



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Ana Luísa Kalidás Barreto Pereira Jorge

OS EFEITOS DA NOVA GESTÃO PÚBLICA NO
SETOR PÚBLICO DA SAÚDE PORTUGUÊS:
O CASO DO CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA

VOLUME 1

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado em Administração
Público-Privada orientado pelo Professor Doutor Pedro Miguel
Alves Ribeiro Correia e apresentado à Faculdade de Direito da
Universidade de Coimbra.

Julho de 2023



FACULDADE DE DIREITO
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Ana Luísa Kalidás Barreto Pereira Jorge

Os efeitos da Nova Gestão Pública no setor público da saúde português:

O caso do Centro Hospitalar de Leiria

The effects of New Public Management on the Portuguese public health
sector

The case of Leiria's Hospital Centre

*Relatório de Estágio apresentado à Faculdade de Direito da Universidade
de Coimbra no âmbito do 2º Ciclo de Estudos em Administração Público-
Privada*

Coimbra, 2023

Agradecimentos

Em primeiro lugar um profundo agradecimento ao meu orientador, Professor Doutor Pedro Miguel Alves Ribeiro Correia, por ter aceitado orientar este relatório de estágio e pela sua prontidão e disponibilidade para esclarecimento de dúvidas e para me aconselhar ao longo deste percurso.

Ao Dr. Jael Antunes, o meu coordenador de estágio, pelo esmerado plano de estágio que não podia ter sido mais adequado para a minha aprendizagem sobre o funcionamento do Centro Hospitalar de Leiria, e por toda a ajuda que me prestou quando mais precisei dela. Agradeço também à Dr. Paula Rama e ao Dr. Paulo Faria pela sua indispensável ajuda sem a qual este trabalho não seria possível.

A todos os funcionários do CHL com quem tive o gosto de me cruzar, o meu obrigada!

Ao Daniel, que foi o ouvido com o qual pude sempre contar, obrigada pelo teu apoio incondicional. Agora foi a minha vez, em breve será a tua.

Aos meus irmãos, pelas opiniões, pela honestidade e acima de tudo pela amizade.

À minha mãe, pelas palavras amigas, pelo sorriso carinhoso e pelos sábios conselhos. Orgulho-me de te chamar mãe todos os dias e espero que te orgulhes de mim também.

Finalmente, agradeço ao meu pai, sem o qual não estaria a escrever esta frase neste momento. Por teres sido o meu maior apoiante desde o dia em que nasci, e por teres acompanhado o meu percurso académico de tão perto desde o momento em que entrei na pré-primária. Este relatório dedico-o a ti. Mil obrigadas.

Resumo

A reforma administrativa fomentada pelos ensinamentos da Nova Gestão Pública trouxe, entre várias inovações, a empresarialização dos hospitais públicos. O propósito desta medida foi aumentar a eficácia, a eficiência, e a racionalidade económica. Passadas duas décadas desde a implementação deste novo estatuto, o presente estudo tenciona compreender a forma como este impactou os hospitais na prática, de modo a sondar o seu sucesso.

Para atingir este fim a abordagem utilizada foi indutiva, valendo-se de um estudo de caso, o Centro Hospitalar de Leiria (CHL). Os métodos de recolha de dados empregados foram a análise documental e o questionário. Os dados secundários recolhidos através da análise documental provieram dos Relatórios e Contas 2006-2022 do CHL. A informação sobre o desempenho assistencial e financeiro foi analisada de modo a averiguar qual a tendência ao longo dos anos estudados. Os dados primários resultantes do questionário respondido por 282 funcionários do CHL, foram sujeitos a uma análise de *clusters* com o objetivo de perceber se existem perfis distintos entre os trabalhadores do CHL no que a cultura organizacional diz respeito.

Os resultados obtidos demonstram que o objetivo primordial da empresarialização hospitalar, nomeadamente no caso do CHL, ainda tem um longo caminho a percorrer. No que concerne o desempenho assistencial, os dados são otimistas, tendo havido melhorias ao longo dos anos, no entanto, os dados financeiros não são tão promissores, visto que os custos anuais ultrapassam os proveitos anuais consideravelmente. Relativamente à cultura organizacional e aos agrupamentos de perceções apurados, determinou-se que o grupo maior (63.1%) de trabalhadores tem perceções negativas quanto à cultura organizacional, sendo o *cluster* com perceções positivas a minoria (36,9%).

Palavras-chave: Nova Gestão Pública; Empresarialização Hospitalar; Reforma Administrativa; Cultura Organizacional; Eficácia; Eficiência.

Abstract

The administrative reform fostered by the teachings of New Public Management brought, among several innovations, the entrepreneurialization of public hospitals. The end goal was to increase efficiency, effectiveness, and economic rationality. Two decades after the implementation of this new statute, the present study intends to understand how it impacted hospitals in practice, to probe its success.

To achieve this end, the approach used was inductive, using as case study, Leiria's Hospital Centre. The data collection methods employed were document analysis and a questionnaire. The secondary data collected through document analysis came from the Hospital Center's Reports and Accounts 2006-2022. The information on medical assistance and financial performance was analyzed to understand the trend over the years studied. The primary data resulting from the questionnaire answered by 282 employees were submitted to a cluster analysis, with the aim of perceiving whether there are different profiles among workers in terms of their perceptions of the organizational culture.

The results obtained showed that the primary objective of hospital entrepreneurialization, particularly in the case of Leiria's Hospital Center, has a long way until its fully reached. Regarding medical care performance, the data is optimistic, with improvements having been made over the years, however, the financial data is not as promising, as annual costs exceeded annual income. Regarding the organizational culture and the groupings of perceptions, it was determined that the largest group (63.1%) has negative perceptions regarding organizational culture, with the cluster with positive perceptions being the minority (36.9%).

Keywords: New Public Management; Hospital Entrepreneurialization; Administrative Reform; Organizational Culture; Effectiveness; Efficiency.

Siglas e Abreviaturas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

ADSE - Instituto de Proteção e Assistência na Doença

AP - Administração Pública

BC - Bens de Consumo

CA - Conselho de Administração

CCP - Código dos Contratos Públicos

CEE - Comunidade Económica Europeia

CESD - Cartão Europeu de Seguro de Doença

CHL - Centro Hospitalar de Leiria

CHLP – Centro Hospitalar Leiria-Pombal

CO – Cultura Organizacional

E.P.E. - Entidade Pública Empresarial

FAQ – *Frequently Asked Questions*

FSE - Fornecimentos e Serviços Externos

GHAF - Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia

HABLO – Hospital Bernardino Lopes de Oliveira

HDP – Hospital Distrital de Pombal

HSA – Hospital de Santo André

Inv - Investimentos

JSI - *Joint Commission International*

NGP - Nova Gestão Pública

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

Power BI - Power Business Intelligence

PRACE - Programa de Restruturação da Administração Central do Estado

ReC - Relatório e Contas

RHV - Recursos Humanos e Vencimentos

S.A. - Sociedade Anónima

SA - Serviço de Aprovisionamento

SGD - Serviço de Gestão de Doentes

SGF - Serviço de Gestão Financeira

SGRH - Serviço de Gestão de Recursos Humanos

SIADAP - Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública

SICC - Sistema de informação Centralizado de Contabilidade e Gestão Financeira

SIGEHP - Sistema Integrado de Gestão Hospitalar

SIGO - Sistema de Informação de Gestão Orçamental

Simplex - Programa de Simplificação Administrativa e Legislativa

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SONHO - Sistema Integrado de Informação Hospitalar

SPA - Setor Público Administrativo

SPIG - Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão

SWOT - *Strengths Weaknesses Opportunities Threats*

TMRG -Tempo Máximo de Resposta Garantido

TSDT - Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica

Índice

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO.....	14
1. Motivação para a escolha da Entidade Acolhedora.....	14
2. Apresentação da Entidade Acolhedora.....	15
2.1. Posicionamento Estratégico da Entidade Acolhedora.....	16
2.1.1. Missão, Visão, Valores e Objetivos.....	16
2.1.2. Análise SWOT.....	17
2.2. Estrutura Organizacional.....	18
2.3. Caracterização dos Recursos Humanos.....	19
2.4. Análise ao Meio Envolverte.....	21
3. Objetivos do Estágio.....	22
CAPÍTULO III – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
1. O Sistema de Saúde em Portugal: Resenha Histórica.....	23
2. A Nova Gestão Pública.....	29
2.1. Origem e Propagação.....	29
2.2. Princípios.....	31
2.3. Em Portugal.....	33
2.4. O Declínio e Críticas.....	36
3. A Empresarialização do Setor da Saúde Público Português.....	38
3.1. A Empresarialização e a Cultura Organizacional.....	42
CAPÍTULO IV - O ESTÁGIO NO CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA.....	46
1. Serviço de Gestão de Recursos Humanos.....	46
2. Serviço de Aprovisionamento.....	48
3. Serviço de Gestão Financeira.....	49
4. Serviço de Gestão de Doentes.....	50
5. Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão.....	50
CAPÍTULO V – METODOLOGIA.....	52

1. Tipo de Pesquisa.....	52
2. Desenho da Investigação.....	52
3. Técnicas de Recolha e Análise de Dados.....	54
3.1. Análise Documental.....	54
3.2. Questionário.....	54
3.2.1. Caracterização da Amostra.....	55
3.2.2. Análise de <i>Clusters</i>	56
CAPÍTULO VI - ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	58
1. Análise dos Relatórios e Contas 2006-2022.....	58
1.1 Análise dos Dados Assistenciais.....	58
1.2 Análise dos Dados Financeiros.....	62
2. Análise de <i>Clusters</i>	63
2.1 Qualidade e Dimensão dos <i>Clusters</i>	63
2.2 Os Resultados.....	65
2.2.1 Constituição sociodemográfica dos <i>clusters</i>	75
3. Discussão dos Resultados.....	76
CAPÍTULO VII – CONCLUSÃO.....	79
Bibliografia.....	81
Legislação Consultada.....	91
ANEXOS.....	94
ANEXO A: Análise SWOT do CHL.....	95
ANEXO B: Plano de Estágio.....	97
ANEXO C: Dados assistenciais do CHL entre 2005 e 2022.....	98
ANEXO D: Dados Financeiros do CHL entre 2005 e 2022.....	99
ANEXO E: Pedido de Autorização de Realização de Estudo ao Conselho de Administração do CHL.....	100

ANEXO F: Pedido de Autorização de Realização de Estudo aos Diretores dos Serviços do CHL.....	102
ANEXO G: Pedido de Autorização de Realização de Estudo à Comissão de Ética para a Saúde do CHL.....	104
ANEXO H: Descrição do estudo enviada ao CHL.....	106
ANEXO I: Pedido de Dispensa de Consentimento Informado.....	107
ANEXO J: Folha de Rosto do Estudo.....	108
ANEXO K: Declaração de frequência em Mestrado pelo Orientador.....	111
ANEXO L: Declaração de Confidencialidade.....	112
ANEXO M: Lista de Documentos entregues ao CHL.....	113
ANEXO N: Ofício de Aprovação do Estudo pelo Conselho de Administração do CHL.....	116
ANEXO O: Questionário.....	119
ANEXO P: Mediana de todas as respostas de cada <i>cluster</i> e mediana geral.....	121

Índice de Figuras

Figura 1 - Área de Influência do CHL.....	16
Figura 2 - Organograma do CHL.....	19
Figura 3 – Modelo Teórico Global.....	53
Figura 4 – Modelo Teórico - Cultura Organizacional.....	53
Figura 5 – Sumarização do Modelo.....	64
Figura 6 - Tamanho dos <i>Clusters</i>	65
Figura 7 - Análise SWOT do CHL.....	95
Figura 8 – Plano de Estágio.....	97
Figura 9 - Pedido de Autorização de Realização de Estudo ao Conselho de Administração do CHL.....	100
Figura 10 - Pedido de Autorização de Realização de Estudo aos Diretores dos Serviços do CHL.....	102
Figura 11 - Pedido de Autorização de Realização de Estudo à Comissão de Ética para a Saúde do CHL.....	104
Figura 12 - Descrição do estudo enviada ao CHL.....	106
Figura 13 - Pedido de Dispensa de Consentimento Informado.....	107
Figura 14 - Folha de Rosto do Estudo.....	108
Figura 15 - Declaração de frequência em Mestrado pelo Orientador.....	110
Figura 16 - Declaração de Confidencialidade.....	112
Figura 17 - Lista de Documentos entregues ao CHL.....	113
Figura 18 - Ofício de Aprovação do Estudo pelo Conselho de Administração do CHL.....	116

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Evolução do número de internamentos entre 2005 e 2022.....	59
Gráfico 2 - Evolução do número de consultas externas entre 2005 e 2022.....	59
Gráfico 3 - Evolução do número de urgências entre 2005 e 2022.....	60
Gráfico 4 - Evolução do número de sessões de Hospital de Dia entre 2005 e 2022.....	61
Gráfico 5 - Evolução do número de cirurgias entre 2005 e 2022.....	61
Gráfico 6 - Evolução do valor dos proveitos totais entre 2005 e 2022.....	62
Gráfico 7 - Evolução do valor dos custos totais entre 2005 e 2022.....	63
Gráfico 8 - As dez afirmações mais importantes na determinação dos <i>clusters</i>	66
Gráfico 9 - Mediana das Respostas dos Funcionários com percepções negativas quanto à cultura organizacional e Mediana Geral, nas dez afirmações de maior importância para o estudo.....	69
Gráfico 10 - Mediana das Respostas dos Funcionários com percepções positivas quanto à cultura organizacional e Mediana Geral, nas dez afirmações de maior importância para o estudo.....	70
Gráfico 11 - Percepções dos <i>clusters</i> quanto às afirmações da dimensão “Comunicação”.....	71
Gráfico 12 – Percepções dos <i>clusters</i> quanto às afirmações da dimensão “Motivação”.....	72
Gráfico 13 – Percepções dos <i>clusters</i> quanto às afirmações da dimensão “Capacidade de Adaptação”.....	73
Gráfico 14 – Percepções dos <i>clusters</i> quanto às afirmações da dimensão “Processos Organizacionais”.....	74
Gráfico 15 - Percepções dos <i>clusters</i> quanto às afirmações da dimensão “Gestão”.....	75

Índice de Quadros

Quadro 1 - Tipos de Reformas da NGP.....	32
--	----

Quadro 2- Caracterização sociodemográfica da amostra.....	56
Quadro 3 - Mediana das respostas de cada <i>cluster</i> e mediana geral nas dez afirmações de maior importância para o estudo.....	67
Quadro 4 - Caracterização Sociodemográfica dos <i>clusters</i>	76
Quadro 5 – Dados assistenciais do CHL entre 2005 e 2022.....	98
Quadro 6 - Dados financeiros do CHL entre 2005 e 2022.....	99
Quadro 7 - Mediana de todas as respostas de cada <i>cluster</i> e mediana geral.....	121

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

O presente estudo surge enquanto uma análise da interseção entre a vertente teórica e a vertente prática da Nova Gestão Pública (NGP) enquanto movimento gestor implementado na Administração Pública portuguesa, nomeadamente no setor da saúde, nas últimas três décadas.

A NGP evidencia-se como uma modalidade de reforma administrativa que alcançou notoriedade mundial nos anos oitenta, não sendo Portugal uma exceção (Correia et al., 2016b). Assim sendo, o estudo do efeito das suas medidas no paradigma do setor público é valioso para melhor compreender se se traduziram em resultados proveitosos, ou não, e assim planear o rumo mais acertado a seguir na administração pública.

No setor público português, o setor da saúde está sujeito a reformas para racionalização de gastos quando o país atravessa períodos de restrição orçamental, dado que é um setor com custos altos e que origina muitas vezes despesas elevadas para o Estado. Desta forma aquando da popularização do NGP, o funcionamento hospitalar foi repensado, na forma da empresarialização, que procura fomentar a eficácia, eficiência e a racionalidade financeira (Matos & Nunes, 2019; Nunes, 2017a; Nunes & Harfouche, 2015). Posto isto, foi eleito o Centro Hospitalar de Leiria (CHL) como cenário para esta investigação.

O que se pretende apurar são os efeitos das reformas da NGP no CHL, tratando-se de um estudo de caso. Para tal iram-se empregar dois métodos de pesquisa: a análise documental e o questionário.

A análise documental trata-se da compilação de dados secundários presentes nos Relatórios e Contas dos anos 2006 a 2022 e da sua organização em gráficos que demonstram a evolução na prestação de serviços assistenciais e nos resultados financeiros do CHL. Visto que o CHL se tornou num hospital Entidade Pública Empresarial (E.P.E.) em 2006 e num Centro Hospitalar em 2011, é possível observar a forma como estas alterações influenciaram o desempenho global da organização.

Dado que existe evidência da desafeição dos funcionários públicos com a lógica de gestão privada (Pereira & Correia, 2020; Pereira et al., 2022), o questionário foca-se na vertente da cultura organizacional do CHL. O objetivo é averiguar qual a perceção dos funcionários sobre a cultura organizacional do CHL através da aplicação de uma análise de

clusters que ditará, ou não, a existência de tendências nas opiniões dos trabalhadores e possibilidade de os agrupar mediante as mesmas.

No respeito a organização estrutural deste relatório de estágio, em primeiro lugar apresenta-se a entidade acolhedora, o CHL, a motivação para a escolha da mesma, a sua origem, o seu posicionamento estratégico e ainda uma análise aos seus recursos humanos, ao seu meio envolvente e os objetivos do estágio. Posto isto, inicia-se a revisão de literatura, que está dividida em três partes: a resenha histórica do sistema de saúde português, a NGP e a sua origem, princípios, a sua implementação em Portugal e o seu declínio e, por fim, o processo de empresariação dos hospitais em Portugal e o efeito da mesma na cultura organizacional das instituições. De seguida é feita a descrição das tarefas realizadas durante o estágio no CHL. Posteriormente são utilizados os métodos previamente mencionados para recolher, analisar os dados e retirar ilações baseadas nestes e na informação recolhida ao longo da globalidade do Relatório de Estágio.

CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO

1. Motivação para a escolha da Entidade Acolhedora

A complexidade inerente à administração hospitalar (Carrapato et al., 2019), nomeadamente no contexto de um sistema de saúde público, torna o estágio numa instituição deste tipo extremamente apelativo. Como tal, a decisão de desenvolver como trabalho final para conclusão do Mestrado em Administração Público-Privada, um relatório sobre o estágio numa instituição do foro hospitalar, especificamente no Centro Hospitalar de Leiria surgiu com naturalidade.

Os hospitais públicos são alvos de diversas pressões e constrangimentos que inibem a sua capacidade de ótima administração. Questões relativas ao ambiente envolvente à organização como a caracterização demográfica dos potenciais utentes, a liberdade de movimento das populações que leva ao esbatimento das fronteiras dos sistemas de saúde, a economia e o ambiente político do país em que se insere, a quantidade de recursos humanos que tem ao seu dispor e a sua heterogeneidade no que toca à especialização profissional, a procura da mitigação da perda económica, bem como os constantes desenvolvimentos nas aptidões e na tecnologia médica, têm de ser tidas em conta na hora da formulação de uma estratégia e da tomada de decisão estratégica para um hospital (Carrapato et al., 2019; Longest, 2012; Ruthes & Cunha, 2007; Seixas & Melo, 2004).

Assim sendo, o administrador hospitalar enfrenta um conjunto de desafios únicos, que o obrigam a ter em conta a junção de todos os fatores envolvidos na administração de um hospital, e a fazer escolhas informadas com base naquilo que projeta que o futuro trará. No entanto, mesmo com todas as informações reunidas, o administrador hospitalar poderá não ter a capacidade de tomar as decisões que seriam mais proveitosas dadas as circunstâncias. Constrangimentos financeiros são dos maiores obstáculos à ótima decisão estratégica, bem como a escassez de recursos humanos (Longest, 2012).

Dados estes desafios, o modelo administrativo empregado nos hospitais públicos portugueses tem vindo a sofrer alterações ao longo das últimas décadas, revelando-se importante o estudo dos efeitos das medidas adotadas em Portugal.

Por estes motivos, um estágio curricular no Centro Hospitalar de Leiria foi o rumo escolhido para este estudo.

2. Apresentação da Entidade Acolhedora

O Centro Hospitalar de Leiria na sua composição atual surge inicialmente do Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março, que com a intenção de promover a “(...) homogeneidade demográfica, complementaridade assistencial e de existência de protocolos e circuitos de colaboração (...)”, procedeu à criação de vários centros hospitalares em Portugal, um dos quais, o então chamado Centro Hospitalar Leiria-Pombal (CHLP), que decorria da fusão do Hospital de Santo André (HSA) com o Hospital Distrital de Pombal (HDP). Posteriormente, a publicação do Decreto-Lei n.º 116/2013, de 9 de agosto, definiu a transferência para o CHL da prestação de cuidados de saúde aos habitantes dos concelhos de Alcobaça e Nazaré e, por consequência, a integração do Hospital Bernardino Lopes de Oliveira de Alcobaça (HABLO) no CHL. Por fim, a população de Ourém passou a integrar a área de influência do CHL, seguindo orientações do Ministério da Saúde em 2016, chegando à sua configuração atual (Centro Hospitalar de Leiria, 2023). A denominação do centro hospitalar passou a ser “Centro Hospitalar de Leiria”, por força do Decreto-Lei n.º 157/2013, de 12 de novembro (Centro Hospitalar de Leiria, 2022b).

O CHL é uma Entidade Pública Empresarial (E.P.E.), o que significa que toma a forma de pessoa coletiva de direito público e que o Estado português é a entidade que definiu a sua criação e quais os fins que prossegue. Adotou este estatuto com a publicação do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho, que precedeu à transformação de hospitais em regime de Sociedade Anónima (S.A.) em hospitais E.P.E. como parte do processo de empresarialização dos hospitais que decorria em Portugal, como tal, passou a sujeitar-se a um regime de orientações estratégicas mais restrito, como forma de assegurar o seu bom funcionamento e racionalidade económica.

Hoje o CHL serve uma população de cerca de 400.000 habitantes no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os concelhos abrangidos pela área de influência do CHL são a Batalha, Leiria, Marinha Grande, Porto de Mós, Nazaré, Pombal, Ourém, Pedrógão Grande, Figueiró dos Vinhos, Castanheira de Pêra, Ansião, Alvaiázere e parte dos concelhos de Alcobaça e Soure (CHL, 2023). A área de influência do CHL encontra-se representada a vermelho na Figura 1.

Figura 1: Área de Influência do CHL



Fonte: Plano de Atividades e Orçamento do CHL (2023).

2.1 Posicionamento Estratégico da Entidade Acolhedora

Para além da apresentação dos moldes legais que levaram à configuração atual do CHL, importa também analisar o modo como o centro hospitalar se insere no seu meio envolvente, os recursos que tem disponíveis, as dificuldades que enfrenta e o modo como tenciona utilizar todos estes fatores para continuar a prestar cuidados de qualidade à comunidade tendo em conta o financiamento a que tem acesso.

Deste modo, seguir-se-á uma descrição e exame de fatores relevantes para a estratégia de atuação do CHL, tal como a sua missão, visão, valores e objetivos, as suas forças, fraquezas, ameaças e oportunidades na forma de uma análise SWOT (*Strengths/ Forças, Weaknesses/ Fraquezas, Opportunities/ Oportunidades, Threats/ Ameaças*), a sua estrutura organizacional, recursos humanos que tem a seu dispor e também a indústria em que se insere, incluindo os potenciais utentes que pode alcançar, bem como outros hospitais que se afiguram como possíveis concorrentes.

2.1.1 Missão, Visão, Valores e Objetivos

Para melhor compreender a entidade acolhedora do estágio, é essencial o entendimento dos seus valores nucleares, objetivos, a sua missão e visão, pois estes conceitos

como um todo demonstra as intenções do CHL e os paços que este pretende tomar para as alcançar (Bowen, 2018), fornecendo uma forma de interpretação da estratégia de atuação da entidade em análise.

A visão deve refletir um objetivo a longo prazo de onde a entidade se visualiza futuramente (Bowen, 2018). No caso do CHL, a visão passa pela construção de um centro hospitalar de referência na qualidade da prestação de serviços, reconhecido pela comunidade, com elevada satisfação dos utentes e com marcante eficácia e eficiência no que toca a utilização dos recursos a que tem acesso. Esta visão, serve como linha orientadora para a missão do CHL, que se traduz nos seus deveres prioritários de prestar cuidados diferenciados juntamente com as unidades de cuidados de saúde primários e com os demais hospitais constituintes do SNS, de colaborar na prevenção e promoção da saúde de toda a comunidade e de assegurar condições favoráveis à investigação e à formação profissional dos seus colaboradores (CHL, 2023).

Os valores centrais que modelam o rumo do CHL são o respeito pela dignidade humana, o primado do doente, o respeito pelos códigos de conduta de cada grupo profissional, a prossecução da qualidade e da eficiência no desenvolvimento da sua atividade e, o aperfeiçoamento de uma cultura de dedicação, empenho e de conhecimento científico e técnico (CHL, 2023).

Já os objetivos definidos pelo CHL cingem-se à prestação de cuidados de saúde acessíveis em tempo oportuno, à promoção da eficiência na utilização dos recursos e eficácia nos resultados, assegurando a sustentabilidade económica, e ainda a melhoria continua através de um eficaz sistema de gestão da qualidade. As metas definidas no Contrato-programa e nos planos de ação são objeto de avaliação interna e externa de modo a assegurar o alcance dos objetivos estabelecidos pela tutela (CHL, 2022b).

2.1.2 Análise SWOT

A análise SWOT é um método de investigação introspetivo e extrospetivo utilizado por empresas e instituições que analisa os fatores internos (forças e fraquezas) e os fatores externos (oportunidades e ameaças), com o intuito de relacionar estes elementos entre si e de utilizar a informação recolhida sobre os pontos fortes e fracos da organização e do seu

meio envolvente de modo a fazer escolhas informadas sobre o melhor plano estratégico a seguir para maximizar as oportunidades e minimizar as ameaças (Thompson et al, 2021).

Da análise SWOT¹ elaborada pelo CHL destaca-se no campo “forças” as diversas unidades de prestação de cuidados especializadas e a acreditação do centro hospitalar pela *Joint Commission International* (JSI), visto que o processo para a acreditação exerce pressão externa sobre o CHL, o que, por conseguinte, incentiva a melhoria do serviço prestado para além do estabelecido legalmente (Correia et al., 2016b). No domínio das “fraquezas” a grande procura do serviço de urgências por parte de utentes não urgentes ou pouco urgentes, grandes listas de espera em diversas especialidades, a multiplicidade de regimes de contratação e a precariedade de alguns destes evidenciam-se.

Quanto às “oportunidades” observadas pelo CHL sobressaem os incentivos à melhoria do desempenho hospitalar através de *benchmarking* e o reforço na autonomia de gestão das E.P.E. integrantes do SNS, já no campo das “ameaças” as restrições de financiamento público, a conjuntura económica nacional e as limitações na capacidade negocial para a elaboração do Contrato Programa são fatores preponderantes nas limitações da capacidade de ação do CHL.

2.2 Estrutura Organizacional

Os órgãos do CHL são o Conselho de Administração (CA), o Conselho Fiscal e Revisor Oficial de Contas e o Conselho Consultivo. Constituem também órgãos do CHL, por força do artigo 86º e 88º o Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 de agosto, o Serviço de Auditoria Interna e as Comissões e serviços de apoio técnico, respetivamente.

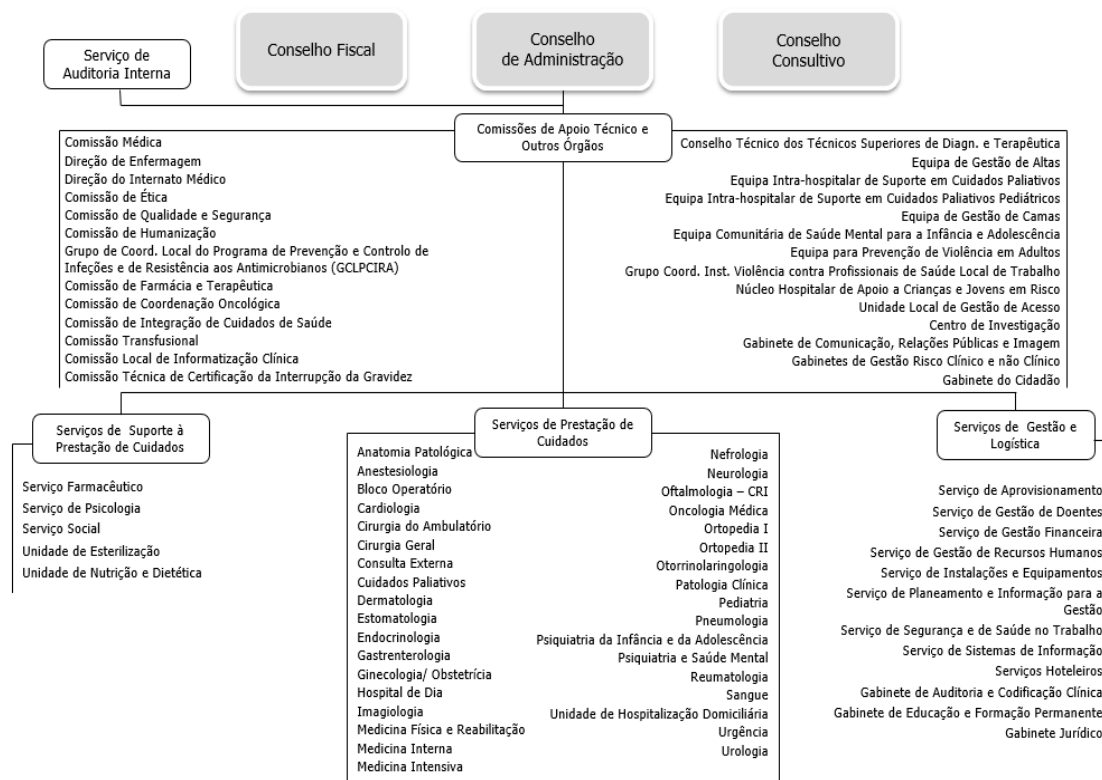
Importa especialmente descrever as competências do CA e o modo como este se relaciona com os diversos serviços do CHL, nomeadamente os serviços de gestão e logística que são os de maior relevância para a temática do presente relatório, e que foram os serviços onde o estágio curricular decorreu.

