



Alexandra Daniela Pinho Rocha

Os sistemas de controlo de gestão nas organizações hospitalares

Caso do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE

Relatório de Estágio apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão

junho de 2018



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Alexandra Daniela Pinho Rocha

Os sistemas de controlo de gestão nas organizações hospitalares

Caso do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE

Relatório de Estágio apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
Para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão

Orientadora: Professora Doutora Isabel Cruz

Supervisor Profissional do Estágio: Doutor Paulo Diz

Entidade de Acolhimento: Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E.

Coimbra, junho de 2018

¹ Fonte da imagem de capa: <https://pixabay.com/pt/vista-a-C3%A9rea-computador-recep-C3%A7-C3%A3o-3292550/> [29 de junho de 2015]

Agradecimentos

“Agradecer” é um ato de gratidão perante quem nos apoia incondicionalmente e quem acredita em nós. Neste relatório pretendo agradecer a todos aqueles que me ajudaram, apoiaram e participaram na minha vida, aqueles que sempre acreditaram em mim na concretização deste objetivo.

Começo por agradecer ao Dr. Paulo Diz, supervisor de estágio, pela disponibilidade e partilha de conhecimento.

À minha orientadora de estágio, Professora Doutora Isabel Cruz, pelo apoio e orientação.

Agradeço a todos os colaboradores dos serviços financeiros do CHBV pela gentileza e alegria com que me receberam.

Termino com um agradecimento especial aos meus pais pelo apoio incondicional ao longo deste percurso.

Resumo

Nos últimos anos o Serviço Nacional de Saúde (SNS) passou por uma grande reforma, tendo como marco nesse processo a empresarialização de hospitais públicos em 2002. Esta reforma teve como principal objetivo o combate de desperdício, tendo em vista uma gestão eficiente dos recursos.

Nesse sentido, tem existido uma preocupação constante em se desenvolverem sistemas de controlo de gestão que permitam o planeamento, monitorização e o apoio do processo de tomada de decisão.

O presente relatório de estágio é elaborado no âmbito do estágio curricular, integrado no Mestrado em Gestão, ministrado pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. O estágio decorreu nos serviços financeiros do Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV), EPE e teve como principal objetivo a análise e avaliação do sistema de controlo de gestão existente no CHBV.

Como resultado desta análise observou-se que o atual sistema de controlo de gestão do CHBV não apoia a tomada de decisão de todos os seus utilizadores. Embora tenha sido reconhecida a importância do controlo de gestão pelos diversos colaboradores do CHBV, estes possuem diferentes atitudes relativamente à utilidade e eficácia do sistema de controlo de gestão.

Palavras-chave: Hospitais; Sistemas de controlo de gestão; Tomada de decisão.

Abstract

In the last years, the National Health Service (NHS) underwent a reform, with the corporatization of public hospitals in 2002 as a milestone in this process. This reform had as main objective the fight against waste, in order to guarantee an efficient management of resources.

In this sense, there has been a constant concern to develop management control systems that allow the planning, monitoring, and support to the decision-making process.

This internship report is prepared within the scope of a curricular internship, integrated on the Master's Degree in Management, taught by the Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. The internship took place at the financial services of Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV), EPE, and had, as main objective, the analysis and evaluation of the management control system of CHBV.

As a result of this analysis, it was observed that the current CHBV management control system does not support the decision-makers requirements. Although the importance of management control, by the various employees of CHBV, has been recognized, they have different attitudes towards the utility and effectiveness of the actual management control system.

Keywords: Hospitals; Management control systems; Decision making.

Lista de Abreviaturas

- ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde
- ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde
- ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde
- ARS** – Administração Regional de Saúde
- ARSC** – Administração Regional de Saúde Do Centro
- CA** – Conselho Administração
- CEE** – Comunidade Económica Europeia
- CHBV** – Centro Hospitalar Baixo Vouga
- EPE** – Entidades Públicas Empresariais
- ETL** – *Extract* (Extração), *Transform* (Transformação) e *Load* (Carregamento)
- FHS** – Faturação Hospitalar às Seguradores
- GDH** – Grupos de Diagnósticos Homogéneos
- GHAf** – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
- IPG** – Instrumentos Previsionais de Gestão
- MCDT** – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
- NUT** – Nomenclatura de Unidade Territorial
- PAO** – Plano de Atividades E Orçamento
- PIB** – Produto Interno Produto
- R&C** – Relatório e Contas
- RGS** – Relatório de Governo Societário
- RHV** – Recursos Humanos e Vencimentos
- SA** – Sociedade Anónima
- SAM** – Sistema de Apoio Médico
- SAPE** – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
- SICA** – Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento
- SICC** – Sistema de Informação Centralizado de Contabilidade
- SIGLIC** – Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
- SIMH** – Sistema de Informação para a Morbilidade Hospitalar
- SITAM** – Sistema de Informação de Taxas Moderadoras
- SNS** – Sistema Nacional Saúde

SONHO – O Sistema Integrado de Informação Hospitalar

SPA – Setor Público Administrativo

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SWOT – *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças)

UF – Unidades Funcionais

ULS – Unidades Locais de Saúde

UTAM – Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial

Índice de Figuras

Figura 1. Evolução do Sistema de Saúde Português	2
Figura 2. Ferramentas de controlo de gestão	12
Figura 3. Objetivos dos sistemas de informação na saúde	16
Figura 4. Criação do CHBV	18
Figura 5. Concelhos pertencentes ao Baixo Vouga	19
Figura 6. Estrutura organizativa do CHBV	24
Figura 7. Atividades realizadas durante o estágio	29
Figura 8. Sistemas de Informação do CHBV	33
Figura 9. Informação necessária para a tomada de decisão	37
Figura 10. Evolução dos instrumentos de controlo de gestão no CHBV	39
Figura 11. Módulos que compõem o <i>Pentaho</i>	44

Índice de Quadros

Quadro 1. Recursos humanos por categoria profissional	25
Quadro 2. Faixa etária dos recursos humanos	26
Quadro 3. Recursos humanos por género	26
Quadro 4. Habilitações literárias dos recursos humanos	27
Quadro 5. Participação na definição de objetivos de informação do <i>Pentaho</i>	43
Quadro 6. Nível de formação para a conceção do <i>Pentaho</i>	49

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Grau de importância dos dados disponibilizados pelo <i>Pentaho</i>	46
---	----

Índice

Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract.....	vi
Lista de Abreviaturas.....	vii
Índice de Figuras	ix
Índice de Quadros.....	ix
Índice de Gráficos.....	ix
Índice	x
Introdução.....	1
Capítulo 1 – Contexto do Sistema de Saúde Português e o papel do hospital público	2
1.1. Evolução do Sistema de Saúde Português	2
1.1.1. O Sistema de Saúde Português antes o 25 de abril de 1974.....	2
1.1.2. O Sistema de Saúde Português entre 1974 e 1985	3
1.1.3. O Sistema de Saúde Português entre 1985 e 1995	4
1.1.4. O Sistema de Saúde Português depois de 1995.....	4
1.2. Contratualização dos hospitais.....	6
1.2.1. Contrato-Programa	7
1.3. Caracterização dos hospitais EPE.....	8
Capítulo 2 – Enquadramento teórico	10
2.1. Controlo de gestão	10
2.1.1. Princípios do controlo de gestão.....	11
2.1.2. Instrumentos de controlo de gestão	12
2.1.2.1. Instrumentos de Pilotagem.....	12
2.1.2.2. Instrumentos de Comportamento.....	14
2.1.2.3. Instrumentos de Diálogo	15
2.2. Sistemas de informação	15
2.2.1. Sistemas de informação de apoio à tomada decisão na saúde.....	15
Capítulo 3 – Entidade de acolhimento: Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE.....	18
3.1. Breve caracterização do CHBV	18
3.1.1. Área de influência.....	19
3.1.2. Objetivos estratégicos.....	20
3.1.3. Análise <i>SWOT</i>	21
3.1.3.1. Pontos fortes	21

3.1.3.2.	Pontos fracos	22
3.1.3.3.	Oportunidades	22
3.1.3.4.	Ameaças	23
3.1.4.	Estrutura Organizacional	23
3.1.5.	Oferta de serviços	24
3.1.6.	Recursos Humanos	25
3.2.	Serviços financeiros	27
Capítulo 4 - Estágio curricular		28
4.1.	Atividades realizadas	28
4.1.1.	Plano de Atividades e Orçamento de 2018.....	29
4.1.2.	Relatório de Governo Societário de 2017.....	30
4.1.3.	Relatório e Contas de 2017.....	31
Capítulo 5 - Estudo de caso		32
5.1.	Metodologia	32
5.1.1.	Objetivo de estudo	32
5.1.2.	Método de pesquisa e técnicas utilizadas	32
5.2.	Análise dos resultados	33
5.2.1.	Sistemas de informação no CHBV	33
5.2.2.	Informação para a tomada de decisão no CHBV	36
5.2.3.	Evolução dos sistemas de controlo de gestão no CHBV.....	39
5.2.3.1.	O <i>SIHIP</i>	39
5.2.3.1.1.	Caracterização do <i>SIHIP</i>	39
5.2.3.1.2.	Críticas apresentadas ao <i>SIHIP</i>	40
5.2.3.2.	O <i>Pentaho</i>	41
5.2.3.2.1.	Processo de mudança.....	41
5.2.3.2.2.	Caracterização do <i>Pentaho</i>	44
5.2.3.2.3.	Informação disponibilizada pelo <i>Pentaho</i>	45
5.2.3.2.4.	Críticas apresentadas ao <i>Pentaho</i>	47
5.2.3.3.	O <i>Tableau de Bord</i>	49
5.2.3.3.1.	O processo de mudança	49
5.2.3.3.2.	Caracterização do <i>Tableau de Bord</i>	52
5.2.3.3.3.	Críticas apresentadas ao <i>Tableau de Bord</i>	52
5.3.	Discussão dos resultados	56
Conclusão		58

Bibliografia.....	60
Anexo 1 – Organograma do CHBV	63
Anexo 2 – Dispositivo assistencial de Aveiro	64
Anexo 3 – Dispositivo Assistencial de Águeda.....	65
Anexo 4 – Dispositivo Assistencial de Estarreja.....	66
Anexo 5 – Carta ao Presidente do Conselho de Administração do CHBV	67
Anexo 6 – Guião para a entrevista no CHBV	68
Anexo 7 – Descrição das entrevistas	70
Anexo 8 – Página de apresentação do <i>SIHIP</i>	71
Anexo 9 – Mapa geral apresentado por especialidade - <i>SIHIP</i>	71
Anexo 10 – Página de apresentação do <i>Pentaho</i>	72
Anexo 11 – Diferentes cubos disponibilizados pelo <i>Pentaho</i>	72
Anexo 12 – Página de apresentação do <i>Tableau de Bord</i>	73

Introdução

Os hospitais, enquanto organizações complexas que prestam serviços especializados, necessitam de sistemas de controlo de gestão que possibilitem a avaliação da sua atividade e que apoiem a sua tomada de decisão. No entanto, o contexto global, a influência das novas tecnologias de informação e comunicação, a instabilidade política interna e externa, entre outros fatores, colocam desafios à validade e eficácia de um sistema de controlo de gestão de uma organização.

Neste contexto, o presente relatório de estágio, elaborado no âmbito do estágio curricular, tendo em vista a obtenção do grau de Mestre em Gestão, pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, tem como principal objetivo a análise avaliação do sistema de controlo de gestão do CHBV.

Relativamente à estrutura do presente relatório de estágio, este encontra-se dividido em cinco capítulos principais.

