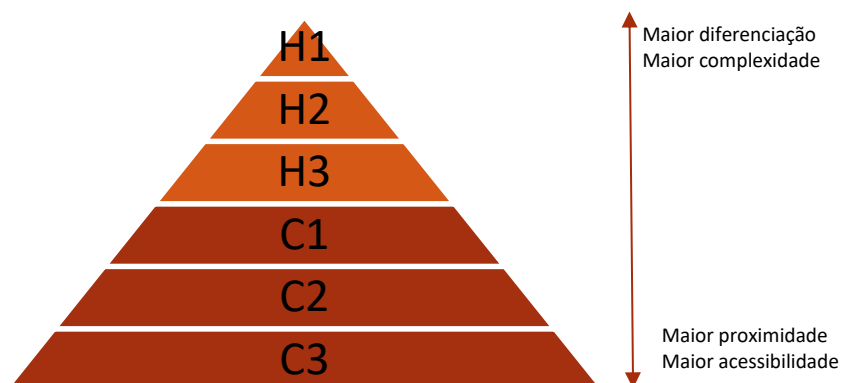


Figura 8 - Posicionamento das unidades do grupo privado, de acordo com a sua complexidade e diferenciação.

Neste sentido, o hospital D está posicionado, não no topo da diferenciação, mas no patamar H3, sendo um hospital com internamento. Em termos de organização do grupo e do hospital D, o que acontece é a existência de uma *Holding* como imagem central do grupo que, pela detenção de um grande número (maioritário) de ações, controla os hospitais que desenvolve e acompanha. Desta forma, os hospitais privados do grupo em questão encontram-se mais no universo empresarial da prestação de Serviços ou cuidados de saúde. Os próprios gestores entrevistados referiam isso, numa linguagem muito mais empresarial do que os gestores pertencentes aos hospitais A, B e C. Para além da *Holding* , existe ainda a ACE (Agrupamento Complementar de Empresas) que reúne as funções de marketing, as áreas financeiras, de compras, etc., a Comissão de Médicos das diversas unidades. Ao nível de cada unidade hospitalar, existe um Administrador, um Diretor Clínico e uma equipa de gestão operacional. A figura 9 ilustra a hierarquia que existe entre os vários hospitais e a *Holding* .

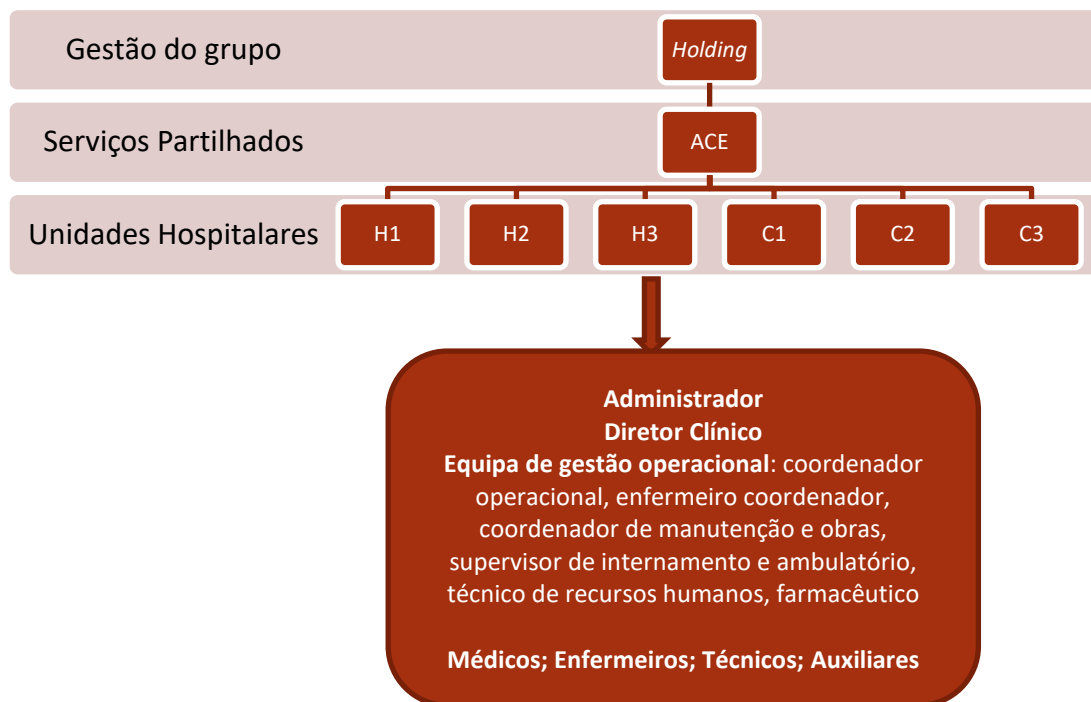


Figura 9 – Organização do grupo e das unidades hospitalares privadas.

O processo de aquisição ocorre quando há a identificação de uma necessidade na unidade. Contudo, o nível tecnológico do equipamento já está estipulado à partida de acordo com a classificação da unidade. Ou seja, quando o grupo pensa abrir uma unidade, é definida, logo à partida, a estratégia e o posicionamento para a mesma. Ao definir que a unidade vai ser do tipo H3, por exemplo, já se sabe que para este tipo de unidade qual é o nível de tecnologia e equipamentos que serão adquiridos. Quando se conclui o plano estratégico de desenvolvimento e crescimento, o processo passa para a Área de Compras (da ACE), onde já sabem o que vão comprar, qual o tipo de ressonância, TAC, ecógrafo, etc., uma vez que já se havia definido. No caso de uma unidade H1, o processo é mais complexo, porque aí nada está definido. Está definido que é a última tecnologia, mas tem de haver uma consulta do mercado para saber o que é a última tecnologia. Nesta situação pode haver uma comparação com os hospitais A, B e C em termos de processo de aquisição, contudo, os equipamentos que são adquiridos devem cumprir sempre com um patamar mínimo aceitável em termos de tecnologia. Uma outra questão prende-se com o facto do grupo ser uma empresa comercial e, portanto, tentam sempre comprar equipamentos que sejam comerciais e comercialmente melhores, pondo de parte os equipamentos de investigação, porque essa não é a matriz primária do grupo. Importa ainda referir que o fator de decisão não é exclusivamente financeiro: há o envolvimento

de equipas médicas na definição do tipo de tecnologia adequada ao tipo de unidade, ou seja, a ACE, juntamente com uma equipa médica, definem o que é que deve ser a ressonância para uma unidade C1 e o que deve ser a ressonância para uma unidade H1, com base no objetivo que existe para cada unidade. A própria Área de Compras auxilia na pesquisa e estudo dos equipamentos para, em reunião interna, se definir se para uma unidade H ou C faz sentido um equipamento em detrimento de outro. E com base nisso é que se faz a aquisição, com as características do equipamento já definidas.

Depois das unidades serem construídas e equipadas, dá-se início à prestação de serviços e, pontualmente, são necessárias substituições ou reparações de equipamentos, tal como acontece em todas as unidades hospitalares. O processo de identificação das necessidades é muito semelhante aos anteriores.