Tal como disposto no artigo 71º do Decreto-Lei n.º 52/2022, o CA é essencialmente responsável pela homologação do regulamento interno, por assegurar a execução dos planos

¹ A análise SWOT completa pode ser consultada no anexo A.

de atividades e dos orçamentos, pela celebração dos contratos programa internos e externos, pela apresentação dos documentos de prestação de contas aos membros do Governo responsáveis, pela tomada de decisão sobre a criação, extinção e organização dos serviços clínicos e não clínicos, pelo acompanhamento sistemático da atividade da instituição bem como da execução do orçamento, tomando as medidas necessárias para a correção de possíveis desvios, pela cobrança de dívidas e pela autorização do pagamento da despesa e também pela conservação das instalações da instituição hospitalar. A atividade do CA decorre com a colaboração de outros serviços, nomeadamente no que toca o fornecimento de informações relevantes à administração e na execução de tarefas seguindo as indicações do CA. A Figura 2 ilustra a estrutura formal do CHL.

Figura 2: Organograma do CHL



Fonte: Plano de Atividades e Orçamento do CHL (2023).

2.3 Caracterização dos Recursos Humanos

No que concerne os seus recursos humanos, o CHL tem vindo a adotar um conjunto de pressupostos e objetivos para combater algumas das dificuldades com que se tem

deparado. Nomeadamente a insuficiência de profissionais no corpo clínico, que aumenta os encargos com honorários e horas extraordinárias, o aumento da procura de cuidados em dadas especialidades e as grandes listas de espera, que levam à necessidade de reforçar as equipas para assegurar a atividade assistencial, a melhoria das capacidades dos recursos humanos através de ações de formação, a necessidade de implementar medidas para não só recrutar mas também reter os profissionais, reduzir a taxa geral de absentismo e, por fim, diminuir o número de Contratos de Prestação de Serviços (CHL, 2023).

Com estas medidas em conta, a previsão para os próximos anos é de um incremento no número de profissionais efetivos. Entre 2022 e 2023, esperam-se 254 entradas e 56 saídas, resultando num total de 2563 profissionais previstos para 2023. Os maiores aumentos deverão ser nas categorias profissionais de médicos e enfermeiros, o que é coerente com os objetivos e dificuldades assistenciais indicados pelo CHL (CHL, 2023).

Virando o foco para a divisão dos recursos humanos em termos de tipo de carreira, fatores demográficos e nível de formação escolar, os dados mais atualizados sobre esta matéria remontam a 2021, ano em que dos 2307 profissionais existentes, 349 eram homens e 1958 mulheres. As faixas etárias mais representadas são a dos 35 aos 39 anos (14,45% do total) e a dos 50 aos 54 anos (14,17% do total) e as faixas etárias menos retratadas, a dos menores de 25 anos (1,73% do total) e a dos 65 aos 69 anos (1,39% do total), presumidamente por restrições temporais inerentes ao término de estudos e à idade de aposentação. Relativamente a habilitações literárias, o nível de escolaridade mais bem representado no CHL é a licenciatura, com 45,95% dos profissionais licenciados. Do lado oposto do espectro, apenas 0,17% dos profissionais são doutorados e somente 0,09% têm menos do que o 1º ciclo completo (Centro Hospitalar de Leiria, 2021b).

O CHL apresenta algumas medidas concretas a tomar no triénio 2023-2025, particularmente no que toca o absentismo e a formação dos profissionais. Entre estes planos destaca-se a realização de exames de saúde ocasionais no caso de trabalhadores ausentes há mais de 30 dias por motivos de doença, com a intenção de planificar formas de reintegrar o trabalhador no seu local de trabalho que se adequem às limitações físicas ou mentais do profissional que se encontra de baixa, já no caso de acidentes em serviço, o CHL pretende assegurar a reparação em espécie dos mesmos, garantido todo o tipo de tratamentos médicos sejam estes em que moldes forem (CHL, 2023).

Tendo em conta o objetivo de melhorar as competências pessoais e profissionais dos seus efetivos, o CHL propõe a continuidade do seu programa de planeamento e realização de formações internas e o incentivo aos profissionais das áreas mais diferenciadas a frequentarem formações externas, na forma de conferências, congressos, entre outros (CHL, 2023).

O CHL trabalha também com vinte e três colaboradores e empresas. Entre estas estão empresas de limpeza, exploração dos bares e das máquinas de *vending*, exploração dos refeitórios, assistência técnica, segurança, gestão de resíduos, *software* hospitalar, realização de exames de radiologia, entre outros (Centro Hospitalar de Leiria, n.d.a). recursos humanos destas empresas não sendo trabalhadores do centro hospitalar, contribuem para o seu ótimo funcionamento.

2.4 Análise ao Meio Envolvente

No relatório “Estatísticas da Saúde 2020” do Instituto Nacional de Estatística é apontada a existência de 241 hospitais em Portugal nesse ano, sendo 128 privados, 110 públicos (cinco destes de acesso estritamente militar ou prisional) e 3 parcerias público-privadas. No distrito de Leiria existem sete hospitais ao todo, sendo o de maior dimensão para além do CHL, o Centro Hospitalar de S. Francisco, privado, que tal como o CHL tem unidades nas cidades de Leiria, Pombal e Alcobaça.

Não obstante, as fronteiras distritais não podem ser consideradas literalmente no que toca a escolha do hospital a frequentar por parte dos utentes. Os concelhos mais a norte do distrito de Leiria encontram-se geograficamente mais perto da cidade de Coimbra, pelo que se pode esperar a escolha dos hospitais desta cidade ao invés do CHL por parte de alguns utentes, em contrapartida, os concelhos de Soure e Ourém fazem parte dos distritos de Coimbra e Santarém respetivamente, e ambos pertencem à área de influência do CHL.

Importa também analisar a quantidade de utentes atendidos anualmente e as previsões de crescimento para os anos seguintes, para melhor compreender o alcance assistencial do CHL. Entre 2022 e 2023 a variância prevista no número de primeiras consultas é de 17,3%, de aproximadamente 86 mil para 101 mil consultas. Esta previsão de crescimento deve-se à intenção do CHL de diversificar os tipos de cuidados oferecidos, em resposta às emergentes necessidades da população (envelhecimento populacional, excesso

de peso da população, aumento dos fluxos migratórios, aumento dos transtornos mentais, entre outros) e à tentativa constante de redirecionar a procura das urgências para o SNS 24 e para Cuidados de Saúde Primários, que conseqüentemente resulta no aumento das primeiras consultas externas, por proposta do médico de família. Neste sentido, a previsão do CHL de aumento de número de urgências entre 2022 e 2025 é de 0%, mantendo os 172 mil atendimentos por ano (CHL, 2023).

3. Objetivos do Estágio

No decorrer dos cinco meses passados a estagiar no CHL, espera-se obter uma grande variedade de conhecimentos e entrar em contacto com uma multiplicidade de profissionais. Dado que o estágio decorrerá em cinco serviços de Gestão e Logística distintos (Recursos Humanos, Aprovisionamento, Gestão Financeira, Gestão de Doentes e Planeamento e Informação para a Gestão) o objetivo será sem dúvida perceber o modo como cada serviço funciona, quer através da realização de tarefas quotidianas, da explicação e formação por parte dos profissionais, mas também a forma como estes cinco serviços se relacionam entre si, que assuntos migram de um serviço para o outro ao longo do mês e até à sua finalização, bem como as interações que têm com outros setores médicos e não médicos do CHL.

Prevê-se adquirir conhecimentos vastos quanto à administração hospitalar do ponto de vista de diversos profissionais e de diversos serviços. A realização em primeira mão de um grande número de tarefas também será uma forma de compreender o que efetivamente se passa nos serviços de gestão e logística do CHL e a diversidade de funções que existem dentro destes serviços.

Através desta experiência vivida, será possível fazer uma apreciação sobre a eficácia e eficiência de alguns dos setores do CHL, parâmetros muito frisados nos objetivos do CHL dado o incentivo institucional, no âmbito do Contrato-Programa, associado ao cumprimento de objetivos nacionais de eficiência e qualidade no desempenho assistencial, que pressupõe o bom funcionamento de todos os serviços hospitalares, incluindo os de gestão e logística, para o funcionamento ótimo do CHL como um todo. Estes conceitos estão intimamente ligados com os resultados que a empresarialização dos hospitais pretende trazer

e será possível fazer uma ligação entre o que será observado ao longo do estágio e aquilo que foi planificado aquando das alterações ao sistema de saúde português.

CAPÍTULO III – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O Sistema de Saúde em Portugal: Resenha Histórica

Em Portugal, apenas na década de setenta do século passado se deram largos passos na direção da unificação e universalização do sistema de saúde. Até então, existiam vários tipos de instituições como as Misericórdias, que geriam grande parte das entidades de prestação de serviços médicos, os Serviços Médico-Sociais que serviam os beneficiários da Federação de Caixas de Previdência, ou seja, o mecanismo pelo qual os empregadores e empregados descontavam do seu vencimento para terem acesso a cuidados de saúde, excluindo a vasta população rural (Pascoal, 2021), os Serviços de Saúde Pública com o foco principal na proteção da saúde e prevenção de doenças, os hospitais gerais e especializados localizados nos grandes centros urbanos e, ainda, os Serviços Privados com a classes socioeconómicas mais elevadas como utentes principais (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2001). Não existia uma administração centralizada, estando os cuidados de saúde numa situação precária, com poucos profissionais, equipamentos e condições materiais (Pascoal, 2021).

A publicação da Lei n.º 2011, de 2 de abril de 1946, foi uma primeira tentativa de estruturar os serviços de prestação de cuidados de saúde. Esta lei despoletou a criação da Comissão de Construções Hospitalares que iniciaria a construção de novos hospitais e a adaptação de infraestruturas existentes que seriam entregues às Misericórdias. Para este efeito, Portugal foi dividido em três zonas: norte, centro e sul, cada uma destas com uma cidade central (Porto, Coimbra e Lisboa²), e ainda em regiões e sub-regiões. Cada uma destas subdivisões deveria possuir pelo menos um hospital.

Já na década de sessenta, o Estado continuava a alocar a responsabilidade de prestação de cuidados às populações aos privados e às Misericórdias. Não obstante, a publicação da Lei n.º 2120, de 19 de julho de 1963, depositava no Governo competências de organização e manutenção de serviços que, pela sua complexidade ou interesse nacional, não deveriam ser alocados a privados. Quanto às restantes instituições, ao Estado apenas

² Os hospitais centrais estavam encarregues de receber casos clínicos que ultrapassassem as capacidades dos hospitais regionais e de fornecer formação aos alunos das universidades das respetivas cidades.

caberia a função de certificação de que estas perfaziam as condições morais, financeiras e técnicas necessárias ao funcionamento de uma instituição de natureza hospitalar.

Dado que Portugal se encontrava atrás de outros países europeus no que que tocava o desenvolvimento económico, e visto que a saúde dos trabalhadores está diretamente ligada à sua produtividade, a saúde foi pela primeira vez considerada no Plano Intercalar de Fomento de 1965-67, que previa investimento nos hospitais (Pascoal, 2021).

Com a expedição do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, moveu-se na direção de uma política unitária de saúde, sendo reconhecido o direito à saúde de todos os cidadãos portugueses, estando o Estado responsabilizado por assegurar este direito, integrando todas as atividades de assistência ao cuidado do então Ministério da Saúde e Assistência e ainda mencionando o planeamento central e execução descentralizada como método de atuação.

No entanto, o conceito de uma verdadeira política unitária de saúde apenas se concretizaria plenamente com a queda do regime (Pascoal, 2021). Após a Revolução de 25 de abril de 1974 foi elaborada a constituição de 1976 cujo artigo 64º determinava o “direito à proteção da saúde” que seria assegurado através da criação de um sistema de saúde universal, geral, tendencialmente gratuito (Serviço Nacional de Saúde, 2021) e financiado pelo Estado.

Foi então promulgada a Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, que ditava a criação do Serviço Nacional de Saúde. Tal como disposto no artigo 64º da Constituição, esta lei define o SNS como um serviço “garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica ou social”, de acesso gratuito, não obstante do estabelecimento de taxas moderadoras. O diploma declara que o SNS se estrutura de forma descentralizada e desconcentrada, sendo constituído por órgãos centrais, regionais e locais e por prestadores de cuidados de saúde primários e de cuidados diferenciados.

Nos anos que se seguiram à implementação do SNS, deu-se um aumento significativo no financiamento de fatores estruturais como os equipamentos e recursos humanos, no entanto, o maior acréscimo deu-se no que toca à alocação de fundos para os hospitais distritais, ao invés dos centrais, com o objetivo de promover a descentralização dos

cuidados de saúde. Portugal integrou a Comunidade Económica Europeia (CEE) em 1986, como tal, uma ampla parte destes investimentos advinham de fundos europeus (Lima, 2015).

Enquanto Portugal passava pelo período de democratização na década de setenta, vivia-se no mundo uma crise petrolífera que é considerada como o evento catalisador da transição do modelo de Estado de Providência para o Neoliberalismo. A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) desenvolveu abordagens focadas no aconselhamento das ideias neoliberais aos países, e líderes como Margaret Thatcher no Reino Unido e Ronald Reagan nos Estados Unidos da América, afiguraram-se como grandes opositores às políticas de bem-estar desenvolvidas até então, defendendo antes a privatização, desregulação e a liberalização. A popularização da Nova Gestão Pública (NGP) na mesma década, doutrina que procura aplicar princípios do mundo empresarial na gestão pública³ incentivou a privatização das atividades do Estado (Abrahamson, 2010; Fischer, 2012).

Os efeitos deste movimento neoliberal e da NGP fizeram-se sentir mais tarde em Portugal, mas a sua adesão à CEE promoveu esta transação. Chegava-se à conclusão de que a administração hospitalar em Portugal era ineficiente, havendo uma fraca utilização dos recursos que resultava em desperdícios, elevados gastos e dívidas. Consequentemente, as políticas da saúde foram repensadas, indo de encontro ao incentivado pela NGP, com a persecução da eficiência e da eficácia como os principais motes (Nunes, 2017a).

Posto isto, em 1988 é publicado o Decreto-Lei n.º 19/88 que encarna esta tendência para a utilização de métodos de gestão empresarial em contexto público. Foi definido o emprego desta técnica com o objetivo de fornecer aos contribuintes os cuidados necessários, com o menor custo possível. Para auxiliar nesta missão, seriam elaborados planos administrativos anuais e plurianuais a serem aprovados pela tutela juntamente com os orçamentos, que posteriormente deveriam ser cumpridos através da atuação do Ministério da Saúde e das administrações dos hospitais.

O início da década de noventa é tido como um momento de viragem determinante para o SNS, devido à publicação da Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de agosto,

³ Tema aprofundado no tópico 2 do presente capítulo.

e do Estatuto do SNS, Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro (Baganha et al., 2002). A Lei de Bases define o SNS, constituído tanto por entidades públicas que desenvolvam atividades de proteção e cuidados de saúde, como por entidades privadas que, fiscalizadas pelo Estado, também prossigam atividades deste foro. Contempla também a contratação por parte do Estado de entidades prestadoras de serviços quando isto se revelar vantajoso. Definiu ainda que a tutela dos serviços centrais seria da responsabilidade das administrações regionais de saúde, organizações descentralizadas e de nível regional. O Estatuto do SNS publicado em 1993 essencialmente consolidou o sistema de saúde com a nova abordagem que esbatia a linha entre o público e o privado⁴, com a contenção de despesas sem descorar o cuidado pelo utente, como objetivo primordial (Campos, 2003; Lima, 2015).

Entre 1997 e 1999 foram desenvolvidos vários estudos por entidades independentes com a finalidade de chegar a uma conclusão sobre as maiores dificuldades do SNS e sobre o melhor rumo a seguir pelo Governo no que toca a métodos de gestão hospitalar. Destas investigações concluiu-se que os hospitais portugueses sofriam de falta de autonomia, fraca capacidade de distribuição de responsabilidades, falta de competição entre unidades, manifesto subfinanciamento, pouco incentivo aos recursos humanos, dificuldades na contratação de profissionais e ainda, prestação de cuidados de qualidade insatisfatória (Nunes, 2017a).

Assim, no final do século XX, foram implementadas medidas experimentais de meritocracia, através das quais os profissionais deveriam ver refletido num maior salário o facto de serem mais produtivos, procurou-se também aprofundar o processo de desconcentração no controlo das unidades de saúde, ao criar agências de contratualização para as administrações regionais, e foram ainda publicados novos estatutos jurídicos experimentais que alteravam as regras da gestão de recursos humanos e do aprovisionamento de bens e serviços para que se assemelhassem a uma lógica privada (Lima, 2015).

Contemporaneamente foram realizadas algumas experiências no que toca a empresarialização dos hospitais. O Hospital de São Sebastião, a Unidade de Saúde de Matosinhos e o Hospital do Barlavento Algarvio passaram a ser hospitais que, apesar de

⁴ Os hospitais e centros de saúde passaram a poder ser geridos privadamente, autorizando a passagem de recursos humanos do setor público para o setor privado sem perda de vínculo público.

públicos, possuíam autonomia administrativa, financeira e patrimonial de natureza empresarial. Equipado com estas experiências, é comunicado na Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março, a intenção de ir em frente com a transformação de hospitais públicos em E.P.E. e as ações a tomar para chegar a tal objetivo.

É então publicada a Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, que alterou a Lei de Bases da Saúde de 1990 e aprovou o novo regime jurídico de gestão hospitalar. Nesta, é consolidada a intenção de seguir no caminho da empresarialização dos hospitais, ao manter claros os métodos de gestão empresariais e ao acentuar o regime misto do sistema de saúde português ao integrar na sua rede hospitais públicos, hospitais públicos de natureza empresarial, hospitais em regime de sociedade anónima com capitais apenas públicos e, ainda, estabelecimentos privados.

Posto isto, foram transformados em trinta e uma sociedades anónimas trinta e seis hospitais, para reforçar a sua autonomia enquanto parte do SNS. Os primeiros hospitais Entidades Públicas Empresariais (E.P.E.)⁵ foram criados com a publicação do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho, ficando assim sujeitos ao Regime Jurídico do Setor Empresarial do Estado e das Empresas Públicas, Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de dezembro.

Tendo a eficácia, eficiência e adoção da lógica do funcionamento privado como palavras de ordem (Lima, 2015), e com a necessidade de conter gastos que se aflorou com o advento da crise económica com início em 2008, deu-se a necessidade de racionalizar os recursos, e uma solução para tal foi a agregação de hospitais em centros hospitalares (Azevedo & Mateus, 2013).

Alguns dos aspetos da Lei de Bases da Saúde de 1990 continuavam a ser ferventemente discutidos quase trinta anos depois. Os principais temas causadores de discórdia envolviam o facto de o Estado apoiar o setor privado em concorrência com o setor público, a facilitação da movimentação de pessoal do SNS para o privado e o modo de gestão das unidades de saúde. Desta forma, impulsionado por uma petição pública com a intenção de fazer ser revista a Lei de Bases de 1990, iniciou-se o processo de elaboração de uma nova Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro, que clarifica o papel do SNS na

⁵ A empresarialização hospitalar em Portugal encontra-se detalhada no tópico 3 do presente capítulo.

proteção da saúde da população, sendo que podem ser celebrados acordos de natureza supletiva e temporária, com entidades privadas, do setor social e com trabalhadores independentes, caso seja estritamente necessário (Ferreira, 2021).

No seguimento da publicação da nova Lei de Bases e dado que passavam quase trinta anos desde a decretação do anterior Estatuto do SNS, é promulgado o novo Estatuto do SNS em 2022, pelo Decreto-Lei n.º 52/2022. Neste, é novamente esclarecida a definição do SNS, todos os seus estabelecimentos e serviços, bem como a sua relação com os diversos organismos do Ministério da Saúde. Define-se também a organização territorial do SNS, que se baseia em regiões e níveis de cuidado.

No seu Relatório de Primavera de 2022, o Observatório Português de Sistemas de Saúde delinea as três grandes problemáticas que desafiam o SNS presentemente: a dificuldade no acesso aos cuidados de saúde, a falta de recursos humanos e a crise de saúde pública. Paralelamente, os temas aos quais o SNS continua a tentar dar resposta são a reforma na saúde mental, a digitalização na saúde, a falta de dedicação de alguns profissionais e a criação de Sistemas Locais de Saúde.

2. A Nova Gestão Pública

2.1 Origem e Propagação

Posteriormente à Segunda Guerra Mundial houve uma alteração de paradigma no que toca ao papel do Estado na economia. Neste momento da história, o Estado passou a interceder na prestação de serviços, garantindo o bem-estar das populações. É o chamado Estado Social ou de Bem-Estar, que teve o seu auge entre as décadas de quarenta e setenta do século XX (Abrahamson, 2010). Segundo Alvarenga (2014), a responsabilidade do Estado passou a ser “(...) mais ampla, intensa e efetiva, diretamente empenhada na satisfação dos interesses sociais (...)” (p.19), abrangendo setores como a saúde, educação, habitação e segurança social. O Estado de Bem-Estar existe sincronicamente com o modelo Burocrático ou *Weberiano* na Administração Pública, caracterizado como “(...) racional, estável, eficiente, com uma forte hierarquização, elevado número de normas e procedimentos para harmonizar os comportamentos, formalização, especialização do trabalho e profissionalização para a realização dos cargos” (Pereira & Correia, 2020, p.71).

Assim, os modelos de cuidado à população implementados durante esta época em vários países europeus se focavam no acesso de todos os indivíduos a cuidados básicos, independente da sua origem social ou financeira. Para tal, eram utilizados principalmente os recursos do Estado, designadamente fundos provenientes de impostos, para acatar estas despesas (Lima, 2015). Com o passar do tempo este nível de intervenção do Estado tornou-se insustentável (Alvarenga, 2013).

Consequentemente, e como já referido no tópico anterior do presente capítulo, os moldes do sistema sofreram alterações, transitando para as ideias neoliberais como a privatização de muitas das entidades até então detidas pelo Estado, a procura de reduzir a despesa dos governos, a informatização nos serviços públicos, a crescente desagregação dos serviços públicos em vários órgãos e a ideia de que existe uma ligação entre a eficiência no setor público e a economia nacional. É neste contexto que surge o conceito de Nova Gestão Pública (Abrahamson, 2010; Ferlie et al, 1996; Fischer, 2012; Hood, 1991; Maia & Correia, 2022). O Estado de Bem-Estar não desaparece neste momento, mas sofre alterações ao seu modo de atuação (Pereira & Correia, 2020).

Inicialmente um conjunto de medidas implementadas no Reino Unido na década de oitenta, mas rapidamente propagadas para outros países anglo-saxónicos como os Estados Unidos da América, a Austrália e a Nova Zelândia, tendo-se de seguida alastrado para a Europa continental e o resto do mundo em graus diferentes de profundidade, sendo a OCDE uma grande força motora na propagação deste conceito (Hood, 1995; Lane, 2002; McLaughlin & Osborne, 2002; Schedler & Proeller, 2002).

Embora haja coincidência temporal entre a propagação da ideologia neoliberal e o começo da implementação de medidas que se vieram a denominar NGP, não é consensual que a NGP seja inerentemente um movimento neoliberal, dado que dos primeiros países adotantes desta doutrina não tinham governos com esta ideologia, como a Nova Zelândia e a Austrália.⁶ Ao invés de considerar a NGP como parte de um movimento político, alguns consideram a sua popularização consequência de esta se ter tornado numa “moda”, o que

⁶ Na Nova Zelândia, entre 1984 e 1990, e na Austrália, entre 1983 e 1996, os Governos eram do Partido Trabalhista.

incentivou governos de vários países a seguir o exemplo de outros, não obstante, a NGP tem vindo a revelar-se duradoura enquanto filosofia gestonária (Ferlie et al, 1996; Hood, 1991).

2.2 Princípios

As reformas que se encaixam dentro da órbita da NGP não são uniformes em todos os países, aliás, as medidas implementadas diferem entre si pois estas resultam da sobreposição dos problemas de cada nação com o modelo internacional da NGP, dando origem a agendas de reformas características de cada país (Hood, 1991, 1995; Schedler & Proeller, 2002; Van de Walle & Hammerschmid, 2011). Apesar destas discrepâncias, um fator mantém-se constante: o motivo para a implementação de reformas da NGP. Em todos os países estas surgiram devido aos desafios políticos existentes naquele momento, nalguns isto significa a necessidade de cortar custos, noutros a tentativa de melhorar a perceção dos cidadãos sobre os serviços públicos ou até para melhorar os níveis de satisfação dos administradores públicos e diminuir a burocracia (Schedler & Proeller, 2002).

Recordem-se agora alguns dos autores mais preponderantes na génese e definição da NGP enquanto movimento gestonário na literatura.

Considerado o autor primordial sobre o tema, Hood (1991), com o seu artigo “*A Public Management for all seasons?*”, essencialmente estabeleceu as bases da NGP que, apesar de um termo vago, pode ser resumido em sete doutrinas “típicas” que tinham vindo a ser implementadas nos países adotantes da NGP até então. Sucintamente, as reformas da NGP traduzem-se na diminuição da distinção entre o setor público e o setor privado (nos recursos humanos, modo de operação e estrutura de recompensa) e na redução da forma como o poder discricionário é limitado por regras gerais de atuação (principalmente no que toca ao pessoal, contratos e dinheiros) (Dunleavy & Hood, 1994).

Para Funck e Karlsson (2019), os sete tipos de reformas listadas por Hood (1991) podem ser divididas em dois grupos: reformas baseadas na gestão e reformas baseadas no mercado. As primeiras alinham-se com a adoção de métodos de gestão tipicamente usados no setor privado, com o alcance dos objetivos da instituição em mente, já as medidas com base no mercado focam-se essencialmente no aumento da eficiência através da competição. As sete reformas centrais da NGP como definidas por Hood (1991) e a sua divisão por tipo demonstra-se no Quadro 1.

Quadro 1: Tipos de Reformas da NGP

Reformas baseadas na gestão	Reformas baseadas no mercado
Gestão por profissionais	Competição no setor público
Estandartes específicos e mensuráveis	Práticas de gestão do setor privado
Enfãse no controlo da produção	Desagregação e descentralização das entidades do setor público
Desagregação e descentralização das entidades do setor público	Poupança e disciplina na utilização dos recursos
Poupança e disciplina na utilização dos recursos	

Fonte: Adaptado de Funck & Karlsson (2019) e Hood (1991, 1995).

Osborne (1993) expõe seis princípios que representam novas formas de governar que considera favoráveis para a eficiência do setor público, denomina este paradigma de *Reinventing Government*, semelhante à NGP. Em primeiro lugar, o governo deverá “dirigir” e não “remar”, ou seja, o autor defende a diminuição da intervenção governamental nos serviços públicos, determina que o governo deverá focar-se mais na sua missão e menos nas regras, deve também ter a primazia do utente como pilar, visto que o cidadão tendo o poder de escolha entre diversas entidades, escolherá a que considerar melhor, o que pressiona os serviços públicos a melhorar. Tal como em Hood (1991), o aumento da competitividade nos serviços do governo e a mensurabilidade dos resultados são pontos de foco. Osborne termina a sua lista de políticas a adotar com a ideia do “governo empreendedor”, com a meta de lucrar e não de gastar, o que inclui políticas de meritocracia para incentivar os funcionários públicos a criar valor para o seu serviço.

Para Dunleavy et al. (2006), a NGP pode ser dividida em três grandes temas: desagregação, competição e incentivo. A desagregação consiste na separação de grandes hierarquias do setor público tal como é feito no privado com o objetivo de ter hierarquias mais largas e não mais altas, a competição expressa-se na separação entre o fornecedor e o comprador de forma a desenvolver novas formas de aprovisionamento e criar competição entre as potenciais empresas fornecedoras, por último, o incentivo, representa o afastamento da recompensa vaga utilizada no setor público (por exemplo na forma de gratificação moral) e o foco no incentivo monetário, baseado em melhorias de desempenho concretas.