No primeiro capítulo, tendo em conta o âmbito hospitalar público no qual o estágio curricular se realizou, procede-se ao enquadramento do Serviço Nacional de Saúde, caracterizando-se os hospitais como Entidades Públicas Empresariais (EPE).

O segundo capítulo engloba a revisão de literatura onde são apresentados alguns conceitos teóricos relativos ao controlo de gestão e aos sistemas de informação de apoio à tomada de decisão na saúde.

Na terceira parte deste relatório é realizada a apresentação da entidade acolhedora, através da contextualização do Centro Hospitalar na região e descrição sumária dos seus objetivos estratégicos, estrutura organizacional, análise SWOT, oferta dos serviços, bem como dos recursos humanos que detém.

No quarto capítulo é feita uma breve exposição e descrição das atividades realizadas ao longo do estágio.

Por fim, é no quinto capítulo que se apresenta o estudo de caso relativo à análise e avaliação do sistema de controlo de gestão do CHBV. Nesta análise são descritos os diferentes sistemas de informação disponíveis e utilizados no CHBV, identificados os diferentes tipos de informação necessários para a tomada de decisão, e analisada a evolução dos diferentes sistemas de controlo de gestão do CHBV.

Finaliza-se o relatório tecendo-se algumas considerações finais relativas às contribuições do trabalho e às aprendizagens.

Capítulo 1 – Contexto do Sistema de Saúde Português e o papel do hospital público

Tendo em conta que o estágio curricular se realizou num hospital público, considera-se relevante analisar o contexto do Sistema de Saúde Português, sendo este, segundo a Lei n.º 48/90, visto como uma estrutura que visa a efetivação do direito à proteção de saúde.

Com o intuito de se compreender melhor a configuração atual do Sistema de Saúde Português e identificar mais facilmente as oportunidades e obstáculos para a sua transformação, de seguida apresenta-se uma análise da sua evolução, bem como uma caracterização dos hospitais enquanto Entidades Públicas Empresariais (EPE).

1.1. Evolução do Sistema de Saúde Português

Durante as últimas décadas do século XX, Portugal sofreu, em períodos de tempo particularmente curtos, transformações de grande importância, nomeadamente a democratização em 1974, a entrada na Comunidade Económica Europeia (CEE) em 1986 e posteriormente a integração na União Monetária Europeia em 2000 (OPSS, 2001).

As políticas de saúde, em Portugal, evoluíram significativamente em períodos de tempo distintos (OPSS, 2001):

Figura 1. Evolução do Sistema de Saúde Português



1.1.1. O Sistema de Saúde Português antes o 25 de abril de 1974

O período anterior ao 25 de abril de 1974 caracterizou-se por um setor de saúde muito desorganizado e ineficiente para a satisfação das reais necessidades da população, apresentando indicadores socioeconómicos e de saúde muito desfavoráveis (OPSS, 2001).

A saúde em Portugal era constituída por várias vias sobrepostas (Sousa, 2009):

- As misericórdias, instituições centenárias de solidariedade social, ocupavam um lugar de relevo na saúde;
- Os Serviços Médico-Sociais da Previdência;

- Os Serviços de Saúde Pública (centros de saúde a partir de 1971) vocacionados essencialmente para a proteção da saúde;
- Os hospitais estatais, gerais e especializados, encontravam-se principalmente localizados nos grandes centros urbanos;
- Os serviços especializados para a saúde materno-infantil, tuberculose e as doenças psiquiátricas; sector privado especialmente desenvolvido na área do ambulatório.

A capacidade de financiar estes serviços públicos da saúde era muito limitada observando-se em 1970 que a despesa com a saúde era de 2,8% do Produto Interno Bruto (PIB).

1.1.2. O Sistema de Saúde Português entre 1974 e 1985

A revolução democrática do 25 de Abril de 1974 e a Constituição de 1976 mudaram Portugal profundamente dando origem a novas políticas sociais, onde se verificou uma intervenção clara do Estado na definição da política da saúde, no planeamento e na execução (Sousa, 2009).

A criação de um SNS foi vista como a resposta mais adequada à necessidade de uma cobertura, mais extensa e equitativa, de serviços de saúde (OPSS, 2001).

Assim, em 1979, reuniram-se as condições necessárias à criação do SNS e é publicada a Lei do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 56/79, de 15 de setembro) que declara que o acesso ao SNS deve ser garantido a todos os cidadãos independentemente da sua condição social ou económica.

São dois os aspetos fundamentais que caracterizam a configuração do SNS (OPSS, 2001):

- O financiamento a partir do orçamento geral do Estado em 1976, não se tratando de uma “transferência”, mas sim de um novo financiamento;
- A integração das várias estruturas de prestação de cuidados de saúde num sistema único: os hospitais das Misericórdias foram nacionalizados em 1975 e a integração dos centros de saúde com os postos médicos em 1984.

No entanto, verificou-se uma grande debilidade estrutural na construção do SNS, nomeadamente porque apresentava uma frágil base financeira e ausência de inovação nos modelos de organização e gestão do SNS, uma falta de transparência entre os interesses públicos e privados, uma dificuldade de acesso e uma baixa eficiência dos serviços públicos de saúde (OPSS, 2001).

1.1.3. O Sistema de Saúde Português entre 1985 e 1995

Este período foi marcado por um crescimento económico e estabilidade política. Em 1986, Portugal tornou-se membro da atual União Europeia, o que lhe permitiu acesso ao financiamento europeu, aplicando-o no desenvolvimento de infraestruturas sociais e económicas do país. No caso concreto da área da saúde, este permitiu, uma expansão dos equipamentos do SNS (Sá, 2017).

Em 1990, foi aprovada a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto), onde o Estado passou atuar através de serviços próprios, celebrando acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados de saúde, bem como a apoiar e fiscalizar a restante atividade privada na área da saúde. O Estatuto do SNS, visto como uma das suas peças regulamentadoras mais importantes, foi aprovado apenas decorridos três anos.

Foi então, em 1993 que foi publicado o novo Estatuto do SNS (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro) que deriva da incessante preocupação em propiciar aos utentes cuidados compreensivos e de elevada qualidade. Em conformidade com o referido Decreto-Lei a tradicional dicotomia entre cuidados primários e cuidados diferenciados revelou-se incorreta do ponto de vista médico e geradora de disfunções sob o ponto de vista organizativo, o que levou à criação de unidades integradas de cuidados de saúde com o objetivo de viabilizar a imprescindível articulação entre grupos personalizados de centros de saúde e hospitais.

1.1.4. O Sistema de Saúde Português depois de 1995

Este período foi marcado por uma tentativa de estimular formas diferentes de gestão e organização, sendo adotado um processo de reforma preventivo, centralizado nos princípios da “Nova Gestão Pública - *New Public Management* (NPM)² ” aplicada à reforma do SNS, dos quais se destacam (Sousa, 2009):

- A definição de uma estratégia de saúde - foi desenvolvida entre 1996 e 1999 uma estratégia traduzida em metas de 5 e 10 anos para ganhos em saúde e desenvolvimento de serviços;
- Empresarialização pública no desenvolvimento dos hospitais e centros de saúde- foram realizadas algumas experiências de novas formas de gestão, mais flexível e autónoma de empresas públicas. Estas experiências foram

² A NPM segundo (Bernardi, 2009) traduz-se numa maior eficiência e responsabilização da Administração Pública, através da adoção de mecanismos de gestão utilizados no setor privado (gestão baseada em resultados).

avaliadas positivamente e estimularam a adoção de sistemas de remuneração associada ao desempenho, numa base experimental, novas práticas de contratualização, critérios de qualidade e infra estruturas de informação;

- Desenvolvimento da qualidade - Com a criação do Instituto da Qualidade em saúde, foi desenhada e implementada uma nova abordagem para promover a qualidade no setor da saúde.

Apesar de todas as reestruturações efetuadas no setor da saúde, Portugal apresentava diversos problemas, nomeadamente o aumento de custos do SNS, a baixa produtividade e a falta de sistemas de informação adequados (Quesado & Cardoso, 2017).

Neste cenário de ineficiência, era urgente a conceção de um novo SNS, pelo que, em 2002 foi publicado o novo regime jurídico da gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro) que instituía que os hospitais públicos passariam a “*revestir a natureza de sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (...), dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, classificados como E.P.E.*” (Sá, 2017).

Esta reforma, segundo Siva (2013), teve como principal objetivo introduzir nos hospitais públicos um novo sistema de financiamento baseado na produção e não em custos³, descentralizando e introduzindo ferramentas de gestão privada nos hospitais públicos. Com isto, o financiamento deixou de se basear nas necessidades dos prestadores, onde o montante atribuído era calculado de acordo com a despesa do ano anterior, não existindo qualquer relação entre o financiamento, a produção e o desempenho, para se basear apenas no financiamento dos serviços efetivamente prestados e previamente contratualizados entre o Ministério da Saúde e os hospitais (Nunes, 2012).

O processo de transformação dos hospitais do Setor Público Administrativo (SPA) e de Sociedade Anónima (SA) em EPE acorre desde 2005, com a publicação do Decreto-Lei n.º 98/2005, e mantém-se até aos dias de hoje (Quesado & Cardoso, 2017).

Esta evolução reflete, por um lado a necessidade de os hospitais se dotarem de novos instrumentos de controlo de gestão, por outro o aumento da preocupação com a avaliação dos resultados, por forma a garantir uma gestão eficiente dos recursos de que dispõem. A resposta a esta necessidade de aumento da eficácia e eficiência das

³ Segundo Silva (2013) a forma tradicional de financiamento dos hospitais públicos em Portugal era baseada em custos, recorrendo aos orçamentos anteriores.

instituições do setor da saúde tem passado pela adoção de novos métodos, práticas e instrumentos de controlo de gestão que apoiam a tomada de decisão (Ribeiro, 2008).

1.2. Contratualização dos hospitais

A contratualização dos hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde do SNS tem como objetivo enquadrar, regular e normalizar objetivos a serem atingidos e, em contrapartida, financiamentos das instituições prestadoras de cuidados de saúde (Moura, 2013).

O processo de contratualização que se encontra implementado no SNS estabelece o relacionamento entre acionistas, financiadores/compradores e prestadores de cuidados de saúde. Este processo encontra-se vertido num Contrato-Programa, onde estão explícitos os resultados a alcançar em cada instituição do SNS, e baseia-se na responsabilidade de todas as entidades envolvidas, nomeadamente:

- Tutela (Ministério da Saúde e Ministério das Finanças);
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS);
- Administrações Regionais de Saúde (ARS);
- Entidades Prestadoras de Cuidados (Hospitais, Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde – ULS).

O processo de contratualização valoriza o desempenho multidimensional das instituições e tem por base a contratação de cuidados de saúde, organizada em dois subprocessos: a contratualização interna e a contratualização externa (ACSS, 2017).

No que concerne à contratualização interna, esta é realizada entre os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e as Unidades Funcionais (UF), suportada por um Plano de Ação⁴ e formalizada através de assinatura da Carta de Compromisso⁵, abrangendo todas as unidades funcionais de cada ACES.

No que diz respeito à contratualização externa, esta é realizada entre as ARS e os ACES, e formalizada com a negociação do Plano de Desempenho⁶ e a assinatura dos Contratos-Programa.

⁴ Representa o compromisso de resultados (onde se quer chegar), processos (caminho e ações a prosseguir para atingir os resultados) e recursos (recursos disponíveis alocados para o efeito).