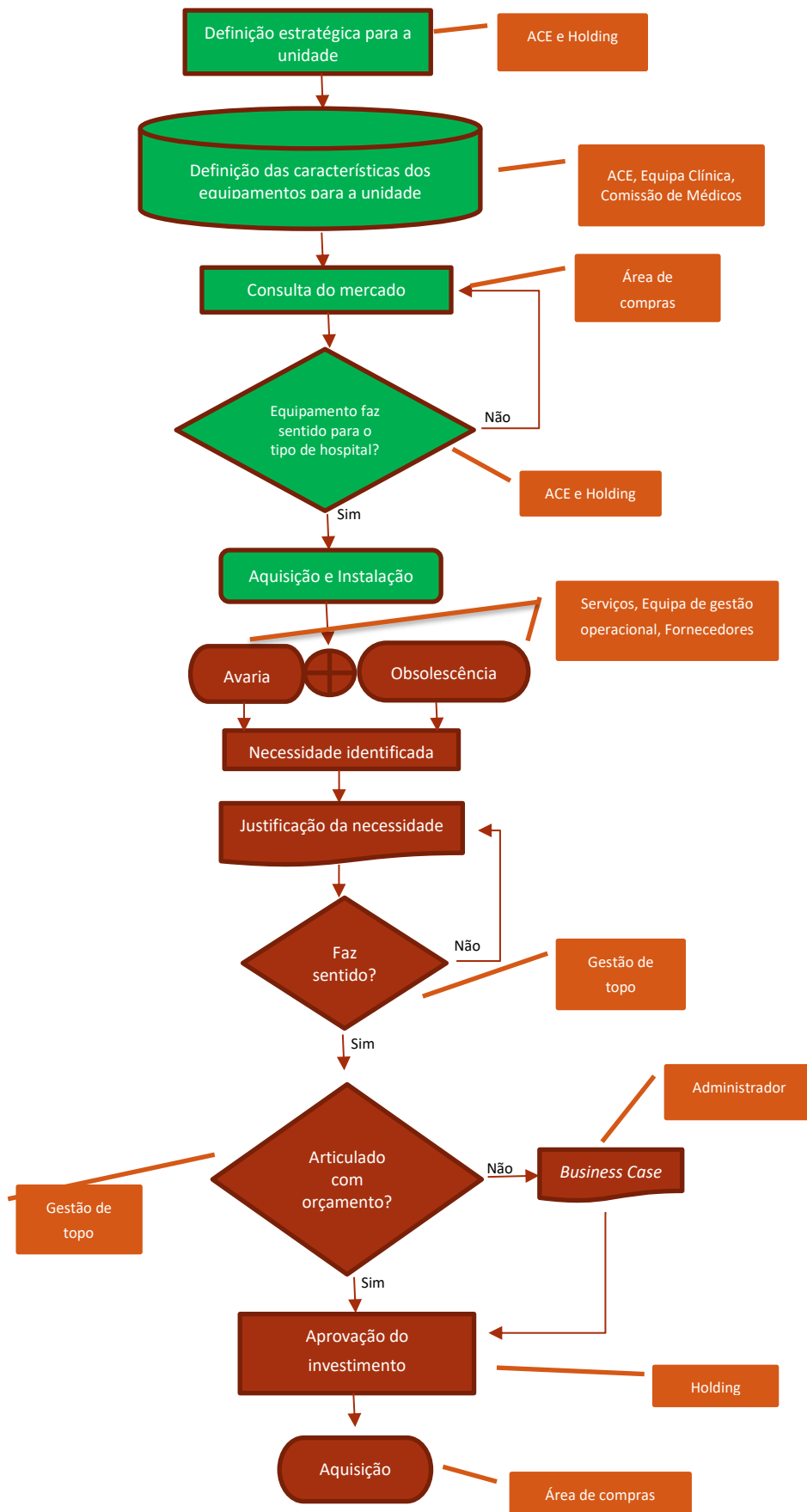
Todos os anos é definido um orçamento para o ano seguinte e para cada unidade. O orçamento tem a componente natural de custos correntes (orçamento operacional) e depois tem a componente de investimento. Depois de definido é enviado para as unidades, para as mesmas realizarem uma listagem exaustiva daquilo que pretendem adquirir e volta para aprovação. A iniciativa para a aquisição de equipamentos parte, tal como nos hospitais A, B e C dos médicos e técnicos. Podem surgir algumas avarias ou a necessidade de substituição de componentes. O que acontece é que quanto mais obsoletos os equipamentos, mais altos se tornam os custos de contratos de manutenção porque já se torna mais difícil fazer substituição de peças, e muitas vezes os próprios fornecedores de equipamentos vão avisando que o custo de um equipamento novo é muito mais compensatório do que o custo de manutenção.

Portanto, chegada a necessidade e as variáveis de análise ao Administrador, este procede à ponderação de quanto é que custa, quais são as poupanças que se vão obter em termos de custos de manutenção e cruza essa informação com os próprios profissionais. Deve ponderar os custos de reparação em função do tempo de vida e manutenção e os custos de um equipamento novo, com a ajuda da equipa de gestão operacional da unidade hospitalar, para perceber se é possível colocá-lo em orçamento ou justificar o investimento.

A substituição tem uma vantagem que é o conhecimento prévio do mercado e da atividade do equipamento. Já existe uma certa base de atividade para decisão, ao contrário de um equipamento novo a introduzir numa unidade, em que se faz uma projeção baseada no mercado local e baseada na experiência que já existe no grupo.

Articulado o investimento com o orçamento, o Administrador do hospital D apresenta a proposta à Holding. Se for um equipamento de investimento de maior valor, pode haver a necessidade de haver um *business case* específico para ele (especificar a previsão de subida do número de consultas, de exames, de receita associada, custo adicional e tempo de reembolso). Este *business case* é da responsabilidade do Administrador, bem como a sua apresentação e justificação junto do grupo, para haver a luz verde final. A Holding decide se aprova o investimento de acordo com o orçamento operacional e as fontes de financiamento do grupo. Durante o ano pode haver alterações na ordem dos investimentos propostos, igualmente justificadas pelo Administrador, em função dos patamares que são alcançados dentro da unidade e que sejam ou não justificativos da aquisição do equipamento. É aguardada a autorização do grupo, que normalmente acontece porque já estava previsto em orçamento (já havia uma pré-aprovação). Muitas vezes há uma Comissão de Médicos das diversas unidades que ajuda a perceber se o investimento é relevante ou não e a decidir, porque um gestor pode não ter essa capacidade.

O processo avança, é feita a encomenda e o equipamento é entregue. E depois é feito o acompanhamento, por parte do Administrador e da gestão operacional da unidade (que tem uma componente operacional concreta do dia-a-dia, mas também tem uma componente de gestão que permite perceber se o investimento está a ter o retorno esperado). Como o grupo está em grande dinâmica de expansão, os investimentos de hoje numa unidade servem de exemplo para um investimento futuro numa outra unidade, passando a haver uma experiência e conhecimento interno acumulado. É um processo dinâmico e o que se pretende com isto tudo é a partilha, dentro do grupo, o mais possível do conhecimento adquirido por cada experiência, seja ela positiva, seja ela menos positiva, que pontualmente acontece. A ideologia do grupo é não repetir o erro, mas sim aprender com ele.



Fluxograma 5 – Representação do processo de aquisição do hospital privado D.

Importa referir que o fluxograma 5 acima apresentado está dividido em dois processos: por um lado, a verde, está representado o fluxo de informação que ocorre antes da unidade ser construída; a vermelho está representado o fluxo de informação que ocorre durante o funcionamento do hospital tendo em conta as necessidades que são levantadas, que por obsolescência, quer por avaria, ao longo do ano e em articulação com os orçamentos estipulados.

Em termos de investimentos já realizados ou a realizar em MCDT, os entrevistados não referiram qualquer exemplo a este respeito. Contudo, e tendo em conta o grau de diferenciação e tipologia do hospital, todos os exames que requeiram equipamentos pesados estão assegurados. Isto significa que o hospital D está dotado de todo o equipamento pesado essencial para diagnóstico e terapêutica.

É um hospital que está avaliado pelo Sistema SINAS, não em termos de excelência clínica, mas possui uma classificação correspondente ao nível de qualidade I em termos de segurança do doente e nível de qualidade II em termos de adequação e conforto das instalações e focalização no doente. Para além disto, o grupo privado do hospital D tem implementadas nas unidades as normas ISO 9001:2008 (que definem as metodologias asseguradoras da qualidade dos Serviços prestados, referem a importância do sistema de gestão numa empresa e ainda a avaliação e seleção de fornecedores) (Lopes, 2009).

Este hospital é referido pelos entrevistados como resultante de uma necessidade a nível do grupo, cujo acionista tem uma relação próxima com a gestão e isso permite-lhes uma boa definição das estratégias de cada unidade e o crescimento orgânico do grupo; é um hospital de sofisticação pela sua tipologia e pela qualidade de tratamentos assegurada pela equipa, equipamentos e infraestrutura.

Neste sentido, é possível começar agora a referir o que é valorizado nas quatro dimensões de análise.

A nível contextual, os fatores mais referidos pelos gestores entrevistados foram, por um lado, as **restrições económicas**, e por outro lado a **competição do mercado**. Um dos gestores do grupo, nomeadamente pertencente à ACE, referiu precisamente o facto do hospital D ser um hospital privado, cujo crescimento é feito com recurso a capitais substancialmente próprios, acabando por ser mais lento, mas mais consolidado. As restrições económicas colocam-se aqui no sentido da dependência do capital próprio dos acionistas, mas também da condição que as companhias de seguro, os subsistemas e os próprios clientes têm para pagarem os Serviços de saúde. Por outro lado, os concorrentes

também são importantes para a definição da tipologia e estratégia de cada hospital ainda antes da sua conceção.

A nível organizacional, o maior fator é sem dúvida **a estratégia da unidade** hospitalar. Esta é que irá ditar que tipo de equipamentos serão instalados no hospital D, independentemente de qualquer outro fator: os equipamentos já estão pré-definidos e sempre que há a colocação de uma nova necessidade, a área de compras do grupo segue o que foi estipulado para aquela unidade. Relacionado com o anterior, estão os fatores relativos ao **tipo de hospital, tamanho e infraestrutura** precisamente pela tipologia definida pelo grupo que está diretamente relacionada com os equipamentos que serão adotados. Estes quatro fatores têm uma influência variável, de acordo com a estratégia, ao contrário do que se tem verificado nos hospitais anteriores. Esta conclusão pode ser verificada na tabela 12 abaixo indicada. Já foi referido e explicado pela figura 6 que o grupo criou uma nomenclatura própria para definir o tipo de unidade hospitalar. É evidente, contudo, que a presença de uma **equipa multidisciplinar** é fundamental para as especificações técnicas dos equipamentos, na fase inicial de planeamento. Importa ainda referir que, de todos os processos de aquisição de equipamentos, este é o que está mais condicionado à estratégia do hospital e, portanto, a decisão é mais **centralizada** em termos de definição do nível de inovação e tecnologia da unidade. Obviamente que a autonomia, em cada unidade existe, dentro das funções estipuladas, e que as necessidades e o início do processo, numa fase em que o hospital está em funcionamento, parte sempre do corpo clínico, tal como acontece nos hospitais A, B e C. Verifica-se, da mesma forma que nos hospitais anteriores, um processo partilhado.