Diefenbach (2009) delineou cinco áreas de reforma típicas da NGP. Os objetivos estratégicos da organização devem ser alterados de acordo com a noção de que existe uma forte pressão externa, procurando satisfazer os objetivos dos *stakeholders* e dos utentes, o foco deve ser a eficácia, eficiência, produtividade, a redução de custos e a terceirização. No que toca aos processos e às estruturas organizacionais estas devem ser descentralizadas, mais flexíveis e menos hierarquizadas, o modo de gestão estratégica deve ser formalizado. O desempenho da organização e dos trabalhadores deve ser devidamente medido e monitorizado, sendo estabelecidas metas e indicadores de desempenho e estabelecidas consequências positivas para um bom desempenho. Nestas instituições reina uma “cultura de gestão” em que os administradores são os únicos indivíduos que detêm funções gestacionais dentro da organização. Quanto à cultura organizacional associada com a NGP, espera-se que os funcionários desenvolvam atitudes quase empreendedoras, a ideia de liderança é forte e a cultura é semelhante à de uma empresa.

Apesar de muito do entusiasmo inicial associado à NGP se ter perdido nas quatro décadas desde a sua génese, aquilo que esta representa continua presente mesmo que implicitamente nas políticas administrativas de hoje. Assim, a apreciação do impacto destas reformas nos serviços públicos continua a ser relevante - facto suportado pela vasta quantidade de estudos sobre o assunto - apesar de difícil. A falta de dados comparáveis, a implementação incompleta de reformas e os diferentes tipos de instituição e de sociedade alvo destas mudanças (o que resulta em efeitos inerentemente diferentes em cada uma delas) (Lapuente & Van de Walle, 2020) complica a identificação dos impactos da NGP nas instituições (Diefenbach, 2009).

2.3 Em Portugal

Já na Constituição de 1976 se mencionava desburocratização e a aproximação dos serviços administrativos às populações (Bilhim, 2021). Apesar disto, foi no final da década de oitenta que as reformas administrativas implementadas em Portugal começaram a assemelhar-se a políticas inspiradas pela NGP (Correia et al., 2016b). O trajeto português é singular porque as políticas de Estado de Providência apenas ganharam protagonismo após a revolução de 1974, sendo um fenómeno recente no país aquando da sua integração na CEE em 1986. Desta forma, enquanto o aparelho administrativo continuava a expandir (ao alargar

os recursos públicos acessíveis aos cidadãos), implementavam-se medidas importadas de países cujo Estado-Social durava há décadas, estando naquele momento em declínio.

O grande ênfase dado a regras e procedimentos, a magnitude da burocracia, a resistência à mudança e o modelo hierárquico de exercício do controlo praticados em Portugal resultaram em algumas dificuldades na plena implementação de medidas da NGP (Nunes,2006), pois estas práticas estão associadas com “(...) desmotivação, centralismo e o autoritarismo decisório, a fraca produtividade organizacional, a inexistência de criatividade e espírito de iniciativa e obviamente, a incapacidade de mudança” (Maia et al., 2023, p.22). Dado que a NGP se trata de um movimento proveniente de países com tradição administrativa marcadamente distinta da portuguesa, tiveram de ser feitas as devidas adaptações à realidade portuguesa (Bilhim, 2021).

As reformas concentravam-se essencialmente nas privatizações, na empresarialização da administração pública, na reestruturação da administração pública central, na reformulação dos regimes de trabalho públicos para irem de encontro aos privados, na mensuração do desempenho dos funcionários e, por fim, a tentativa de reduzir a burocracia, aumentar a proximidade e a transparência na relação entre a administração e os cidadãos, aumentar a autonomia de gestão, e ambicionar maior eficácia através da qualificação e motivação dos funcionários (Bilhim, 2021; Madureira, 2020; Ongaro, 2009).

A reestruturação na administração incidiu nas áreas da organização, da medição de desempenho e dos Recursos Humanos. Entre estas, destacam-se de modo sucinto as seguintes reformas (Bilhim, 2021):

- O Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), criado pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 124/2005, de 4 de agosto, que teve como objetivos modernizar e otimizar a administração central e aproximá-la do cidadão através de medidas como a reestruturação da administração direta e indireta, o reforço na avaliação e controlo de resultados, o desenvolvimento de locais onde os cidadãos pudessem aceder a vários serviços, a redução das cadeias de comando e potencialização da comunicação horizontal e a desburocratização com o auxílio de meios tecnológicos e da criação de linhas telefónicas e *websites* para facilitar o acesso dos cidadãos;

- O Simplex (Programa de Simplificação Administrativa e Legislativa), criado em 2006, foi um conjunto de medidas implementadas em toda a administração central do Estado com o intuito de diminuir a burocracia, simplificar os processos e descomplicar os procedimentos para os cidadãos e para as empresas, contabilizam-se que resultou em ganhos no valor de 51,6 milhões de euros para as empresas e cidadãos (Correia et al, 2019);

- O SIADAP (Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública), introduzido pela Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, demonstra foco na obtenção de resultados e na qualidade dos serviços prestados. Traduz-se num processo de fixação de objetivos quantitativos de desempenho e o seu cumprimento posteriormente medido e reportado (Correia et al., 2013). São avaliados todos os trabalhadores (incluindo dirigentes) da administração pública e dos serviços onde se integram;

- Aprovação do regime de trabalho em funções públicas, Lei n.º 59/2008, de 11 de setembro, que aproximou os contratos da função pública com os do privado. O funcionário público deixou de representar o Estado tornando-se um trabalhador comum. O conceito de “quadro de pessoal” foi abandonado, sendo substituído pelo “mapa de pessoal”, a ser atualizado anualmente pela direção do serviço, consoante as necessidades e o orçamento disponibilizado, ao invés do regime anterior em que era necessário publicar uma portaria para fazer qualquer alteração ao quadro. Introduziu-se, portanto, uma ligação entre a gestão dos recursos humanos e a gestão orçamental.

- Com a publicação da Lei de Vínculos Carreiras e Remunerações, Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro, a administração pública passa de 1736 carreiras, para apenas três carreiras do regime geral.

Para Bilhim (2021), as reformas implementadas em Portugal apenas se manifestaram enquanto resultado da pressão da União Europeia, não acreditando o autor que estas teriam surgido internamente de modo espontâneo, dado que grandes modificações na administração que afetem o público tendem a não resultar em reeleição para o Governo no poder, não sendo a remodelação na Administração Pública portuguesa orgânica ou tão eficaz como a nascida em países de cultura anglo-saxónica.

2.4 O Declínio e Críticas

A NGP rapidamente se tornou controversa, o primeiro ponto de ofensa foi o facto de muitos considerarem a doutrina taxativamente anglo-saxónica e como tal não adequada a países de tradição germânica ou napoleónica (Ongaro, 2009) por diferenças éticas, políticas e culturais. Eventualmente, no final dos anos noventa mesmo os países seminais das reformas da NGP engrenaram na sua crítica generalizada. Apesar dos ensinamentos permanecerem parte do léxico dos governos no que toca a reforma administrativa, deixou de ser “a” doutrina a implementar, surgindo novas veias de pensamento na esfera da Administração Pública (Pollitt & Bouckaert, 2017), como a Nova Governação Pública, que ao invés de se focar somente na governação das relações interorganizacionais acentua a atenção nos utentes e nos serviços prestados aos mesmos (Correia et al, 2019).

Funck e Karlsson (2019), elaboraram um estudo no qual selecionaram cinco revistas sobre Administração Pública e analisaram as publicações com o tema NGP entre 1991 e 2016, para retirar ilações sobre a oscilação da popularidade do tema na comunidade científica com o decorrer dos anos. Os autores chegaram à conclusão de que o período de anos em que se publicou mais sobre a NGP foram 2007-2011, tendo os valores declinado posteriormente, o que indica uma possível desafeição pela doutrina em anos mais recentes. No que toca o tema dos artigos, notou-se um aumento acentuado no estudo do impacto/efeitos da NGP e uma redução nos trabalhos sobre a implementação, no período entre 2012-2016. Quanto ao tom dos artigos, a maioria demonstra uma posição neutra quanto ao tema, no entanto, realça-se que em quatro das cinco revistas analisadas, o tom negativo ultrapassava o positivo. Destes dados os autores não concluem que a NGP esteja totalmente ultrapassada, mas sim que esta continua enraizada nas reformas governamentais, tendo-se tornado a norma que agora é comparada com novas opções de mudança.

Mesmo os autores primordiais da doutrina começaram a levantar algumas dúvidas sobre a sua eficácia. Dunleavy e Hood (1994) categorizaram as principais críticas à NGP em quatro tipos:

- Crítica fatalista: consiste na assunção de que os maiores problemas da Administração Pública (erro humano, corrupção, falhas no sistema, programas mal dirigidos) não desaparecem com nenhum tipo de reforma no modo de administração, no

entanto, os defensores desta crítica não têm nenhuma solução administrativa, dado que o problema é inerente à natureza humana e não ao estilo administrativo adotado.

- Crítica Individualista: considera que a NGP fica algures no meio da Administração Pública tradicional e um modelo baseado em contratos exequíveis e nos direitos legais individuais, ou seja, para estes críticos o caminho a seguir seria o da privatização e não da empresarialização, remunerar os trabalhadores apenas baseado no seu desempenho e não tendo em conta o comprimento da sua carreira.

- Crítica hierárquica: baseia-se na noção de que, se não for feita com cuidado, a reforma na Administração Pública pode facilmente tornar-se incontrolável e difícil de gerir, o grande receio destes críticos é a destabilização do sistema, com consequências negativas. Para contrariar tal possibilidade, defendem a existência de uma força central para guiar o restante sistema.

- Crítica igualitária: dita que existe um maior risco de corrupção num sistema descentralizado, a interceção entre o público e o privado pode dar oportunidade aos dirigentes de porem os seus interesses individuais à frente da intenção de proporcionar ao público o melhor serviço possível.

Uma posição comum na comunidade académica prende-se com o facto de não ser possível equiparar o setor público e o setor privado dadas as profundas diferenças entre ambos. O setor privado é caracterizado por “regras de jogo” mais maleáveis que o setor público, que vê a sua atividade limitada pelas barreiras jurídicas. Consequentemente, as privatizações levadas a cabo de forma desregulada surtiram custos para os cidadãos e a lógica da gestão privada resultou na desmotivação dos funcionários públicos (Pereira & Correia, 2020).

Hood e Dixon (2016), ao avaliarem a evolução dos custos de administração no Reino Unido nos trinta anos após a introdução das reformas da NGP, concluíram que estes aumentaram continuamente, para além disto, o número de queixas formais e litigações também cresceram em quantidade, o que levou os autores a inferir que de alguma maneira, as reformas tiveram o efeito contrário ao pretendido.

Maia e Correia (2022) evidenciam no seu estudo o modo como a NGP falhou em considerar fatores como a igualdade, o bem-estar social, o tratamento caso a caso e a justiça no seu afogo em quantificar e monitorizar o desempenho da Administração Pública, com o bom desempenho económico em mira. Avançam o Novo Serviço Público como o possível passo pós-NGP, movimento que “(...) procura assegurar uma Administração Pública aberta, acessível, que funcione para servir os cidadãos e que crie oportunidades para o exercício da cidadania (...)” (p.135).

No que diz respeito ao efeito da NGP na disposição dos funcionários do setor público, o cenário também não aparenta favorável. Na sua procura pela eficiência, ao constantemente monitorizar, controlar, avaliar os trabalhadores, a NGP acabou por debilitar “(...) o ambiente das organizações públicas e a confiança dos funcionários públicos no Estado” (Pereira et al., 2022, p.133).

Numa investigação conduzida por Alonso et al. (2013), foram avaliados os efeitos das medidas de terceirização e de descentralização implementadas em quinze países da União Europeia. Os resultados mostraram que a terceirização não resultou na redução do tamanho da Administração Pública no que diz respeito a despesas e a recursos humanos. Em contrapartida, a descentralização mostrou resultados positivo na redução de custos, mas não na diminuição da dimensão no número de funcionários.

De um modo geral conclui-se que as reformas da NGP não surtiram um efeito tão drástico como o esperado, tanto no que toca no seu mote de redução de custos, como na sua repercussão na motivação dos funcionários públicos. Como tal, o *New Public Service*, paradigma que “(...) dá total atenção a termos de democracia, cidadania e serviço público” (Pereira & Correia, 2020, p.82), é proposto como movimento pós-NGP, em que acima de tudo estão os cidadãos e o serviço prestado aos mesmos e não a produtividade (Maia & Correia, 2022; Pereira & Correia, 2020).

3. A Empresarialização do Setor da Saúde Público Português

O setor da saúde é dos mais suscetíveis a serem alvo de reformas dado que o seu funcionamento está intrinsecamente ligado ao Orçamento de Estado e, como tal, quando o país passa por uma situação de restrição orçamental, procuram-se formas racionalizar os gastos públicos, nomeadamente neste setor.

A empresarialização de entidades do setor público decorre como desenvolvimento da implementação de medidas da NGP, seguindo o modelo do SNS do Reino Unido (Major & Magalhães, 2014), ao separar-se de modelos de gestão tradicionais e ao implementar normas do setor privado no setor público, tendo a eficácia na utilização de recursos e a eficiência económico-financeira como prioridade, utilizando mecanismos de mercado (Matos & Nunes, 2019; Nunes, 2017a; Nunes & Harfouche, 2015).

Apesar da empresarialização procurar espelhar práticas do setor privado, é importante realçar que as motivações para a inovação no setor público não são as mesmas que as de uma empresa. A reforma administrativa procura ser inovadora no sentido de aprimorar o desempenho dos órgãos públicos e, conseqüentemente, melhorar o serviço prestado ao cidadão, no entanto a inovação é um aspeto entre muitos a considerar pois esta interage com constrangimentos constitucionais, legais, orçamentais e culturais que tocam são individuais a cada país (Correia et al., 2019; Junior et al., 2013).

A gestão hospitalar com os moldes de gestão empresarial era há várias décadas referida como meta a alcançar eventualmente em Portugal. Já em 1968 o Estatuto Hospitalar mencionava que “a gestão hospitalar (...) terá de desenvolver-se de acordo com as técnicas próprias da vida económica, embora subordinada aos objetivos sociais e humanos que prossegue”. Na Lei de Bases da Saúde de 1990 é referido que as unidades de saúde devem seguir as regras de gestão empresarial (Campos, 2003).

No final da década de noventa os hospitais portugueses mostravam problemas de sustentabilidade económico-financeira e de gestão, foi determinado que o modelo do setor público administrativo até então empregado resultava em maus resultados que tanto afetavam a população como os profissionais de saúde (Nunes, 2017b). Assim, e como já mencionado no tópico de resenha histórica, foram empreendidas quatro experiências inovadoras na esfera da administração hospitalar. O Hospital Fernando da Fonseca foi concessionado a uma entidade privada, através de concurso público, nos Hospitais de São Sebastião e do Barlavento Algarvio foram implementadas medidas de gestão empresarial, recorrendo à contratualização do financiamento em função da produção e o estabelecimento de incentivos para os recursos humanos para um melhor desempenho, foi também criada a Unidade de Saúde de Matosinhos constituída por um hospital e quatro centros de saúde,

geridas com moldes similares aos dos Hospitais de São Sebastião e do Barlavento Algarvio (Campos, 2003; Matos & Nunes, 2019).

Estas quatro experiências tinham alguns fatores em comum. Todas elas se regiam por um modelo de organização não rígido, eram acompanhadas sistematicamente pelas Administrações Regionais da Saúde e eram dotadas de maior autonomia e flexibilidade no que tocava às aquisições no mercado e de sistemas de incentivo remuneratório aos trabalhadores no que toca o seu desempenho (Matos & Nunes, 2019).

Os objetivos da empresarialização prendem-se principalmente na racionalidade económica, na atribuição de maior flexibilidade de gestão aos hospitais e ao seu respetivo Conselho de Administração, maior facilidade na contratação de recursos humanos, contratação de acordo com a previsão anual, a responsabilização dos administradores pelos seus atos, a instalação de uma cultura empresarial, no financiamento dos hospitais através da contratualização da produção com o Estado (contratos-programa) através da definição de metas, a procura da satisfação dos trabalhadores, a prestação de contas publicamente e transparentemente, o aumento da eficiência e da qualidade⁷, a redução dos tempos de espera, a limpeza e conforto do espaço, a simpatia do atendimento (Matos & Nunes, 2019; Nunes, 2017a; Nunes, 2017b).

Em 2002, com a publicação do novo regime jurídico de gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002) foi avante o projeto da empresarialização da gestão hospitalar e foi introduzida a possibilidade de os hospitais serem geridos enquanto Empresa Pública do Estado ou enquanto Sociedade Anónima (Nunes, 2017b).

Numa primeira fase, entre 2002 e 2004/5 a modalidade eleita foi a transformação de hospitais em regime do Setor Público Administrativo (SPA) em hospitais S.A. Assim, dos 93 hospitais até em tão em regime tradicional, 34 foram convertidos em 31 hospitais em regime de S.A., durante este período foi constituído pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 5 de fevereiro, um grupo de trabalho composto por quinze peritos com a missão de “(...) coordenar o processo global de lançamento e a estratégia de empresarialização dos hospitais com a natureza jurídica de sociedades anónimas de capitais

⁷ Principalmente da qualidade percebida pelo utente.

exclusivamente públicos”. No final da primeira fase de empresarialização, do total de 87 hospitais e centros hospitalares públicos, 64% continuavam integrados no SPA, sendo os restantes 36% S.A. (Nunes, 2017b).

É na segunda fase da empresarialização (entre 2005-2006/7) que se veem introduzido os Hospitais E.P.E. enquanto substitutos dos hospitais S.A. Esta mudança de estratégia deveu-se à falta de melhoria de resultados no que tocava a eficiência, produção e endividamento. Para além da mudança de regime iniciou-se também a fusão de hospitais em centros hospitalares. No final desta fase, das 82 unidades de saúde públicas existentes, 62% mantinham-se no SPA, enquanto 38% eram agora E.P.E. (Nunes, 2017b).

Por fim, entre 2007 e 2016, foi dada continuidade à fase anterior, transformando hospitais do SPA em hospitais E.P.E., e fundidos hospitais independentes em Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde, com o objetivo de aumentar a eficiência e evitar a dispersão e desperdício de recursos por hospitais geograficamente próximos. Em 2016, dos 44 hospitais públicos, centros hospitalares e unidades locais de saúde existentes, apenas 11% permaneciam como parte do SPA, sendo os restantes 89% E.P.E. (Nunes, 2017b).

Atualmente, existem 48 hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde públicas, destas, 90% são E.P.E. e 10% pertencem ao SPA. Importa também realçar que 21 das 43 instituições E.P.E. são Centro Hospitalares (49%) e 8 são Unidades Locais de Saúde (19%) (Serviço Nacional de Saúde, s.d.).

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) determina anualmente os termos de referência pelos quais as instituições do setor da saúde se devem guiar no que diz respeito à contratualização da sua atividade. Para o ano de 2023 as principais áreas de atuação para os hospitais são:

- Realização da atividade assistencial de acordo com as necessidades da população, nomeadamente aumento no número de 1^{as} consultas e de cirurgias realizadas dentro do Tempo Máximo de Resposta Garantido (TMRG)⁸, reorganizar a atividade do serviço de urgência para melhorar o tempo de resposta, realizar a atividade necessária para

⁸ 120 dias para consultas com prioridade “normal”, 60 dias para consultas “prioritárias” e 30 dias para consultas “muito prioritárias”, mediante a triagem prévia pelo centro de saúde.

satisfazer as necessidades dos utentes inseridos em programas de saúde específicos ou com patologias crónicas ou raras;

- Reforço na atividade realizada em regime de ambulatório e de resposta de proximidade ao aumentar as hospitalizações domiciliárias, direcionar utentes que recorram ao serviço de urgência em situações não urgentes ou pouco urgentes para os cuidados programados e de proximidade, aumento das cirurgias realizadas em ambulatório e quanto aplicável reforçar o uso da telessaúde;

- Melhoria da eficiência, produtividade e qualidade dos cuidados de saúde através do aumento do horário de atividade médica, do controlo da taxa de absentismo, implementação de mais rastreios oncológicos e a procura de redução do tempo de estadia do utente no hospital por motivos meramente sociais⁹ recorrendo à colaboração entre diferentes órgãos dos hospitais;

- Aumento das receitas extra Contrato-programa;

- Ter em conta as redes de referenciação hospitalares aquando da elaboração dos mapas de pessoal e dos planos de investimento, tendo o custo benefício das decisões tomadas sempre como prioridade;

Repare-se que as áreas que a empresarialização procura melhorar, como a eficácia e eficiência, a produtividade e aproveitamento de recurso e a satisfação do utente continuam a ser cruciais passados 21 anos desde a implementação da gestão empresarial nos hospitais portugueses, evidenciando como o processo de remodelação é longo e complexo.

3.1 A Empresarialização e a Cultura Organizacional

A cultura organizacional (CO) pode ser definida como “(...) o modo como as atividades dentro da organização são realizadas, como os membros comunicam uns com os outros, quem é aceite na organização e quem é ostracizado, e no moral da organização” (Gutterman, 2023, p. 2). Mas de onde advém esta cultura? Quem a implementa e consolida?

O estudo clássico das organizações classifica a forma como a cultura se manifesta de duas formas: como uma variável ou como uma metáfora raiz (Smircich,1983). A análise

⁹ Uteses cuja estadia no hospital se alonga por não terem habitação permanente nem familiares dispostos a acolhê-los e não por motivos médicos.

da cultura enquanto variável é geralmente feita de forma comparativa, por exemplo ao confrontar a cultura de várias empresas e tentar perceber que tipo de é mais propícia a trazer sucesso à organização (Schneider et al., 2013). Por outro lado, ao fitar a cultura enquanto metáfora raiz, ou seja, assumindo que a cultura está de tal modo enraizada na organização, que a organização em si é a cultura, sendo estas indiferenciáveis, a organização deverá ser analisada do ponto de vista simbólico, enquanto experiência subjetiva (Smircich, 1983). Estas abordagens podem ser explicadas sucintamente como: as organizações têm cultura (a cultura como variável) ou as organizações são culturas (a cultura enquanto metáfora raiz) (Schneider et al., 2013).

Em qualquer uma destas conceções assume-se a existência de diferenças entre a CO de organização para organização, não fosse a sua íntima ligação com os membros, dado o seu contributo simbólico e social para a cultura, e o facto da cultura estar num constante estado de evolução e a conotação emocional que todos os elementos culturais têm com os membros e com as relações que estes estabelecem entre si (Keyton, 2015). Desta forma, a cultura de uma instituição é passível a avaliação e classificação.

No setor público, enfrentam-se dois desafios fulcrais no que toca a CO: o facto de existir uma “cultura de culpa”, onde se pune o fracasso ao invés de recompensar o sucesso, o controlo excessivo da atividade dos funcionários, a falta de desafio aos líderes da organização e a aversão ao desenvolvimento de uma verdadeira liderança (Maia et al., 2023).

Revela-se valoroso compreender os efeitos da NGP e da empresarialização na CO das instituições hospitalares através da análise de estudos elaborados nesse sentido.

Num estudo conduzido por Cruz e Ferreira (2012), foram inquiridos trabalhadores de hospitais em regime SPA, E.P.E. e Unidades de Saúde Familiares com o objetivo de identificar os tipos de cultura em cada tipo de instituição. O tipo de cultura predominante nestas três modalidades de instituição foi a cultura hierárquica (regida por regras por parte de superiores hierárquicos, estável e previsível (Cameron & Freeman, 1991)), seguida da cultura de tipo clã (enraizada na coesão, relações interpessoais, moral (Cameron & Freeman, 1991)), sendo interessante realçar que comparando apenas os hospitais SPA e os E.P.E., os últimos, tenderam mais para a cultura hierárquica. As autoras do estudo conjecturam que apesar de serem esperadas alterações na cultura como consequência da implementação de

práticas do setor privado, o facto dos hospitais E.P.E. terem sido criados a partir de hospitais do SPA já existentes, significa que as mudanças são difíceis e lentas, pois mudar a cultura de instituições previamente estabelecida não é de todo imediato. (Cruz & Ferreira, 2012).

Fortunato (2014) também procurou perceber o efeito da NGP e da empresarialização na CO dos hospitais E.P.E., para tal realizou um estudo no Hospital Distrital de Santarém com o qual concluiu que este possui uma cultura forte e do tipo hierárquico, apesar dos funcionários se sentirem orgulhos de serem membros da instituição, gostarem das suas funções e considerarem haver boas relações entre serviços, a maioria sente que as suas capacidades não são totalmente aproveitadas, que a inovação não é encorajada e que existem injustiças e faltas de respeito para com estes, o que se traduz em falta de motivação. Os funcionários desta instituição responderam maioritariamente de forma negativa à afirmação “existe mais cooperação do que competição entre serviços”, ora Jeremias & Correia (2019) determinaram no seu estudo sobre a importância do trabalho de equipa que este “(...) favorece a satisfação e motivação (...) na prestação de serviços de saúde, essencialmente sob a forma de colaboração (...)” (p.96), o que por sua vez surtirá efeitos na tipologia de cultura presente numa dada instituição.

O envolvimento laboral é um aspeto a explorar dentro desta temática. Correia et al. (2016a) procuraram relacionar a antiguidade dos enfermeiros do Hospital Beatriz Ângelo com o seu envolvimento laboral, dadas as implicações para o seu risco de saída da organização. Determinaram que os enfermeiros que trabalham há mais tempo na instituição demonstram menor envolvimento laboral, o que poderá resultar numa maior propensão para a saída. Foi também realizado um estudo no mesmo hospital quanto à relação entre o envolvimento laboral e o género dos enfermeiros. Concluiu-se que não existem diferenças significativas nas perceções entre homens e mulheres, tendo ambos obtido níveis de perceção do envolvimento elevados, nomeadamente no que toca a dedicação e o empenho (Correia et al., 2017).

Ainda quanto à questão do género, Correia e Garcia (2015) exploraram a relação entre este e as perceções sobre os sistemas de avaliação de desempenho. Os autores conjecturam que apesar de existirem evidências na literatura quanto às disparidades entre homens e mulheres no local de trabalho (provenientes das próprias preferências e ambições profissionais dos indivíduos e possivelmente de sistemas de avaliação de desempenho

discriminatórios), estas não se manifestam no caso dos hospitais portugueses, dado que por lei não pode existir discriminação com base no género e pelo facto de existirem muito mais mulheres no setor da saúde, fatores que ajudam a explicar o facto de não terem sido encontradas discrepâncias entre as perceções sobre o sistema de avaliação de desempenho com base no género. Ambos os géneros não reconhecem influência da avaliação de desempenho na eficácia, eficiência e qualidade dos hospitais.

Da análise destes estudos auferem-se que apesar do incentivo da NGP e da empresarialização para a eficácia, a eficiência e a produtividade, os hospitais em regime E.P.E. continuam marcados por um estilo de cultura onde a hierarquia rígida, a previsibilidade e a uniformidade reinam e em que os funcionários se encontram dececionados com o sistema de avaliação de desempenho e em que o seu envolvimento laboral diminui com a permanência na organização (Fortunato, 2014; Correia & Garcia, 2015; Correia et al., 2016a; Cruz & Ferreira, 2012). Todos estes fatores podem assistir na propagação do *burnout* (síndrome resultante do stress laboral crónico (De Hert, 2020)) e do *churning* de recursos humanos (saída voluntária de funcionários da organização, e os custos associados à mesma (Pirrolas & Correia, 2023)), que trazem consequências negativas para a instituição e que portanto devem ser combatidas com medidas estratégicas de retenção (Pirrolas & Correia, 2023) e de satisfação dos funcionários.

CAPÍTULO IV - O ESTÁGIO NO CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA

O serviço “base” do estágio foi o Serviço de Gestão de Recursos Humanos (SGRH), e o plano do estágio¹⁰ idealizado da seguinte forma: para compreender o funcionamento dos serviços de gestão e logística do CHL de forma abrangente e detalhada, faria sentido distribuir os cinco meses de estágio por cinco serviços do CHL. Os serviços estão interligados entre si nas mais variadas funções e objetivos e, portanto, seria redutor apenas ter conhecimento da realidade de um dos serviços, havendo a possibilidade de ficar com uma percepção profunda sobre o funcionamento de cada um dos cinco serviços, bem como as interações e processos partilhados entre estes.

Assim, planeou-se a passagem pelo SGRH, Serviço de Aprovisionamento (SA), Serviço de Gestão Financeira (SGF), Serviço de Gestão de Doentes (SGD) e pelo Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão (SPIG), nesta ordem.

1. Serviço de Gestão de Recursos Humanos

O SGRH é onde é definida a política de recursos humanos e a sua respetiva gestão, estando o serviço responsável por recrutar funcionários, e tratar da organização e administração do pessoal, no que toca a férias, vencimentos, baixas, reformas, avaliações de desempenho, entre outros.

O estágio iniciou-se com o acompanhamento do processo de acolhimento de novos trabalhadores do primeiro dia útil do mês, e como tal iniciavam funções seis novos colaboradores, de diversas categorias profissionais. Nesse mesmo dia acompanhada a maneira como os trabalhadores do CHL fazem chegar documentos (justificações de faltas, baixas, pedidos de alteração de férias, pedidos de formação, comunicação de acidentes de trabalho) ao SGRH, estes são entregues presencialmente, por e-mail ou por correio interno na receção do serviço e introduzidos manualmente no Sistema Integrado de Gestão Hospitalar (SIGEHP), um *software* aplicacional para a informatização hospitalar.

Foi também mostrado como são elaborados os contratos de trabalho dos novos funcionários, a atribuição de um número mecanográfico e a introdução dos seus dados no

¹⁰ O plano de estágio pode ser consultado no anexo B.

sistema de informação Recursos Humanos e Vencimentos (RHV), que é a aplicação utilizada em todas as instituições do SNS para processar as remunerações e para gerir recursos humanos.