⁵ De acordo com ACSS (2017), a Carta de Compromisso representa o acordo anual explicitamente assumido pela UF e o ACES e contempla: o compromisso de resultados; o compromisso de recursos disponíveis e alocados à UF; Planos de Ação, de Formação e de Aplicação dos Incentivos Institucionais da UF; Declaração de inexistência de incompatibilidades dos profissionais; e o Manual de articulação.

⁶ O Plano de Desempenho é um documento estratégico negociado anualmente com o ACES, no qual se caracteriza o ACES, designadamente através de indicadores populacionais de cariz sociodemográfico, socioeconómico e de resultados em saúde. Neste Plano são definidas prioridades assistenciais e são

Em conformidade com o exposto em ACSS (2017) a contratualização interna e externa “*devem estar em alinhamento com os Planos Nacional, Regionais e Locais de Saúde, num objetivo transversal de alcançar os melhores Resultados em Saúde, fortalecido por uma Governação Clínica e de Saúde assente em “pilares” comuns e concertados como prioridades nacionais*”.

Todo o processo de contratualização implica, após assunção dos respetivos compromissos, o acompanhamento, monitorização e avaliação do desempenho dos diferentes atores nas suas interações e condicionantes, permitindo a qualificação e reconhecimento, não só de níveis de desempenho, com atribuição de incentivos a unidades funcionais com desempenhos superiores e processos de acompanhamento e melhoria a desempenhos inferiores, mas também de constrangimentos ou limitação de recursos, com a adequada ponderação/correção nos níveis de desempenho (ACSS, 2017).

De referir que todo o processo de contratualização é suportado na aplicação informática SICA⁷, modelada em função das necessidades de informação, de forma a receber todos os *inputs* e emitir os *outputs* necessários ao processo de contratualização (Moura, 2013).

1.2.1. Contrato-Programa

O Contrato-Programa, em conformidade com ACSS (2017) representa o compromisso anual explicitamente assumido pelo ACES e ARS que contempla o compromisso de resultados e o compromisso de recursos disponíveis e alocados ao ACES. Consiste num documento que o Centro Hospitalar outorga com a ARS, identificando as obrigações e contrapartidas das partes, as regras de acompanhamento, os recursos financeiros que suportam o contrato, bem como a forma de monitorização e de avaliação.

Para além de estabelecer as quantidades a contratar por linha de produção, define, ainda a tabela de preços a praticar, estabelece limites à produção marginal e define os critérios de atribuição de incentivos institucionais. Nos contratos estão ainda definidos os objetivos a atingir, acordados com a tutela, bem como os indicadores que permitem

explicitados os recursos materiais, humanos e financeiros que o ACES tem ao dispor para cumprir a sua missão assistencial (ACSS, 2017).

⁷ Para suportar o modelo de contratualização, a ACSS encetou o desenvolvimento de uma plataforma informática- Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento (SICA) - por forma a assegurar o cumprimento das necessidades funcionais, quer do ponto de vista operacional (eficácia e eficiência) quer do ponto de vista analítico e de suporte às decisões (monitorização e planeamento)(Moura, 2013).

avaliar o desempenho destas instituições. Prevê ainda o pagamento da quantidade prevista em sede de contrato, sendo que se essa quantidade não for produzida podem ocorrer reduções e/ou penalizações no pagamento (Nunes, 2012).

O Contrato-Programa, desta forma, por um lado, permite que o Centro Hospitalar programe a sua atividade com base num quadro plurianual, tão estável quanto possível, tendo em consideração os previsíveis meios financeiros de que disporá, por outro lado, permite uma melhor gestão orçamental do SNS, determinando a quantidade de serviços clínicos que disponibilizará aos utentes e programando antecipadamente a despesa a efetuar⁸.

Como cada hospital passou a receber em função da sua atividade efetiva, o conceito de eficiência passa a ser um vetor crítico para a gestão destas unidades hospitalares pelo que, a qualidade e acessibilidade de informação de gestão passa a ser fundamental para o gestor, tal como o planeamento adequado da sua atividade, para que no momento da contratualização com o SNS, se possa adequar convenientemente a oferta à procura dos cuidados de saúde (Caiado, 2007).

1.3. Caracterização dos hospitais EPE

De acordo com o exposto no Anexo II ao Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de dezembro⁹, os hospitais EPE são uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas.

Estes, em conformidade com o artigo 2.º do referido Decreto-Lei, têm por objeto principal a prestação de cuidados de saúde à população, nomeadamente aos beneficiários do SNS e aos beneficiários dos subsistemas de saúde, ou de entidades externas que com eles contratualizem a prestação de cuidados de saúde, e a todos os cidadãos em geral. É igualmente considerado objeto dos hospitais EPE o desenvolvimento de atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de Contratos-programa.

No que concerne às suas atribuições, estas constam nos seus regulamentos internos, são fixadas de acordo com a política de saúde a nível nacional e regional e com

⁸ No início de cada ano o Estado sabe exatamente quanto vai gastar com cada hospital.

⁹ Alterado e republicado pelo Decreto-Lei n.º12/2015, de 26 de janeiro.

os planos estratégicos superiormente aprovados, sendo desenvolvidas através de Contratos-Programa (Artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de dezembro).

Relativamente à sua organização interna, os seus órgãos sociais são¹⁰:

- O Conselho de Administração (CA) que é composto pelo presidente e um máximo de quatro vogais, que exercem funções executivas, em função da dimensão e complexidade do hospital EPE, sendo um dos membros o diretor clínico e outro o enfermeiro-diretor;¹¹
- O Fiscal Único que é considerado o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do hospital EPE;¹²
- O Conselho Consultivo que acompanha a atividade do hospital, aprecia os planos de atividade e emite recomendações, com o objetivo do melhor funcionamento dos serviços.¹³

Ainda na sua organização interna, os hospitais EPE são imperativamente constituídos por comissões de apoio técnico¹⁴, nomeadamente comissões de ética, de qualidade e segurança do doente, de controlo da infeção hospitalar e de farmácia e terapêutica, podendo ser criadas pelo CA outras comissões de apoio técnico que se justifiquem, devendo a sua estrutura, composição e funcionamento constar do regulamento interno (Artigo 21.º n.º2 do Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de dezembro).

¹⁰ Artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de dezembro.

¹¹ Artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de dezembro.

¹² Artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de dezembro.

¹³ Artigo 22.º do Anexo II do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro.

¹⁴ As comissões de apoio técnico são órgãos de carácter consultivo que têm por função colaborar com o CA, por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência. (Artigo 21.º do Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de dezembro)

Capítulo 2 – Enquadramento teórico

Na revisão da literatura efetuada para este trabalho foram distinguidas duas áreas de análise: o controlo de gestão e a sua importância para as organizações e os sistemas de informação de apoio à tomada de decisão.

2.1. Controlo de gestão

Uma organização compreende vários departamentos, divisões, secções, cada um com um certo nível de autonomia, o que exige a existência de um sistema de controlo que coordene, determine e evidencie erros e irregularidades, para que os gestores atuem de forma a atingirem os objetivos da organização (Roberto, 1995). Desta forma, os hospitais enquanto entidades complexas que prestam serviços a um vasto leque de utentes e que possuem diversos recursos devem ser geridos da melhor forma possível, pelo que, o controlo de gestão se torna indispensável nas organizações hospitalares (Pereira B. M., 2008).

O sistema de controlo de gestão segundo Sampaio (2015) consiste num processo que engloba um conjunto de atividades e instrumentos, onde a utilização dos vários instrumentos pode diferir de organização para organização, visto que estes devem ser adaptados à realidade de cada uma. Para definir controlo de gestão, Jordan *et al.* (2015) apresenta três definições:

A primeira definição concentra-se na estimulação e motivação dos gestores, realçando a importância de um esforço constante para se atingirem os objetivos fixados.

A segunda definição privilegia o aspeto instrumental, destacando como fundamental que se proporcione a todos os responsáveis os instrumentos necessários para se tomarem as decisões mais adequadas.

Tendo em conta os aspetos acima mencionados, estes autores apresentam uma terceira definição, onde consideram que o controlo de gestão se traduz num “*conjunto de instrumentos que motivem os responsáveis descentralizados a alcançarem os objetivos estratégicos da empresa, privilegiando a ação e a tomada de decisão em tempo útil e favorecendo a delegação de autoridade e responsabilização*” (Jordan, *et al.*, 2015:30). Esta definição de acordo com o exposto em Pereira (2008) é considerada a mais completa e explícita tendo surgido para fazer face às reações negativas dos gestores em relação ao sistema de controlo de gestão das organizações portuguesas.

2.1.1. Princípios do controlo de gestão

Após a apresentação de algumas definições sobre a temática abordada, passar-se-á a anunciar e explicar os princípios determinantes para a existência de um eficaz e eficiente controlo de gestão.

De acordo com o exposto em Jordan *et al.* (2015) um sistema de controlo de gestão deve apoiar-se em oito princípios:

1. Os instrumentos de controlo de gestão não se referem apenas à dimensão financeira;
2. A descentralização das decisões e a delegação da autoridade e a responsabilização são condições de exercício do controlo de gestão;
3. O controlo de gestão organiza a convergência de interesses entre cada divisão e a empresa no seu todo;
4. Os instrumentos de controlo de gestão não são concebidos com vista à documentação ou burocracia;
5. O horizonte do controlo de gestão é o futuro;
6. O controlo de gestão tem natureza fundamentalmente comportamental;
7. O controlo de gestão conduz a um sistema de incentivos;
8. Os atores de primeira linha no controlo de gestão são muito mais os responsáveis operacionais do que os controladores de gestão.

Dado que as organizações tendencialmente reduzem os sistemas de controlo de gestão aos objetivos financeiros, o primeiro princípio compreende a estratégia da organização, afirmando que associados aos sistemas de controlo de gestão devem estar, não só objetivos de natureza financeira, mas também de não financeira.

O segundo e terceiro princípio compreende que os resultados de uma organização são obtidos pelos resultados de cada departamento, pelo que a descentralização das decisões e delegação da autoridade é essencial nos sistemas de controlo de gestão.

O quarto e quinto princípio estão relacionados com a ação e tomada de decisão em tempo útil, admitindo que os sistemas de controlo de gestão devem disponibilizar informação de forma rápida e objetiva para apoiar a tomada de decisão.

O sexto, sétimo e oitavo princípio favorecem a responsabilização, considerando que o controlo de gestão deve estimular os gestores, enriquecer as suas decisões, dar-lhes apoio na análise dos resultados e na preparação dos planos.

2.1.2. Instrumentos de controlo de gestão

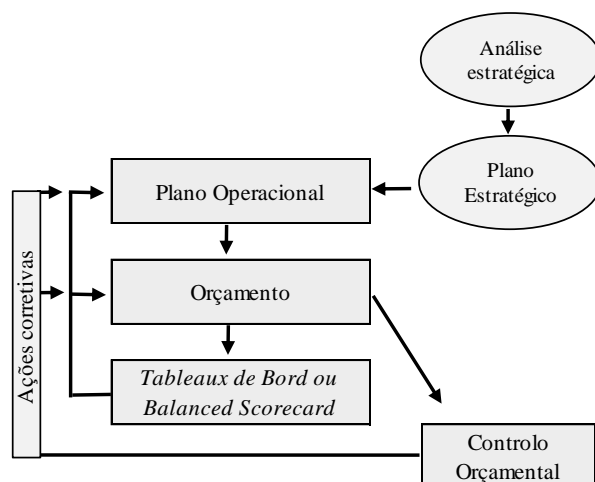
Segundo Santos (2010) para que o controlo de gestão seja efetivo é necessário o recurso a instrumentos que ajudem os gestores a estabelecerem e aceitarem objetivos, a planearem a forma de os alcançar, a monitorizarem o grau de cumprimento dos mesmos e conseqüentemente, que permitam a avaliação de desempenho dos gestores. Esses instrumentos podem ser:

- Instrumentos de pilotagem;
- Instrumentos de comportamento;
- Instrumentos de diálogo.