A nível individual, a **competência técnica** de todos os que trabalham com os equipamentos é igualmente tida em consideração. Aliás, os profissionais de saúde são selecionados de acordo com o tipo de hospital juntamente com a definição dos equipamentos. Em todo o caso, e à semelhança dos outros hospitais, aquando da introdução de um equipamento novo, existe sempre um período de formação garantido a todos os profissionais que lidam com os equipamentos. O grau de inovação já não é tão relevante para o processo de aquisição de equipamentos do hospital D, precisamente pela predefinição de equipamentos para aquela unidade. Este seria um fator relevante se o hospital fosse do tipo H1.

Para terminar, a nível do processo são muito valorizados critérios relacionados com o **lucro, o custo, as restrições orçamentais, a condição financeira e a relação custo-eficácia**. Todos os gestores entrevistados referiram a enorme importância que a boa

justificação de um investimento pode trazer para a aceitação ou rejeição de um projeto de investimento. A **obsolescência** e a **necessidade** também são valorizadas, pelo facto de estes serem os principais iniciadores do processo. As **características do equipamento** são um fator tido em consideração, e aliás de grande importância, mas apenas numa fase primária de definição estratégica do hospital e caracterização do seu parque de equipamentos. Uma vez mais estamos perante um fator de influência variável e que depende da tipologia do hospital.

Aquisição de Equipamentos		
	Fatores/variáveis	Influência na aquisição
Nível Contextual	Restrições económicas	Desfavorável
	Competição do mercado	Favorável
Nível organizacional	Estratégia da unidade	Variável
	Tipo de hospital	Variável
	Tamanho	Variável
	Infraestrutura	Variável
	Equipas multidisciplinares	Favorável
	Centralização	Desfavorável
Nível individual	Competência técnica	Favorável
Nível do processo	Lucro	Favorável
	Custo	Desfavorável
	Restrições orçamentais	Desfavorável
	Condição financeira	Desfavorável
	Relação custo-eficácia	Favorável
	Obsolescência	Favorável
	Características do equipamento	Variável

Tabela 15 - Fatores tido em consideração na aquisição de equipamentos do hospital D.

A tabela 15 acima apresentada resume, no fundo, o objetivo 5 que foi proposto para o estudo, pela apresentação dos fatores tidos em consideração, nas quatro dimensões ou níveis, no processo de definição dos equipamentos e aquisição dos mesmos. De referir ainda que, no caso do hospital D, os fatores analisados podem ter um impacto variável (favorável ou desfavorável) em termos de influência no processo devido à definição estratégica que o grupo faz, *à priori*, das unidades hospitalares.

O que alavanca a aquisição:	O que dificulta a aquisição:
<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidade de negócio • Estratégia do grupo • Experiência • Procura • Rentabilidade • Análise custo-benefício 	<ul style="list-style-type: none"> • Condicionantes de financiamento do subsistema • Custos • Mercado • Recursos humanos • Restrições financeiras

Tabela 16 - Aspetos que alavancam e dificultam a aquisição de novos equipamentos no hospital D.

A aquisição dos equipamentos (tabela 16) é dificultada, ao contrário do que acontece com todos os hospitais mencionados, pelas condicionantes de financiamento do subsistema: a introdução de novas técnicas em hospitais muito diferenciados dependerá sempre de uma avaliação muito rigorosa do mercado, custos, recursos humanos e financeiros e das condições financeiras da população alvo e dos próprios subsistemas. Por outro lado, os gestores entrevistados consideram que a oportunidade de negócio é a maior alavanca da aquisição, seguindo-se, obviamente, da estratégia do grupo, da experiência que o grupo teve com outras unidades, da procura e dos estudos de rentabilidade e análise custo-benefício. As principais motivações de aquisição, referidas em maioria, são as necessidades e os pareceres dados pelo corpo clínico das unidades.

Este é um hospital muito mais voltado para o mundo empresarial, desde logo pelos critérios tidos em consideração e pela própria linguagem utilizada: todos os gestores viam as unidades do grupo, e o hospital D em particular, como empresas geradoras de lucro, cuja atividade vai depender em última instância dos resultados positivos associados à produção efetuada.

9. DISCUSSÃO

9.1. PROCESSO DE INVESTIMENTO

Com o estudo apresentado pretendeu-se perceber como são tomadas as decisões acerca da aquisição de equipamentos de imagiologia pesados nos hospitais portugueses, de acordo com a sua tipologia: público, em parceria público-privada, social e privado. Para isso, foram questionados vários intervenientes no processo pertencentes à gestão de topo, à gestão intermédia e de primeira linha, bem como gestores do grupo (externos às unidades hospitalares em questão, à exceção do hospital público A). Depois dos resultados apresentados, é possível perceber semelhanças nos processos de decisão de investimento e de escolha do equipamento comuns aos quatro hospitais.

De uma forma geral, o processo de investimento inicia-se da mesma forma em todos os hospitais analisados: através do levantamento de uma necessidade, que pode ter origem na obsolescência do equipamento, na avaria ou na introdução de novas técnicas de diagnóstico. O mais comum a todos os hospitais é, de facto, a introdução de um novo equipamento pelo estado de obsolescência e avaria do anterior. Em todos os hospitais estudados, esta necessidade provém sempre dos profissionais que lidam diariamente com estes equipamentos (sejam eles médicos, técnicos, engenheiros ou fornecedores).

A necessidade é sempre devidamente justificada e fundamentada por um conjunto de áreas ou departamentos pertencentes a uma gestão de suporte que encaminha, por fim, o processo para a administração.

As principais diferenças encontram-se ao nível das designações dos cargos de gestão e do maior/menor espectro de competências que estes podem incluir:

- No hospital A o procedimento passa dos Serviços para os Centros de Gestão que, em articulação com os Serviços de Apoio, encaminham o processo para a Administração;
- No hospital B passam das dos Serviços para as Direções em articulação com Órgãos de Apoio Técnico;
- No hospital C as necessidades passam dos Serviços para os Serviços Partilhados;
- No hospital D as necessidades são analisadas em conjunto com a Equipa de Gestão Operacional (dentro do hospital) e com a ACE (Serviços Partilhados).

Para além destas, existem também diferenças a nível de autorizações externas, ou seja:

- O hospital A necessita de autorização ministerial quando planeia investimentos acima de 100 mil euros;
- O hospital B necessita de autorização do grupo de gestão privada e para investimentos superiores a 20 mil euros é necessária a elaboração de um documento adicional para a análise;
- O hospital C necessita sempre de uma supervisão e aprovação final por parte da SCM;
- O hospital D é, à semelhança do anterior, sendo supervisionado em última instância a nível da *Holding*.

Um outro aspeto prende-se com o facto dos hospitais A e B utilizarem um Caderno de Encargos, utilizado por todas as entidades do Estado, apesar do hospital B ter um outro documento que agiliza descomplica o processo de investimento em termos de caracterização exaustiva do equipamento. Os hospitais A e C partilham a mesma plataforma para realização de concursos públicos, enquanto que o B e o D têm um sistema informático comum às unidades de cada grupo privado e diferentes entre si.

Os fluxogramas de informação, que traduzem o processo de investimento, estabelecidos para os quatro hospitais analisados são extremamente semelhantes no que diz respeito ao fluxo e ordem de informações que ocorre no ambiente hospitalar. De forma a melhor visualizar as diferenças e as semelhanças entre os processos de investimento, a informação acima descrita encontra-se organizada na tabela 17.