Os restantes dois meses de estágio no SGRH foram passados a acompanhar tudo o que diz respeito às avaliações de desempenho do SIADAP. Naquela altura, o tópico focal era a controvérsia causada pela Lei n.º 34/2021, de 11 de fevereiro, que alterou os decretos de lei referentes à carreira de Técnico Superior de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT) e que causou divergências na sua interpretação e consequentemente na forma como os hospitais contabilizariam os pontos destes profissionais. O CHL, com apoio das FAQ (*Frequently Asked Questions*¹¹) publicadas pela ACSS, decidiu contabilizar um ponto pela avaliação de Satisfaz em cada ano a partir de 2009, esta decisão resultou em centenas de reclamações por parte dos TSDT do CHL dado que menos meio ponto ao longo de vários anos resulta na não subida de escalão remuneratório. Todo o procedimento desde a receção das reclamações, à classificação das mesmas por tipo de contrato e por queixa, elaboração de resposta para cada uma através da análise da legislação e redação de comunicações a enviar aos trabalhadores foi acompanhado durante o estágio.

A questão das avaliações por ponderação curricular foram também um ponto central da passagem pelo SGRH. Dado que trabalhadores de várias categorias tinham ficado sem avaliação durante vários anos, o que em termos de pontos equivale a receber um “Adequado” (dois pontos por biénio), e que muitos consideravam esta situação injusta pois retirava-lhes a possibilidade de receber um “Relevante” (4 pontos) ou “Excelente” (6 pontos), o que os levou a solicitar que fossem avaliados por ponderação curricular, onde, tal como o nome indica, os pontos seriam atribuídos mediante a avaliação do currículo. Cabe ao SGRH organizar grupos de avaliados e avaliadores de acordo com o posto de trabalho do requerente. Depois, há que averiguar quem tem competência para levar a cabo estas avaliações, organizar os grupos de trabalho e, por fim, tê-los aprovados pelo Conselho de Administração.

¹¹ Perguntas Frequentes

Foi ainda solicitada a elaboração do Código de Boa Conduta para a Prevenção e Combate ao Assédio no Trabalho em cumprimento com o disposto na Resolução do Conselho de Ministros n.º 1/2022, de 5 de janeiro, e na Lei n.º 73/2017, de 16 de agosto. As ferramentas para tal foram fornecidas, como os regulamentos e mecanismos de denúncia do assédio já existentes no CHL, e a partir daí o Código foi redigido.

2. Serviço de Aprovisionamento

Findados os dois meses de passagem pelo SGRH, iniciou-se uma nova etapa no Serviço de Aprovisionamento que teria a duração de um mês e meio. Este serviço tem as competências de aquisição, armazenamento e distribuição dos meios e serviços necessários ao desenvolvimento da atividade hospitalar.

Depois de compreendida a forma como o Código dos Contratos Públicos (CCP) se aplica no meio hospitalar, foram delegadas algumas tarefas. O BASE é uma plataforma *online* na qual as entidades públicas devem introduzir todos os contratos públicos que celebram, de modo que estes possam ser acompanhados e monitorizados publicamente. Fez-se a introdução de dados referentes principalmente a ajustes diretos simplificados, mas também a acordos-quadro, nesta plataforma.

Fizeram-se também a emissão de notas de encomenda (nomeadamente de prestações de serviços contratualizados a terceiros) através da plataforma GHAF (Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia), que foi a aplicação de gestão logística hospitalar utilizada no CHL neste momento.

Acompanhou-se o processo de publicação de concursos públicos no Diário da República e na plataforma Vortal, que faz a ligação entre fornecedores e compradores e onde as empresas podem concorrer aos concursos publicados pelo CHL.

O SA está dividido em dois setores, um trata dos assuntos acima mencionados, como a contratualização de serviços externos (FSE), investimentos (Inv) e bens de consumo (BC), já o Armazém é o local onde a maioria do material pelo CHL adquirido se encontra até ser necessária à sua utilização.

É também no Armazém que se faz a conferência da concordância entre aquilo que foi comprado pelo SA e aquilo que efetivamente chega. As faturas chegam de forma física

(até 31 de dezembro de 2022) ou eletronicamente (EDI, acedidas através do GHAF), e os dados da nota de encomenda e da fatura são confrontados e, se baterem certo, é impressa a chamada relação de documentos e depois tudo isto é enviado para o Serviço de Gestão Financeira para liquidação.

3. Serviço de Gestão Financeira

O SGF tem como principais funções a execução dos planos e financeiros e de tesouraria aprovados e produzir e apresentar informação do foro financeiro, contabilístico e orçamental, no âmbito da prestação de contas obrigatória numa instituição da natureza do CHL. A passagem neste serviço teve a duração de três semanas e incidiu precisamente no início do ano 2023, quando a principal objetivo é o fecho do ano anterior, que tem de ser feito o mais celeremente possível.

Assim, as tarefas atribuídas passaram maioritariamente pela anexação das faturas de 2022, à sua autorização de pagamento e o seu posterior arquivo numa fase inicial, e depois pela integração de faturas no programa SICC (Sistema de Informação Centralizado de Contabilidade e Gestão Financeira), pois esta tarefa insurgiu-se como mais urgente.

O SICC trata-se de um módulo informático utilizado na grande maioria das instituições do SNS, que tem como função o registo de informação no âmbito da Contabilidade Orçamental, Financeira e de Gestão e tem como grande vantagem a sua capacidade de interação com outras aplicações – nomeadamente o GHAF. Desta forma, foi feita a verificação da relação de documentos com as faturas e as notas de encomenda provenientes do SA, para depois, através do GHAF, se proceder à sincronização dos documentos com o SICC, o que significa que estas faturas passam a estar disponíveis também nesta plataforma, para que os movimentos anuais possam ser recolhidos.

Assistiu-se também no registo de contratos plurianuais no SIGO (Sistema de Informação de Gestão Orçamental), onde devem ser comunicados todos os contratos efetuados em 2022 cuja duração ultrapassará esse ano civil. O objetivo é o registo de pagamentos que terão de ser feitos futuramente por via de financiamento nacional e que, portanto, terão de ser contemplados no Orçamento dos anos a que dizem respeito.

4. Serviço de Gestão de Doentes

O SGD é um serviço muito abrangente, dado que as suas funções cobrem o atendimento, admissão e encaminhamento dos utentes desde o momento em que é feito um contacto com o CHL até ao momento da sua alta administrativa.

Apesar da passagem no SGD ter durado apenas uma semana, este período foi dividido em duas partes. Primeiramente, na chamada “retaguarda” da consulta externa, o local onde são feitas as marcações, remarcações e desmarcações das consultas solicitadas pelos médicos de família e centros de saúde. Terminou-se a semana na Faturação do SGD, onde são recolhidos elementos para a faturação dos cuidados de saúde e onde são faturados exames e atos médicos contratualizados a terceiros, que são depois liquidados pelo SGF.

O SGD utiliza o SONHO Hospitalar (Sistema Integrado de Informação Hospitalar), para levar a cabo as suas funções administrativas. Foi nesta aplicação que se procedeu à marcação de consultas em lista de espera para diversas especialidades. Devido à falta de médicos e ao grande volume de utentes, as listas de espera crescem para cumprimentos muito maiores do que o determinado na lei.

No SGD Faturação ratificou-se o Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD) dos utentes detentores deste se encontrava válido à data da sua visita ao CHL, caso a resposta fosse negativa, utiliza-se o Registo Nacional de Uteses para perceber se o utente, entretanto voltou a utilizar o SNS e se atualizou com um novo CESD. Caso a resposta fosse positiva atualizam-se os dados da entidade responsável pelo pagamento da visita ao CHL com o novo CESD, caso for negativa é necessário contactar o utente.

5. Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão

A última etapa do estágio consistiu em duas semanas passadas no SPIG. Este serviço está integrado na estrutura das Áreas de Gestão Intermédia e desenvolve várias funções em articulação com os Diretores de Serviço das especialidades médicas.

Neste serviço é avaliada a produção de todas as especialidades do CHL e com base na informação obtida são elaboradas metas anuais para todos os Serviços, cujo cumprimento é acompanhado mensalmente juntamente com o Diretor de Serviço. Os objetivos têm de ser

fundamentados nas metas atingidas anteriormente, procurando sempre melhorar, salvo casos em que os recursos disponíveis tenham diminuído¹².

É aqui que se elaboram os planos estratégicos e orçamentais (orçamento anual, plano estratégico, plano de atividades e orçamento) e que se faz o tratamento e disponibilização de dados àqueles¹³ que os solicitem.

O foco da atividade do estágio no SPIG foi no acompanhamento mensal dos serviços de Endocrinologia, Estomatologia, Ortopedia II Pediatria, Pedopsiquiatria e Urologia. Para tal, utiliza-se o *software Microsoft Power BI (Business Intelligence)* que contém a informação disponível no SONHO e no SClínico (aplicação com os registos clínicos dos utentes) que pode ser parametrizada e organizada conforme necessário. Assim, é possível perceber quantas consultas de uma dada especialidade foram realizadas num dado mês ou meses, quantas destas foram primeiras consultas ou consultas de seguimento, quantas cirurgias foram realizadas- no caso de especialidades cirúrgicas- e quantas destas foram em regime de ambulatório, entre outros indicadores. Estes dados são introduzidos num ficheiro Excel já parametrizado para calcular a percentagem da meta anual alcançada até então. A informação apurada é então mostrada ao Diretor de Serviço para serem feitos ajustes às metas caso tenha havido alterações de horário ou nos recursos humanos disponíveis desde a última reunião com o SPIG.

¹² Caso hajam menos médicos, por exemplo.

¹³ Principalmente para fins académicos.

CAPÍTULO V – METODOLOGIA

1. Tipo de Pesquisa

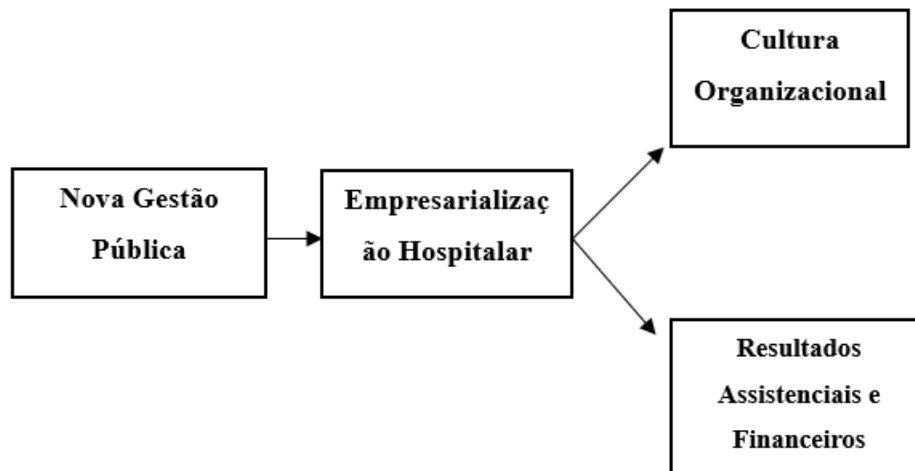
Para o fim de deveras compreender os efeitos da NGP e da empresarialização na administração hospitalar, o estudo de caso de um centro hospitalar revela-se como uma escolha lógica, dado que a aprendizagem sobre um caso específico ajuda na compreensão do fenómeno como um todo (Heale & Twycross, 2018). Assim, o CHL foi eleito como a entidade objeto deste estudo de caso.

Ao retirar ilações teóricas a partir do estudo de um caso particular e dos dados recolhidos, está-se a empregar o método indutivo. Inversamente, usando o método dedutivo, principia-se o estudo com um conjunto de hipóteses, que se validam ou não conforme os dados reunidos (Eisenhardt et al., 2016). Em diversas áreas dos estudos administrativos, o método indutivo recorre a métodos qualitativos, como é o caso do estudo de caso, para responder as questões a que se propõe (Woiceshyn & Daellenbach, 2018). Desta forma, a presente investigação utiliza o método indutivo, na forma de estudo de caso, sendo utilizados métodos de recolha de dados qualitativos – análise documental – e quantitativos – questionário.

2. Desenho da Investigação

A figura 3 demonstra esquematicamente aquilo que se pretende investigar ao longo deste relatório de estágio. Como versado no enquadramento teórico, um dos movimentos provenientes da NGP foi a empresarialização dos hospitais públicos em Portugal. Como tal, pretende-se determinar, valendo-se do caso do CHL, os efeitos que esta decisão possa ter tido no que toca tanto os resultados assistenciais e financeiros, como a cultura organizacional.

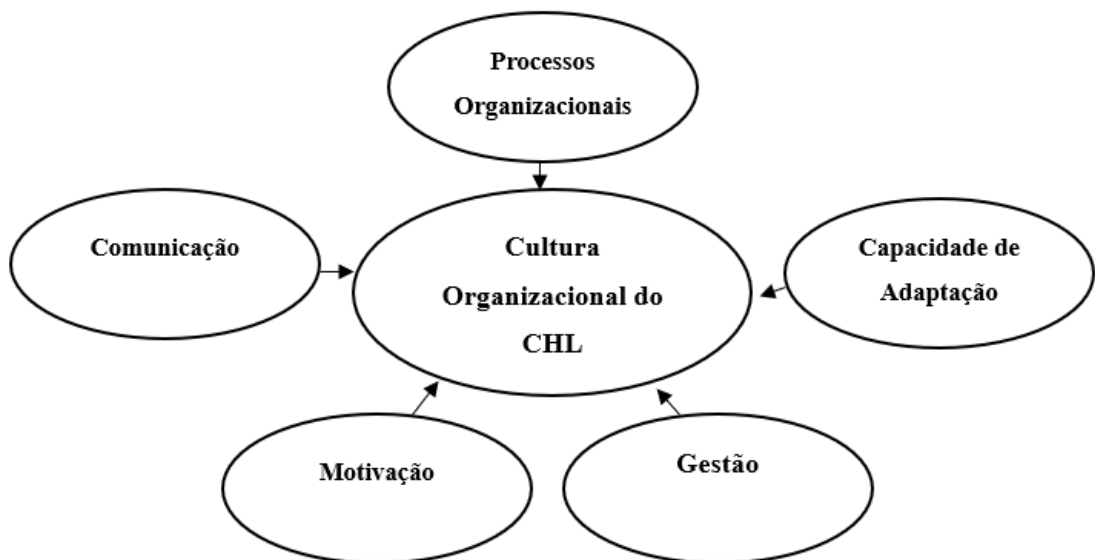
Figura 3: Modelo Teórico Global



Fonte: Elaboração própria.

No que respeita a CO singularmente, será explorada o modo com cinco temáticas influenciam a percepção dos funcionários quanto à mesma (Figura 4).

Figura 4: Modelo Teórico - Cultura Organizacional



Fonte: Elaboração própria.

3. Técnicas de Recolha e Análise de Dados

Para alcançar os objetivos do presente estudo serão usados dados primários e secundários recolhidos através de um questionário e através de análise documental, respetivamente.

3.1 Análise Documental

Os Relatórios e Contas (ReC) correspondentes ao período entre 2006 e 2022 estão disponíveis para consulta pública no *website* do CHL. Nestes, é detalhado de forma pormenorizada o desempenho do centro hospitalar ao longo do ano, incluindo os resultados totais a nível assistencial e financeiro.

Considerando que a empresarialização dos hospitais despoletada pela implementação de medidas da NGP no seio da administração pública em Portugal teve como grande objetivo o aumento da eficácia, da eficiência e a racionalidade económica (CHL, 2023; Matos & Nunes, 2019; Nunes, 2017; Nunes & Harfouche, 2015), aflora-se pertinente a análise dos dados referentes aos cuidados assistenciais (número de urgências, consultas externas, altas de internamento, sessões de hospital de dia e cirurgias) e aos resultados financeiros (proveitos totais e custos totais).

Dados previamente apurados por terceiros e posteriormente empregados num novo estudo tratam-se de dados secundários. A utilização deste tipo de informação aflora-se como uma forma de apreciar dados existentes com uma perspetiva diferente (Johnston, 2014), à luz do recolhido durante a revisão de literatura e ao empregar outros métodos de investigação. Posto isto, foram analisados os ReC do CHL dos anos 2006 a 2022 e extraídos dados correspondentes aos anos entre 2005 e 2022, estes dados foram agregados em dois quadros (anexo C e anexo D) para posterior análise gráfica.

3.2 Questionário

Admitindo que o ambiente, a cultura, os valores e as relações hierárquicas influenciam profundamente o sucesso de uma reforma administrativa (Bilhim, 2021), e dado que as reformas surtem efeito na experiência vivida dos funcionários (Cruz & Ferreira, 2012), importa compreender como estes percebem a cultura organizacional do CHL.

Foi eleito o questionário como técnica metodológica dado o facto de ser uma forma de obter respostas livre de constrangimentos e de viés, de ser possível alcançar um vasto número de indivíduos, credibilizando os resultados (Kothari, 2004). Assim, com base no questionário elaborado por Fortunato (2014) e implementado no Hospital Distrital de Santarém, com o quadro teórico sobre a cultura organizacional de Hofstede et.al (1990) como sustento, foi preparado um questionário com cinco questões de caracterização demográfica e quarenta afirmações (divididas por cinco dimensões: comunicação, motivação, adaptabilidade, processos organizacionais e gestão) sobre a CO do CHL¹⁴, a ser distribuído por *e-mail* a todos os docentes. A resposta ao questionário é inteiramente anónima e voluntária e é feita através da plataforma *Google Forms*.

A escala eleita para medir o nível de concordância dos funcionários foi a de Likert, de 1 a 10 pontos, que permite ao inquirido mais independência na escolha da opção mais próxima possível da sua verdadeira opinião (Joshi et al., 2015). A seleção de valores menores na escala significa um nível de concordância com a afirmação apresentada “muito baixo” e a escolha de valores maiores representa concordância “muito alta” com a frase em questão (Correia et al., 2017).

A distribuição do questionário pelos membros da comunidade do CHL foi autorizada pelo Conselho de Administração e o estudo foi ratificado pela Comissão de Ética para a Saúde¹⁵. O envio do *link* do questionário para os funcionários foi feito pelo Centro de Investigação do CHL no dia 21 de junho de 2023 e no dia 3 de julho de 2023. O questionário aceitou respostas durante quinze dias.

3.2.1 Caracterização da amostra

Do universo de 2365¹⁶ funcionários (CHL, 2023), 282 responderam ao questionário, o que representa uma taxa de resposta de 11,9%. A caracterização sociodemográfica da amostra encontra-se no Quadro 2.

¹⁴ O questionário pode ser consultado na íntegra no Anexo O.

¹⁵ Todos os documentos solicitados pelo CHL e fornecidos pela aluna podem ser consultados nos anexos E a N.

¹⁶ Dado que ainda não existem dados sobre o número de funcionários para 2023 assumiu-se o número registado a 31 de dezembro de 2022 como o número de funcionários existentes.

Quadro 2: Caracterização sociodemográfica da amostra

Sexo	Feminino: 233 (82,6%) Masculino: 49 (17,4%)
Idade	18 a 29 anos: 38 (13,5%) 30 a 39 anos: 86 (30,5%) 40 a 49 anos: 83 (29,4%) 50 a 59 anos: 52 (18,4%) 60 anos ou mais: 23 (8,2%)
Grupo Profissional	Assistentes Operacionais: 44 (15,6%) Assistentes Técnicos: 17 (6%) Cargos Dirigentes sem Órgãos Sociais: 2 (0,7%) Formação Pré-Carreira: 1 (0,4%) Médicos: 33 (11,7%) Pessoal Enfermagem: 154 (54,6%) Pessoal Farmacêutico: 1 (0,4%) Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica: 17 (6%) Técnicos Superiores: 11 (3,9%) Técnicos Superiores de Saúde: 2 (0,7%)
Habilitações Literárias	Ensino Básico (9º ano): 8 (2,8%) Ensino Secundário (12º ano): 43 (15,2%) Licenciatura: 138 (48,9%) Mestrado: 74 (26,2%) Doutoramento: 4 (1,4%) Outros: 15 (5,3%)
Antiguidade no CHL	Até 2 anos: 38 (13,5%) 2 a 10 anos: 115 (40,8%) 10 a 20 anos: 51 (18,1%) Há mais de 20 anos: 78 (27,7%)

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos.

3.2.2 Análise de Clusters

A metodologia de análise de dados designada para explorar o a informação recolhida com o questionário foi a análise de *clusters* realizada no IBM SPSS *Statistics* versão 28.0.0.0 (190).

Segundo Correia (2023), uma análise de *clusters* consiste na “(...) criação de “agrupamentos naturais” de observações baseados num grupo de variáveis previamente selecionadas e a subsequente análise das características intrínsecas a cada um destes grupos”

(p.9). Cada um dos agrupamentos formados é constituído pelas observações mais similares entre si.

As análises de *clusters* podem ser aplicadas através de métodos hierárquicos e não-hierárquicos. No caso do método não-hierárquico é decidido de antemão o número de *clusters* a formar, com o método hierárquico, este não é o caso, sendo o número de *clusters* determinado no momento da análise. É ainda possível distinguir entre o método hierárquico divisivo e o aglomerativo. No tipo divisivo todas as observações são combinadas num só *cluster* que depois é dividido em diversos *clusters* menores, já no tipo aglomerativo, todas as observações são tornadas num *cluster* singular numa fase inicial e posteriormente combinados conforme o seu nível de semelhança, formando os *clusters* finais (Correia, 2023). Uma das grandes vantagens desta última tipologia de análise é o facto de determinar a importância das variáveis dentro do *cluster* (Tkaczynsk, 2017).

O método de análise de *clusters* empregado neste estudo foi o *TwoStep Clustering*, que é um método hierárquico aglomerativo.

Mais informações sobre a metodologia da análise de *clusters* e exemplos da sua aplicação podem ser consultadas nos trabalhos de Correia (2012), Correia (2023) e Correia et al. (2016c).

CAPÍTULO VI - ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1. Análise dos Relatórios e Contas 2006-2022

Os Relatórios e Contas do CHL são documentos publicados anualmente onde é feito um apanhado sobre todos os aspetos relativos ao funcionamento da organização durante o ano. Entre as dimensões abordadas nos ReC destacam-se os dados referentes à prestação de serviços médicos à população e ao desempenho financeiro do ano.

Quanto aos dados recolhidos restam fazer algumas observações. O CHL, como já mencionado no Capítulo II sofreu algumas alterações até chegar à sua configuração atual. No período entre 2005 e 2023 foram três as grandes mudanças:

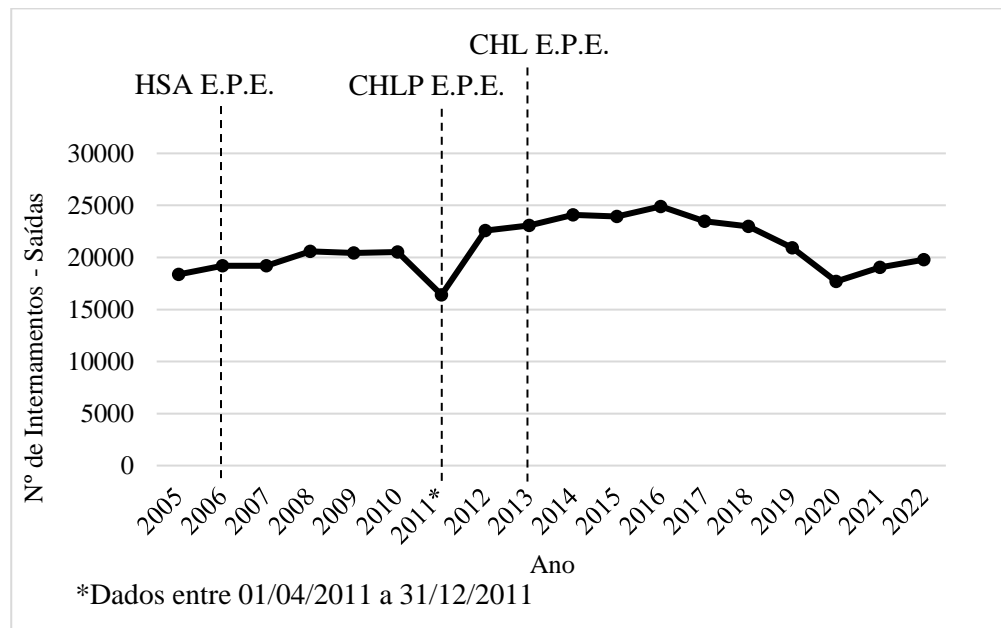
- 2006: Transformação do HSA S.A. em HSA E.P.E.;
- 2011: Fusão do HSA com o HDP formando o CHLP;
- 2013: Junção do HABLO ao CHLP, formando o CHL;

Estas alterações de constituição encontram-se refletidas nos gráficos com linhas tracejadas verticais. Importa também referir que em 2011, ano de formação do CHLP, o ReC apenas contém os dados a partir de dia 1 de abril 2011 a 31 de dezembro de 2011.

1.1. Análise dos Dados Assistenciais

No que concerne o número de internamentos com alta (Gráfico 1) constatou-se que, no período de 17 anos estudado, não houve alterações significativas. 2006 foi o ano com mais altas de internamento, com aproximadamente 25 mil registadas, no entanto este valor tem vindo a decrescer nos últimos anos e em 2022 encontra-se a par do número registado em 2005.

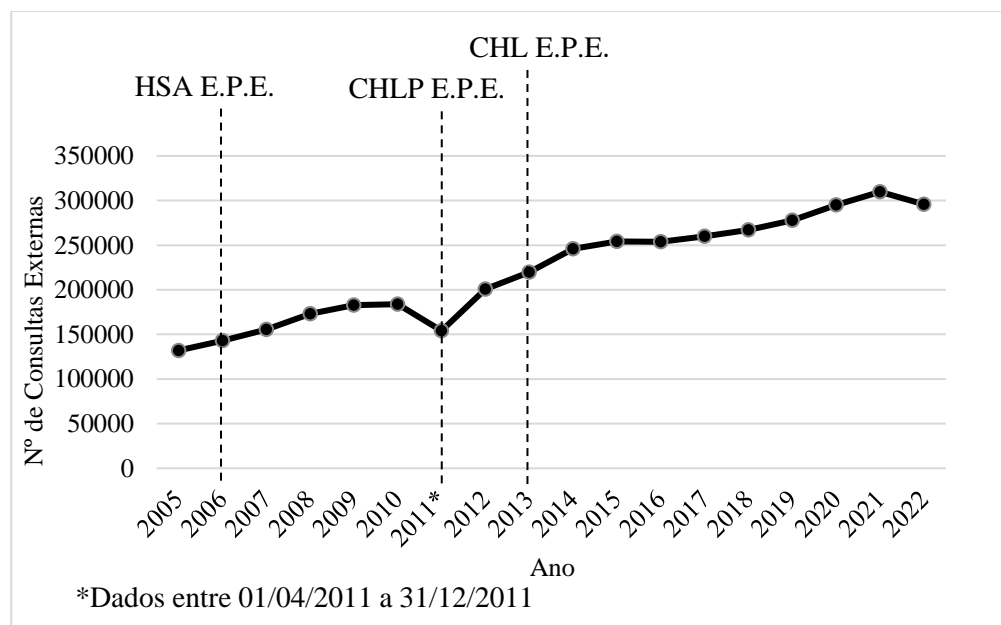
Gráfico 1: *Evolução do número de internamentos entre 2005 e 2022*



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados dos Relatórios e Contas 2006-2022 do CHL.

Por outro lado, as consultas externas (Gráfico 2) demonstram um incremento consistente ao longo dos anos analisados. Entre 2005 e 2022 registou-se um aumento em 160 mil no número de consultas externas realizadas.

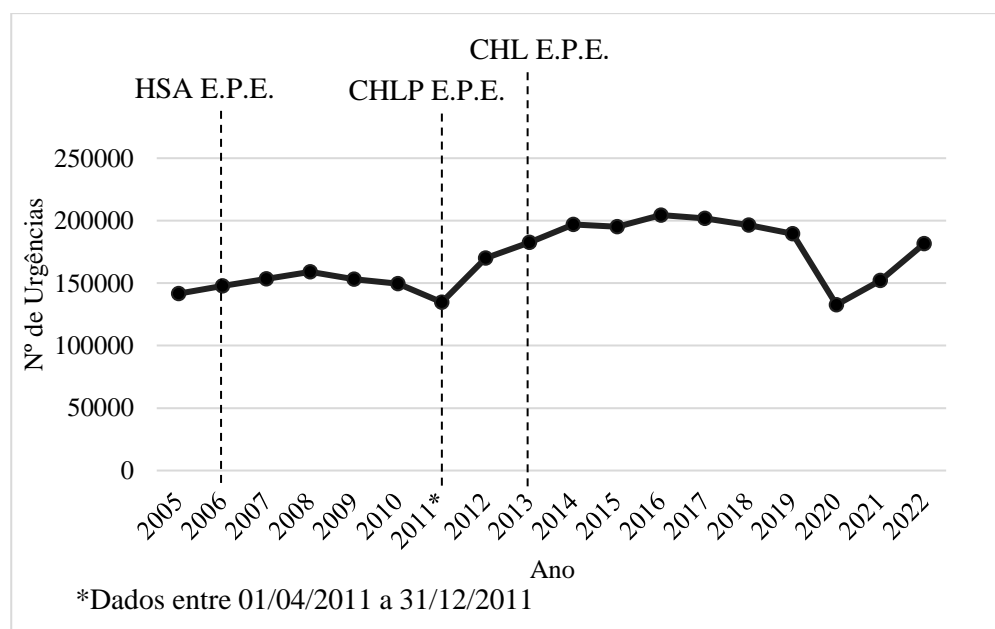
Gráfico 2: *Evolução do número de consultas externas entre 2005 e 2022*



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados dos Relatórios e Contas 2006-2022 do CHL.