2.1.2.1. Instrumentos de pilotagem

Os instrumentos de pilotagem permitem que os gestores guiem as organizações através da fixação de objetivos, planeamento e acompanhamento de resultados. Estes só terão eficácia se na sua conceção se tenha procedido à convergência da informação mensurável com os objetivos estratégicos da organização, caso contrário, poderá haver uma desarticulação entre os objetivos individuais com os objetivos da organização (Santos, 2010). Estes instrumentos nos quais os gestores se apoiam para tomar as suas decisões são essencialmente constituídos pelo plano operacional, pelo orçamento, pelo controlo orçamental e pelo *tableau de bord* ou *balanced scorecard* (Jordan *et al.*, 2015). Na Figura 2 estão esquematizados mais dois instrumentos além dos anteriormente inumerados: a análise estratégica e o plano estratégico, que são instrumentos de direção a montante do controlo de gestão.

Figura 2. Ferramentas de controlo de gestão



Fonte: (Jordan *et al.*, 2015:42)

O plano operacional, segundo Jordan *et al.* (2015) é definido como a operacionalização da estratégia e procura viabilizar o plano estratégico com a colaboração de todos os gestores, independentemente dos níveis hierárquicos. É um instrumento que normalmente é estabelecido pelas organizações para o médio prazo (normalmente três anos) e procura avaliar em que medida os objetivos estratégicos são realizáveis. Nele são definidas as políticas de comercialização, de investimento e de gestão da produção, de organização e gestão dos recursos humanos e de gestão financeira.

A fase da orçamentação deve estar articulada com o plano operacional e refere-se principalmente à fixação dos objetivos de resultados de todas as naturezas a curto prazo e à elaboração dos planos de ação relativos aos diversos setores da empresa (Jordan *et al.*, 2015). O resultado do trabalho da orçamentação, de acordo com Santos (2010) permite que se possa ir efetuando o controlo orçamental, comparando aquilo que foi financeiramente definido em sede orçamental com os valores reais obtidos, salientando e analisando, desta forma, os desvios para que se possam identificar causas e adotar as medidas corretivas necessárias.

Além destes instrumentos previsionais de pilotagem mencionados, são necessários instrumentos de acompanhamento dos resultados. Em conformidade com o exposto em Jordan *et al.* (2015), o *tableau de bord* e o *balanced scorecard*, constituem instrumentos de acompanhamento e monitorização do plano operacional. O objetivo destes instrumentos é reunir um conjunto de indicadores com informação financeira e não financeira alinhada com os objetivos estratégicos da organização facilitando a informação essencial para o processo de tomada de decisão.

O *tableau de bord* e o *balanced scorecard* segundo Jordan *et al.* (2015) apresentam como principais características a diversidade dos indicadores, a concentração sobre o essencial e a adaptação ao utilizador. A diversidade dos indicadores é indispensável para medir não só os resultados financeiros mas também os resultados comerciais, de qualidade, de produtividade do pessoal, etc., no entanto, de referir que esta diversidade não pressupõe que o *tableau de bord* e o *balanced scorecard* sejam compostos por uma infinidade de indicadores, devendo-se privilegiar a seleção dos mesmos e serem concentrados apenas no que é essencial. Estes instrumentos deverão ser adaptados a cada setor e gestor, uma vez que cada um apresenta objetivos próprios e dispõe de meios de ação específicos.

2.1.2.2. Instrumentos de comportamento

Em conformidade com Areias (2016), os instrumentos comportamentais visam nortear os comportamentos dos gestores com funções descentralizadas, orientando-os no alcance dos objetivos da organização. O sistema de controlo de gestão dispõe de três instrumentos de comportamento:

- Organização em centros de responsabilidade;
- Avaliação de desempenho dos centros de responsabilidade;
- Sistema justo de preços de transferência interna.

Segundo Silva (2013) é fundamental atribuir centros de responsabilidades às diversas unidades orgânicas que compõem a organização. Uma organização estruturada em centros de responsabilidade pressupõe uma gestão por objetivos, descentralização, responsabilização e delegação de autoridade, que permitem aos gestores alcançar objetivos globais da organização.

De acordo com o exposto em Areias (2016) são quatro os tipos de centros de responsabilidade que podem ser usados numa organização:

- Centros de custo: os objetivos estão relacionados com o controlo de custos, onde o responsável tem poder para decidir quais os meios a utilizar;
- Centros de proveitos: aplicam-se a unidades de marketing e comerciais, em que a sua atividade é medida pelo seu *output* (volume de vendas);
- Centros de resultados: os objetivos estão relacionados com a maximização dos resultados, onde o responsável tem poder de decisão sobre os recursos que geram custos e proveitos;
- Centros de investimentos: centros relacionados com o financiamento da organização, tendo o responsável poder de decisão sobre os meios que geram custos, proveitos, elementos patrimoniais.

A organização de uma unidade de negócio em centros de responsabilidade, de acordo Santos (2010:18) “*só faz sentido se forem avaliados os respetivos desempenhos, por forma a orientar o comportamento dos gestores na persecução dos objetivos individuais da unidade de negócio e estratégias da empresa*”. A escolha dos critérios para a avaliação do desempenho, é feita de acordo com o tipo de centro de responsabilidade.

O preço de transferência interna é um instrumento que possibilita uma orientação do comportamento dos gestores operacionais e permite valorizar as transações internas realizadas entre vários centros de custo (Sampaio, 2015).

2.1.2.3. Instrumentos de diálogo

Determinados os centros de responsabilidade e escolhidos os critérios para avaliar o seu desempenho, é fundamental reforçar a capacidade de diálogo com os envolvidos.

O sucesso dos instrumentos de controlo de gestão em conformidade com Fernando (2015) está diretamente relacionado com a constante negociação e envolvimento das diferentes hierarquias e áreas de trabalho existentes na estrutura organizacional, pelo que é necessário que hajam instrumentos que facilitem a comunicação e diálogo.

Os instrumentos de diálogo segundo Fernando (2015) *“incluem reuniões, regras da sua realização e relatórios internos, que permitam a partilha de informação e o debate de ideias sobre as melhores formas de por as empresas a funcionar”*.

O grande desafio do diálogo é conseguir envolver todos os colaboradores de uma organização no controlo de gestão, independentemente do lugar que ocupam na hierarquia da empresa (Silva, 2013).

2.2. Sistemas de informação

Os gestores necessitam diariamente de informação para tomarem as suas decisões. A qualidade da informação que estes têm disponível, segundo Ricardo (2014) está diretamente relacionada com o grau de eficácia das suas decisões, pelo que, a adequada utilização de sistemas de informação na gestão de uma organização é de extrema importância.

Em conformidade com Santos (2016) um sistema de informação consiste num *“conjunto de recursos humanos, dados, hardware e software”* que trabalham os dados existentes com o objetivo de produzirem informação útil para a gestão.

2.2.1. Sistemas de informação de apoio à tomada decisão na saúde

As organizações, ao longo dos anos têm-se esforçado no sentido de se adaptarem às diferentes mudanças e necessidades da sociedade, desenvolvendo, desta forma novos meios de resposta para os cidadãos, novas vias de comunicação e de transmissão da informação, apoiados por sistemas de informação estruturados (Sandi, 2015).

Para Sandi (2015), um sistema de informação na saúde traduz-se num mecanismo de recolha, processamento, análise e transmissão da informação necessária para organizar e operar os serviços de saúde.

Estes sistemas de informação, de acordo com Benson (2002), podem ser caracterizados tendo em conta os seguintes objetivos:

- Clínicos: registos de dados de saúde e doença dos utentes (entre outros: registos médicos e resultados de exames);
- Administrativos: registos de dados demográficos dos doentes, bem como os dados de funcionamento da instituição;
- Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT): registos relacionados com o laboratório de análises clínicas, radiologia, entre outros;
- Financeiros: registos de dados relativos à gestão de pessoal, contabilidade financeira e analítica, bem como ao planeamento e controlo de gestão.

Figura 3. Objetivos dos sistemas de informação na saúde



Fonte: Adaptado de (Benson, 2002)

Tendo em conta que as organizações se encontram em constante mudança, estas devem possuir sistemas de informação eficientes e eficazes, de forma a reduzir o impacto dessas variações, sendo que, por isso, é deveras importante que a informação disponibilizada pelos sistemas de informação seja de qualidade (Sandi, 2015).

Quando se fala da qualidade de um serviço, a definição que melhor se adequa a qualidade está relacionada, de acordo com o exposto em Pereira (2009), com o “*nível de excelência do serviço, o quanto esse serviço é superior a outro, até que ponto os clientes sentem as suas necessidades satisfeitas*”.

Desta forma, no âmbito da saúde, esta questão não pode ser ignorada, sendo necessário o encontro constante de soluções que garantam a satisfação dos utentes. A adoção de sistemas de informação tem-se revelado como uma das soluções, cada vez mais adotadas pelos prestadores de cuidados de saúde, uma vez que se traduz em benefícios ao

nível da qualidade da prestação, melhorando os níveis de adesão às *guidelines*¹⁵, reduzindo as variações não apropriadas na prática clínica e melhorando a relação custo-efetividade nos cuidados de saúde (Pereira, 2009).

¹⁵ De uma forma muito sintética pode dizer-se que as *guidelines* clínicas são decisões genéricas, ou seja, recomendações destinadas a um conjunto de doentes e não a um doente concreto.

Capítulo 3 – Entidade de acolhimento: Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE

Neste capítulo, com o propósito de se obter um melhor enquadramento das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, procede-se a uma breve caracterização do CHBV, EPE¹⁶, entidade acolhedora onde o mesmo foi realizado.

Numa primeira abordagem, por um lado contextualiza-se o Centro Hospitalar na região, nomeadamente através da sua área de influência, por outro lado procede-se à caracterização do CHBV com uma descrição sumária dos seus objetivos estratégicos, estrutura organizacional, análise *SWOT*, oferta dos serviços, bem como dos recursos humanos que detém.

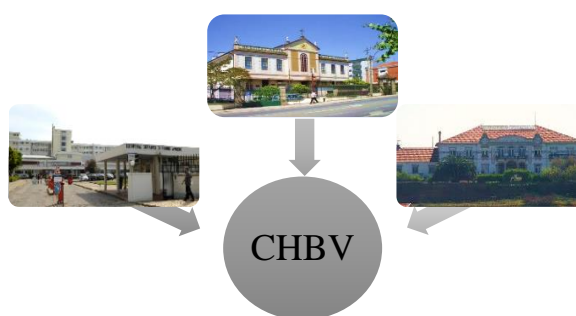
Numa segunda parte faz-se uma breve abordagem aos serviços financeiros, serviço onde o estágio decorreu, identificando as suas diversas funções.

De referir que a informação relativa a este capítulo consta, maioritariamente, no Relatório e Contas do CHBV de 2017, no Plano de Atividades e Orçamento de 2018 e no Regulamento Interno do Centro Hospitalar aprovado em 2012.

3.1. Breve caracterização do CHBV

O CHBV, criado pelo Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março, resulta da fusão do Hospital Infante D. Pedro (Sede Social do CHBV), o Hospital Distrital de Águeda (Hospital Conde de Sucena) e o Hospital Visconde de Salreu (CHBV, 2018a).