	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D
Início do processo	Identificação de necessidades (obsolescência, avaria, novas técnicas)	Identificação de necessidades (obsolescência, avaria, novas técnicas)	Identificação de necessidades (obsolescência, avaria, novas técnicas)	Identificação de necessidades (obsolescência, avaria, novas técnicas)
Intervenientes diretos no processo	Serviços; Centros de Gestão; Direção Clínica; Serviços de Apoio (Instalações e Equipamentos; Manutenção; Informático; Aprovisionamento e logística; Planeamento e Controlo de Gestão); Administração; Tutela (Ministério da Saúde e das Finanças)	Serviços; Áreas; Direção Clínica; Direções (Planeamento Estratégico e Inovação, Manutenção, Logística, Produção); Comissão Executiva; Grupo Privado (Direção de Compras)	Serviços; Direção Clínica; Serviços Partilhados (Manutenção, Logística e Aprovisionamento, Instalações e Equipamentos); Conselho Administrativo da Saúde; Conselho Administrativo da SCM; SCM (Gabinete de Estudos, Planeamento e Controlo de Gestão; Departamento de Compras)	Serviços; Equipa de Gestão Operacional; Direção Clínica; Administrador do hospital D; ACE (Área de Compras); Holding
Fatores de ponderação na escolha do equipamento	É constituído um júri que escolhe o equipamento tendo em conta: qualidade da solução técnica, preço, assistência técnica, prazo de entrega	A Direção de Compras escolhe o equipamento tendo em conta: preço, anos de garantia, manutenção, custo das peças individualmente	O Departamento de Compras seleciona o equipamento tendo em conta: qualidade do equipamento, preço, prazo de entrega, assistência técnica, garantia	Os equipamentos são escolhidos pela Área de Compras de acordo com as características de cada unidade hospitalar
Documentos utilizados	Caderno de Encargos	Caderno de Encargos e documento do grupo	Caderno de Encargos	Já estão definidas de acordo com a tipologia do hospital
Tipo de concurso	Concurso público	Sistema informático exclusivo do grupo	Concurso público	Sistema informático exclusivo do grupo
Autorizações externas ao hospital	Ministério da Saúde e das Finanças	Entidade gestora privada	SCM	Holding

Tabela 17 – comparação do processo de investimento nos quatro hospitais.

O processo de aquisição de equipamentos pesados nos hospitais portugueses é um processo partilhado e muito semelhante entre as tipologias de hospitais: público, PPP, social e privado. Obviamente que este procedimento partilhado se aplica apenas a equipamentos pesados. Foi referido em todos os hospitais que, quando há o caso da necessidade de equipamentos mais comuns (cuja definição das características não exige tantas perguntas) e com custos muito menos avultados, não há uma consulta tão pormenorizada dos Serviços e dos utilizadores, e os critérios de avaliação aplicados já se tornam mais simples (normalmente é a relação preço-qualidade), como é o caso de seringas, cateteres ou monitores.

A maior diferença está na definição estratégica que o hospital D faz para cada tipo de unidade hospitalar: neste caso, ao contrário dos restantes hospitais (A, B e C), as características dos equipamentos são pré-estabelecidas para cada tipo definido; todo o processo de caracterização do equipamento já não se torna necessário, a menos que seja em contexto de uma unidade do tipo H1 (que não é o caso do hospital D).

O processo inicia-se pela identificação de uma necessidade pelo corpo clínico (que lida diariamente com os equipamentos); há a intervenção de diferentes agentes no processo, de várias áreas diferentes de forma a garantir a justificação da necessidade e posteriormente a sua aprovação (a nível da unidade e exterior à unidade). Neste caso, pode-se afirmar que a decisão acaba por ser sempre centralizada. De acordo com as diferentes tipologias dos hospitais, as autorizações podem ser mais ou menos demoradas: verifica-se que o hospital A tem um tempo de resposta muito mais superior do que, por exemplo, o hospital B cujo modelo de gestão é diferente, apesar de ser um hospital parcialmente público.

Os documentos utilizados para a caracterização dos equipamentos nos hospitais A, B e C são extremamente descritivos e definem o mínimo tecnológico aceitável para a unidade hospitalar. O hospital B tem tentado implementar um outro documento, muito mais acessível, mas que respeita sempre em última instância o que é definido no Caderno de Encargos.

Depois de aprovado o investimento, os hospitais A e C realizam concursos abertos aos fornecedores para promoverem a transparência e a competitividade entre fornecedores, enquanto que os hospitais B e D têm um sistema informático próprio no qual são colocados os fornecedores e os equipamentos disponíveis, depois de uma negociação prévia com o mercado, onde as unidades realizam as notas de encomenda.

As evidências evocam o fluxograma 1, proposto por Uphoff et al. (1997), que consiste numa metodologia auxiliar à tomada de decisão acerca da tecnologia médica através de uma equipa de avaliação de tecnologia, o que acontece nos hospitais A, B, C e D. Esta metodologia dá uma maior ênfase ao processo para a tomada da decisão, tal como ocorre nos hospitais portugueses; uma outra semelhança entre o que foi observado e a literatura é a dependência da decisão final de recomendações feitas anteriormente no que diz respeito a avaliações tecnológicas, recolha de dados sobre os equipamentos e aplicação de questões chave como forma de triagem. O fim do processo é também semelhante uma vez que não põe de parte a supervisão da aquisição e implementação do equipamento ou

tecnologia no hospital. Para além destas semelhanças verifica-se também o reconhecimento de orçamentos e a sua integração ao longo do processo de tomada de decisão.

Uma das principais diferenças prende-se com o facto do fluxograma de Uphoff et al. (1997) traduzir o início do processo de investimento como um pedido de capital e não com o levantamento de uma necessidade, tal como se observa nos hospitais analisados. Para além disso, a avaliação do equipamento e das suas características está sempre presente nos processos portugueses, o que não se verifica na metodologia apresentada pela literatura. Isto dá a entender que os hospitais portugueses seguem um procedimento mais sofisticado e exigente que o proposto por Uphoff et al. (1997).

9.2. FATORES CONSIDERADOS

Em termos de fatores tidos em consideração nos processos e referidos na literatura é possível proceder agora a uma comparação entre os quatro hospitais, pela tabela 18.

Para começar, é importante dar a perceber que o estudo resulta das entrevistas feitas a gestores dos hospitais e que os fatores foram daí retirados. Isto significa que a discussão a seguir apresentada resulta do relato e do que é valorizado por esses mesmos gestores, que falaram em nome próprio e em nome da organização.

		Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D
Nível Contextual	Restrições políticas	√			
	Restrições económicas		√	√	√
	Políticas de regulação				
	Competição do mercado	√	√		√
Nível organizacional	Centralização	√	√	√	√
	Formalização	√	√	√	
	Tamanho	√		√	√
	Infraestrutura	√		√	√
	Tipo de hospital				√
	Apoio da gestão de topo	√	√	√	
	Equipas multidisciplinares	√	√	√	√
Nível individual	Estratégia do hospital		√	√	√
	Grau de inovação	√	√	√	
Nível do processo	Competência técnica	√	√	√	√
	Obsolescência	√	√	√	√
	Características do equipamento	√	√	√	√
	Lucro			√	√
	Custo		√	√	√
	Condição financeira	√	√	√	√
	Restrições orçamentais	√	√	√	√
	Preferência dos médicos		√	√	
	Eficácia clínica		√		
	Relação custo-eficácia	√	√	√	√
Necessidades	√	√	√		

Tabela 18 – comparação dos fatores tidos em consideração na aquisição dos quatro hospitais.

As restrições políticas (Kidholm et al., 2015; Nyland & Pettersen, 2004; Peer & Rakich, 1999; Wernz, Wernz, Phusavat, & Thakur Wernz, 2014) foram apenas referidas pelos gestores do hospital A e são desvalorizadas pelos gestores dos restantes hospitais. Esta questão prende-se, tal como já foi referido na análise de resultados, pela localização do hospital e, por conseguinte, pela população alvo que serve dentro da mesma tipologia de hospitais públicos portugueses. Pelo contrário, o hospital A não referiu as restrições económicas a nível contextual como influenciadoras do processo, ao contrário do que aconteceu com os hospitais B, C e D. As políticas de regulação não foram referidas por nenhum dos hospitais, ao contrário do que é dito na literatura, não porque não sejam necessárias, mas porque já estão asseguradas. As questões de competição (Teplensky et al., 1995; Wernz et al., 2014; Xue et al., 2008) são referidas por todos os entrevistados, à exceção dos gestores do hospital C.

A nível organizacional, houve total concordância entre hospitais no que diz respeito à centralização (da decisão) e à envolvimento de equipas multidisciplinares, traduzindo-se na partilha que é feita do processo. No entanto, esta centralização não é a mesma referida na literatura que se refere somente à centralização do processo (Fakhfakh et al., 2012; Lucas & Palley, 1986; Nyland & Pettersen, 2004; Xue et al., 2008). Nos hospitais portugueses tal não acontece, sendo o processo partilhado e a decisão final centralizada. Para além disso, a formalização (Reimann, 1975; Zmud, 1982) foi considerada um fator importante nos hospitais A, B e C: no hospital privado este fator não foi referido por qualquer entrevistado. O tamanho do hospital e a sua infraestrutura (Ahmadi et al., 2015; Bower, 2005; Gabriel, 2014; Kimberly, 1981; Hung et al., 2009) são fatores considerados pelos gestores de todos os hospitais, à exceção do hospital B, pelo tipo de hospital que é, pelo facto de não ter uma gestão em nada semelhante com os hospitais circundantes e por ser o único em PPP na região. Curiosamente, apenas o hospital D referiu o fator “tipo de hospital” (Teplensky et al., 1995) como sendo relevante: o facto de ser um hospital totalmente privado, sem acordos ou convenções com o Estado, confere um ambiente à unidade muito mais empresarial do que nos casos anteriores; são tidas em conta questões muito mais económicas e de competitividade, como mais à frente se irá referir, do que relacionadas com o utente. Ainda dentro da dimensão organizacional, o apoio da gestão de topo é sentido pelos entrevistados dos hospitais A, B e C (Ahmadi et al., 2015; Ancarani et al., 2016; Chang et al., 2006; Peer & Rakich, 1999; Wernz et al., 2014; Yang et al., 2013; Yusof et al., 2008). Mais uma vez, o hospital privado D não referiu este fator, não porque não haja um apoio por parte do topo da cadeia hierárquica (aliás, ao longo das

entrevistas foi referido o carácter muito prático, atento e próximo dos acionistas do grupo como sendo uma mais valia na formulação estratégica e definição de objetivos do hospital), mas pelas predefinições em termos de equipamentos que são já propostas para a unidade D. Finalmente, a estratégia do hospital é referido por todos os hospitais à exceção do hospital público A. Todos os outros, quer por terem uma gestão privada, por realizarem convenções ou por serem totalmente privados valorizam muito e foi um fator referido especialmente no hospital D como importante no processo de aquisição de equipamentos (Focke & Stummer, 2003; Kidholm et al., 2015).