O número de urgências enquanto indicador assistencial distingue-se dos demais na medida em que a existência de mais episódios urgentes não é necessariamente algo positivo ou previsível, dado que o tipo de acontecimento que leva alguém a procurar as Urgências é, na maioria dos casos, aleatório e não controlável pelos hospitais. Ainda assim, destaca-se a grande quebra nos episódios urgentes no ano 2020, presumivelmente devido ao estado de emergência declarado nesse ano, tendo os números alcançado valores abaixo dos de 2005 (Gráfico 3).

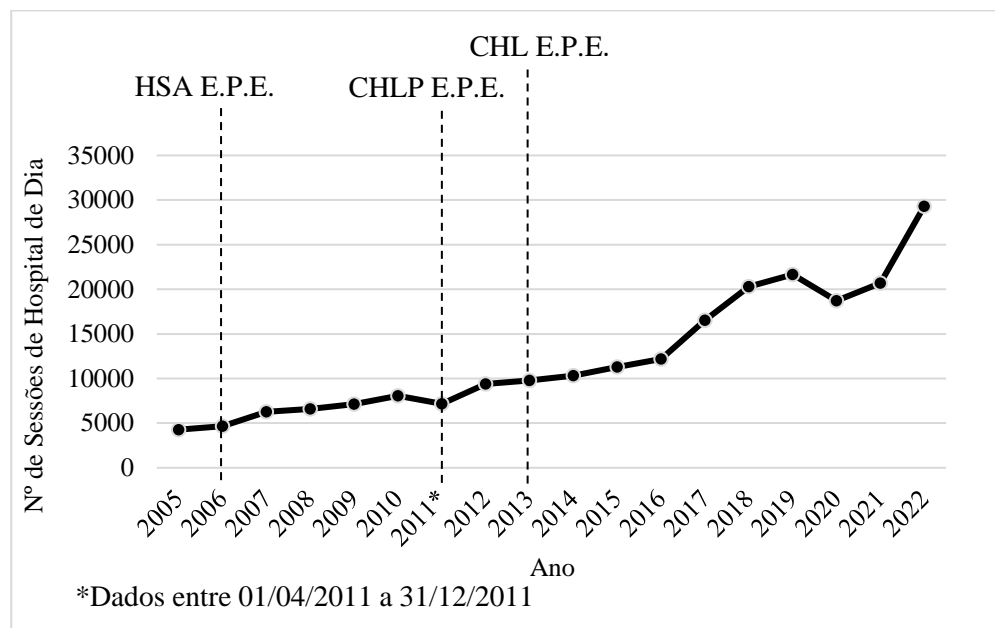
Gráfico 3: Evolução do número de urgências entre 2005 e 2022



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados dos Relatórios e Contas 2006-2022 do CHL.

As sessões de Hospital de Dia são uma modalidade assistencial alternativa ao internamento, onde os utentes recebem tratamentos programados em regime de ambulatório, com duração menos de 12 horas (CHL, n.d.b). Esta prática auxilia na diminuição das camas ocupadas e, portanto, tem vindo a ser uma grande aposta. Consequentemente, em 2022 realizaram-se mais 25 mil sessões que em 2005 (Gráfico 4).

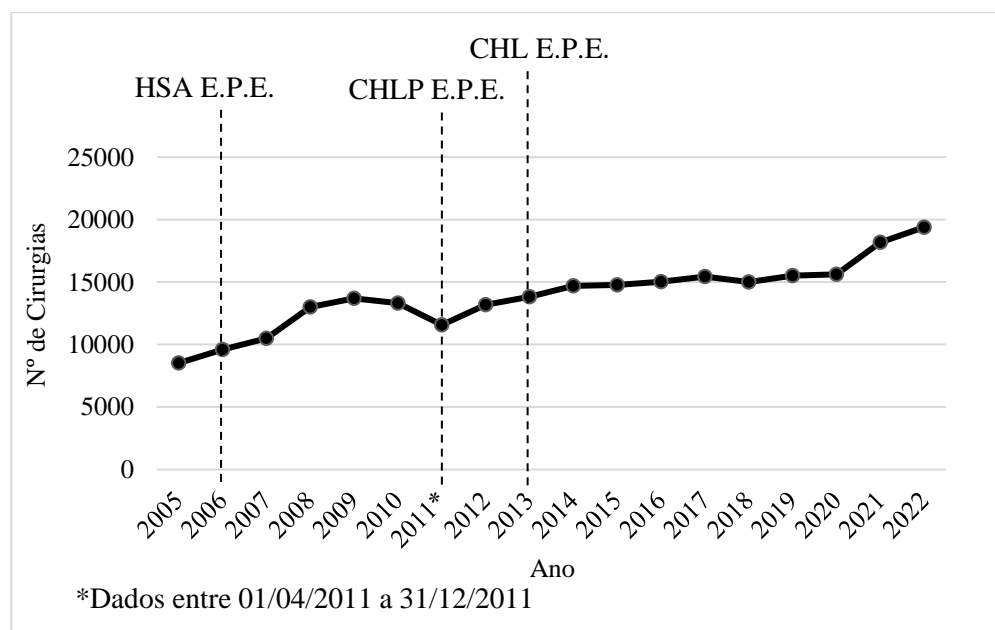
Gráfico 4: Evolução do número de sessões de Hospital de Dia entre 2005 e 2022



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados dos Relatórios e Contas 2006-2022 do CHL.

A quantidade de cirurgias realizadas anualmente tem aumentado paulatinamente (Gráfico 5), entre 2008 e 2020 o número manteve-se razoavelmente inalterado, tendo havido um aumento considerável desde 2021. Realizaram-se sensivelmente mais 11 mil cirurgias em 2022 que em 2005.

Gráfico 5: Evolução do número de cirurgias entre 2005 e 2022

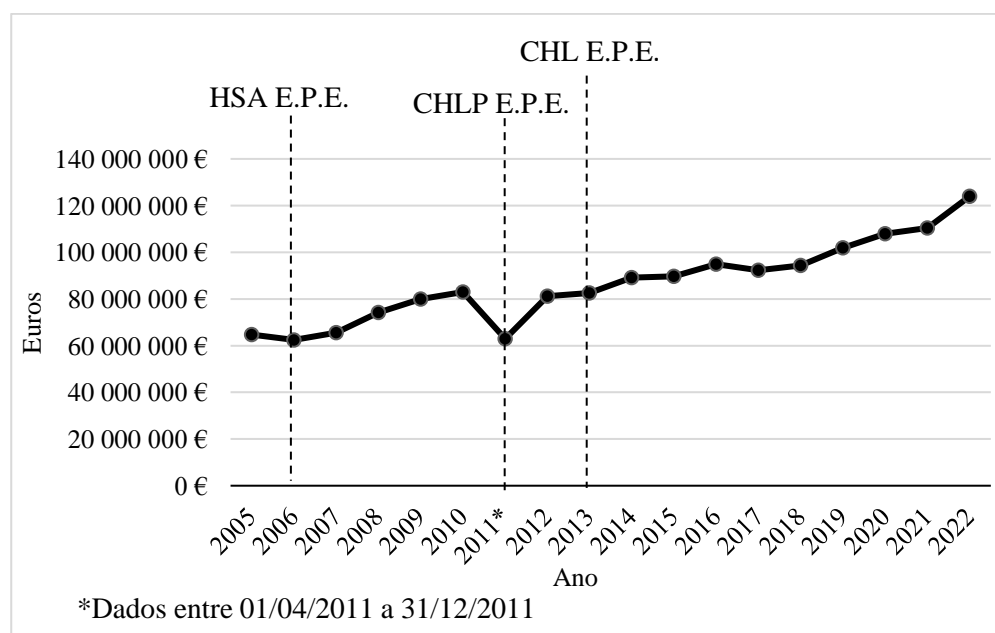


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados dos Relatórios e Contas 2006-2022 do CHL.

1.2. Análise dos Dados Financeiros

Durante o íterim analisado os proveitos totais têm vindo a aumentar de forma consistente (Gráfico 6). Entre 2005 e 2022 o valor total dos ganhos quase dobrou, aumentando de 64 mil euros em 2005 para 123 mil euros em 2022.

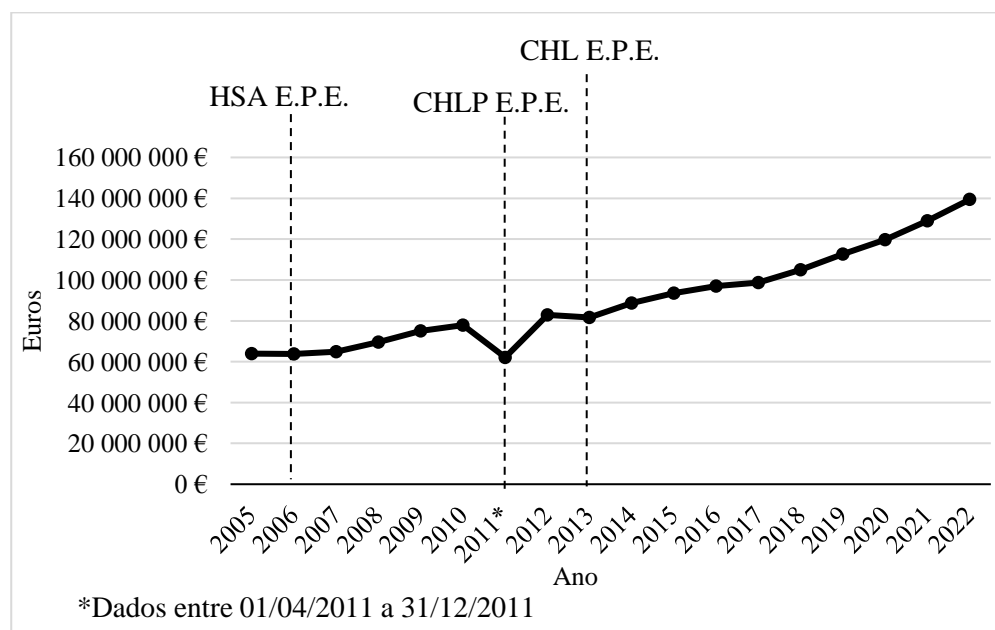
Gráfico 6: *Evolução do valor dos proveitos totais entre 2005 e 2022*



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados dos Relatórios e Contas 2006-2022 do CHL.

Os custos totais também tiveram uma evolução consistente (Gráfico 7). Em 2005 o valor das despesas foi 64 mil euros e em 2022 193 mil euros.

Gráfico 7: Evolução do valor dos custos totais entre 2005 e 2022



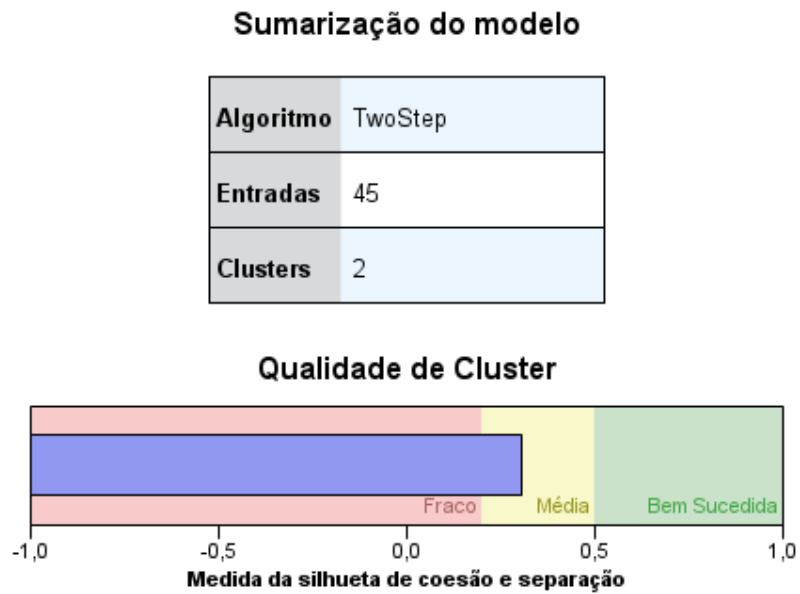
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados dos Relatórios e Contas 2006-2022 do CHL.

2. Análise de *Clusters*

2.1. Qualidade e Dimensão dos *Clusters*

Após introdução dos dados recolhidos com o questionário empregue no CHL no SPSS utilizando a modalidade *TwoStep Clustering* foi determinada a existência de dois *clusters*. A qualidade dos *clusters* apurados atingiu o nível “Médio”, que é considerado satisfatório (Figura 5).

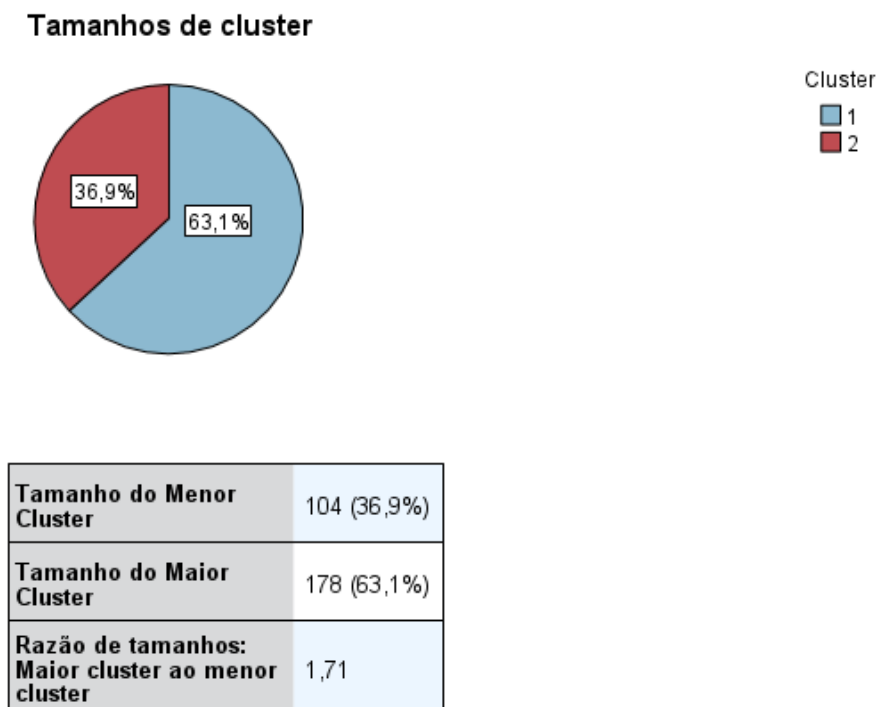
Figura 5: Sumarização do Modelo



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos.

Quanto à dimensão dos *clusters*, o *cluster* 1 é maior, representando 63,1% da amostra total (178 funcionários do CHL), a este *cluster* dar-se-á o nome de “Funcionários com precepções negativas quando à Cultura Organizacional” e o *cluster* 2 é o menor, refletindo 36,9% da amostra (104 funcionários do CHL), ao qual se chamará “Funcionários com precepções positivas quando à Cultura Organizacional”. A razão entre o tamanho dos dois *clusters* é de 1,71 (Figura 6).

Figura 6: Tamanho dos Clusters



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos.

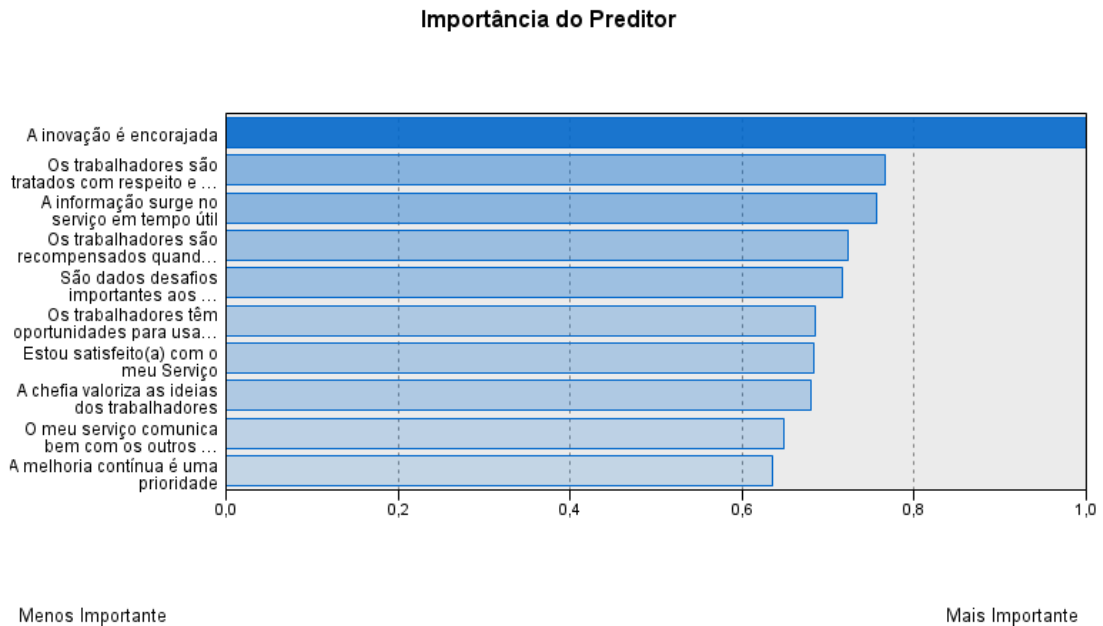
2.2. Os Resultados

Entre a vasta quantidade de informação fornecida pelo SPSS, aquando do emprego de uma análise de *clusters TwoStep*, está o *Importance Predictor*, que se trata de uma demonstração gráfica da importância de cada uma das entradas (neste caso, das afirmações presentes no questionário) para a separação dos respondentes em grupos.

Como evidenciado no Gráfico 8, no presente estudo as dez afirmações mais preponderantes para a criação do *cluster* de funcionários com perceções negativas quanto à CO e do *cluster* de funcionários com perceções positivas quanto à CO foram “A inovação é encorajada”, que se distingue das demais com o valor de 1, seguida por “Os trabalhadores são tratados com respeito e justiça”, com 0,77, “A informação surge no Serviço em tempo útil”, com o valor de 0,76, proximamente seguida por “Os trabalhadores são recompensados quando desenvolvem novas ideias”, com 0,75, seguida por “São dados desafios importantes aos trabalhadores”, com 0,72, depois surgem três afirmações com o mesmo valor, 0,68, “

“Os trabalhadores têm oportunidade para usar as suas competências”, “Estou satisfeito(a) com o meu serviço” e “A chefia valoriza as ideias dos trabalhadores”, de seguida “O meu serviço comunica bem com os outros serviços”, com o valor de 0,65” e, por fim, “A melhoria contínua é uma prioridade”, cujo valor de importância é 0,64.

Gráfico 8: *As dez afirmações mais importantes na determinação dos clusters*



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos.

Visto que cada afirmação presente no questionário pertence a uma temática entre cinco, insurge-se relevante a menção do tema correspondente a cada uma das dez observações mais significativas neste estudo. Assim, as afirmações “A inovação é encorajada”, “São dados desafios importantes aos trabalhadores” e “A melhoria contínua é uma prioridade” fazem parte da dimensão “Capacidade de Adaptação”. As frases “Os trabalhadores são recompensados quando desenvolvem novas ideias”, “Estou satisfeito(a) com o meu Serviço” e “A chefia valoriza as ideias dos trabalhadores” pertencem ao grupo “Motivação”. Já “Os trabalhadores são tratados com respeito e justiça” e “Os trabalhadores têm oportunidades para usar as suas competências” enquadram-se em “Gestão”. Por fim, “A informação surge no serviço em tempo útil” e “O meu serviço comunica bem com os outros serviços” pertencem á temática “Comunicação”.

Discriminado agora os resultados por *cluster*, no que diz respeito à mediana, das dez afirmações mais relevantes para os resultados¹⁷. Como já previamente descrito, os funcionários do CHL escolheram um número entre 1 e 10 consoante o seu nível de concordância com a afirmação apresentada, os valores menores representam perceções negativas e os maiores, opiniões positivas. No Quadro 3 retrata-se a informação sobre a mediana das respostas de cada *cluster* quanto às dez afirmações determinadas como mais importantes, bem como a mediana global das respostas.

Quadro 3: *Mediana das respostas de cada cluster e mediana geral nas dez afirmações de maior importância para o estudo*

	Mediana do Cluster de Funcionários com perceções negativas quanto à Cultura Organizacional	Mediana do Cluster de Funcionários com perceções positivas quanto à Cultura Organizacional	Mediana Geral
A inovação é encorajada	2,99	6,50	4,01
Os trabalhadores são tratados com respeito e justiça	2,00	6,00	3,00
A informação surge no serviço em tempo útil	4,98	8,01	6,00
Os trabalhadores são recompensados quando desenvolvem novas ideias	1,02	5,00	2,98
São dados desafios importantes aos trabalhadores	3,00	6,99	4,99

¹⁷ Esta informação sobre o questionário na sua totalidade pode ser consultada Anexo P.

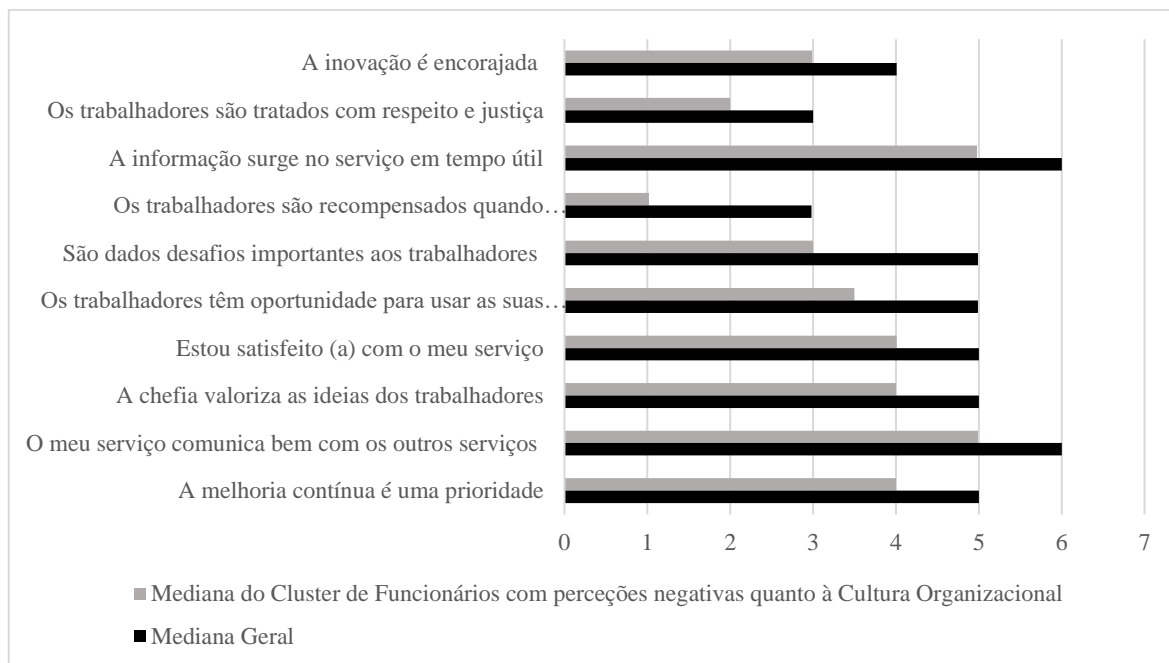
Os trabalhadores têm oportunidade para usar as suas competências	3,50	6,99	4,99
Estou satisfeito (a) com o meu serviço	4,01	8,01	5,00
A chefia valoriza as ideias dos trabalhadores	4,00	8,01	5,00
O meu serviço comunica bem com os outros serviços	4,99	8,01	6,00
A melhoria contínua é uma prioridade	4,00	7,50	5,00

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos.

O Gráfico 9 representa graficamente a diferença entre a mediana das respostas dos funcionários com perceções negativas quanto à CO do CHL e a mediana global.

Pode-se constatar que a respostas dos indivíduos inseridos neste *cluster* foram sempre valores menores aos da mediana geral. A afirmação que recebeu menor nível de concordância por parte deste *cluster* foi “Os trabalhadores são recompensados quando desenvolvem novas ideias”, com apenas 1,02, seguida por “Os trabalhadores são tratados com respeito e justiça”, que recebeu 2 valores neste *cluster*, ambas as afirmações demonstram que estes funcionários consideram que as suas ideias não são valorizadas e que não são devidamente tratados no seu local de trabalho.

Gráfico 9: Mediana das Respostas dos Funcionários com percepções negativas quanto à cultura organizacional e Mediana Geral, nas dez afirmações de maior importância para o estudo

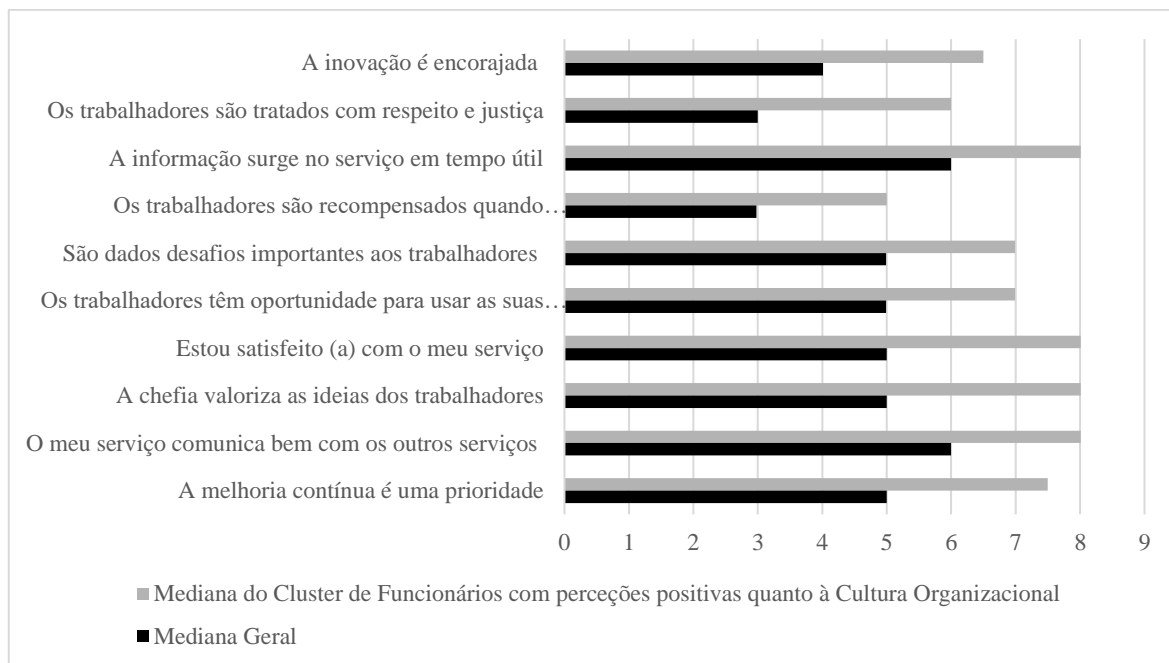


Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos.

Paralelamente, o Gráfico 10 demonstra a comparação entre a mediana das respostas do *cluster* dos funcionários com percepções positivas quanto à CO e a mediana global.

Destas dez afirmações, quatro receberam o valor de 8,01, são estas “A informação surge no serviço em tempo útil”, “Estou satisfeito(a) com o meu serviço”, “A chefia valoriza as ideias dos trabalhadores” e, “O meu serviço comunica bem com os outros serviços”, o que demonstra satisfação de uma forma geral com o local de trabalho, sentimento de valorização por parte das chefias e com os métodos de comunicação entre serviços.