Figura 4. Criação do CHBV



Fonte: Elaboração própria.

¹⁶ O CHBV é uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor empresarial do Estado e das empresas públicas (CHBV, 2018a).

Esta fusão, que teve por base critérios de homogeneidade demográfica, complementaridade assistencial e de existência de protocolos e circuitos de colaboração, de acordo com o exposto no Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março, sucedeu-se “*numa lógica de integração, complementaridade e concentração de recursos (financeiros, tecnológicos e humanos)*” e teve como intuito melhorar de forma contínua a prestação de cuidados de saúde, com a garantia da qualidade e diversificação da oferta às populações, universalizando o acesso e aumentando a eficiência dos serviços.

Em conformidade com CHBV (2016:2), com esta iniciativa, observou-se “*um novo ciclo na organização e prestação de cuidados de saúde na região de Aveiro, pretendendo alcançar-se níveis de potenciação dos recursos afetos ao sistema de saúde na região e criação de condições de gerar mais valor em saúde para os cidadãos da área de influência desta estrutura hospitalar*”.

3.1.1. Área de influência

A área de influência geográfica do CHBV corresponde, praticamente, à área abrangida pelos concelhos pertencentes à Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUT) III¹⁷ – Baixo Vouga, com exceção dos concelhos de Ovar, Anadia e Mealhada (CHBV, 2018a).

Figura 5. Concelhos pertencentes ao Baixo Vouga



Fonte: <http://www.aveiro-empendedor.pt/portfolio/estudo-de-caracterizacao-empresarial-da-regiao-do-baixo-vouga/>

¹⁷ As NUT – III correspondem ao território das Comunidades Intermunicipais e das Áreas Metropolitanas.

De acordo com o Censo de 2011¹⁸, o conjunto dos concelhos pertencentes à NUT III - Baixo Vouga tem uma área total de 1.802,3 km² e uma população de 390.840 habitantes.

A delimitação geográfica de intervenção definida para o CHBV não pode conflitar com o princípio da universalidade e da liberdade de escolha no respeito pelas regras de organização e de articulação com as Redes de Referenciação Hospitalares e de Cuidados de Saúde Primários.

3.1.2. Objetivos estratégicos

As opções estratégicas do Centro Hospitalar do Baixo Vouga começaram a ser implementadas a partir do dia 2 de fevereiro de 2012, aquando a nomeação do primeiro Conselho de Administração do CHBV (Ferreira, 2016).

A 27 de junho de 2012, foi aprovada e homologada pelo Conselho Diretivo da ARSC, a proposta de Regulamento Interno do CHBV que define as competências dos diversos órgãos e serviços, as normas de gestão e de funcionamento, bem como a descrição da sua missão e visão.

Em conformidade com o exposto em (CHBV, 2012), o Centro Hospitalar assume como missão *“prestar, em tempo útil e com um elevado nível de qualidade, efetividade, eficiência e custos socialmente comportáveis, cuidados de saúde diferenciados, articulando-se com outros Serviços de Saúde e Sociais da Comunidade que serve, bem como a Rede de Cuidados de Saúde Primários e com a Rede Nacional de Cuidados Integrados, apostando na motivação e satisfação dos seus Profissionais e Colaboradores”*. Faz, igualmente, parte da missão do CHBV o desenvolvimento da *“função formação”* que for considerada necessária, com vista a atualização e monitorização das competências dos colaboradores do Centro Hospitalar.

No que diz respeito à sua visão, o CHBV pretende ser reconhecido pela sua excelência clínica, eficácia e eficiência, assumindo-se como um Centro Hospitalar de referência. Para atingir este desiderato, segundo o descrito em CHBV (2018b), o CHBV *“terá de atuar num quadro estratégico que lhe permita catapultar-se para o patamar cimeiro dos hospitais de dimensão e complexidade semelhante à sua”*.

¹⁸ Os Recenseamentos da População e da Habitação, abreviadamente designados por Censos, são uma contagem da população e do parque habitacional que decorre todos os 10 anos.

3.1.3. Análise *SWOT*

A análise *SWOT*¹⁹ constitui um importante instrumento de gestão estratégica pois permite analisar o ambiente externo e interno de forma integrada (Almeida, 2016).

O ambiente interno é definido como o ambiente sobre o qual a organização tem controlo e propõe a identificação dos pontos fortes da organização, bem como dos pontos fracos em relação aos seus concorrentes e mercado.

O ambiente externo é composto por fatores que estão fora do controlo da organização, e que de alguma forma, exercem influência sobre ela e a sua análise tem como objetivo a identificação das oportunidades e ameaças da organização.

De seguida apresenta-se a análise *SWOT* do CHBV, onde se identifica os pontos fortes e fracos, bem como as ameaças e oportunidades do seu meio envolvente, nos termos do Plano Estratégico do CHBV para 2016-2020.

3.1.3.1. Pontos fortes

Os pontos fortes do CHBV estão relacionados com as suas aptidões mais fortes, dando-se particular ênfase aos recursos humanos, à motivação e à predisposição para desenvolver uma cultura de melhoria continua.

- Qualidade técnica e científica dos profissionais;
- Corpo de enfermagem e técnico rejuvenescido;
- Motivação crescente entre os profissionais;
- Sistemas de informação integrados;
- Proximidade geográfica e institucional com as unidades de cuidados de saúde primários.
- Serviços com potencial para atingirem níveis de excelência na prestação de cuidados;
- Projetos de melhoria continua;
- Capacidade de acomodar maiores fluxos de procura;
- Criar sinergias e aproveitar o melhor das 3 unidades integradas no CHBV.

¹⁹ O termo “SWOT” é um acrónimo das palavras *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças).

3.1.3.2. Pontos fracos

No que concerne aos pontos fracos do CHBV, estes representam desvantagens internas do Centro Hospitalar em relação aos seus concorrentes e estão relacionadas com a sua estrutura física, organizacional e financeira:

- Elevado grau de degradação das instalações hospitalares das 3 unidades que integram o CHBV;
- Baixa rentabilidade dos serviços, gerando custos da atividade pouco competitiva;
- Plataforma tecnológica de suporte à atividade do CHBV em fim de vida;
- Envelhecimento do corpo médico;
- Condicionamentos legais à contratação e dispensa de recursos humanos;
- Défice de Recursos Humanos em algumas especialidades médicas;
- Insuficiência das dotações orçamentais;
- Incapacidade de cumprir tempos de resposta adequados às solicitações dos cidadãos que o CHBV serve;
- Inexistência de idoneidade formativa em todas as especialidades médicas;
- Deficiente comunicação interna;
- Escassez de recursos humanos por falta de competitividade com outros empregadores;
- Resistências à mudança.

3.1.3.3. Oportunidades

Ao nível da envolvente externa considerou-se a necessidade de potenciar a oportunidade do CHBV ser uma das muitas forças vivas da região e da comunidade e a possibilidade de concretizar parcerias com interlocutores importantes da região:

- Diversidade de soluções organizativas previstas na lei;
- Inovação tecnológica, aumentando assim a produtividade do CHBV;
- Localização geográfica²⁰;
- Aumento dos conhecimentos básicos de saúde por parte da população;
- Concretização de uma parceria diferenciadora com a Universidade de Aveiro;

²⁰ O CHBV situa-se numa região com uma considerável importância económica e bem servido de infraestruturas.

- Implementação de uma “Política de retenção de talentos” através de programa de doutoramento;
- Estabelecimento de contratos com outras entidades do SNS, em áreas em que exista capacidade disponível;
- Desenvolvimento de projetos que satisfaçam as necessidades das populações (ex: Hospitalização Domiciliária; Captação de fundos ao Portugal 2020).

3.1.3.4. Ameaças

Relativamente às ameaças, estas dizem respeito aos aspetos negativos que saem do controlo do CHBV, incentivando, assim, a adoção de uma conduta proactiva de antecipação de problemas.

- Fragilidade na conjuntura macroeconómica;
- Envelhecimento da população;
- Perda de valências com transferências de diferenciação para outras instituições de saúde;
- Excessiva focalização do sistema nas grandes estruturas hospitalares;
- Baixa cultura de cooperação entre as estruturas do SNS;
- A política de financiamento é desadequada à capacidade de produção do centro hospitalar;
- Incremento e diferenciação de unidades de saúde privadas.

Esta análise é de extrema importância, uma vez que gera uma visão 360° fundamental para antecipar problemas e apoiar na preparação de planos de contingência para as diferentes ameaças externas.

3.1.4. Estrutura Organizacional

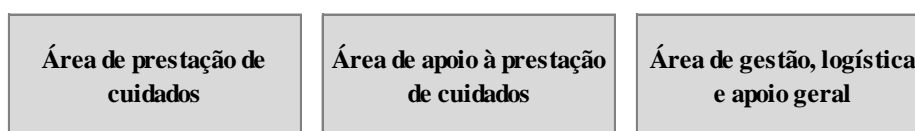
A estrutura organizacional do CHBV, que se encontra definida tendo em conta a realidade assistencial da nova estrutura e que pretende aglomerar de modo uniforme as atividades das três instituições hospitalares, está caracterizada no organograma (ver Anexo 1) e detalhada no Regulamento Interno.

Em conformidade com (CHBV, 2012), o CHBV compreende os seguintes órgãos:

- Órgão de Administração - o de Conselho de Administração, constituído pelo Presidente e por quatro Vogais, desempenhando um dos Vogais o cargo de Diretor Clínico e outro Vogal o cargo de Enfermeiro-Diretor;
- Órgão de controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial - o Fiscal Único, cuja nomeação, natureza, mandato, exercício de funções e regime de substituição são constantes dos Estatutos dos Hospitais EPE;
- Órgão de natureza consultiva - o Conselho Consultivo que acompanha a atividade do Centro Hospitalar, aprecia os planos de atividade e emite recomendações, com vista o melhor funcionamento dos serviços.

Quanto à estrutura organizacional, o CHBV consagra a organização dos serviços de acordo com a tipologia apresentada na Figura 6 (CHBV, 2018a):

Figura 6. Estrutura organizacional do CHBV



A área de prestação de cuidados encontra-se organizada em departamentos, serviços ou unidades funcionais e desenvolve as suas atividades podendo atuar nas seguintes linhas de produção: internamento, hospital de dia, urgência, consulta externa, cirurgia do ambulatório, serviço de domiciliário e MCDT.

A área de apoio à prestação de cuidados é vista como uma área de suporte à atividade do CHBV e abrange os serviços farmacêuticos, serviços de nutrição e alimentação, serviço social, gabinete do utente, arquivo clínico, esterilização e assistência espiritual.

No que concerne à área de gestão, logística e apoio geral, esta engloba os serviços de gestão de doentes, de gestão de recursos humanos, de aprovisionamento e gestão de materiais, de informática e análise de sistemas financeiros, de instalações e equipamentos, de investigação e formação, bem como os serviços financeiros e serviços hoteleiros.

3.1.5. Oferta de serviços

Existe uma grande diversidade de serviços médicos nas três unidades hospitalares do CHBV. Em traços gerais, segundo o exposto em CHBV (2018a), destaca-se a seguinte oferta de serviços do CHBV (ver Anexo 2, 3 e 4):

- Trinta especialidades médicas em regime de internamento;
- Duas unidades de cuidados intensivos
- Vinte e cinco especialidades médicas em regime de hospital de dia;
- Um serviço de urgência básico;
- Um serviço de urgência médico-cirúrgico;
- Doze serviços cirúrgicos com atividade cirúrgica em regime de ambulatório;
- Quarenta e uma especialidades a realizar meios complementares de diagnóstico e de terapêutica.