De uma forma geral e sucinta, todos os hospitais analisados deram a mesma importância aos fatores da dimensão individual (grau de inovação e competência técnica) (Alexander et al., 2006; Hung et al., 2009); existe apenas uma exceção para o hospital privado, no qual nenhum dos gestores valorizou o fator “grau de inovação” para como importante no processo de investimento e, mais uma vez, esta questão prende-se com a definição estratégica que é definida para cada hospital: nas unidades com menor diferenciação, por muito inovador que seja o corpo clínico e não clínico e por muita pressão que exerçam a nível do grupo, o patamar tecnológico da unidade irá manter-se constante porque foi assim idealizado pelo grupo. Apenas em hospitais do tipo H1 é que a questão de inovação individual se pode tornar relevante uma vez que, teoricamente, estas unidades são as mais diferenciadas e avançadas tecnologicamente e deve haver um acompanhamento permanente do mercado.

Finalmente, a nível do processo, fatores como obsolescência (Bower, 2005; Campbell, 1994; Focke & Stummer, 2003), características do equipamento (Bower, 2005; Xue et al., 2008), restrições orçamentais (Focke & Stummer, 2003; Hikmet et al., 2007; Kidholm et al., 2015) e relação custo-eficácia (Kidholm et al., 2015; Wernz et al., 2014) são transversalmente importantes para todos os tipos de hospitais. O lucro (Ahmadi et al., 2015; Focke & Stummer, 2003; Teplensky et al., 1995) foi referido ao longo das entrevistas com gestores dos hospitais C e D e o custo (Ahmadi et al., 2015; Focke & Stummer, 2003; Teplensky et al., 1995) nos hospitais B, C e D. A preferência dos médicos é apenas referida nos hospitais B e C e a eficácia clínica apenas no B. Estes aspetos prendem-se com o facto da parceria estabelecida entre o grupo privado e o Estado ser também uma das maiores condicionantes de financiamento para o processo na unidade hospitalar PPP: neste sentido, o hospital B tenta estar muito atento ao seu funcionamento interno, ao mercado e às oportunidades de inovação em termos de parcerias universitárias para poder crescer, evoluir, oferecer os melhores tratamentos possíveis aos utentes,

cumprindo sempre com os objetivos a que se propõe anualmente. Finalmente, as necessidades são um fator tido em consideração pelos hospitais A, B e C. Os entrevistados do hospital D não consideram que este fator influencie a aquisição dos equipamentos uma vez que, em princípio, as diferentes unidades privadas do grupo já têm todo um parque de equipamentos que assegurem as suas necessidades e as da população alvo, em função do que é estabelecido e tipificado em termos de oferta de serviços.

Estes dados vão ao encontro do que foi apresentado na literatura, especialmente pela tabela 3 que resume os fatores tidos em consideração no processo de aquisição, pelos diferentes autores apresentados.

De referir ainda que as informações recolhidas complementam o modelo de pesquisa conceptual referido por Ahmadi et al. (2015) e representado no gráfico 7 que permite dar orientação informativa relacionada com os decisores e que tenta promover a melhor decisão de adoção de tecnologia possível nos diferentes contextos hospitalares. Todas as variáveis colocadas em evidência no modelo são tidas em consideração nos hospitais portugueses e os dados recolhidos acrescentariam a este modelo as restrições económicas, a obsolescência, o lucro, custo, condição financeira, restrições orçamentais, preferência dos médicos, eficácia clínica, relação custo-eficácia e necessidades.

Para terminar, o processamento de informação ocorre numa lógica de processo de solução de problemas, que consiste na análise de situações e tomada de decisão em função disso. A solução prospetiva de problemas antecipa resultados mais ou menos desejáveis (este tipo de solução de problemas ocorre especialmente no hospital privado D analisado, pela definição estratégica dos hospitais do grupo por patamares de diferenciação e tecnologia); a solução retrospectiva de problemas identifica e corrige causas anteriores de resultados indesejados; a solução simultânea de problemas ocorre em organizações de saúde que estão comprometidas com uma filosofia de melhoria contínua da qualidade e produtividade (Longest et al., 2000). Estes três tipos de soluções ocorrem nos hospitais analisados mediante a situação e o contexto que leve a um investimento. A resolução de problemas, ou das necessidades identificadas nos hospitais em termos de equipamentos, pode também ser classificada de acordo com as condições que potenciam o surgimento dessas mesmas necessidades. Os investimentos podem ocorrer numa situação de oportunidade ou ameaça do mercado, numa situação de crise (no caso das avarias) em que a compra se torna imperativa ou numa situação de melhoria (no caso mais comum das situações de obsolescência).

10. CONCLUSÕES E SUGESTÕES FUTURAS

A este ponto do estudo, é importante retomar a questão que deu origem à exploração das temáticas indicadas: “Como é que os gestores hospitalares tomam as suas decisões em relação a investimentos tecnológicos?”.

Os hospitais portugueses estão organizados de tal forma que a decisão de investimento fica dependente de um processo que envolve todos os diferentes patamares de gestão hospitalar e ao longo do qual vão sendo colocados patamares mínimos de aprovação, de forma a reunir toda a informação necessária para a aprovação final do investimento. Em termos gerais, antes do processo de aquisição de equipamentos se iniciar, são definidos orçamentos anuais de despesa para cada hospital e para cada área ou serviço. Ao longo desse período de tempo, pela prática clínica, vão surgindo necessidades em termos de equipamentos que são identificadas, filtradas, caracterizadas (por documentos extremamente descritivos no caso dos hospitais A, B e C, mas que definem o mínimo tecnológico aceitável para a unidade hospitalar) e justificadas por diferentes agentes no processo (corpo clínico, Direção Clínica, fornecedores, gestores das áreas/departamentos de Instalações e Equipamentos, Manutenção, Informática, Aprovisionamento, Logística, Planeamento Estratégico, Controlo de Gestão, Produção – à exceção do hospital D, no qual os equipamentos já estão caracterizados) de forma a garantir a sua aprovação de acordo com os patamares orçamentais estabelecidos para as unidades. Esta aprovação deve ser dada a nível da Administração da unidade e, como os equipamentos de imagiologia não são facilmente integráveis nos orçamentos anuais definidos e exigem um maior dispêndio de capital, a aquisição fica também dependente de uma autorização exterior, independentemente do tipo de hospital e diferente para cada um (é necessária autorização Ministerial no caso do hospital público; é necessária autorização da Misericórdia em questão no caso do hospital social; e dos grupos privados que gerem as unidades PPP e privada). Neste caso, pode-se afirmar que a decisão acaba por ser sempre centralizada e o processo é partilhado. Uma das maiores diferenças encontradas a nível do processo é a definição estratégica que o grupo de saúde privado do hospital D realiza para todas as unidades que coloca em funcionamento. Neste caso, as características dos equipamentos são pré-estabelecidas para cada tipo de hospital e o processo de caracterização do equipamento já não se torna necessário. Para além disso e para todas as unidades, o processo inicia-se muito mais frequentemente por questões de

obsolescência e avarias do que por questões de inovação e acompanhamento do desenvolvimento tecnológico.