Gráfico 10: Mediana das Respostas dos Funcionários com percepções positivas quanto à cultura organizacional e Mediana Geral, nas dez afirmações de maior importância para o estudo

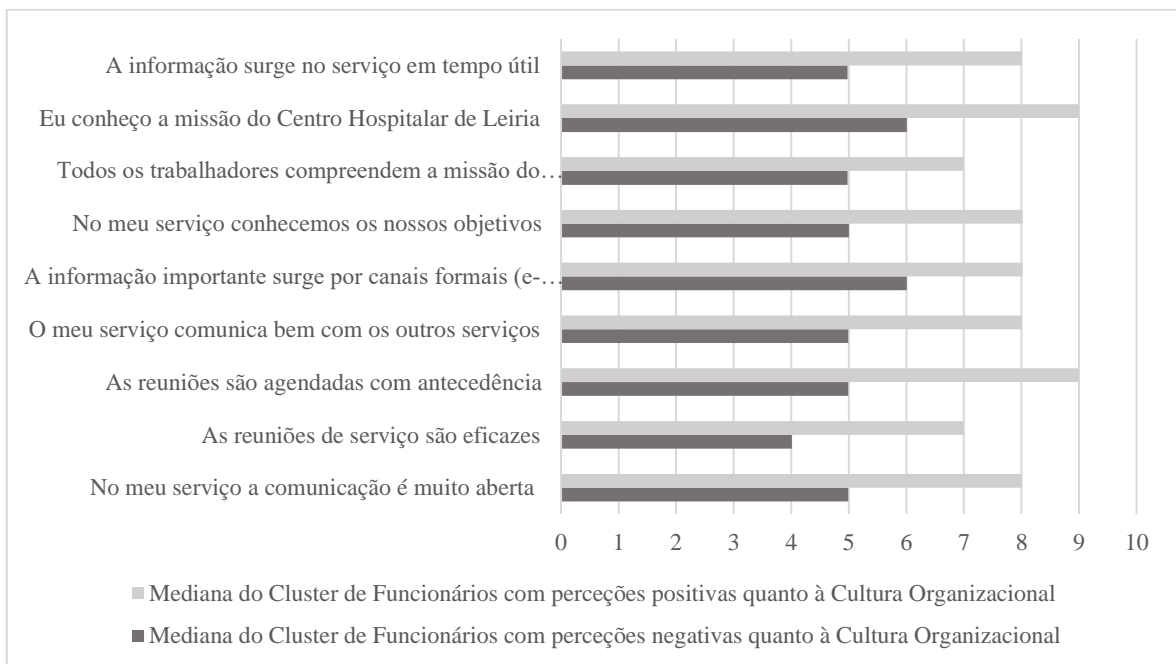


Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos.

Virando agora a atenção para os cinco agrupamentos de afirmações: “Comunicação”, “Motivação”, “Capacidade de Adaptação”, “Processos Organizacionais” e “Gestão”.

O Gráfico 11 representa o contraste entre os valores atribuídos às afirmações pertencentes à dimensão “Comunicação”, pelos dois *clusters* apurados. Aqui, as afirmações “Eu conheço a missão do Centro Hospitalar de Leiria” e “As reuniões são agendadas com antecedência” receberam a maior pontuação por parte do *cluster* com percepções positivas, de 9 e 8,99, respetivamente. Este mesmo grupo de funcionários atribuiu o menor valor, 7, que continua a ser bastante positivo, às afirmações “As reuniões de serviço são eficazes e “Todos os trabalhadores compreendem a missão do Centro Hospitalar de Leiria”. Já o *cluster* de funcionários com percepções negativas, atribuiu o menor valor, 4,01, à frase “As reuniões de serviço são eficazes” e a pontuação mais elevada, 6,01, a “Eu conheço a missão do Centro Hospitalar de Leiria” e “A informação importante surge por canais formais (e-mail, correio)”.

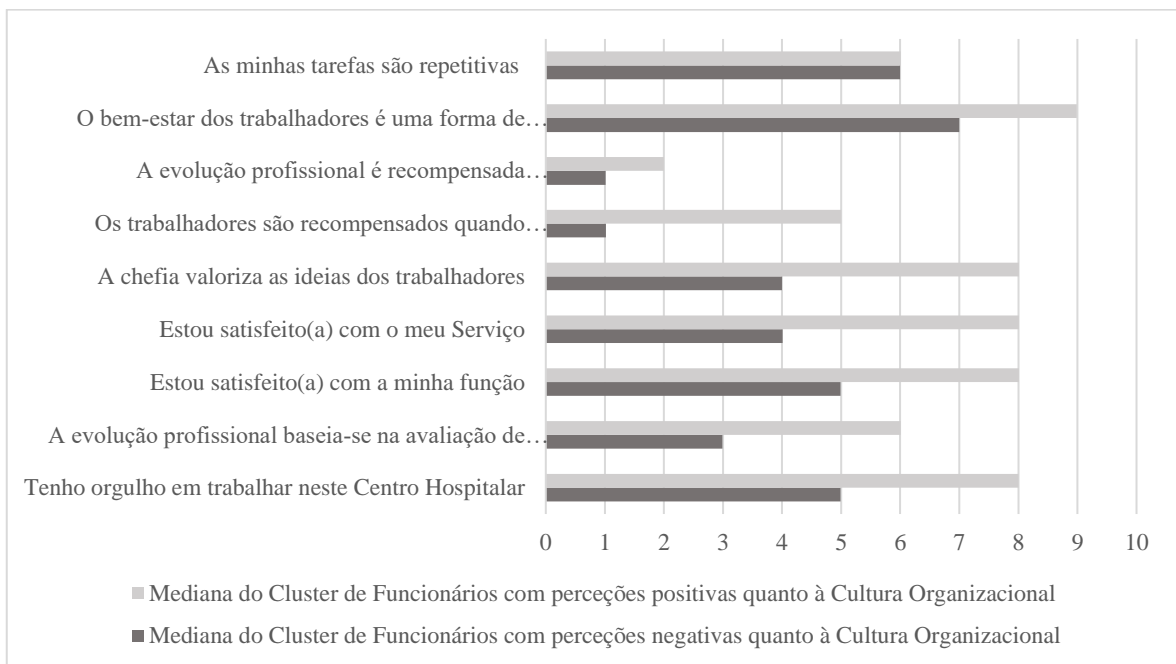
Gráfico 11: *Percepções dos clusters quanto às afirmações da dimensão “Comunicação”*



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos.

O gráfico 12 diz respeito à dimensão da “Motivação”. O *cluster* de funcionários com percepções positivas pontuou a afirmação “O bem-estar dos trabalhadores é uma forma de garantir um melhor desempenho” com 8,99, o valor máximo neste grupo, no entanto “A evolução profissional é recompensada financeiramente” apenas recebeu 2, o que demonstra o descontentamento dos funcionários do CHL quanto à avaliação de desempenho, mesmo no caso dos funcionários mais otimistas. Os funcionários do *cluster* com percepções negativas quanto à CO, pontuaram a mesma afirmação que o *cluster* oposto com pontuação máxima e mínima, neste caso, de 7 e 1,01, respetivamente.

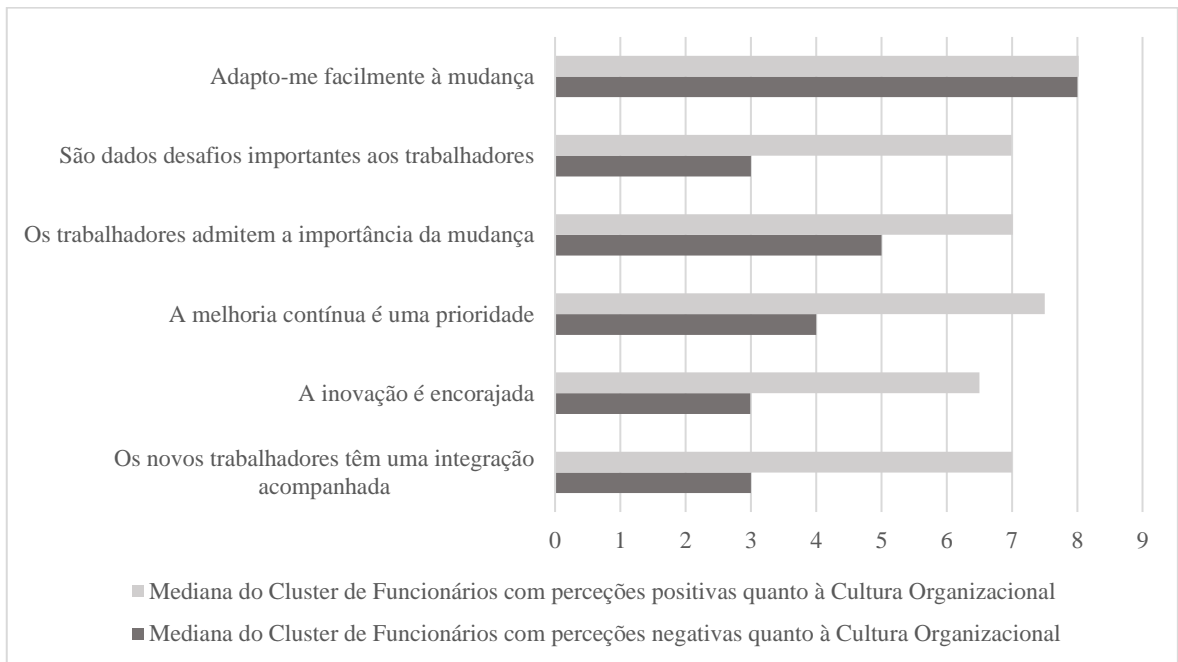
Gráfico 12: *Percepções dos clusters quanto às afirmações da dimensão “Motivação”*



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos.

Quanto à temática da “Capacidade de Adaptação”, o gráfico 13 ilustra a posição dos dois *clusters*. O valor máximo foi atribuído à mesma afirmação pelos dois grupos, “Adapto-me facilmente à mudança”, sendo a diferença apenas 0,02 a mais no caso do *cluster* de percepções positivas. A frase pontuada com o valor mais baixo também coincidiu, “A inovação é encorajada” recebeu 6,5 do *cluster* com percepções positivas e 2,99 do *cluster* com percepções negativas.

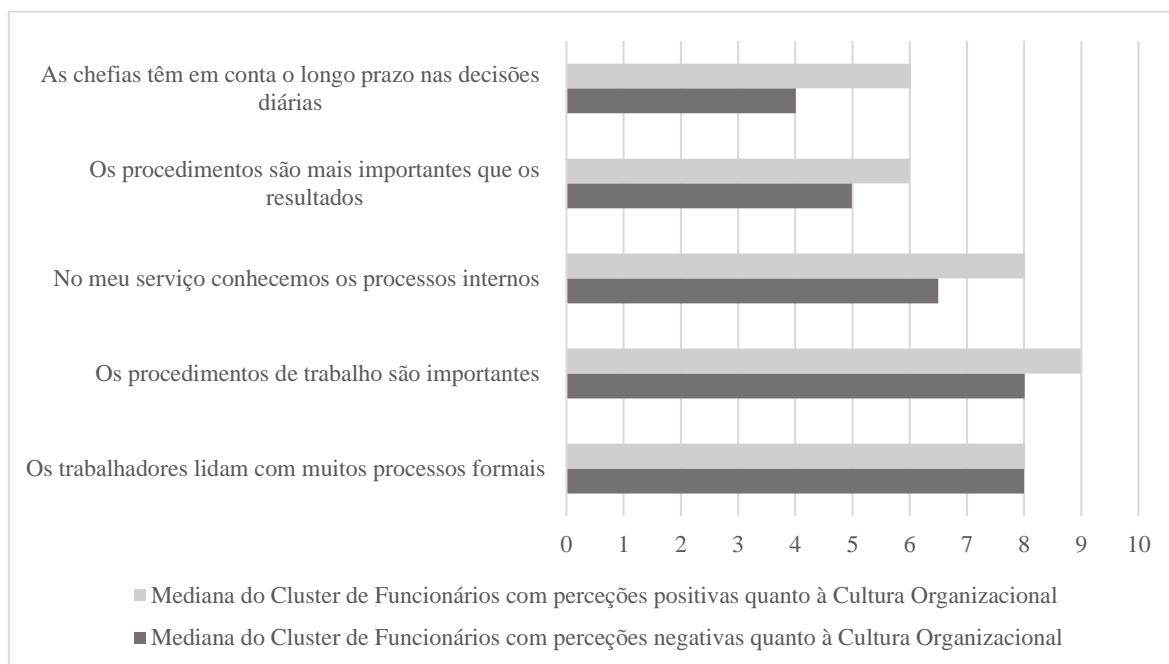
Gráfico 13: *Percepções dos clusters quanto às afirmações da dimensão “Capacidade de Adaptação”*



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos.

Relativamente aos “Processos Organizacionais”, os resultados espelhados no gráfico 14, demonstram que não houve uma grande discrepância entre as percepções dos dois *clusters*. Ainda assim, “Os procedimentos de trabalho são importantes” recebeu o valor mais alto de ambos os grupos, 8,99 e 8,01, do *cluster* com percepções positivas e do *cluster* com percepções negativas respetivamente. A frase “As chefias têm em conta o longo prazo nas decisões diárias” foi a com menos nível de concordância por parte do *cluster* com percepções negativas, 4,01, e “Os procedimentos são mais importantes que os resultados” recebeu 6 do grupo com percepções positivas.

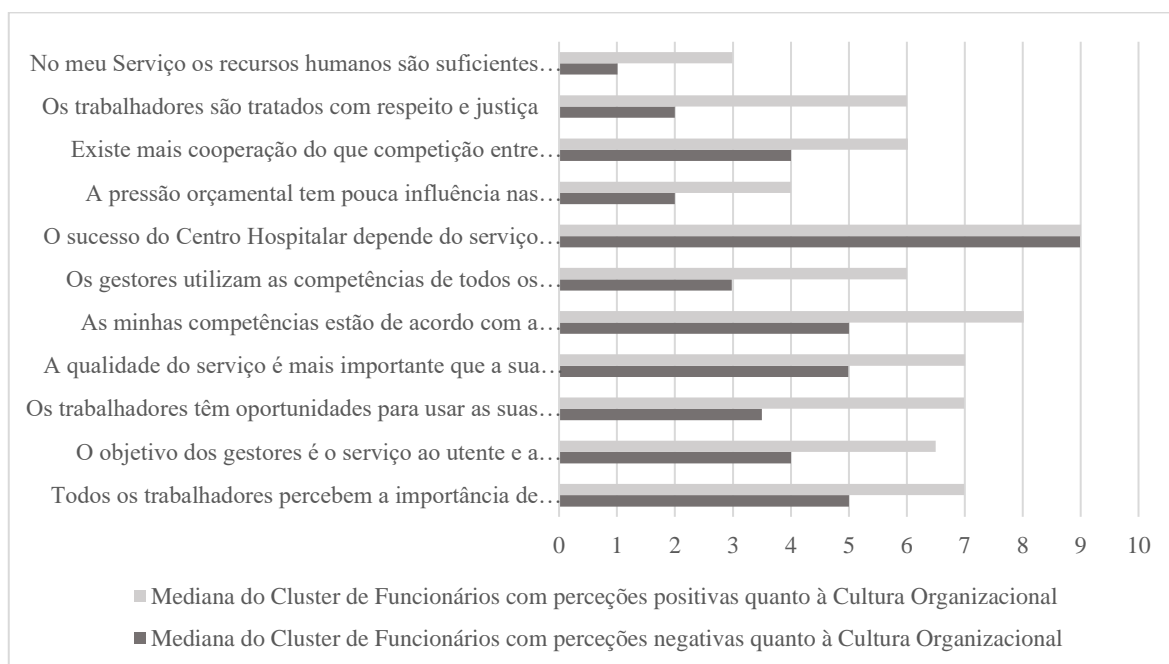
Gráfico 14: *Percepções dos clusters quanto às afirmações da dimensão “Processos Organizacionais”*



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos.

Por fim, na dimensão “Gestão” (Gráfico 15), a afirmação que obteve maior nível de concordância foi sem dúvida “O sucesso do Centro Hospitalar depende do serviço prestado”, que obteve 8,99 dos funcionários com percepções negativas e 9,01 dos funcionários com percepções positivas. Em contrapartida, “No meu serviço os recursos humanos são suficientes e satisfazem as necessidades dos utentes” recebeu 1,01 e 2,99 respetivamente e foi, aliás, a afirmação que globalmente obteve menor nível de concordância em todo o questionário.

Gráfico 15: *Percepções dos clusters quanto às afirmações da dimensão “Gestão”*



Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos.

2.2.1. Constituição sociodemográfica dos *clusters*

Quanto à constituição sociodemográfica dos *clusters* verificados, esta está traduzida no quadro 4. Visto que, como já previamente determinado, a maioria dos respondentes ao questionário foram indivíduos do sexo feminino, indivíduos enfermeiros e indivíduos detentores de uma licenciatura, este facto reflete-se na constituição dos *clusters*, que são ambos compostos maioritariamente por esses três grupos. Quanto à idade, verifica-se que os constituintes do *cluster* com percepções negativas quanto à CO são tendencialmente mais novos (30 a 39 anos) do que o grupo com percepções positivas, com 40 a 49 anos. A antiguidade no CHL reflete esta disparidade na idade, estando os membros do *cluster* mais novo maioritariamente no CHL há entre 2 e 10 anos, enquanto os membros do grupo oposto já trabalham na instituição há mais de 20 anos, predominantemente.

Quadro 4: *Caracterização Sociodemográfica dos clusters*

	Cluster de Funcionários com percepções negativas quanto à Cultura Organizacional	Cluster de Funcionários com percepções positivas quanto à Cultura Organizacional
Sexo	Feminino (82,584%)	Feminino (82,692%)
Idade	30 a 39 anos (34,270%)	40 a 49 anos (28,846%)
Grupo Profissional	Pessoal Enfermagem (53,933%)	Pessoal Enfermagem (55,769%)
Habilitações Literárias	Licenciatura (50%)	Licenciatura (47,115%)
Antiguidade no CHL	2 a 10 anos (53,933%)	mais de 20 anos (43,269%)

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos.

3. Discussão dos Resultados

O presente estudo propôs-se a compreender o efeito que a empresarialização do CHL, como consequência das reformas provenientes da NGP, para melhor interpretar este fenómeno e retirar ilações quanto ao seu efeito no SNS de forma global.

Para tal, foi desenvolvido um plano de pesquisa, que começaria pela análise dos ReC 2006-2022, para destes extrair informação quanto à evolução financeira e assistencial do CHL desde o advento da sua empresarialização, seguido pela distribuição de um questionário sobre a cultura organizacional pelos trabalhadores do CHL, cujos resultados seriam sujeitos a uma análise de *clusters*, para determinar a existência, ou não, de uma divisão de opiniões entre os funcionários quanto ao tema.

A respeito dos dados assistenciais, pode-se dizer que no período estudado, a evolução não foi igual em todos os indicadores. O número de internamentos teve uma alteração negligenciável, facto que pode ser explicado pelo grande aumento nas sessões de Hospital de Dia. As consultas externas e a cirurgias também cresceram em números e as urgências mantiveram-se estáveis, o que pode ser encarado positivamente. Sabendo que os dados explorados começam por referir-se apenas ao HSA e terminam englobando todo o CHL, que é constituído por três hospitais, este crescimento é esperado e não pode ser

totalmente atribuído a uma melhoria de eficácia e eficiência, mas possivelmente à criação de centros hospitalares, que também é uma consequência da reforma administrativa.

Relativamente aos dados financeiros, houve um incremento considerável tanto nos ganhos como nas despesas. O aumento nos custos foi superior, no entanto, o que se converteu em resultados negativos para o CHL desde 2015.

A informação recolhida com o questionário e com a subsequente análise de *clusters* clarificou que existem dois grupos distintos no CHL, aqueles que têm perceções positivas os que têm perceções negativas quanto à CO. O segundo grupo é quase duas vezes maior que o primeiro, demonstrando descontentamento por parte dos funcionários. Interessantemente, o grupo mais negativo é tendencialmente mais novo e trabalha há menos tempo no CHL. Este facto vai de acordo à conceção comum de que a satisfação na carreira tem uma forma “U”, no início da carreira a visão é positiva, declinando com o passar dos anos, atingido o seu mínimo a meio da carreira e depois voltando a melhorar com a aproximação da reforma (Clark et al., 1996).

Analisando os resultados, é perceptível que as temáticas que mais incitaram reações negativas por parte da globalidade da amostra são a “Motivação” e a “Gestão”, nomeadamente as afirmações “Os trabalhadores são recompensados quando desenvolvem novas ideias”, “A evolução profissional é recompensada financeiramente”, “A pressão orçamental tem pouca influência nas decisões tomadas”, “Os trabalhadores são tratados com respeito e justiça” e “No meu Serviço os recursos humanos são suficientes e satisfazem as necessidades dos utentes”, que obtiveram mediana geral de três ou menor. Este resultado corrobora a assunção de que o aumento remuneratório com base na avaliação de desempenho individual e no orçamento podem levar a desmotivação e descontentamento, pondo em risco a produtividade (Madureira, 2016) e a saúde mental, (na forma de *burnout*) dos funcionários. (De Hert, 2020).

Olhando para a investigação globalmente, aufere-se que as reformas implementadas no âmbito da NGP não têm vindo a surtir o resultado esperado no CHL, com resultados financeiros negativos e com a maioria dos funcionários com perceções pessimistas quanto à cultura organizacional. No entanto, admite-se que no panorama da reforma administrativa,

os 18 anos passados desde a empresarialização, e os 10 desde a configuração final do CHL, podem não ser suficientes para se sentirem os efeitos completos.

CAPÍTULO VII – CONCLUSÃO

O propósito deste relatório de estágio, à volta do qual se construiu o quadro teórico e metodológico empregado, foi de compreender os efeitos na NGP, nomeadamente da empresarialização hospitalar, utilizando o Centro Hospitalar de Leiria como estudo de caso.

O SNS foi alvo de reformas no seguimento da implementação de medidas da NGP em Portugal, separando-se do modelo tradicional e transitando para a chamada empresarialização, onde a eficácia e a eficiência e a racionalidade financeira são a prioridade (Matos & Nunes, 2019; Nunes, 2017a; Nunes & Harfouche, 2015). O CHL não foi exceção, tendo-se tornado num hospital E.P.E. em 2005.

Para aferir o sucesso desta mudança de estilo de gestão no aumento da produtividade, empregou-se uma análise documental a partir da qual se extraíram dados assistenciais e financeiros do CHL entre 2005 e 2022.

Quanto à atividade assistencial, conclui-se que, globalmente, os valores efetivamente melhoraram, mas não é possível distinguir se isto se deve apenas ao facto de o CHL agora ser composto por três hospitais ao invés de apenas um, como acontecia em 2005, ou se existe componente derivada do pensamento administrativo de lógica privada.

Já os dados financeiros estudados, demonstram que o CHL tem vindo a produzir mais em termos monetários consistentemente, no entanto, os custos subiram de forma ainda mais substancial, sendo os resultados negativos, o que vai contra o mote de racionalidade económica defendido pela empresarialização.

Dado que o efeito da empresarialização hospitalar na cultura organizacional é um tema que tem vindo a ser estudado, havendo evidências de que as técnicas de gestão privadas não são bem aceites pelos funcionários públicos (Pereira & Correia, 2020; Pereira et al., 2022), mas que ainda carece de dados, procurou-se investigar mais sobre esse tema, e compreender se existem opiniões divergentes entre os funcionários do CHL.

Constatou-se, através de um questionário e análise de *clusters*, que existe um grupo de funcionários com perceções positivas quanto à CO e um grupo com perceções negativas quanto à CO, considerando-se que a administração beneficiaria em estudar este fenómeno e perceber qual a melhor forma de colmatar as opiniões negativas, possivelmente através de

uma maior valorização das ideias fornecidas pelos trabalhadores, para que estes se sintam ouvidos e respeitados, diminuindo o risco de *burnout* e de *churning* dos recursos humanos, dado que ambos estes fenómenos resultam em perdas financeiras, produtividade, e na qualidade do serviço prestado ao utente (De Hert, 2020; Pirrolas & Correia, 2023).

Desta forma, evidencia-se o facto de que a reforma administrativa é morosa e complexa, e que apesar das intenções da empresarialização serem de melhorar a produtividade, a racionalidade económica e de desenvolver uma CO em que os funcionários têm atitudes quase empreendedoras, semelhantes a uma empresa (Diefenbach, 2009), não foi isto que se verificou ao longo desta investigação.

Este estudo, nomeadamente o questionário, foi limitado pela circunstância de se basear num número restrito de impressões, facto explicado pelo curto espaço de tempo em que se recolheram respostas, e por ter sido enviado para o *e-mail* institucional dos funcionários, sendo que muitos deles não o hábito de o consultar com frequência.

Futuramente, este modelo metodológico poderia ser implementado noutras instituições pertencentes ao SNS, para reunir informação a nível nacional que possa ser utilizada para perceber se a tendência verificada no CHL é generalizada.

Bibliografia

- Abrahamson, P. (2010). European welfare states beyond neoliberalism: Toward the social investment state. *Development and Society*, 39(1), 61-95. <https://www.jstor.org/stable/10.2307/deveandsoci.39.1.61>
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2022). *Termos de referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2023*. <https://www.acss.min-saude.pt/category/prestadores/normas-e-metodos/?lang=pt>
- Alonso, J. M., Clifton, J. & Diáz-Fuentes, D. (2013). Did New Public Management Matter? An empirical analysis of the outsourcing and decentralization effects on public sector size. *Public Management Review*, 17(5), 643–660. <https://doi.org/10.1080/14719037.2013.822532>
- Alvarenga, V. H. P. (2014). *Setor Empresarial Local: o Enfoque sobre as Empresas Locais* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/34955>
- 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(1), 106-117. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.12.001>
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S. & Pires, S. (2002). O setor da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. *Oficina do CES*, 182. <http://hdl.handle.net/10316/32721>
- Bilhim, J. (2021). As reformas da administração pública em Portugal: Últimos 20 anos. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, 26(84), 1-20. <http://dx.doi.org/10.12660/cgpc.v26n84.83725>
- Bowen, S.A. (2018). Mission and Vision. In R. L. Heath & W. Johansen (Eds.), *The International Encyclopedia of Strategic Communication* (pp. 1-9). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781119010722.iesc0111>

- Cameron, K. S., & Freeman, S. J. (1991). Cultural Congruence, Strength and Type: Relationships to Effectiveness. *Research in Organizational Change and Development*, 5, 23-58.
- Campos, A. C. (2003). Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21(1), 23-33. <http://hdl.handle.net/10362/16490>
- Carrapato, P. M. C., Correia, P. M. A. R. & Garcia, B. C. (2019). Governance na saúde: os desafios da operacionalização. *Saúde e Sociedade*, 28(3), 66-79. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019190060>
- Centro Hospitalar de Leiria. (n.d.a). *Empresas/ Colaboradores*. <https://www.chleiria.pt/o-hospital/area-de-influencia-54/>
- Centro Hospitalar de Leiria (n.d.b). *Hospital de Dia*. <https://www.chleiria.pt/prestacao-de-cuidados/por-tipo/hospital-de-dia-4/#Letra-D/>
- Centro Hospitalar de Leira. (2006). *Relatório e Contas de 2006*. <https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>
- Centro Hospitalar de Leira. (2007). *Relatório e Contas de 2007*. <https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>
- Centro Hospitalar de Leira. (2008). *Relatório e Contas de 2008*. <https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>
- Centro Hospitalar de Leira. (2009). *Relatório e Contas de 2009*. <https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>
- Centro Hospitalar de Leira. (2010). *Relatório e Contas de 2010*. <https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>
- Centro Hospitalar de Leira. (2011). *Relatório e Contas de 2011*. <https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>
- Centro Hospitalar de Leira. (2012). *Relatório e Contas de 2012*. <https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>

Centro Hospitalar de Leira. (2013). *Relatório e Contas de 2013*. <https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>

Centro Hospitalar de Leira. (2014). *Relatório e Contas de 2014*. <https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>

Centro Hospitalar de Leira. (2015). *Relatório e Contas de 2015*. <https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>

Centro Hospitalar de Leira. (2016). *Relatório e Contas de 2016*. <https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>

Centro Hospitalar de Leira. (2017). *Relatório e Contas de 2017*. <https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>

Centro Hospitalar de Leira. (2018). *Relatório e Contas de 2018*. <https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>

Centro Hospitalar de Leira. (2019). *Relatório e Contas de 2019*. <https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>

Centro Hospitalar de Leira. (2020). *Relatório e Contas de 2020*. <https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>

Centro Hospitalar de Leira. (2021a). *Relatório e Contas de 2021*. <https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>

Centro Hospitalar de Leiria. (2021b). *Relatório Sobre as Remunerações Pagas a Mulheres e Homens em 2021*. <https://www.chleiria.pt/galeria/files/Relatorio%20Sobre%20as%20Remuneracoes%20Pagas%20a%20Mulheres%20e%20Homens%20em%202021.pdf>

Centro Hospitalar de Leira. (2022a). *Relatório e Contas de 2022*. <https://www.chleiria.pt/o-hospital/-/relatorio-e-contas-52/>

Centro Hospitalar de Leiria. (2022b). *Regulamento Interno*. https://www.chleiria.pt/galeria/files/REGULAMENTO%20INTERNO%20CHL_9%C2%AA%20revisao.pdf