3.1.6. Recursos Humanos

Em conformidade com os dados do Relatório e Contas de 2017, o Centro Hospitalar do Baixo Vouga conta com cerca de 1755 colaboradores.

No Quadro 1 pode-se observar que as categorias mais numerosas são as de pessoal de enfermagem com o total de 698 colaboradores e as de assistentes operacionais com 368.

Quadro 1. Recursos humanos por categoria profissional

Categoria Profissional	2017
Assistentes Operacionais	368
Assistentes Técnicos	140
Conselho de administração	5
Outros Profissionais	1
Pessoal de Enfermagem	698
Pessoal de Informática	0
Pessoal Dirigente	13
Pessoal Docente	1
Pessoal em Formação Pré Carreira	121
Pessoal Médico	253
Pessoal Técnico de Diagnóstico e de Terapêutica	116
Pessoal Técnico Superior de Saúde	18
Pessoal Técnico Superior	21
Total	1755

No que concerne à distribuição etária, observa-se que a idade da maioria dos colaboradores do CHBV está compreendida entre 30 e 49 anos (60%). É igualmente importante mencionar que cerca de 128 colaboradores detêm idade igual ou superior a 60 anos, o que permite antever o ritmo de saída de profissionais por aposentação nos próximos anos.

Quadro 2. Faixa etária dos recursos humanos

Escalão etário	Masculino	Feminino	Total
< 20	0	0	0
20-24	3	8	11
25-29	25	97	122
30-34	50	276	326
35-39	59	239	298
40-44	50	168	218
45-49	46	167	213
50-54	46	185	231
55-59	41	167	208
60-64	35	73	108
65-69	5	15	20
Total	360	1395	1755

Relativamente à distribuição dos recursos humanos do CHBV por género, verifica-se que cerca de 79,5% são do sexo feminino e apenas 20,5% do sexo masculino, pelo que se acentua uma desproporção a favor do sexo feminino, com especial ênfase nos enfermeiros e assistentes operacionais.

Quadro 3. Recursos humanos por género

Categorias profissionais	Masculino	Feminino	Total
Pessoal Dirigente	4	9	13
Médicos	129	245	374
Técnicos Superiores de Saúde	1	17	18
Enfermeiros	126	572	698
Técnicos de Diagnóstico e de Terapêutica	21	95	116
Técnicos Superiores	5	16	21
Assistentes Técnicos	17	123	140
Assistentes Operacionais	51	317	368
Outros Profissionais	6	1	7
Total	360	1395	1755

A respeito das habilitações literárias, verifica-se que a maioria dos colaboradores do CHBV (69,3%) possui habilitações superiores ao 12º ano, existindo, portanto, uma grande diversidade de competências importante para manter projetos de inovação organizacional, técnica e assistencial, bem como para contribuir para um melhor desempenho do Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

Quadro 4. Habilitações literárias dos recursos humanos

Habilitações Literárias	Total
<4 anos de escolaridade	1
4 anos de escolaridade	62
6 anos de escolaridade	96
9º ano ou equivalente	146
11º ano	48
12º ano ou equivalente	185
Bacharelato	188
Licenciatura	799
Mestrado	223
Doutoramento	2
MBA	5
Total	1755

3.2. Serviços financeiros

Os serviços financeiros, instalados fisicamente na Sede do CHBV, em Aveiro, enquadram-se na área da Gestão, Logística e Apoio Geral do CHBV, conforme se pode observar com o organograma apresentado no Anexo 1.

Estes congregam uma multiplicidade tarefas e áreas de intervenção que têm um impacto transversal para o desempenho global do CHBV e para os grupos de utilizadores que dele dependem, tendo como principais funções:

- Contabilidade geral, financeira e analítica;
- Dar cumprimento às obrigações fiscais e parafiscais da organização;
- Organizar e gerir a tesouraria;
- Emissão de faturas e gestão das contas a receber;
- Cobrança de taxas moderadoras;
- Pré-faturação;
- Produzir e verificar a informação de gestão, orçamental, económica, financeira, fiscal, de prestação de contas.

Capítulo 4 - Estágio curricular

O estágio curricular é uma das principais etapas de preparação para o exercício de uma profissão, onde se coloca em prática os conhecimentos e conteúdos adquiridos durante a formação académica.

O estágio foi realizado no CHBV durante o período compreendido entre o dia 19 de fevereiro e 26 de junho de 2018, correspondente a 700 horas e decorreu durante o horário de trabalho diurno normal dos trabalhadores (8:30h-17:30h).

Estes cinco meses não foram apenas um período onde se colocou em prática os conhecimentos adquiridos no Mestrado em Gestão, foi também um período gratificante e enriquecedor onde se adquiriu novos e variados conhecimentos.

4.1. Atividades realizadas

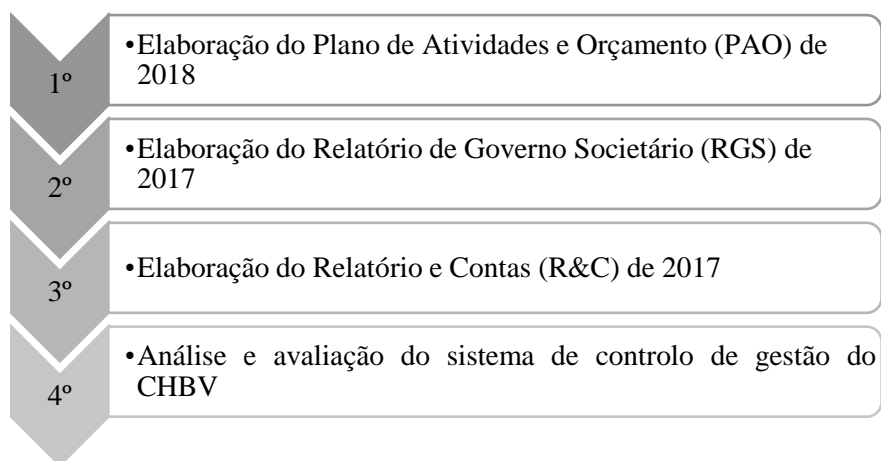
Todas as atividades realizadas no Departamento Financeiro do CHBV foram coordenadas e supervisionadas pelo Dr. Paulo Diz, Diretor Financeiro do CHBV e apoiadas pela Professora Doutora Isabel Cruz, orientadora deste estágio.

Após o acolhimento e integração nos serviços financeiros do CHBV, as primeiras atividades realizadas foram relativas à elaboração de instrumentos de gestão, nomeadamente, o Plano de Atividades e Orçamento de 2018, o Relatório de Governo Societário de 2017 e o Relatório e Contas de 2017.

Estes instrumentos de gestão representam obrigações do CHBV perante diversas entidades e são considerados elementos fundamentais, uma vez que através deles é possível relacionar dados, conhecer a situação da organização, planear o seu futuro, bem como consequentemente tomar decisões de forma adequada.

Após a elaboração dos referidos instrumentos de gestão, por se considerar relevante e contribuir para o enriquecimento do CHBV, surgiu a oportunidade de se explorar um tema relacionado com a análise e avaliação do sistema de controlo de gestão do CHBV. A exploração deste tema foi a última atividade a ser desenvolvida e a mais duradoura, sendo considerada, portanto, a “macro atividade” deste estágio.

Figura 7. Atividades realizadas durante o estágio



Fonte: Elaboração Própria.

De seguida, nos próximos pontos deste relatório serão descritas as atividades desenvolvidas por ordem de acontecimento.

4.1.1. Plano de Atividades e Orçamento de 2018

Em conformidade com o exposto nas instruções para a elaboração dos Instrumentos Previsionais de Gestão (IPG) reportados ao triénio 2018-2020, o Plano de Atividades e Orçamento, elaborado tendo em conta o respeito pelas orientações, objetivos financeiros e restrições orçamentais a vigorar em 2018, deve ser constituído por políticas que garantam a melhoria da eficiência operacional, que permitam a contenção dos gastos com pessoal.

O Plano de Atividades e Orçamento de 2018 foi constituído por informações atuais e completas do CHBV, que de uma forma resumida abrange as seguintes matérias:

- Contextualização do Centro Hospitalar na região, nomeadamente a sua área de influência, situação económico-social e demográfica da região;
- Caracterização do CHBV através da análise do seu posicionamento estratégico e identificação dos seus recursos físicos e humanos;
- Identificação da visão estratégica do Centro Hospitalar;
- Definição das metas fixadas para os objetivos nacionais e regionais, de qualidade e desempenho assistencial, que o CHBV está obrigado a cumprir;
- Identificação de todos os investimentos associados a projetos financiados de candidaturas já realizadas ou que se preveem realizar até ao final do ano de 2018;

- Apresentação da proposta de orçamento para 2018, bem como a memória justificativa do projeto de orçamento.

4.1.2. Relatório de Governo Societário de 2017

Com já foi anteriormente referido, o Relatório de Governo Societário representa uma obrigatoriedade do CHBV, imposta pelo artigo 54.º do Decreto-Lei 133/2013, de 3 de outubro, alterado pela Lei n.º 42/2016, de 28 de dezembro, onde é referido que empresas públicas estão obrigadas a apresentarem anualmente relatórios de boas práticas de governo societário.

Este instrumento de gestão, elaborado de acordo com os deveres de informação e transparência previstos na lei e regulamentação em vigor, bem como com as orientações emitidas para o efeito pela Unidade Técnica de Acompanhamento e Monitorização do Setor Público Empresarial (UTAM), tem como principal objetivo informar a Tutela e todas as demais partes interessadas sobre os princípios de governo societário e as práticas de bom governo adotadas pelo CHBV, com informação atual e completa.

A elaboração deste relatório teve como base o Manual para a elaboração do Relatório de Governo Societário de 2017 preparado pela UTAM que inclui um modelo para a elaboração do relatório, as respetivas instruções bem como os correspondentes anexos que deverão ser incluídos na sua elaboração.

De forma resumida, o Relatório de Governo Societário abrange as seguintes matérias:

- Missão, visão, valores, políticas e linhas de ação do CHBV;
- Estrutura de capital da instituição;
- Participações sociais e obrigações detidas pelo CHBV, pelo CA e pelos titulares do capital da instituição;
- Órgãos sociais e comissões, que compreende o modelo de governo e os diferentes órgãos internos do CHBV e suas funções;
- Organização interna do CHBV, regulamentos e controlos internos, estatutos e endereços de divulgação de informações na internet;
- Estrutura das remunerações dos membros do CA;
- Transações das partes relacionadas com o CHBV e respetivos mecanismos de controlo;
- Análise de sustentabilidade nos domínios económicos, sociais e ambientais;

- Avaliação do Governo Societário, que relaciona as recomendações recebidas nos relatórios anteriores pelo acionista com os respectivos graus de cumprimento dessas recomendações;
- Demonstração não Financeira.

4.1.3. Relatório e Contas de 2017

O Relatório e Contas, também denominado por Relatório de Gestão consiste num documento onde são apresentadas as contas do exercício, bem como os demais documentos de prestação de contas previstos na lei relativos a cada ano civil (Artigo 65.º n.º1 do Código das Sociedades Comerciais).

Em conformidade com o exposto no artigo 66.º do Código das Sociedades Comerciais, o Relatório e Contas deve consistir numa análise equilibrada e global da evolução dos negócios, dos resultados e da posição da organização, tendo em conta a dimensão e complexidade da sua atividade.

Face ao exposto e tendo em conta as instruções sobre o processo de prestação de contas referente a 2017, o Relatório e Contas do CHBV de 2017, foi dividido em três partes.