Uma vez que o objetivo geral passava por entender as variáveis tidas em consideração pelos gestores hospitalares portugueses na tomada de decisão de investimentos tecnológicos nos quatro hospitais analisados, foi possível perceber que o processo de aquisição de equipamentos de imagiologia nos hospitais portugueses está dependente de um conjunto de fatores e variáveis de origem contextual, organizacional, individual e do próprio processo. Ainda no objetivo geral propôs-se perceber se existem diferenças na chefia e na gestão de investimentos. Sobre este pouco foi possível concluir uma vez que seria necessário alargar o estudo aos principais representantes externos das unidades e comparar com os objetivos e metas propostas por cada hospital; infelizmente não foi possível ter acesso aos representantes de topo, por falta de disponibilidade e tempo. No entanto, foi possível concluir que não existe nenhuma metodologia, transversal e universal, de apoio à decisão nos hospitais portugueses (considerando a decisão individual): foi possível perceber que a decisão não parte somente da gestão de topo mas que resulta de um processo de muitos intervenientes; a complexidade do processo é de tal forma importante para as organizações que acaba por ser partilhado por um conjunto de intervenientes de diferentes áreas, não ficando dependente de apenas um decisor. Existem, contudo, matrizes para a escolha de equipamentos que, apesar de semelhantes em alguns aspetos, diferem na forma de como são aplicadas, consoante o equipamento em análise, os objetivos e estratégias de cada unidade hospitalar e que são exclusivas de cada uma.

Os quatro hospitais analisados (público, em parceria público-privada, social e privado), permitiram dar resposta aos objetivos específicos enumerados. Começando pela análise da estrutura interna de cada hospital conclui-se que os hospitais portugueses apresentam uma gestão de topo (Conselho de Administração e Comissão Executiva), gestão intermédia (Serviços de Apoio) e gestão de primeira linha (técnicos e médicos) e ainda uma gestão de grupo externa às unidades (no hospital A trata-se da ACSS e em última instância do Ministério da Saúde; no hospital B trata-se do grupo privado de saúde; no hospital C da SCM; e no hospital D é novamente um grupo privado que lidera a gestão das unidades hospitalares que lhe pertencem). As informações necessárias ao processo de investimento estão relacionadas com aquilo que é identificado pelos serviços como necessário (ou pelos fornecedores e manutenção em questões de fim de vida dos equipamentos), são informações relativas ao que é necessário e porquê e informações

sobre análises custo-benefício, justificativas para um processo de investimento. Os objetivos relativos à identificação dos intervenientes no processo de investimento e à organização de fluxogramas também foram cumpridos e já foram mencionados. Os fatores contextuais, organizacionais, individuais e do processo identificados no estudo estão de acordo e vão ao encontro do que é dito na literatura pelos diversos autores. Abre-se exceção para o fator contextual relativo às políticas de regulação. Este foi desvalorizado por todos os gestores entrevistados, não ignorando a importância que tem, mas no sentido de ser transversal a todos os tipos de hospitais e estar assegurado pelos fabricantes dos equipamentos (os equipamentos vão a concursos para serem adquiridos, depois de serem testados e cumprirem todo um conjunto de normas e regulamentações). Os dois últimos objetivos propostos também foram atingidos. Os fatores mais valorizados por todos os hospitais analisados foram:

- A nível contextual – as restrições económicas e a competição do mercado;
- A nível organizacional – a centralização da decisão, a formalização do processo, o tamanho e infraestrutura da unidade em questão, o apoio da gestão de topo, a existência de equipas multidisciplinares e a própria estratégia do hospital;
- A nível individual - o grau de inovação e a competência técnica;
- A nível do processo – a obsolescência, as necessidades, as características do equipamento, o custo, a condição financeira da unidade e as restrições orçamentais que se impõem e a relação custo-eficácia.

Por outro lado, os fatores de menor concordância são as restrições políticas (referidas pelo hospital público A), o tipo de hospital (referido apenas pelo hospital privado D como influenciador do processo de investimento), o lucro (fator apenas referido pelo hospital C e D, cuja gestão está ao encargo de grupos privados), a preferência dos médicos (tida em consideração pelos gestores dos hospitais B e C) e a eficácia clínica (muito relevante e concordante apenas no hospital em parceria público-privada B).

Para além dos objetivos que foram propostos, ao longo do trabalho foram aparecendo tópicos de análise muito interessantes e que potenciam o desenvolvimento de trabalhos futuros. Para começar, nenhum dos hospitais portugueses funciona como unidade isolada, ou seja, independentemente do tipo de hospital, existe sempre a influência exterior de grupos ou organizações que estabelecem limites, regras, normas, metas estratégicas, etc.,

segundo as quais as unidades hospitalares se vão orientando. Outros tópicos de análise seriam a relação que é estabelecida entre a unidade e os fornecedores em termos de manutenção de equipamentos, que acaba por ter impacto no processo de compra; a forma como os gestores de topo e de suporte encaram o mercado consoante o tipo de hospital e a estratégia do mesmo (especialmente em questões privadas) também é um aspeto a considerar; a relação de informalidade que é estabelecida entre os diferentes patamares de gestão dentro das unidades hospitalares (para facilitar o fluxo de informação, a partilha de ideias e o processo de investimento); por outro lado a relação desequilibrada e a dinâmica existente entre a rápida evolução tecnológica, o financiamento hospitalar, a adoção de equipamentos pesados nas unidades do Estado e a formação de parcerias entre o Estado e os grupos privados de saúde.

Posto isto, as limitações que se fizeram sentir no estudo foram algumas:

- a dificuldade na conjugação do tempo disponível para a dissertação com o tempo disponível dos gestores dos hospitais para a marcação de reuniões;
- a demora nas respostas dos gestores fez com que não fosse possível explorar mais detalhes e pormenores relativos ao processo de decisão em si; também não foi possível a marcação de entrevistas com mais intervenientes para inclusão de um maior número de perspetivas;
- não foi possível entender como se processa a informação a nível dos sistemas informáticos das unidades;
- não foi possível expandir o estudo a outras unidades hospitalares, de forma a poder criar um modelo conceptual explicativo do processo de aquisição de equipamentos;
- percebeu-se que os hospitais públicos também variam em termos de complexidade, à semelhança dos privados, mas não foi possível estender o estudo de forma a permitir uma análise mais pormenorizada.

Para terminar, importa referir que o objetivo principal da dissertação foi cumprido, embora não tenha sido possível abranger elementos de maior complexidade. Neste sentido, fica para o desenvolvimento de um trabalho futuro a criação de um modelo explicativo dos fatores tidos em consideração no processo de investimento em equipamentos pesados pelos diferentes hospitais portugueses, que englobe todas as

tipologias hospitalares em termos de diferenciação tecnológica e que abranja e inclua todos os intervenientes neste processo.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2018). *Parcerias Público-Privadas*. Obtido em 5 de outubro, de 2018 de: <http://www.acss.min-saude.pt/2016/10/12/parcerias-publico-privadas/>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (fevereiro de 2014). Modelo para a análise e avaliação prévia de acordos com IPSS no âmbito do DL 138/2013. Obtido em 3 de outubro de 2018, de: http://www.acss.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2016/10/Modelo_Analise_IPSS.pdf
- Ahmadi, H., Nilashi, M., & Ibrahim, O. (2015). Organizational decision to adopt hospital information system: An empirical investigation in the case of Malaysian public hospitals. *International Journal of Medical Informatics*, 84, pp. 166-188.
- Alexander, J., Weiner, B., & Griffith, J. (2006). Quality Improvement and Hospital Financial Performance. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), pp. 1003-1029.
- Ancarani, A., Mauro, C., Gitto, S., Mancuso, P., & Ayach, A. (2016). Technology acquisition and efficiency in Dubai hospitals. *Technological Forecasting & Social Change*, 113, pp. 475-485.
- Associação Portuguesa de Hospitalização Privada. (s.d.). Hospitais Privados - Parceiros de referência na Saúde dos Portugueses. Obtido em 23 de novembro de 2017, de: <http://docplayer.com.br/710564-Hospitais-privados-parceiros-de-referencia-na-saude-dos-portugueses.html>
- Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral. (2008). *Investigação Passo a Passo - Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica* (1ª ed.). Lisboa, Portugal.
- Augusto Mateus & Associados. (junho de 2017). *Setor Privado da Saúde em Portugal*. Portugal: Millennium bcp.
- Azevedo, H., & Mateus, C. (2014). Economias de escala e de diversificação: uma análise da bibliografia no contexto das fusões hospitalares. *Revista portuguesa de saúde pública*, 32, pp. 106-117.
- Babbie, E. (1992). *The Practice of Social Research* (6ª ed.). Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S., & Pires, S. (2002). O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. *Centro de Estudos Sociais*. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Barros, P., Simões, J. (2007). Portugal Health System review. *Health Systems in Transition*, 9(5), pp. 1-140.