- Centro Hospitalar de Leiria. (2023). *Plano de Atividades e Orçamento Ano 2023: Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.*
https://www.chleiria.pt/galeria/files/PAO%202023%201%C2%AAV_2022_11_18.pdf
- Clark, A., Oswald, A. & Warr, P. (1996). Is job satisfaction U-shaped in age? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 69(1), 57–81. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8325.1996.tb00600.x>
- Correia, P. M. A. R. (2012). *O impacto do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho da Administração Pública (Siadap) na satisfação dos colaboradores: o caso dos serviços do Ministério da Justiça em Portugal* [Tese de Doutoramento, Universidade Técnica de Lisboa]
- Correia, P. M. A. R. (2023). Using Structural Equation Modelling and Clustering to Research Users' and Employees' views of the Portuguese Ministry of Justice In *Sage Research Methods: Business* (pp. 1-20). SAGE Publications Inc. <https://doi.org/10.4135/9781529628326>
- Correia, P. M. A. R., Carrapato, P. M. C. & Bilhim, J. A. F. (2016a). Administração hospitalar em Portugal: relação entre antiguidade e envolvimento laboral, e implicações para o risco de saída. *Jornal Brasileiro de Economia e de Saúde*, 8(2), 73-79. <https://doi.org/10.21115/JBES.v8.n2.p73-79>
- Correia, P. M. A. R., Carrapato, P. M. C. & Bilhim, J. A. F. (2016b). Ensaio sobre os modelos de parceria nos hospitais PPP em Portugal: Os contributos da Teoria Institucional e da Metáfora Orgânica. *Public Sciences & Policies*, 2(2), 9-28. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.CPP2016.VIIN2/pp.9-28>
- Correia, P. M. A. R., Carrapato, P. M. C. & Bilhim, J. A. F. (2017). Administração Hospitalar em Portugal, Parte II: Evidências Estatísticas de Igualdade Homem-Mulher no Envolvimento Laboral dos Enfermeiros. *Revista Latino Americana de Geografia e Gênero*, 8(1), 64-78. <https://doi.org/10.5212/Rlagg.v.8.i1.0005>
- Correia, P. M. A. R., Garcia, B. C. & Rodrigues, J. R. G. V. (2013). O poder dos dirigentes dos hospitais em Portugal: a perspetiva da teoria institucional nas diferenças de perceção em função do género dos enfermeiros. *Jornal Brasileiro de Economia e de Saúde*, 5(3), 166-172. <https://jbes.com.br/images/v5n3/artigo06.pdf>

- Correia, P. M. A. R. & Garcia, B. C. (2015). Administração Hospitalar em Portugal: evidências estatísticas de igualdade homem – mulher nas percepções sobre os sistemas de avaliação de desempenho. *Revista Latino Americana de Geografia e Gênero*, 6(1), 127-139. <https://doi.org/10.5212/Rlagg.v.6.i1.0009>
- Correia, P. M. A. R., Mendes, I. O. & Bilhim, J. A. F. (2019). As redes de colaboração como fator inovador na implementação de políticas públicas. Um enquadramento teórico com base na nova governação pública. *Lex Humana*, 11(2), 143-162. <https://seer.ucp.br/seer/index.php/LexHumana/article/view/1619>
- Correia, P. M. A. R., Santos, S. I. S. & Bilhim, J. A. F. (2016c). Clusters de Percepções sobre cibersegurança e cibercriminalidade em Portugal e as suas implicações para a implementação de políticas públicas nesse domínio. *Revista da FAE*, 19(2), 22-37. <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/98>
- Cruz, S. G. & Ferreira, M. M. F. (2012). Perceção da cultura organizacional em instituições públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 103-112. <https://doi.org/10.12707/RIII1123>
- Diefenbach, T. (2009). New Public Management in Public Setor Organizations: the dark sides of managerialistic “enlightenment”. *Public Administration*, 87(4), 892-909. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2009.01766.x>
- Dunleavy, P. & Hood, C. (1994). From Old Public Administration to New Public Management. *Public Money & Management*, 14(3), 9-6. <https://doi.org/10.1080/09540969409387823>
- Dunleavy, P., Margetts, H., Bastow, S. & Tinkler, J. (2006). New Public Management is Dead- Long Live Digital-Era Governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 16(3), 467-494. <https://doi.org/10.1093/jopart/mui057>
- Eisenhardt, K. M., Graebner, M. E. & Sonenshein, S. (2016). Grand Challenges and Inductive Methods: Rigor without Rigor Mortis. *Academy of Management Journal*, 59(4), 1113–1123. <https://doi.org/10.5465/amj.2016.4004>

- Ferlie, E., Ashburner, L., Fitzgerald, L. & Pettigrew, A. (1996). *The New Public Management in Action*. (1st ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198289029.001.0001>
- Ferreira, P. L. (2021). The new health basic law: a process not yet finished. *Nascer e Crescer- Birth and Growth Medical Journal*, 30(1), 8-11. <https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v30.i1.24174>
- Fischer, S. (2012). The Washington Consensus. In F. Bregsten & C. Henning (Eds.), *Global Economics in Extraordinary Times*. (pp. 11-24). Peterson Institute for International Economics. https://www.piie.com/publications/chapters_preview/6628/02iie6628.pdf
- Fortunato, I. M. M. L. D. S. (2014). *A Nova Gestão Pública aplicada em contexto hospitalar: impacto na Cultura Organizacional do Hospital Distrital de Santarém, EPE* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Santarém]. Politécnico de Santarém Repositório Científico. <http://hdl.handle.net/10400.15/1128>
- Funck, E. K. & Karlsson, T. S. (2019). Twenty-five years of studying new public management in public administration: accomplishments and limitations. *Financial Accountability and Management*, 36(4), 347-375. <https://doi.org/10.1111/faam.12214>
- Gutterman, A. S. (2023). Organizational culture. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4396003>
- Heale, R. & Twycross, A. (2018). What is a case study?. *Evidence- Based Nursing*, 21(1), 7-8. <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2017-102845>
- De Hert, S. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local and Regional Anesthesia*, 13, 171-183. <https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons?. *Public Administration*, 69, 3-19. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x>
- Hood, C. (1995). The “New Public Management” in the 1980’s: variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2-3), 93-109. [https://doi.org/10.1016/0361-3682\(93\)E0001-W](https://doi.org/10.1016/0361-3682(93)E0001-W)

- Hood, C. & Dixon, R. (2016). Not What it Said on the Tin? Reflections on Three Decades of UK Public Management Reform. *Financial Accountability & Management*, 32(4), 409-428. <https://doi.org/10.1111/faam.12095>
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Estatísticas da Saúde 2020*. <https://www.ine.pt/xurl/pub/436989156>
- Jeremias, A. T. N. & Correia, P. M. A. R. (2019). Trabalho de equipa em saúde como processo de relação formal potenciador da satisfação e motivação laboral. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 38, 88-109. <https://doi.org/10.21747/08723419/soc38a5>
- Johnston, M. P. (2014). Secondary Data Analysis: a method of which the day has come. *Qualitative and Quantitative Methods in Libraries*, 3(3), 619-626. <https://www.qqml-journal.net/index.php/qqml/article/view/169>
- Joshi, A, Kale, S., Chandel, S. & Pal, D.K. (2015). Likert Scale: Explored and Explained. *British Journal of Applied Science & Technology*, 7(4), 396-403. <https://doi.org/10.9734/bjast/2015/14975>
- Junior, P. C. R., Guimarães, T. A. & Bilhim, J. A. F. (2013). Escala de orientação para inovação em organizações públicas: estudo exploratório e confirmatório no Brasil e em Portugal. *Innovation & Management Review*, 10(1), 257-277. <https://doi.org/10.5773/rai.v1i1.1111>
- Keyton, J. (2015). Organizational Culture. In W. Donsbach (Ed.), *The International Encyclopedia of Communication* (pp 1-8). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781405186407.wbieco023.pub3>
- Kothari, C.R. (2004). *Research Methodology: Methods and Techniques*. (2nd ed.). New Age International Publishers.
- Lane, J. K. (2002). *New Public Management*. (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203467329>
- Lapuenta, V. & Van de Walle, S. (2020). The effects of New Public Management on the quality of public services. *Governance an International Journal of Policy, Administration, and Institutions*, 33(3), 461-475. <https://doi.org/10.1111/gove.12502>

- Lima, M. T. (2015). The history of health policies in Portugal: a look at recent trends. *Res Net Health, 1*, 1-11. <http://hdl.handle.net/10400.8/4430>
- Longest, B.B. (2012). Management Challenges at the Intersection of Public Policy Environments and Strategic Decision Making in Public Hospitals. *Journal of Health and Human Services Administration, 35*(2), 207-230. <https://www.jstor.org/stable/41709983>
- Madureira, C. (2016). Sistema integrado de avaliação de desempenho na Administração Pública Portuguesa (SIADAP): balanço de uma década. *Lusíada. Economia & Empresa, 2*(20), 171-194. <https://doi.org/10.34628/p8sq-3720>
- Madureira, C. (2020). A reforma da administração pública e a evolução do estado-providência em Portugal: história recente. *Ler História, 76*, 179-202. <https://doi.org/10.4000/lerrecursoshumanosistoria.6408>
- Maia, T. S. V. & Correia, P. M. A. R. (2022). Desafios da implementação da Nova Gestão Pública. *Lex Humana, 14*(2), 121-138. https://www.researchgate.net/publication/363728790_Desafios_da_Implementacao_da_Nova_Gestao_Publica
- Maia, T. S. V., Correia, P. M. A. R. & Resende, S. A. L. (2023). O PAPEL DA LIDERANÇA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: DESAFIOS EMERGENTES DA NOVA GESTÃO PÚBLICA. *Lex Humana, 15*(4), 17-36. <https://seer.ucp.br/seer/index.php/LexHumana/article/view/2499>
- Major, M. J. & Magalhães, A. (2014). Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal: balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses. *Revista de Administração, 49*(3), 476-490. <https://doi.org/10.5700/rausp1162>
- Matos, A. A. & Nunes, A. M. (2019). Gestão Hospitalar em Portugal: resultados comparados entre hospitais com gestão pública e em parceria público-privada. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde, 8*(1), 1-12. <https://doi.org/10.5585/rgss.v8i1.13674>
- McLaughlin, K. & Osborne, S. P. (2002). Current trends and future prospects in public management: a guide. In McLaughlin, K., Osborne, S. P. & Ferlie, E. (Eds.), *New Public Management:*

- current trends and future prospects.* (pp. 163-180). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203996362>
- Nunes, A. M. & Harfouche, A. P. J. (2015). A reforma da administração pública aplicada ao setor da saúde: a experiência portuguesa. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 4(2), 1-8.
<https://doi.org/10.5585/rgss.v4i2.145>
- Nunes, A. M. (2017a). Do mundo empresarial à gestão hospitalar: a experiência portuguesa. *Revista da FAE*, 20(1), 93-104. <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/199>
- Nunes, A. M. (2017b). Gestão Hospitalar: catorze anos de empresarialização em Portugal. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 6(2), 154-162. <https://doi.org/10.5585/rgss.v6i2.283>
- Nunes, P. (2006). A Nova Gestão Pública e a Reforma Administrativa. *Revista de Ciências Empresariais e Jurídicas*, 8, 7-36. <https://doi.org/10.26537/rebules.v0i8.840>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2001). *Conhecer os Caminhos da Saúde*.
https://www.esesjd.uevora.pt/content/download/206/945/version/2/file/RelatorioPrimavera2001_OPSS.pdf
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2022). *E Agora? Relatório de Primavera 2022*.
<https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/RELATORIOPRIMAVERA-2022.pdf>
- Ongaro, E. (2009). *Public Management Reform and Modernization: Trajectories of administrative change in Italy, France, Greece, Portugal and Spain*. (1st ed). Edward Elgar Publishing.
- Osborne, D. (1993). Reinventing Government. *Public Productivity & Management Review*. 16(4), 349-356. <https://doi.org/10.2307/3381012>
- Pascoal, A. M. (2021). Influências estrangeiras e concretizações nos intentos de regionalização da rede hospitalar em Portugal (1946-1974). *Interface*. 25, 1-17.
<https://doi.org/10.1590/interface.210113>

- Pereira, S. P. M. & Correia, P. M. A. R. (2020). Movimentos Pós-Nova Gestão Pública: o Novo Serviço Público. *Lex Humana*, 12(1), 69-95. <https://seer.ucp.br/seer/index.php/LexHumana/article/view/1824>
- Pereira, S. P. M., Correia, P. M. A. R. & Lunardi, F. C. (2022). Desafios na Implementação da Nova Gestão Pública na Judicatura Portuguesa: O Juiz Tradicional Versus o Juiz Gestor. *Revista Humanidades e Inovação*, 9(19), 125-134. https://www.researchgate.net/publication/365971958_Desafios_na_Implementacao_da_Nova_Gestao_Publica_na_Judicatura_Portuguesa_O_Juiz_Tradicional_Versus_o_Juiz_Gestor
- Pirrolas, O. A. C. & Correia, P.M.A.R. Human Resources Churning. *Encyclopedia*, 3(2), 582–589 <http://dx.doi.org/10.3390/encyclopedia3020041>
- Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2017). *Public Management Reform- A comparative analyses – into the age of austerity*. (4th ed.). Oxford University Press.
- Ruthes, R. M. & Cunha, I. C. K. O. (2007). Os Desafios da Administração Hospitalar na Atualidade. *Revista Administração Saúde*, 9(36), 93-102. https://www.researchgate.net/publication/242525115_Os_desafios_da_administracao_hospitalar_na_atualidade
- Schedler, K. & Proeller, I. (2002). The New Public Management: a perspective from mainland Europe. In K. McLaughlin, S. P. Osborne & E. Ferlie (Eds.), *New Public Management: current trends and future prospects*. (pp. 163-180). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203996362>
- Schneider, B., Ehrhart, M. G., & MacEy, W. H. (2013). Organizational climate and culture. *Annual Review of Psychology*, 64, 361–388. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143809>
- Seixas, M. A. S. & Melo, H. T. (2004). Desafios do Administrador Hospitalar. *Revista Gestão e Planejamento*, 5(9), 16-20. <https://revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/185>
- Serviço Nacional de Saúde. (n.d.). *Entidades de Saúde*. <https://www.sns.gov.pt/institucional/entidades-de-saude/>

- Serviço Nacional de Saúde. (2021). *História do SNS*. <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/>
- Smircich, L. (1983). Concepts of Culture and Organizational Analysis. *Administrative Science Quarterly*, 28(3), 339-358. <https://doi.org/10.2307/2392246>
- Thompson, A. A., Peteraf, M. A., Gamble, J. E., & Strickland III, A. J. (2021). *Crafting and Executing Strategy: The Quest for Competitive Advantage Concepts and Cases* (23rd ed.). McGraw Hill.
- Tkaczynsk, A. (2017). Segmentation Using Two-Step Cluster Analysis. In T. Dietrich, S. Rundle-Thiele & K. Kubacki (Eds.), *Segmentation in Social Marketing* (pp. 109-125). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-981-10-1835-0>
- Van de Walle, S. & Hammerschmid, G. (2011). The Impact of New Public Management: Challenges for Coordination and Cohesion in European Public Setors. *Halduskultuur - Administrative Culture*, 12(2), 190-209. https://repub.eur.nl/pub/39021/Metis_172108.pdf
- Woiceshyn, J. & Daellenbach, U. (2018). Evaluating inductive vs deductive research in management studies. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 13(2), 183–195. <https://doi.org/10.1108/qrom-06-2017-1538>

Legislação Consultada

- Decreto de Aprovação da Constituição, de 10 de abril, da Presidência da República (1976). Diário da República: I série, n.º 86/1976. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-aprovacao-constituicao/1976-502635>
- Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, do Ministério da Saúde e Assistência (1971). Diário do Governo: I série, n.º 228/1971 <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/413-1971-632738>
- Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de janeiro, do Ministério da Saúde (1988). Diário da República: I série, n.º 17/1988. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/19-506396>
- Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro, do Ministério da Saúde (1993). Diário da República: I-A série, n.º 12/1993. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/11-1993-586006>

Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho, do Ministério da Saúde (2005). Diário da República: I-A série, n.º 109/2005. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/93-2005-220550>

Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março, do Ministério da Saúde (2011). Diário da República: I série, n.º 43/2011. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/30-2011-278890>

Decreto-Lei n.º 116/2013, de 9 de agosto, do Ministério da Saúde (2013). Diário da República: I série, n.º 153/2013. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/116-2013-499190>

Decreto-Lei n.º 157/2013, de 12 de novembro, do Ministério da Saúde (2013). Diário da República I série, n.º 219/2013. https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/157-2013-504683?_ts=1649030400034

Decreto-Lei n.º 52/2022, de 4 e agosto, da Presidência do Conselho de Ministros (2022). Diário da República: I série, n.º 150/2022. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/52-2022-187049881>

Lei n.º 2120, de 19 de julho, da Presidência da República (1963). Diário do Governo: I série, n.º 169/1963 https://dre.pt/dre/detalhe/lei/2120-1963-693016?_ts=1673568000034

Lei n.º 56/79, de 15 de setembro, da Assembleia da República (1979). Diário da República: I série, n.º 214/1979. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/56-1979-369864>

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, da Assembleia da República (1990). Diário da República: I série, n.º 195/1990. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/48-1990-574127>

Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, da Assembleia da República (2002). Diário da República: I-A série, n.º 258/2002. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/27-2002-425487>

Lei n.º 2011, de 2 abril, da Presidência da República (1946). Diário do Governo: I série, n.º 70/1946. https://dre.pt/dre/detalhe/lei/2011-1946-339424?_ts=1672185600034

Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, da Assembleia da República (2019). Diário da República: I série, n.º 169/2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/95-2019-124417108>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002, de 7 de março, da Presidência do Conselho de Ministros (2002): I-B série, n.º 56/2002. <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/41-2002-250410>

Resolução do Conselho de Ministros n.º 15/2003, de 5 de fevereiro, da Presidência do Conselho de Ministros (2003): I-B série, n.º 30/2003. <https://dre.pt/dre/detalhe/resolucao-conselho-ministros/15-2003-200417>

ANEXOS

Anexo A – Figura 7 - Análise SWOT do CHL

Forças (Strengths)		Fraquezas (Weaknesses)	
OFERTA		OFERTA / QUALIDADE DE PRESTAÇÃO	
<p>Serviços de prestação de cuidados de saúde através de medidas inovadoras e consolidadas</p> <p>Projetos inovadores de humanização dos cuidados na perspetiva de melhoria contínua</p> <p>Crescimento da produção cirúrgica de natureza ambulatória, face à convencional</p> <p>Existência dos Centros de Referência de Oncologia de adultos do Cancro Hepatobiliar/Pancreático e do Cancro do Reto</p> <p>Existência de uma Unidade de Hospitalização Domiciliária</p> <p>Existência de uma Unidade Internamento de Cuidados Paliativos</p> <p>Centro de Responsabilidade Integrado de Oftalmologia</p> <p>Criação da atividade de hemodiálise intermitente</p> <p>Ligação forte do Hospital à comunidade</p>	<p>Dependência de entidades externas em relação a componentes do processo assistencial</p> <p>Sobreprocura do serviço de urgência com elevado peso de doentes não urgentes ou pouco urgentes que aumenta os tempos de espera e de permanência e dificulta a qualidade dos cuidados prestados</p> <p>Incapacidade de resposta de alguns serviços aos internamentos originados pela urgência</p> <p>Insuficiência de soluções assistenciais integradas de acompanhamento e atendimento de doentes crónicos do SNS traduzindo-se no recurso inapropriado ao serviço de urgência</p>		
RECURSOS		RECURSOS	
<p>Qualidade e diferenciação dos cuidados prestados com equipas motivadas</p> <p>Capital humano de qualidade, diversificado e inovador</p> <p>Tecnologias de diagnóstico atuais e apetrechadas</p> <p>Instalações recuperadas e funcionais</p> <p>Aposta em projetos que irão favorecer o CHL, em termos de tecnologia, ao abrigo do SAMA</p>	<p>Multiplicidade dos regimes de contratação de pessoal e das formas de remuneração</p> <p>Precarização das soluções de contratação do pessoal para prestação de cuidados</p> <p>Insuficiência de recursos humanos especializados nalgumas áreas profissionais</p> <p>Deficiências no sistema de informação integrada</p> <p>Subsistência das urgências do HDP e do HABLO quase exclusivamente através de médicos com contrato de prestação de serviços</p> <p>Necessidade de renovar determinados equipamentos e adquirir outros para dar melhor resposta à população</p>		
ORGANIZAÇÃO E GESTÃO		ORGANIZAÇÃO E GESTÃO	
<p>Modelo de Contratualização Interna</p> <p>Programas de formação e qualificação do pessoal como eixo prioritário</p> <p>Acreditação do sistema de qualidade pela Join Commission International</p> <p>Capacidade de adaptação e de resposta, sendo exemplo a resposta à pandemia da COVID 19</p> <p>Ligação à indústria e à atividade de investigação</p> <p>Disponibilização de ferramentas Business Intelligence de apoio à gestão clínica por parte da SPMS</p>	<p>Dificuldade de acesso a algumas especialidades e consequente crescimento das listas de espera</p> <p>Dificuldade na gestão dos serviços nos internamentos multidisciplinares</p> <p>Limitações do sistema de avaliação e reconhecimento</p> <p>Dificuldades na gestão em virtude da existência de 3 unidades, dispersas geograficamente</p> <p>Falta de articulação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP)</p>		
CULTURA		CULTURA	
<p>Orientação para a qualidade e segurança do doente e dos profissionais</p> <p>Melhoria contínua dos serviços prestados</p> <p>Satisfação dos utentes com evidência quantitativa e qualitativa</p> <p>Credibilidade, confiança institucional e incentivo à criação de equipas multidisciplinares</p> <p>Centro Hospitalar de referência na região e a nível nacional</p>	<p>Instituição ainda com algum excesso de burocratização</p> <p>Organização pouco orientada à meritocracia</p> <p>Dificuldades de hierarquização de interesses e valores</p> <p>Individualização das especialidades e dificuldade de articulação entre elas</p> <p>Excessiva divisão do trabalho sem a necessária coordenação da dimensão multidisciplinar existente na organização</p>		
Oportunidades (Opportunities)		Ameaças (Threats)	
OFERTA/CLIENTES E MERCADO		CONCORRÊNCIA	
<p>Área de influência abrangente (principalmente após o alargamento à totalidade do concelho de Ourém)</p> <p>Criação / melhoria de serviços que se adaptem aos padrões de procura reduzindo o recurso a outros hospitais e às transferências inter hospitalares</p> <p>Melhoria da relação com os cuidados de saúde primários, hospitais e rede de cuidados continuados</p> <p>Sistema de livre escolha e circulação de doentes no SNS - Despacho n.º 5911-B/2016</p> <p>Implementação de Centros de Responsabilidade Integrada no SNS</p> <p>Apostar na prestação de cuidados paliativos</p> <p>Apostar na prestação de cuidados de convalescência</p>	<p>Prestadores de cuidados privados, com capacidade de resposta mais rápida</p> <p>Crescimento da oferta diferenciada de cuidados por parte dos hospitais concorrentes</p> <p>Atração sobre a procura natural decorrente da proximidade do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra</p> <p>Dificuldade em reter e atrair internos</p>		
RECURSOS		RECURSOS	
<p>Apetrechamento dos serviços de meios de diagnóstico, terapêutica e monitorização, recomendados para todas as áreas assistenciais</p> <p>Melhorar a acessibilidade dos utentes à informação hospitalar, nomeadamente através do site institucional (acesso reservado para consulta de marcações, sistema inline,...)</p>	<p>Saída de pessoal especializado para outras instituições</p> <p>Flutuações na disponibilidade de prestadores externos influenciam a produção e qualidade do serviço.</p> <p>Limitações na autonomia de contratação de recursos</p>		
ORGANIZAÇÃO E GESTÃO		SÓCIO - ECONÓMICAS	
<p>Desenvolver modelo de gestão sustentado pela criação de centros de responsabilidade e/ou gestão por objetivos</p> <p>Desenvolvimento organizacional de acordo com as Diretrizes do Ministério da Saúde relativamente ao Planeamento Estratégico da Reforma Hospitalar</p> <p>Projeto de reforço da autonomia de gestão das EPE que integram o SNS</p>	<p>Envelhecimento da população com consequências ao nível da atividade assistencial do hospital</p> <p>Política de financiamento restritiva face aos condicionalismos das finanças públicas atendendo ao peso da faturação ao SNS ou Subsistemas públicos</p> <p>Conjuntura económico/social nacional</p>		
<p>Promover a utilização de telemedicina e telessaúde associado ao de risco às deslocações aos hospitais provocada pela pandemia</p>	<p>Limitações ao crescimento global dos gastos operacionais</p> <p>Insuficiência de resposta da Rede Nacional de Cuidados Continuados</p> <p>Incerteza face à conjuntura atual do COVID-19</p>		
FINANCIAMENTO		FINANCIAMENTO	
<p>Fundos Comunitários</p> <p>Modelo de Financiamento por atividades (por GDH / Ato médico)</p> <p>Atribuição de incentivos institucionais com base em indicadores de qualidade e eficiência</p> <p>Sistema de incentivos ao desempenho hospitalar através do Benchmarking</p>	<p>Restrições na elaboração do Contrato Programa com limitação da capacidade negocial</p> <p>Condicionamentos ao desenvolvimento do modelo empresarial da organização e seu financiamento</p> <p>Financiamento insuficiente das prestações aos utentes do SNS, para assegurar os gastos em que se incorre na produção das mesmas</p>		

Fonte: Plano de Atividades e Orçamento (CHL, 2023).

Anexo B – Figura 8 – Plano de Estágio



Ex.ª Sr.ª

Eng.ª Alexandra Borges

Vogal Executiva do Conselho de Administração do
CENTRO HOSPITALAR DE LEIRIA, E.P.E.

Aos DS para se

Provinciar
Alexandra Borges
Vogal Executiva

20/07/23

Assunto: Plano de Estágio Curricular – Aluna de Mestrado em Administração Público-Privada – Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra – Ana Luísa Káldas Barreto Pereira Jorge – entre 3 de Outubro de 2022 e 28 de Fevereiro de 2023

Coimbra
Alexandra Borges
Vogal Executiva

No âmbito do protocolo celebrado em 2022.05.18 com a Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, cumpre-me ser orientador do estágio identificado em epígrafe.

Nesse âmbito, e considerando que me parece ser enriquecedor que o estágio contemple a passagem por várias das unidades orgânicas de gestão e logística que integram o CHL, tomei a liberdade de, informalmente, abordar os responsáveis de cada um dos serviços em causa, a fim de aferir a respetiva disponibilidade para acolher parcialmente a estagiária.

É em tal seguimento que venho sujeitar à apreciação de V.ª Ex.ª o presente plano de estágio, cujo início está perspetivado para a próxima segunda-feira, dia 3 de outubro.

Período	Serviço	Função / Objetivo
3 de outubro a 30 de novembro de 2022	Serviço de Gestão de Recursos Humanos	Ciclo do trabalhador - Admissão, cadastro e manutenção de dados mestre dos trabalhadores, desenvolvimento profissional e cessação de funções. Processo Mensal de Gestão Assiduidade e Puntualidade. Regimes de Trabalho e Presenças determinantes e com efeitos remuneratórios. Processamento Salarial em Função dos dados mestre dos trabalhadores e das presenças e ausências.
2 de dezembro de 2022 a 11 de janeiro de 2023	Serviço de Aprovisionamento ✓	Contratação Pública - Tramitação do processo de aquisição de bens e serviços. Da celebração de Contratos à emissão de nota de encomenda e conferência da factura
12 de janeiro a 5 de fevereiro	Serviço de Gestão Financeira ✓	Contabilidade Financeira - Circuito da Despesa - Conferência, Validação e Integração de Facturação de Fornecedores Contabilidade Analítica.
6 a 10 de fevereiro de 2023	Serviço de Gestão de Doentes ✓	Gestão e Informação ao Doente/ Circuito do Doente Registo Atividade Assistencial
13 a 24 de fevereiro	Serviço de Planeamento e Informação à Gestão ✓	Atividade Assistencial - Acompanhamento da Produção Hospitalar Contratada com a Tutela Via Contrato Programa Metodologia Financiamento Hospitalar
26 a 28 de fevereiro	Serviço de Gestão de Recursos Humanos	Balanço do Estágio

Desfido e enviado c.f. despacho SUPAC. 2022.09.28
Rua das Córdovas
Fones, 2410 - 197 Leiria
Telefone: 244 817 000 Fax: 244 817 080
www.chleiria.pt

ORIGINAL SUPAC 2022.10.03 Elizabeth

Centro Hospitalar de Leiria Accredited by
Joint Commission International



Fonte: A própria.

Anexo C – Quadro 5 – Dados assistenciais do CHL entre 2005 e 2022

	Cirurgias	Internamentos - Saídas	Consultas Externas	Urgências	Sessões de Hospital de Dia
2005	8518	18382	132037	141574	4273
2006	9607	19208	143024	147732	4667
2007	10491	19215	155420	153508	6283
2008	13008	20572	173263	158947	6580
2009	13696	20419	182721	153152	7149
2010	13300	20519	183852	149516	8063
2011*	11559	16406	154033	134773	7159
2012	13191	22574	200556	170103	9385
2013	13832	23073	219838	182581	9784
2014	14692	24082	245859	196985	10312
2015	14785	23927	254251	195180	11297
2016	15023	24905	253796	204484	12195
2017	15443	23484	259888	201686	16517
2018	15014	22984	267101	196495	20290
2019	15509	20912	277963	189553	21652
2020	15629	17697	294949	132627	18729
2021	18175	19033	309727	151993	20699
2022	19396	19791	295630	181536	29314

Fonte: Elaboração própria com dados dos ReC 2006-2022 do CHL.