No primeiro capítulo fez-se uma caracterização do CHBV, com o intuito de se contextualizar a sua atividade, evidenciando os constrangimentos ao seu desenvolvimento, o seu potencial de desenvolvimento organizacional, bem como as responsabilidades assumidas no contexto das orientações estratégicas emanadas pelo Ministério da Saúde.

No segundo capítulo descreveram-se as atividades desenvolvidas pelo CHBV em 2017.

Por fim, na terceira parte, deu-se a conhecer informação específica para o setor da saúde, nomeadamente no que diz respeito à estimativa de proveitos, índice de desempenho global e ao acompanhamento dos Contratos-Programa.

Capítulo 5 - Estudo de caso

5.1. Metodologia

5.1.1. Objetivo de estudo

O estudo de caso apresentado tem como principal objetivo a análise e avaliação do sistema de controlo de gestão do Centro Hospitalar do Baixo Vouga. Desta forma, será identificada a informação necessária para a tomada de decisão e analisada a evolução dos sistemas de controlo de gestão com o propósito de dar respostas a questões como:

- Porque é que se considerou importante mudar de sistema de controlo de gestão?
- Quais são as principais forças e fraquezas que são perceptíveis no sistema de controlo de gestão, face aos anteriores sistemas?
- De que forma está a ser utilizado o sistema de controlo de gestão?
- De que forma o sistema de controlo de gestão poderia ser utilizado?

5.1.2. Método de pesquisa e técnicas utilizadas

A recolha de evidência no CHBV iniciou-se na sequência de um pedido por escrito de colaboração com o Centro Hospitalar ao Presidente do Conselho de Administração (ver Anexo 5) e do deferimento do mesmo.

A recolha de informação primordial para este estudo foi feita através da realização de catorze entrevistas a colaboradores do CHBV: dois membros do Conselho de Administração, três gestores, dois membros do Gabinete de Controlo de Gestão, quatro diretores de serviço e três enfermeiros-chefes (ver Anexo 7 com a descrição das entrevistas).

Para apoiar a realização das entrevistas foi elaborado um guião de entrevista (ver Anexo 6) dividido em quatro partes, adaptando-se a cada entrevistado tendo em conta a sua condição de colaborador e a sua antiguidade no CHBV.

Estas entrevistas, realizadas durante o mês de maio e início do mês de junho, foram gravadas digitalmente (à exceção de duas entrevistas), o que permitiu a tomada de notas ao longo das entrevistas e logo após cada uma delas.

Na sua maioria, as entrevistas foram transcritas no próprio dia ou no dia seguinte à sua realização para que se tivesse bem presente a entrevista. Nas duas entrevistas que não foram gravadas a pedido dos entrevistados, foram feitas anotações e registadas as ideias mais importantes.

Paralelamente à realização das entrevistas, analisaram-se, ainda, os resultados de um questionário efetuado no ano de 2015 (Cruz & Diz, 2017) aos diferentes colaboradores do CHBV. Este questionário teve como objetivo a análise do impacto da criação do CHBV no sistema de controlo de gestão existente.

5.2. Análise dos resultados

5.2.1. Sistemas de informação no CHBV

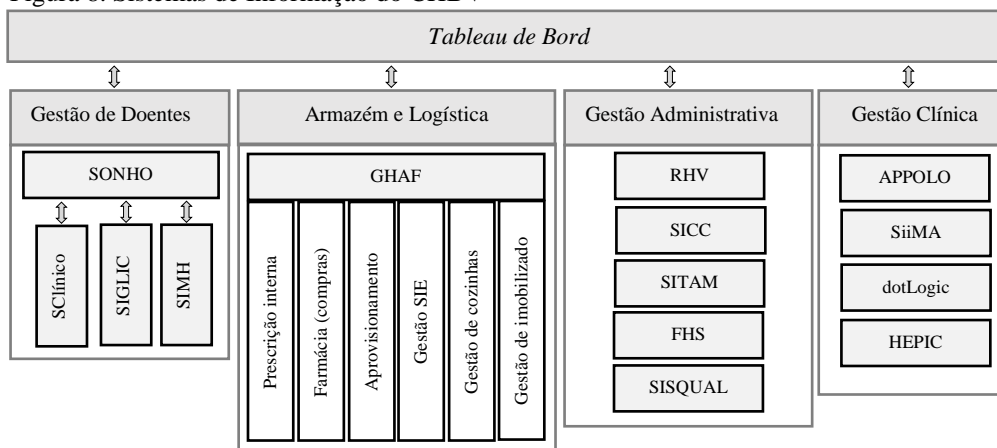
Cada sistema de informação que o CHBV possui foi desenvolvido para satisfazer as necessidades de tratamento e obtenção de informação como reflexo das exigências dos organismos do Ministério da Saúde, como a ARSC e ACSS, e principalmente das carências sentidas pelos diferentes colaboradores relativamente à obtenção de informação precisa e relevante para as suas tomadas de decisão, quer na vertente clínica, quer na vertente administrativa/financeira.

Os sistemas de informação existentes no CHBV encontram-se espelhados na Figura 8 e estão direcionados para diferentes utilizadores: administrativos, profissionais de saúde, gestores, diretores de serviço, enfermeiros-chefes e membros do Conselho de Administração, sendo que alguns destes sistemas permitem acessos diferentes consoante o tipo de utilizador.

Os sistemas de informação do CHBV podem agrupar-se em quatro tipos:

- Sistemas de informação relativos à gestão de doentes;
- Sistemas de informação relacionados com o armazém e a logística;
- Sistemas de informação referentes à gestão administrativa;
- Sistemas relacionados com a gestão clínica.

Figura 8. Sistemas de Informação do CHBV



Fonte: Elaboração própria.

O Sistema Integrado de Informação Hospitalar (SONHO), utilizado por administrativos, encontra-se instalado na maior parte dos hospitais portugueses e está relacionado com o registo administrativo de informação de gestão de doentes. Neste sistema procede-se ao registo dos dados demográficos dos utentes bem como os dados da atividade da organização que estão relacionados com o motivo da ida ao hospital, alta e transferências, correspondência e ligações a companhias de seguros. Esta gestão da informática dos dados pessoais dos doentes e dos respetivos exames torna, teoricamente, o trabalho administrativo mais rápido e eficaz (Cruz, 2013). A ARS e os hospitais têm interesse em ter estes dados informatizados, uma vez que possibilita-lhes o seu tratamento estatístico e permite o cálculo de indicadores que auxiliem as tomadas de decisão da área organizacional dos hospitais (Teixeira & Brochado, 2005).

Toda a informação recolhida pelo SONHO é armazenada numa base de dados que é partilhada com o sistema de informação SClínico. Este foi desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) e permitiu a agregação de dois sistemas previamente existentes: o Sistema de Apoio Médico (SAM) e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). O SClínico prevê a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos, de forma a garantir a normalização da informação. O acesso à informação clínica do utente, a utilização e partilha dos dados com os profissionais de saúde de diversas áreas e a sistematização dos mesmos, permite a homogeneidade das práticas e da informação recolhida a nível nacional, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente.

O SONHO também fornece informações para o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), que gere e monitoriza a informação sobre a lista de espera de inscritos para a cirurgia no SNS, de forma a dispor de dados estatísticos e de indicadores que permitam efetuar o controlo de gestão da atividade cirúrgica programada, face às necessidades dos utentes.

Para responder à necessidade de adaptar os sistemas de informação nas instituições hospitalares, de forma a permitirem a codificação de episódios, a SPMS desenvolveu o Sistema de Informação para a Morbilidade Hospitalar (SIMH) tendo como principal finalidade recolher, editar e agrupar em Grupos de Diagnósticos Homogéneos (GDH)²¹ episódios de internamento e ambulatório, permitindo a integração de dados administrativos de vários sistemas de informação, principalmente do SONHO.

²¹ Os GDH constituem um sistema de classificação de doentes internados em hospitais de agudos que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos.

Diretamente relacionado com o armazém e logística, o CHBV socorre-se do sistema de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF). Este sistema de informação integra os seguintes módulos: prescrição interna, farmácia (compras), aprovisionamento (compras), gestão do Serviço de Instalações e Equipamentos, gestão de cozinhas e gestão de imobilizado (Cruz, 2013). Este sistema permite, entre outros, gerir os vários procedimentos de aquisição (concursos, consultas de mercado, etc.); dar entrada dos bens em *stocks* através das guias de remessa ou das faturas; registar os pedidos dos vários serviços para os vários armazéns (produtos farmacêuticos, material de conservação e reparação) (Cruz, 2013). Globalmente o GHAF apoia o serviço de farmácia, os médicos (prescrição interna), o responsável pelo aprovisionamento, o responsável pela gestão dos serviços de instalações e equipamentos e o responsável pelos serviços hoteleiros (gestão da cozinha).

Diretamente relacionado com a gestão administrativa inclui-se o sistema de informação de Recursos Humanos e Vencimentos (RHV) que é responsável pelo processamento de remunerações e gestão de recursos humanos.

O Sistema de Informação Centralizado de Contabilidade (SICC), em conformidade com o exposto em Cruz (2013), também se encontra relacionado com a gestão administrativa e tem como principal objetivo a recolha de informação contabilística e o *reporting* de informação, efetuando registos na Contabilidade Orçamental, Patrimonial e Analítica tendo por base os princípios contabilísticos inerentes a estas três óticas e possibilitando a produção de mapas, definidos legalmente para a Direção-Geral do Orçamento, Tribunal de Contas, ACSS, entre outros.

O Sistema de Informação de Taxas Moderadoras (SITAM) assegura todo o processo de alerta, notificação e cobrança de taxas moderadoras em dívida, reduzindo, desta forma, os custos administrativos de cada uma das unidades de saúde.

O Sistema de Informação de Faturação Hospitalar às Seguradoras (FHS) tem como objetivo disciplinar e agilizar o processo de troca de informações entre entidades do SNS e empresas de seguros, subjacente à faturação de cuidados de saúde prestados nos hospitais.

Ainda relacionado com a gestão administrativa, o CHBV possui o Sistema de Informação SISQUAL, que se traduz numa solução de geração automática de escalas,

Permite definir operacionalmente os produtos de um hospital, que mais não são que o conjunto de bens e serviços que cada doente recebe em função das suas necessidades e da patologia que o levou ao internamento e como parte do processo de tratamento definido

permitindo que se desenhe os horários e escalas ideais e se processe salários automaticamente.

No que concerne aos sistemas de informação utilizados para a gestão clínica, o CHBV possui: o sistema de informação APPOLO que permite gerir o laboratório de análises clínicas; o SiiMA que faz a gestão de todos os exames efetuados no serviço de imagiologia, desde a admissão do utente até à emissão do relatório médico; o dotLogic que consiste num sistema que gere todo o circuito de informação dos exames de eletrocardiografia; e o HEPIC que possibilita a gestão dos circuitos de vigilância epidemiológica e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde.

O *Tableau de Bord* agrega a informação que se encontra dispersa nos diversos sistemas de informação acima mencionados, com o propósito de facilitar e apoiar os processos de tomada de decisão.

5.2.2. Informação para a tomada de decisão no CHBV

As organizações podem adquirir diversas vantagens competitivas através do uso de sistemas de controlo de gestão, no entanto, se a informação que estes disponibilizam for inadequada, o sistema torna-se inútil, não permitindo que sejam tomadas decisões de forma eficiente e adequada. Em conformidade com o exposto em Dantas (2006), dispor de informação confiável e segura possibilita um trabalho mais racional e bem estruturado, assim como a tomada de boas decisões.