- Bower, A. G. (2005). The Potential Value of Wide HIT Diffusion. Em *The Diffusion and Value of Healthcare Information Technology* (pp. 33-54). Santa Monica, CA; Arlington, VA; Pittsburgh, PA: RAND Corporation. Obtido em 24 de outubro de 2018, de: <http://www.jstor.org/stable/10.7249/mg272hlth.12>.
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2009). *O Estado da Saúde em Portugal* (1ª ed.). Imprensa de Ciências Sociais.
- Campbell, C. (1994). Hospital plant and equipment replacement decisions : A survey of hospital financial managers. *Hospital & Health Services Administration*, 39, pp. 538-556.
- Campos, A. C., & Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. Coimbra: Almedina.
- Carvalho, A., Cunha, S., Lima, L., & Carstens, D. (2017). The role and contributions of sociological institutional theory to the socio-technical approach to innovation theory. *Revista de Administração e Inovação*, pp. 250-259.
- Castro, F., Chieppe, A., Salles, A., Júnior, A., & Camargo. (2008). Information Technology governance in information technology investment decision processes: The impact of investment characteristics, external environment, and internal context. *MIS Quarterly*, 32, pp. 67-96.
- Chang, I., Hwang, H., Yen, D., & Lian, J. (2006). Critical factors for adopting PACS in Taiwan: Views of radiology department directors. *Decision Support Systems*, 42, pp. 1042-1053.
- Correia, R., & Garcia, J. (2016). A aposta portuguesa na biotecnologia sob o impulso da integração europeia: Sistema de descoberta para FCCN. *Análise Social*, 219, pp. 274-309.
- Dancin, M. T., Goodstein, J., & Scott, W. R. (2002). Institutional Theory and Institutional Change: Introduction to the Special Research Forum. *The Academy of Management Journal*, 45(1), pp. 45-56.
- Dantas, J., & Moreira, A. (2011). *O Processo de Inovação: Como potenciar a criatividade organizacional visando uma competitividade sustentável*. (Lidel, Ed.) Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro. *Diário da República*, n. º30 - 1.ªsérie. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 138/2013 de 9 de outubro. *Diário da República*, n. º195 - 1.ªsérie. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 284/99 de 26 de julho. *Diário da República*, n. º172 - 1.ªsérie. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Plano estratégico 2017-2019*. Ministério da Saúde. Portugal: Lisboa.
- Eisenhardt, K., & Zbaracki, M. (1992). Strategic Decision Making. *Strategic Management Journal*, 13, pp. 17-37.
- Entidade Reguladora da Saúde. (fevereiro de 2012). *Estudo de avaliação dos centros hospitalares*. Obtido em 3 de outubro de 2018 de:

https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/399/Relat_rio_Centros_Hospitalares.pdf.

- Entidade Reguladora da Saúde. (maio de 2013). *Acesso, Concorrência e Qualidade no Setor Convencionado com o SNS*. Obtido em 26 de setembro de 2018 de: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/886/Relat_rio_Conven__es.pdf.
- Fakhfakh, H., Zouari, G., & Zouari-Hadiji, R. (2012). Internal capital markets and investment decisions. *Corporate Governance: The International Journal of Business in Society*, 12, pp. 179-198.
- Faria, C. (1999). *Gestão de manutenção de instalações e equipamentos hospitalares*. Tese de Mestrado não publicada. Porto: Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto.
- Ferreira, S. (2011). *Aspetos Físicos Relacionados com Utilização de Equipamentos Hospitalares*. Tese de Mestrado não publicada. Bragança: Escola Superior de Tecnologia e de Gestão, Instituto Politécnico de Bragança.
- Focke, A., & Stummer, C. (2003). Strategic technology planning in hospital management. *OR Spectrum*, 25, pp. 161-182.
- Gabriel, M., Jones, E., Samy, L., & King, J. (2014). Progress and challenges: Implementation and use of health information technology among critical-access hospitals. *Health Affairs*, 33, pp. 1262-1270.
- Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (2011). *Relatório Final*. Ministério da Saúde. Portugal.
- Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais. (junho de 2010). *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Obtido em 16 de fevereiro de 2017, de: <https://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo : sentidos e formas de uso* (1ª ed.). Estoril: Príncipia.
- Hikmet, N., Bhattacharjee, A., Menachemi, N., Kayhan, V., & Books, R. (2007). The role of organizational factors in the adoption of healthcare information technology in Florida hospitals. *Health Care Manage Sci*, 11.
- Hung, S., Hung, W., Tsai, C., & Jiang, S. (2009). Critical factors of hospital adoption on CRM system: Organizational and information system perspectives. *Decision Support Systems*, 48, pp. 592-603.
- IBM. (s.d.). *IBM SPSS Software*. Obtido em 23 de abril de 2017, de: <https://www.ibm.com/analytics/us/en/technology/spss/>
- Ingebrigtsen, T., Georgiou, A., Clay-Williams, R., Magrabi, F., Hordern, A., Prgomet, M., Li, J., Westbrook, J., & Braithwaite, J. (2014). The impact of clinical leadership on health information technology adoption: Systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 83, pp. 393-405.

- Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Estatísticas da Saúde 2016*. Obtido em 5 de outubro de 2018 de:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=277095050&PUBLICACOESmodo=2
- Jick, T. (1979). Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in Action. *Administrative Science Quarterly*, 24, pp. 602-611.
- Jourard, I., André, C., & Nicq, C. (2010). Health Care Systems: Efficiency and Institutions. *OECD Economics Department Working Papers*, 769, OECD Publishing. doi: 10.1787/5kmfp51f5f9ten
- Junior, E. G. (2011). *Inovação e Pseudoinovação: concepção e aplicação das ideias*. Cuiabá: EdUFMT.
- Kidholm, K., Olholm, A., Birk-Olsen, M., Cicchetti, A., Fure, B., Halmesmaki, E., Kahveci, R., Kiivet, R., Wasserfallen, J., Wild, C., & Sampietro-Colom, L. (2015). Hospital managers' need for information in decision-making - An interview study in nine European countries. *Health Policy*, 119, pp. 1424-1432.
- Kimberly, J. R., & Evanisko, M. J. (1981). Organizational Innovation: The Influence of Individual, Organizational, and Contextual Factors on Hospital Adoption of Technological and Administrative Innovation. *Academy of Management Journal*, 24(4), pp. 689-713.
- Klein, G. (1998). *Fontes do Poder: o modo como as pessoas tomam decisões*. Massachusetts Institute of Technology: Instituto Piag T.
- Longest, B., Rakich, J., & Darr, K. (2000). *Managing Health Services Organizations and Systems* (4ª ed.). Baltimore: Health Professions Press, Inc.
- Lopes, A. (2009). *Programa de avaliação e seleção de fornecedores em prestadores de cuidados de saúde*. Tese de Mestrado não publicada. Coimbra: Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade de Coimbra.
- Lucas, H. C., & Palley, M. A. (1986). Plant Management, the Locus of Decision Making, and the Information Services Department. *Journal of Management Information Systems*, 3(3), pp. 34-48.
- Major, M. (2014). Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal: balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses. *Revista de Administração*, 49, pp. 476-490.
- Matos, A., & Nunes, A. (2016). Inovação da gestão dos hospitais públicos no sistema de saúde português. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 5, pp. 14-23.
- Ministério da Saúde. (10 de outubro de 2016). *Entidade Reguladora da Saúde (ERS)*. Obtido em 11 de setembro de 2018, de: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/entidade-reguladora-da-saude/>