Anexo D – Quadro 6 – Dados financeiros do CHL entre 2005 e 2022

	Proveitos Totais	Custos Totais	Resultados antes dos impostos
2005	64 769 350 €	64 000 349 €	769 001 €
2006	62 462 242 €	63 805 626 €	-1 343 384 €
2007	65 574 379 €	64 863 417 €	710 962 €
2008	74 258 368 €	69 558 733 €	4 699 635 €
2009	80 016 157 €	75 123 794 €	4 892 363 €
2010	82 903 698 €	77 884 123 €	5 019 575 €
2011*	62 935 357 €	62 132 759 €	802 598 €
2012	81 130 923 €	82 846 438 €	-1 715 515 €
2013	82 530 032 €	81 656 511 €	873 521 €
2014	89 194 097 €	88 655 829 €	538 268 €
2015	89 703 006 €	93 570 135 €	-3 867 129 €
2016	94 839 618 €	97 027 727 €	-2 188 109 €
2017	92 330 360 €	98 774 278 €	-6 443 918 €
2018	94 376 210 €	104 949 581 €	-10 573 371 €
2019	101 917 152 €	112 715 827 €	-10 798 675 €
2020	107 946 943 €	119 658 855 €	-11 711 912 €
2021	110 388 348 €	128 966 562 €	-18 578 214 €
2022	123 975 190 €	139 415 108 €	-15 439 918 €

Fonte: Elaboração Própria com dados dos ReC 2006-2022 do CHL.

Anexo E – Figura 9 - Pedido de Autorização de Realização de Estudo ao Conselho de Administração do CHL

Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.
A/C Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Rua das Olhalvas
Pousos, 2410 – 197 Leiria

Assunto: Pedido de autorização para a realização de estudo

Exmo. Senhor,

Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do estudo referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresenta-se um resumo dos aspetos mais relevantes:

Título do estudo	Os efeitos da Nova Gestão Pública na administração hospitalar em Portugal: o caso do Centro Hospitalar de Leiria
Nome do aluno	Ana Luísa Kalidás Barreto Pereira Jorge Centro Hospitalar de Leiria, Rua das Olhalvas, 2410-197, Leiria 92003769
Instituição de origem	Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra
Estado do pedido de autorização à CNPD	N/A
Tipo de estudo	Trabalho Académico de Investigação conferidor de grau Mestrado
Serviços do CHL que participam	Todos os Serviços do CHL
Entidades externas ao CHL que participam	N/A
Objetivos	Perceção da Cultura Organizacional do Centro Hospitalar de Leiria
Metodologia	Questionário anónimo, online e de resposta facultativa
População ou amostra	Todos os trabalhadores do CHL
Duração prevista do estudo	Quinze dias

O aluno compromete-se:

- a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias;
- a entregar um exemplar do trabalho final.

Para este pedido, segue em anexo toda a documentação necessária ao pedido de autorização para a realização do estudo no CHL E.P.E.

Leiria, 6 de Maio de 2023

Com os melhores cumprimentos,



Ana Kalidás Jorge

Fonte: A própria.

Anexo F – Figura 10 - Pedido de Autorização de Realização de Estudo aos Diretores dos Serviços do CHL



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.

A/C Exmo. Senhor

Diretor(a) de Serviço de [.....]

Rua das Olhalvas

Pousos, 2410 – 197 Leiria

Assunto: Pedido de autorização para a realização de estudo

Exmo. Senhor,

Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do estudo referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresenta-se um resumo dos aspetos mais relevantes:

Título do estudo	Os efeitos da Nova Gestão Pública na administração hospitalar em Portugal: o caso do Centro Hospitalar de Leiria
Nome do investigador responsável [ou aluno]	Ana Luísa Kalidás Barreto Pereira Jorge Centro Hospitalar de Leiria, Rua das Olhalvas, 2410-197, Leiria 91027765
Instituição de origem	Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra
Estado do pedido de autorização à CNPD	N/A
Tipo de estudo	Trabalho Académico de Investigação conferidor de grau Mestre
Serviços do CHL que participam	Todos os Serviços do CHL
Entidades externas ao CHL que participam	N/A
Objetivos	Perceção da Cultura Organizacional do Centro Hospitalar de Leiria
Metodologia	Questionário anónimo, online e de resposta facultativa
População ou amostra	Todos os trabalhadores do CHL
Duração prevista do estudo	Quinze dias



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

O aluno compromete-se:

- a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias;
- a entregar um exemplar do trabalho final.

Para este pedido, segue em anexo toda a documentação necessária ao pedido de autorização para a realização do estudo no CHL E.P.E.

Leiria, 26 de maio de 2023,

Com os melhores cumprimentos,



Ana Kalidás Jorge

2 de 2

Anexo G – Figura 11 - Pedido de Autorização de Realização de Estudo à Comissão de Ética para a Saúde do CHL



Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.
A/C Exmo. Senhor
Presidente da Comissão de Ética
Rua das Olhalvas
Pousos, 2410 – 197 Leiria

Assunto: Pedido de autorização para a realização de estudo

Exmo. Senhor,

Venho por este meio requerer a V. Exa. autorização para a realização do estudo referido em epígrafe.

No sentido de facilitar a avaliação por V. Exas., abaixo apresenta-se um resumo dos aspetos mais relevantes:

Título do estudo	Os efeitos da Nova Gestão Pública na administração hospitalar em Portugal: o caso do Centro Hospitalar de Leiria
Nome do investigador responsável [ou aluno]	Ana Luísa Kalidás Barreto Pereira Jorge Estado dos Marinhais, 886, 2850-109, Leiria 913137767
Instituição de origem	Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra
Estado do pedido de autorização à CNPD	N/A
Tipo de estudo	Trabalho Académico de Investigação conferidor de grau Mestre
Serviços do CHL que participam	Todos os Serviços do CHL
Entidades externas ao CHL que participam	N/A
Objetivos	Perceção da Cultura Organizacional do Centro Hospitalar de Leiria
Metodologia	Questionário anónimo, online e de resposta facultativa
População ou amostra	Todos os trabalhadores do CHL
Duração prevista do estudo	Quinze dias



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

A aluna compromete-se:

- a iniciar o estudo apenas após ter obtido todos os pareceres e autorizações necessárias;
- a entregar um exemplar do trabalho final.

Para este pedido, segue em anexo toda a documentação necessária ao pedido de autorização para a realização do estudo no CHL E.P.E.

Leiria, 26 de maio de 2023,

Com os melhores cumprimentos,

Ana Kalidás Jorge

Anexo H – Figura 12 - Descrição do estudo enviada ao CHL

Descrição do Estudo

No âmbito da finalização do Mestrado em Administração Público-Privada pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Ana Luisa Kalidás B. P. Jorge, elegeu o Centro Hospitalar de Leiria (CHL) como entidade onde estagaria e sobre a qual o seu Relatório de Estágio incidiria.

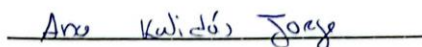
Assim, entre dia 3 de outubro de 2022 e 28 de fevereiro de 2023, decorreu o estágio em cinco Serviços de Gestão e Logística do CHL: Serviço de Recursos Humanos, Serviço de Aprovisionamento, Serviço de Gestão Financeira, Serviço de Gestão de Doentes e, por fim, Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão. O estágio foi coordenado pelo Dr. Jael Antunes, Diretor do Serviço de Gestão de Recursos Humanos, que é agora o parceiro dentro do CHL da aluna na elaboração deste estudo.

O Relatório de Estágio tem como tema os efeitos da Nova Gestão Pública na administração hospitalar, e utiliza o CHL enquanto estudo de caso. Um dos elementos metodológicos que a aluna pretende empregar é um questionário *online*, totalmente anónimo e de preenchimento facultativo por parte dos trabalhadores do CHL. O questionário será distribuído através de um *link* por e-mail e os funcionários terão duas semanas para o preencher se assim entenderem.

O questionário é sobre a cultura organizacional percebida pelos funcionários e contém questões iniciais de caracterização demográfica, seguidas por cinco grupos de questões sobre os temas comunicação, motivação, capacidade de adaptação, processos organizacionais e gestão. Os temas e as questões que cada um destes contém estão de acordo com a caracterização de cultura organizacional de Hofstede et al. (1990) no artigo "*Measuring Organizational Cultures: A Qualitative and Quantitative Study Across Twenty Cases*".

As respostas obtidas serão tratadas estatisticamente e analisadas no âmbito da temática do trabalho, tendo em conta a revisão de literatura efetuada. O tempo de conservação dos dados será de cinco anos.

Leiria, 09 de Maio 2023



Ana Kalidás Jorge

Fonte: A própria.

Anexo I – Figura 13 - Pedido de Dispensa de Consentimento Informado



Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E.
A/C Exm^a. Sr^a
Presidente da Comissão de Ética
Rua das Olhalvas
Pousos, 2410 - 197 Leiria

Assunto: Pedido de dispensa de consentimento informado

Exm^a. Dr^a Catarina Faria,

Venho por este meio requerer a dispensa de consentimento informado para o projeto de investigação "Os efeitos da Nova Gestão Pública na administração hospitalar em Portugal: o caso do Centro Hospitalar de Leiria" que irá decorrer em todos os serviços do Centro Hospitalar de Leiria.

Trata-se de um questionário com o objetivo de recolher informação sobre a cultura organizacional do Centro Hospitalar de Leiria, que se inserirá num Trabalho de Investigação conferidos de grau de Mestre sobre os efeitos da Nova Gestão Pública na administração hospitalar, com o Centro Hospitalar de Leiria como estudo de caso, dado que foi a instituição onde estagiei e sobre a qual tenho de elaborar o trabalho final do Mestrado.

Assim, pretende-se distribuir um questionário *online* por todos os funcionários do Centro Hospitalar de Leiria, a resposta ao questionário é facultativa. Mais informo que as respostas serão anónimas e com acesso limitado apenas à aluna, durante 5 anos. Dada a complexidade e importância do estudo e pelo interesse público do presente estudo, peço autorização para dispensa de consentimento.

Leiria, 26 de maio de 2023

Com os melhores cumprimentos,

Ana Kalidás Jorge
Ana Kalidás Jorge

Anexo J – Figura 14 - Folha de Rosto do Estudo



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

Centro de Investigação

FOLHA DE ROSTO Estudo, Ensaio ou Projeto de Investigação	
Título do estudo, ensaio ou projeto: Os efeitos da Nova Gestão Pública na administração hospitalar no tocante ao caso do Centro Hospitalar de Leiria	
Promotor: Interno (o próprio) <input type="checkbox"/> Externo <input checked="" type="checkbox"/>	
entidade(s): Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra	
Tipo de estudo, ensaio ou projeto: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ensaio clínico <input type="checkbox"/> Estudo com intervenção de dispositivo médico <input type="checkbox"/> Estudo ou projeto com outro tipo de intervenção clínica <input type="checkbox"/> Estudos observacionais <input type="checkbox"/> Estudo ou projeto não clínico <input checked="" type="checkbox"/> Trabalhos académicos de investigação (não conferidor de grau <input type="checkbox"/> ou conferidor de grau: Licenciatura <input type="checkbox"/> Mestrado <input checked="" type="checkbox"/> Doutoramento <input type="checkbox"/>) 	
A preencher pelo GATCI	
Codificação CI: SEP <input type="checkbox"/> SEC <input type="checkbox"/>	Estudo/Projeto N.º:
Data de entrada:	Data de validação:

Identificação do Investigador Principal, Investigador Responsável ou Aluno
Nome: Ana Luísa Kátia Alexandra Pereira Jorge
Morada: Av. da ... nº 216 2115-000
Telefone/Telemóvel: 914 297 277
E-mail: ana.kul.jorge@fmh.ucp.pt
Entidade de origem do(s) investigador(es): Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

Especificações do Estudo ou Projeto de Investigação

Promotor e CRO (se aplicável) do estudo/projeto: —

Investigador(es) Coordenador(es) (se aplicável):
—

Co-Investigador(es) (se aplicável):
—

Orientador: Pedro Miguel Alves Ribeiro Correia

Co-orientador (se aplicável): —

Instituição académica parceira (se aplicável): Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

Data de início: 01-06-2023

Data do fim (prevista): 15-06-2023

Área de investigação: Administração Pública

Serviço(s) envolvido(s) do CHL: Todos

Objetivos gerais: Perceção da cultura organizacional presente no Centro Hospitalar de Leiria

Objetivo(s) específico de aplicação:

Análise de cinco áreas que em conjunto constituem a cultura organizacional de uma organização. Cada área tem várias questões.

Metodologia: Questionário e software análise estatística dos dados obtidos. Questionário online (Google Forms), enviada por email, de resposta facultativa e totalmente gratuita.

População/n.º de doentes envolvidos: todos os docentes do CHL

Identificação dos Profissionais do CHL envolvidos

Recursos necessários (Incluir todos os profissionais do CHL envolvidos e detalhando, para cada um, o nome, o n.º mecanográfico e o serviço):

Dr. Joel Antunes, Diretor do serviço de Gestão de Recursos Humanos

Orçamento e Financiamento

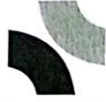
Contrato financeiro em anexo: Não Sim

Orçamento total: — €; Orçamento por participante: — €

Entidade(s) que suportam os custos: —

Indicadores de Execução

Exemplar de Relatório/Trabalho Final Outros Quais? —



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

O Promotor, CRO, Investigador Principal, Investigador Responsável ou Aluno	
Nome	Artur Nunes Kaldias Pereira Teixeira JCSO
Data	26 de maio de 2023

Parecer do CI	
Data: ____/____/____	_____ (O coordenador do CI, João Morais)

Parecer da CES	
Parecer favorável de acordo com a ata n.º ____ de / /	
Data: ____/____/____	_____ (GATCI)

[N/A] - Não Aplicável.

*sem encargos para o Centro Hospitalar de Leiria

Anexo K – Figura 15 - Declaração de frequência em Mestrado pelo Orientador

Declaração de Inscrição e Frequência em Mestrado

Eu, Pedro Miguel Alves Ribeiro Correia, Professor Associado Convidado da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, declaro que a aluna Ana Luísa Kalidás Barreto Pereira Jorge está inscrita e frequenta o Mestrado em Administração Público-Privada na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra no ano letivo 2022/2023 e que esta é minha orientanda na elaboração do Relatório de Estágio.

Coimbra, 5 de maio de 2023,



Assinado por: Pedro Miguel
Alves Ribeiro Correia
Identificação: 8110934347
Data: 2023-05-05 às 23:53:21
Local: Coimbra

Fonte: A própria.

Anexo L – Figura 16 - Declaração de Confidencialidade



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

Centro de Investigação

DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE

Investigação clínica, e não clínica, de natureza académica

Ana Luísa Kátia Borbeto Pereira Jorge
Aluno(a) do curso Mestrado em Administração Pública da Instituição
Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, declara:

- Respeitar o direito de privacidade no que concerne a dados e factos cujo conhecimento lhe advenham da realização do estudo Os efeitos da Nova Gestão Pública na administração Hospitalar: o caso do Centro Hospitalar de Leiria desenvolvido no CHL, E.P.E.;
- Assumir que todas as informações e documentos a que tenha acesso são de natureza estritamente confidencial, pelo que não fará uso dessas informações, nem as revelará a terceiros;
- Não oferecer qualquer incentivo aos sujeitos investigados de forma a garantir a integridade da investigação;
- Garantir a confiabilidade, validade e resultados estatísticos da investigação.

Confirma ter conhecimento que:

- O CHL, E.P.E. é proprietário de quaisquer dados, documentos, conhecimento, informação, substâncias ou qualquer outra propriedade intelectual, que seja fornecida ao aluno para utilização no estudo;
- O aluno terá direitos de publicação dos resultados do estudo;
- O aluno terá de entregar ao CHL, E.P.E. um exemplar do trabalho final.

Leiria, 26 de maio de 2023

O Aluno(a)

Orientador do estudo (caso se aplique)

Ana Luísa Kátia Borbeto Pereira Jorge
(nome completo)

(nome completo)

Anexo M – Figura 17 - Lista de Documentos entregues ao CHL



LISTAGEM DE DOCUMENTOS E VALIDAÇÃO¹

ESTUDOS E PROJETOS DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA (E NÃO CLÍNICA) QUE CONFEREM GRAU ACADÉMICO

Identificação do Estudo ou Projeto de Investigação		
Título do Estudo ou Projeto de Investigação	Trabalho Académico de Investigação que confere grau académico de Mestre - "Os efeitos da Nova Gestão Pública na administração hospitalar em Portugal o caso do Centro Hospitalar de Leiria"	
Índice do Dossier de Submissão		
Lista de Documentação	Verificação ⁶	
	Aluno	GATCI - SEP
1. Cartas a solicitar autorização institucional²		
Presidente do Conselho de Administração do CHL	<input checked="" type="checkbox"/>	
Diretores de Serviços, Coordenadores e Chefias de enfermagem ³	<input type="checkbox"/>	
2. Índice do dossier de submissão		
Impresso "Listagem de documentos e validação" ⁵	<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Pareceres e declarações		
Parecer do CI		<input type="checkbox"/>
Declaração de consentimento ⁴ dos Diretores de Serviços, Coordenadores e Chefias de enfermagem	<input type="checkbox"/>	
4. Descrição do estudo ou projeto de investigação		
Impresso "Folha de rosto de estudo, ensaio ou projeto de investigação" ⁵	<input checked="" type="checkbox"/>	
Descrição do estudo ou projeto de investigação	<input checked="" type="checkbox"/>	
5. Dados e comprovativos do Aluno		
Curriculum vitae do Aluno	<input checked="" type="checkbox"/>	
Declaração do orientador ou comprovativo de frequência de curso	<input checked="" type="checkbox"/>	

[1] É da responsabilidades dos proponentes reunir os documentos necessários e entregá-los (ou remete-los por correio) no Expediente-geral do CHL.

[2] Templates disponibilizados pelo CHL.

[3] Conforme aplicável.

[4] Conforme aplicável para proponentes internos. Impresso disponibilizado pelo CHL.

[5] Impresso disponibilizado pelo CHL.

[6] O quadrado representa quem tem a responsabilidade pela documentação em cada ponto.



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA



Identificação do Estudo ou Projeto de Investigação		
Título do Estudo ou Projeto de Investigação	PR Os efeitos do Novo Gestão Pública na administração hospitalar em Portugal: o caso do Centro Hospitalar de Leiria	
Índice do Dossier de Submissão		
Lista de Documentação	Verificação ⁶	
	Aluno	GATCI - SEP
	✓	✓
SE APLICÁVEL		
6. Anexos		
Autorização da CNPD	<input type="checkbox"/>	
Declaração de confidencialidade ²	<input type="checkbox"/>	
Declaração do co-orientador	<input type="checkbox"/>	
Folha de informação e consentimento informado ²	<input type="checkbox"/>	
Um exemplar do questionário/entrevista/escala	<input checked="" type="checkbox"/>	
Termo de responsabilidade de utilização de equipamento	<input type="checkbox"/>	
Contactos e abertura de fornecedor ²	<input type="checkbox"/>	
7. Apólice de seguro		
Indicação do investigador principal e centro Adequado para o número estimado de participantes	<input type="checkbox"/>	
8. Contrato financeiro ou plano de financiamento		
Em papel e formato eletrónico. A Instituição retém uma versão original do contrato financeiro, que posteriormente arquivará. Caso o promotor necessite de mais do que uma versão original, deve submeter o número de cópias necessárias.	<input type="checkbox"/>	
O Aluno		
Nome	Ana Luísa Luísa Bureto Pereira Jorge	
Data	6 de Maio de 2023	
Comentários		



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

Validação do dossier de submissão pelo GATCI - SEP				
N.º de código	Tipo de Promotor	Tipo de Estudo	Data	Numeração Sequencial
Data de início da validação				
Data de fim da validação				
Válido	<input type="checkbox"/>	Inválido		<input type="checkbox"/>
Assinatura				
Comentários				

Anexo N – Figura 18 - Ofício de Aprovação do Estudo pelo Conselho de Administração do CHL



CENTRO
HOSPITALAR
LEIRIA

CI - Centro de Investigação
Ref.º 47/2023

DELIBERAÇÃO DO
Conselho de Administração
Acta nº 24/2023/06/04

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar de Leiria, E.P.C.

Autorizado
2023/06/02

Alexandra Borges
Vogal Executiva

Solvato Feijó
Diretor Clínico

Emília Fael
Enfª Diretora

Leiria, 07 de junho de 2023

Assunto: Estudo de grau académico, no âmbito do seu Curso de Mestrado em Administração Público-Privada, pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, intitulado "Os efeitos da Nova Gestão Pública na Administração Hospitalar em Portugal: o caso do Centro Hospitalar de Leiria", submetido pela Ana Kalidás Jorge, que exerceu o seu estágio no CHL.

De acordo com o Procedimento Interno "Aprovação de estudos e projetos de Investigação", em vigor desde 2016.03.07, informa-se que o estudo mencionado em epígrafe está devidamente instruído de acordo com os elementos assinalados na Listagem de Documentos e Validação. Este estudo será para realizar em todo o CHL e tem como objetivo a perceção da cultura organizacional presente no CHL.

Mais se informa que o presente estudo será ratificado na próxima reunião da Comissão de Ética que será no dia 28.06.2023.

Com os melhores cumprimentos,

O COORDENADOR DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO

(JOÃO MORAIS)

Ao E.J. 2023.06.09 BCL
Reunião 2023.06.02 BCL

Rua das Olivais
Pinelos, 2410 - 197 Leiria
Telefone: 244817000; Cel: 892029000; Fax: 244817097
Email: CIATC@chl.leiria.mh.saude.pt
www.chl.leiria.pt

Centro Hospitalar de Leiria Accredited by
Joint Commission International



Fonte: A própria.

Anexo O – Questionário

Questionário sobre a cultura organizacional do Centro Hospitalar de Leiria

Este questionário tem como objetivo a recolha de informação, no âmbito académico de Relatório de Estágio sobre os efeitos da Nova Gestão Pública no Centro Hospitalar de Leiria, para conclusão do Mestrado em Administração Público-Privada na Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

No questionário encontrará um conjunto de afirmações sobre os efeitos da empresarialização hospitalar na cultura organizacional do Centro Hospitalar de Leiria, que avaliará de 1 a 10 conforme a sua opinião e experiência pessoal. O questionário é **anónimo e online** e os dados serão analisados estatisticamente.

O preenchimento do questionário demora aproximadamente 3 minutos.

Obrigada pela sua participação!

* Indica uma pergunta obrigatória

Idade*

- 18-29
- 30-39
- 40-49
- 50-59
- 60 ou mais

Sexo *

- Feminino
- Masculino

Grupo Profissional*

- Assistentes Operacionais
- Assistentes Técnicos
- Cargos Dirigentes sem Órgãos Sociais
- Conselho Fiscal
- Formação Pré-Carreira
- Médicos
- Órgãos Sociais
- Pessoal Enfermagem
- Pessoal Informática
- Pessoal Farmacêutico

- Técnicos Diagnóstico e Terapêutica
- Técnicos Superiores
- Técnicos Superiores de Saúde

Habilitações Literárias *

- Ensino Primário (4º ano)
- Ensino Básico (9º ano)
- Ensino Secundário (12º ano)
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outra:

--	--

Há quanto tempo trabalha no Centro Hospitalar de Leiria? *

- Até 2 anos
- 2 a 10 anos
- 10 a 20 anos
- Há mais de 20 anos

Para cada uma das afirmações selecione um número de 1 a 10 conforme a sua experiência a trabalhar no Centro Hospitalar de Leiria (sendo que 1 significa que discorda totalmente da afirmação e que 10 significa que concorda totalmente com a mesma).

Afirmação	Nível de Concordância									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Comunicação										
No meu serviço a comunicação é muito aberta										
As reuniões de serviço são eficazes										
As reuniões são agendadas com antecedência										
O meu serviço comunica bem com os outros serviços										
A informação importante surge por canais formais (e-mail, correio)										
No meu serviço conhecemos os nossos objetivos										
Todos os trabalhadores compreendem a missão do Centro Hospitalar de Leiria										
Eu conheço a missão do Centro Hospitalar de Leiria										

A informação surge no serviço em tempo útil																			
Motivação																			
Tenho orgulho em trabalhar neste Centro Hospitalar																			
A evolução profissional baseia-se na avaliação de desempenho																			
Estou satisfeito(a) com a minha função																			
Estou satisfeito(a) com o meu Serviço																			
A chefia valoriza as ideias dos trabalhadores																			
Os trabalhadores são recompensados quando desenvolvem novas ideias																			
A evolução profissional é recompensada financeiramente																			
O bem-estar dos trabalhadores é uma forma de garantir um melhor desempenho																			
As minhas tarefas são repetitivas																			
Capacidade de Adaptação																			
Os novos trabalhadores têm uma integração acompanhada																			
A inovação é encorajada																			
A melhoria contínua é uma prioridade																			
Os trabalhadores admitem a importância da mudança																			
São dados desafios importantes aos trabalhadores																			
Adapto-me facilmente à mudança																			
Processos Organizacionais																			
Os trabalhadores lidam com muitos processos formais																			
Os procedimentos de trabalho são importantes																			
No meu serviço conhecemos os processos internos																			
Os procedimentos são mais importantes que os resultados																			
As chefias têm em conta o longo prazo nas decisões diárias																			

Gestão									
Todos os trabalhadores percebem a importância de controlar os custos									
O objetivo dos gestores é o serviço ao utente e a qualidade									
Os trabalhadores têm oportunidades para usar as suas competências									
A qualidade do serviço é mais importante que a sua quantidade									
As minhas competências estão de acordo com a função que desempenho									
Os gestores utilizam as competências de todos os trabalhadores									
O sucesso do Centro Hospitalar depende do serviço prestado									
A pressão orçamental tem pouca influência nas decisões tomadas									
Existe mais cooperação do que competição entre Serviços									
Os trabalhadores são tratados com respeito e justiça									
No meu Serviço os recursos humanos são suficientes e satisfazem as necessidades dos utentes									

A sua resposta foi registada.

Muito obrigada pela participação!

Fonte: Elaboração própria adaptado de Fortunado (2014).

Anexo P – Quadro 7 - Mediana de todas as respostas de cada *cluster* e mediana geral

	Mediana do <i>Cluster</i> de Funcionários com percepções negativas quanto à Cultura Organizacional	Mediana do <i>Cluster</i> de Funcionários com percepções positivas quanto à	Mediana geral
Comunicação			
No meu serviço a comunicação é muito aberta	4,99	8,01	6,01
As reuniões de serviço são eficazes	4,01	7	5
As reuniões são agendadas com antecedência	4,99	8,99	6,99
O meu serviço comunica bem com os outros serviços	4,99	8,01	6
A informação importante surge por canais formais (e-mail, correio)	6,01	8,02	7
No meu serviço conhecemos os nossos objetivos	5	8,02	6,99
Todos os trabalhadores compreendem a missão do Centro Hospitalar de Leiria	4,98	7	5
Eu conheço a missão do Centro Hospitalar de Leiria	6,01	9	8

A informação surge no serviço em tempo útil	4,98	8,01	6
Motivação			
Tenho orgulho em trabalhar neste Centro Hospitalar	4,99	8	5
A evolução profissional baseia-se na avaliação de desempenho	2,99	6,01	4,01
Estou satisfeito(a) com a minha função	4,99	8,01	6,01
Estou satisfeito(a) com o meu Serviço	4,01	8,01	5
A chefia valoriza as ideias dos trabalhadores	4	8,01	5
Os trabalhadores são recompensados quando desenvolvem novas ideias	1,02	5	2,98
A evolução profissional é recompensada financeiramente	1,01	2	1,02
O bem-estar dos trabalhadores é uma forma de garantir um melhor desempenho	7	8,99	8,01

As minhas tarefas são repetitivas	6	6,01	6,01
Capacidade de Adaptação			
Os novos trabalhadores têm uma integração acompanhada	3	7	4,99
A inovação é encorajada	2,99	6,5	4,01
A melhoria contínua é uma prioridade	4	7,5	5
Os trabalhadores admitem a importância da mudança	5	7,01	6,01
São dados desafios importantes aos trabalhadores	3	6,99	4,99
Adapto-me facilmente à mudança	8	8,02	8,01
Processos organizacionais			
Os trabalhadores lidam com muitos processos formais	8	8,01	8,01
Os procedimentos de trabalho são importantes	8,01	8,99	8,02
No meu serviço conhecemos os processos internos	6,5	8,01	7

Os procedimentos são mais importantes que os resultados	4,99	6	5
As chefias têm em conta o longo prazo nas decisões diárias	4,01	6,02	4,99
Gestão			
Todos os trabalhadores percebem a importância de controlar os custos	5	6,99	5
O objetivo dos gestores é o serviço ao utente e a qualidade	4	6,5	4,99
Os trabalhadores têm oportunidades para usar as suas competências	3,5	6,99	4,99
A qualidade do serviço é mais importante que a sua quantidade	4,99	7,01	6
As minhas competências estão de acordo com a função que desempenho	5	8,02	7
Os gestores utilizam as competências de todos os trabalhadores	2,98	6	4

O sucesso do Centro Hospitalar depende do serviço prestado	8,99	9,01	9
A pressão orçamental tem pouca influência nas decisões tomadas	2	4	2,98
Existe mais cooperação do que competição entre Serviços	4	6,02	4,99
Os trabalhadores são tratados com respeito e justiça	2	6	3
No meu Serviço os recursos humanos são suficientes e satisfazem as necessidades dos utentes	1,01	2,99	1,51
Caracterização Sociodemográfica			
Sexo	Feminino	Feminino	
Idade	30-39	40-49	
Grupo Profissional	Pessoal Enfermagem	Pessoal Enfermagem	
Habilitações Literárias	Licenciatura	Licenciatura	
Antiguidade no CHL	2 a 10 anos	mais de 20 anos	

Fonte: Elaboração própria com base nos dados recolhidos.