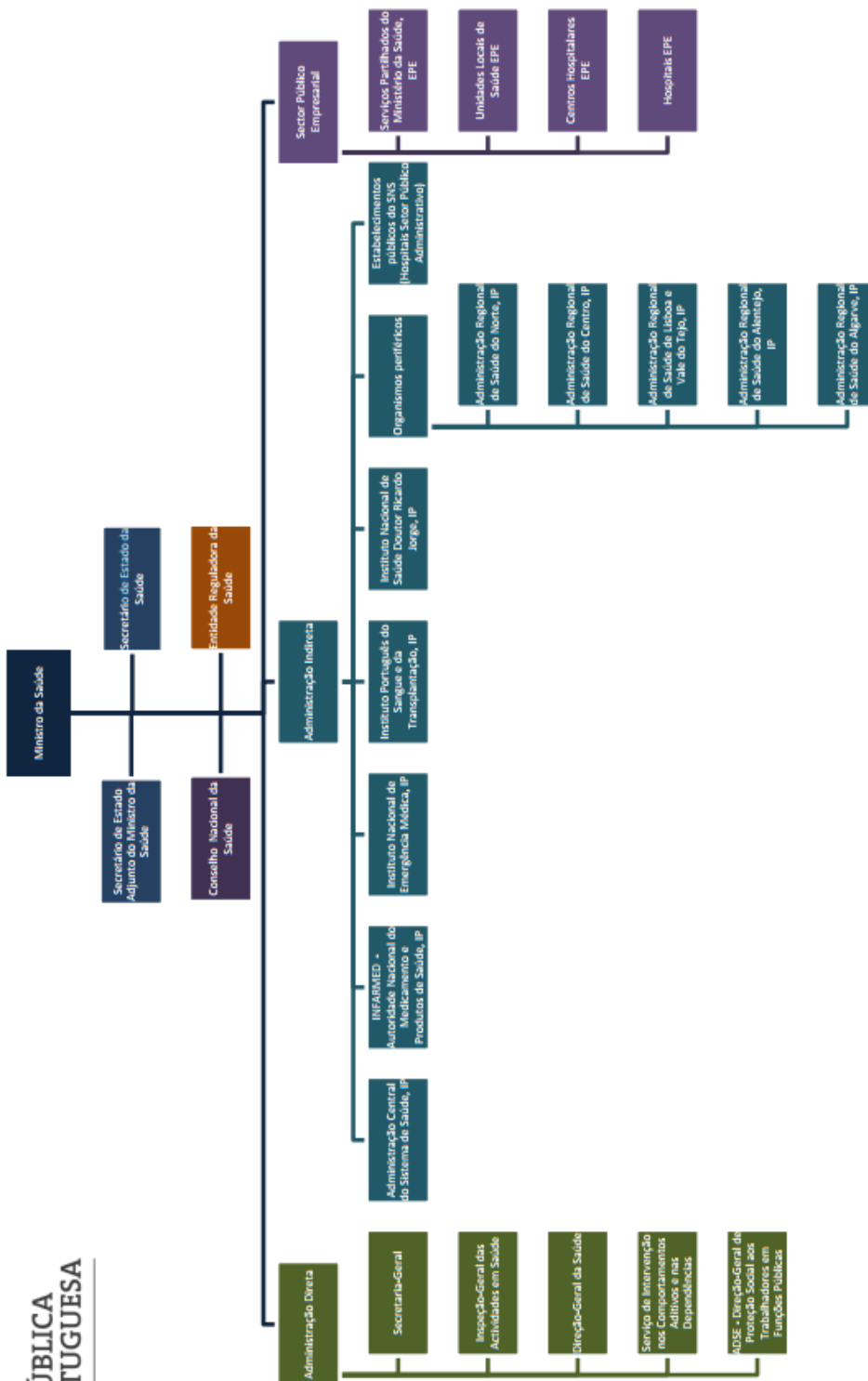
- Ministério da Saúde. (7 de outubro de 2017). *Direção-Geral da Saúde (DGS)*. Obtido em 11 de setembro de 2018, de: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/direcao-geral-da-saude/>
- Ministério da Saúde. (2017). *Política de Saúde*. Obtido em 1 de outubro de 2018, de: <https://www.sns.gov.pt/institucional/politica-de-saude/>
- Nogueira-Martins, M., & Bógus, C. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), pp. 44-57.
- Nyland, K., & Pettersen, I. J. (fevereiro de 2004). The control gap: The role of budgets, accounting information and (non-) decisions in hospital settings. *Financial Accountability & Management*, 20, pp. 77-102.
- OECD. (11 de julho de 2018). Obtido de <http://www.oecd.org/>
- Peer, K., Rakich, J. (1999). Ethical Decision Making in Healthcare Management. *Hospital topics: research and perspectives on healthcare*, 77(4), pp 7-13.
- Penedo, J., Madahil, A., Ferreira, A., Nunes, A., Pereira, J., Venâncio, J., Maia, M., & Alves, P. (2013). *Carta de Equipamentos Pesados em Saúde*. Obtido em 7 de novembro de 2018, de: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Carta-de-equipamentos-médicos-pesados.pdf>.
- Pereira, R., Salazar, M., Abelha, A., & Machado, J. (2017). SWOT Analysis of a Portuguese Electronic Health Record. Em M. Salazar, *Qualidade de Informação no Processo de Tomada de Decisão em Grupo*, pp. 63-78.
- Portaria n.º 147/2016 de 19 de maio. *Diário da República*, n.º97 - 1.ª série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- QEnergia(2015). *Novas soluções para Gaiolas Faraday*. Obtido em 26 de novembro de 2018, de: <http://www.qenergia.pt/content/index.php?action=detailfo&rec=188>
- QSR International. (s.d.). *What is NVivo?* Obtido em 27 de setembro de 2017, de: <http://www.qsrinternational.com/what-is-nvivo>
- Ramos, F., Costa, C., & Roque, M. (out/dez de 1986). O mercado hospitalar português. *Revista da associação portuguesa de administradores hospitalares*, pp. 7-15.
- Rego, G., Nunes, R., & Costa, J. (2010). The Challenge of corporatisation: The experience of Portuguese public hospitals. *European Journal of Health Economics*, 11, pp. 367-381.
- Reimann, B. (1975). Organizational Effectiveness and Management's Public Values: A Canonical Analysis. *Academy of Management Journal*, 18, pp. 224-241.
- Rzeczynski, M. (2009). How Do Investment Managers Think? A Framework for Decision-Making Due Diligence. *The Journal of Alternative Investments*, pp. 86-92.

- Salazar, M. (2017). *Qualidade da Informação no Processo da Tomada de Decisão em Grupo*. Tese de Doutoramento não publicada. Braga: Universidade do Minho.
- Selart, M., Johansen, S. T., Holmesland, T., & Gronhaug, K. (2008). Can intuitive and analytical decision styles explain managers' evaluation of information technology? *Management Decision*, 46, pp. 1326-1341.
- Serviço Nacional de Saúde. (2018). Ministério da Saúde. Obtido em 11 de setembro de 2018, de <https://www.sns.gov.pt/institucional/ministerio-da-saude/>.
- Serviço Nacional de Saúde. (5 de setembro de 2018). *Fundador*. Obtido em 3 de setembro de 2018, de: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/QuemSomos/historia/Paginas/Fundador.aspx>
- Serviço Nacional de Saúde. (23 de agosto de 2018). *Grupos de Diagnóstico Homogéneos*. Obtido em 4 de maio de 2018, de: <http://www2.acss.min-saude.pt/Default.aspx?TabId=460&language=pt-PT>
- Serviço Nacional de Saúde. (7 de setembro de 2018). *Política de Saúde*. Obtido em 17 de outubro de 2018, de: <https://www.sns.gov.pt/institucional/politica-de-saude/>
- Silva, J. M. (janeiro/março de 1983). Administração Médica no contexto hospitalar. *Revista da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares*, (1), pp. 13-20.
- Sorenson, C., Drummond, M., Torbica, A., Callea, G., & Mateus, C. (2015). The role of hospital payments in the adoption of new medical technologies: an international survey of current practice. *Health Economics, Policy and Law*, 10, pp. 133-159.
- SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. (1 de julho de 2016). *Institucional, Missões e Atribuições*. Obtido em 15 de novembro de 2018, de: <https://www2.adse.pt/institucional/missao-e-atribuicoes/>
- Stokman, F. N., Knoop, J., & Oosten, R. (2013). Modeling Collective Decision-making. Em R. Wittek, T. Snijders, & V. Nee, *The Handbook of Rational Choice Social Research*, pp. 151-182. Palo Alto: Stanford Social Sciences.
- Temple-Bird, C., Kaur, M., Lenel, A., & Kawohl, W. (2005). *How to Organize the Maintenance of Your Healthcare Technology*. Lewes, UK: Ziken International Consultants Ltd.
- Teplensky, J., Pauly, M., Kimberly, J., Hillman, A., & Schwartz, J. S. (agosto de 1995). Hospital Adoption of Medical Technology: An Empirical Test of Alternative Models. *HSR: Health Services Research*, 3, pp. 437-465.
- União das Misericórdias Portuguesas. (30 de outubro de 2018). *Apresentação*. Obtido em 4 de agosto de 2018, de: <https://www.ump.pt/Home/uniao/apresentacao/>
- Uphoff, Ellen, M., Ratko, T., & Matuszweski, K. (1997). Making Technology Assessment Count. Em B. Longest, J. Rakich, & K. Darr, *Managing Health Services Organizations and Systems* (4ª ed.), pp. 289-290. Baltimore: Health Professions Press.

- Wernz, C., Zhang, H., & Phusavat, K. (2014). International study of technology investment decisions at hospitals. *Industrial Management & Data Systems*, 114, pp. 568-582.
- WHO. (16 de março de 2018). *Medical Devices*. Obtido em 5 de setembro de 2018, de: http://www.who.int/medical_devices/definitions/en/
- Williams, I., & Bryan, S. (2007). Understanding the limited impact of economic evaluation in health care resource allocation: A conceptual framework. *Health Policy*, 80, pp. 135-143.
- Wolstenholme, E. (1999). Qualitative vs quantitative modelling: The evolving balance. *Journal of the Operational Research Society*, 50, pp. 422-428.
- Xue, Y., Liang, H., & Boulton, W. (março de 2008). Information technology governance information technology investment decision process: the impact of investment characteristics, external environment, and internal context. *MIS Quarterly*, 32(1), pp. 67-96.
- Yang, Z., Kankanhalli, A., Ng, B., & Lim, J. (2013). Analysing the enabling factors for the organizational decision to adopt healthcare information systems. *Decision Support Systems*, 55, pp. 764-776.
- Yusof, M., Papazafeiropoulou, A., Paul, R., & Stergioulas, L. (2008). Investigating evaluation frameworks for health information systems. *International Journal of Medical Informatics*, 77, pp. 377-385.
- Zmud, R. W. (dezembro de 1982). Diffusion of modern software practices: influence of centralization and formalization. *Management Science*, 28(12), pp. 1421-1431.

ANEXOS

1. Organograma do Ministério da Saúde



Fonte: Serviço Nacional de Saúde (2018)