Questionados os colaboradores do CHBV sobre os aspetos mais importantes para produzir informação relevante para a tomada de decisão, estes consideraram a disponibilidade imediata da informação um fator relevante.

De acordo com Areias (2016) para que o resultado do processo de tomada de decisão satisfaça as necessidades dos decisores e consequentemente das organizações é essencial que a informação possua algumas características fundamentais, realçando-se, entre elas, a rapidez. A informação em tempo real pressupõem a possibilidade de se efetuarem análises instantâneas que proporcionam benefícios evidentes como o dinamismo e rapidez para a gestão das operações, a não existência de atrasos entre a ocorrência de um facto e as informações relevantes que lhe são relatadas, assim como uma maior eficiência no processo decisório. O membro do B do Conselho de Administração afirma que a informação em tempo real resulta num aumento de valor para o Centro Hospitalar:

“A disponibilidade imediata é um valor muito importante! Quando alguém precisa de ter informação e precisa de utilizar um intermediário para a saber

é um obstáculo ao conhecimento e ao pensamento (...) se a pessoa precisa de saber algo, carrega em 3 ou 4 botões e tem a informação... isto é um valor inestimável.”

Este sentimento é recorrente e reforçado pela Gestora do Serviço B que afirma:

“É fundamental (...) conseguirmos ter uma informação atual! (...) O que interessa é ir lá [à ferramenta de controlo de gestão] ao dia... à data... agora... e conseguirmos ver quais foram as consultas realizadas, quantos doentes foram operados, quantas urgências temos, etc...”

Segundo Areias (2016), conforme citado por Carvalho (2014), a informação necessária à preparação das decisões deve ser adequada à dimensão da sua aplicação, não devendo ser insuficiente relativamente às necessidades, nem superabundante, ou mal estruturada.

Quando questionados os entrevistados do CHBV sobre a informação necessária para as suas tomadas de decisão estes consideraram indispensável ter informação relativa a indicadores de atividade/produção; metas de cada serviço, custos e proveitos; contratualização interna e externa; *benchmarking* com outros centros hospitalares do mesmo grupo, tal como está espelhado na Figura 9.

Figura 9. Informação necessária para a tomada de decisão



Ter informação relativa a indicadores de produção revela-se importante para a tomada de decisão, uma vez que estes possibilitam a avaliação contínua da posição e evolução de uma determinada atividade que decorre na organização. A Gestora entrevistada do Serviço B esclarece:

“É importante acompanhar a evolução das consultas, dos hospitais de dia, dos internamentos, das cirurgias, para ver, por exemplo, se a produção é positiva, se a evolução acompanha nomeadamente os recursos que temos. (...) É muito importante acompanhar a atividade/produção através das ferramentas de controlo de gestão.”

Os indicadores de produção estão associados a metas que são definidas anualmente para cada serviço e que representam os resultados a serem alcançados. Estas

permitem que haja um melhor controlo do desempenho da organização pois são observáveis e quantificadas através dos indicadores.

O exercício da gestão de custos é, cada vez mais uma preocupação sentida pelos gestores e membros do Conselho de Administração do CHBV em virtude da necessidade de garantirem uma maior eficiência na aplicação dos recursos e sustentabilidade da organização. Assim, a existência de informação relacionada com os custos, consumos e proveitos é essencial para que sejam tomadas boas decisões. O membro B do Conselho de Administração, no entanto, esclarece que este sentimento não é comum a todos os colaboradores :

“Os médicos, especialmente, dizem «eu preciso de mais um médico» mas não interessa os custos que isso tem, precisam sempre de mais mas os custos nunca vêm associados (...) eles dizem «pois... pois... a medicina não são só custos» não são só, mas também!”

A este propósito a Diretora do Serviço B esclarece:

“ (...) Tentamos gerir o nosso serviço tentando dar a melhor resposta ao nosso doente. Não vamos deixar de marcar cirurgias ou deixar de fazer consultas a pensar nos custos, (...) não é o parâmetro fundamental para um diretor de serviço. Aí entra o gestor a chamar-nos à atenção. A parte dos custos eu acho que é importante mas não é isso que nos vai fazer com que nos desviemos daquilo que consideramos mais importante para o nosso serviço crescer.”

Por outro lado, possuir informação sobre a contratualização interna e externa é relevante para a tomada de decisão. A contratualização com os hospitais visa essencialmente uma prestação de serviços que responda às necessidades coletivas e promova um verdadeiro benefício público na utilização dos recursos. A Diretora do Serviço B esclarece a importância em se acompanhar a informação relativa à contratualização interna e externa:

“É importante comparar o número de doentes que foram operados, o número de consultas relativamente ao período homólogo; (...) acompanhar os dados para ver se estamos atingir os objetivos ou não, os dados da contratualização. O que nós queremos é acompanhar e estabelecer planos de recuperação nas situações em que o precisamos de fazer e para isso esta informação é fundamental.”

Constatou-se, ainda, que o acesso a informação de outros centros hospitalares do mesmo grupo é fundamental para uma adequada tomada de decisão. De acordo com ACSS (2018) o processo de *benchmarking* entre os hospitais tem como objetivo *“melhorar o desempenho económico – financeiro das organizações garantindo em simultâneo um melhor desempenho na prestação de cuidados aos utentes, nomeadamente ao nível da qualidade e do acesso”*. A Diretora do Serviço C face ao exposto refere:

“ (...) É importante ver como estão os outros hospitais. Eu não vou comparar o meu serviço com a Cardiologia ou a com Pneumologia porque não tem nada a ver (...) essa comparação do mesmo serviço com o de outros hospitais era interessante!”

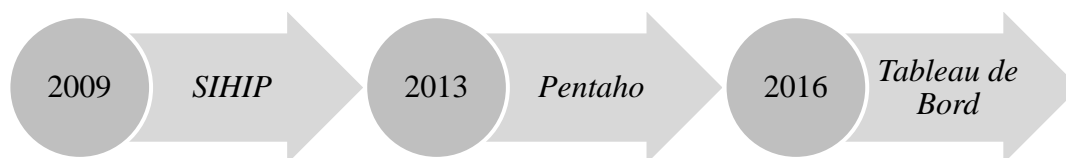
No que concerne à importância em se proceder a comparações com outros centros hospitalares do mesmo grupo, o Enfermeiro-Chefe do Serviço A esclarece:

“Eu acho que é importante compararmo-nos com outros hospitais dentro da mesma categoria e nível porque nos ajuda a melhorar. Se virmos que algum hospital com os mesmos recursos produz mais que nós, inevitavelmente vamos tentar melhorar.”

5.2.3. Evolução dos sistemas de controlo de gestão no CHBV

A necessidade de um processo de tomada de decisão cada vez mais exigente desencadeou uma procura constante, por parte das organizações, de melhores sistemas de controlo de gestão (Areias, 2016). No CHBV esta necessidade de evolução e adaptação dos sistemas de controlo de gestão é sentida ao longo dos anos e resulta em três acontecimentos: implementação do sistema integrado de gestão no Hospital de Aveiro em 2009, implementação do instrumento de controlo de gestão *Pentaho* em 2013, e a implementação do instrumento de controlo de gestão *Tableau de Bord* em 2016.

Figura 10. Evolução dos instrumentos de controlo de gestão no CHBV



Nos próximos pontos deste trabalho, tendo em conta os dados recolhidos com as com as diferentes entrevistas efetuadas, procede-se à descrição e caracterização dos três instrumentos de controlo de gestão que foram surgindo ao longo dos anos no CHBV.

5.2.3.1. O SIHIP

5.2.3.1.1. Caracterização do SIHIP

Em 2009, com o intuito de se obter uma melhoria no sistema de controlo de gestão e considerando que era necessário garantir compatibilidade entre os diferentes sistemas de informação, no HIP foi criado internamente com os recursos existentes, um sistema integrado de gestão, o *SIHIP*. Este servia principalmente a gestão de topo e aglutinava toda a informação que se encontrava de forma dispersa nos vários sistemas de informação utilizados pelo HIP.

O *SIHIP* teve como objetivo converter toda a informação necessária em mapas desenhados à medida do próprio Conselho de Administração, com o propósito de disponibilizar informação oportuna e permanentemente atualizável que apoiasse as tomadas de decisão dos membros do Conselho de Administração, dos gestores, dos diretores de serviço e dos enfermeiros-chefes.

A informação disponibilizada pelo *SIHIP* estava organizada tendo por base separadores relacionados com as diferentes especialidades médicas, sendo que em cada separador a informação relativa a determinada especialidade era apresentada de forma aglomerada, conforme se pode observar nos Anexos 8 e 9.

Quando questionada a Diretora de Serviço A sobre a estrutura do *SIHIP*, esta revela:

“Toda a informação estava inserida por serviço. Tudo o que eu fazia! Eu carregava na especialidade e tinha a informação toda!...”

A este respeito, o membro A do Gabinete de Controlo de Gestão esclarece:

“ (...) A “mãe” era a especialidade e tudo o que aquela especialidade tinha aparecia no mesmo separador. A informação tinha por base a especialidade e depois os seus vários indicadores.”

O *SIHIP*, enquanto instrumento de controlo de gestão do Hospital Infante D. Pedro, revelou-se, entre os entrevistados, um instrumento bastante utilizado e com informação pertinente. O membro A do Conselho de Administração refere:

“Utilizava bastante o SIHIP! Frequentemente! (...) Era Diretora do Serviço de Reumatologia e portanto muitas vezes utilizava para avaliar a produção e tudo o que o serviço fazia.”

O membro A do Gabinete de Controlo e Gestão esclarece:

“O SIHIP funcionava muito bem e o feedback que nós tínhamos dos médicos e diretores de serviço era que respondia às necessidades que eles tinham!”

5.2.3.1.2. Críticas apresentadas ao *SIHIP*

Apesar de ser quotidianamente utilizado, o *SIHIP* foi alvo de críticas pela maioria dos seus utilizadores. A Gestora do Serviço A considera que com a criação do Centro Hospitalar do Baixo Vouga este instrumento de controlo de gestão não agregou a informação do Hospital Distrital de Águeda nem do Hospital Visconde de Salreu, pelo que, a determinada altura houve incongruência de informação:

“O SIHIP terminou porque quando foi desenvolvido, foi cá para Aveiro (...) e com a criação do Centro Hospitalar, o SIHIP não agregou a informação de Estarreja e Águeda. (...) A informação que continuava a estar disponível era incompleta, faltava agregar as outras unidades!”

Mais um exemplo que reforça esta mesma percepção veio da Gestora do Serviço B que ao refletir sobre as falhas do *SIHIP*, alude:

“Nos serviços que eu geria que só tinham atividade em Aveiro, o SIHIP continuava a ser uma ferramenta que eu utilizava; noutros serviços que tinham atividade em Águeda ou Estarreja a informação que estava lá não era fidedigna! Eu muitas vezes ia ao Controlo de Gestão dizer que a informação não estava correta, que não batia com os dados do SONHO.”

Sentida a desconfiança sobre fiabilidade da informação disponibilizada pelo *SIHIP*, o Gabinete de Controlo de Gestão, solicitou que se desenvolvesse internamente este instrumento e sincronizasse a informação dos três hospitais, algo que foi desconsiderado pelo Conselho de Administração, tal como menciona o membro A do referido Gabinete:

“ (...) As queries, que eram a base do SIHIP, não conseguiram agregar a informação de Águeda e Estarreja. Tentou-se juntar a informação dos três hospitais, mas não se conseguia agregar porque não havia ligação entre eles (...) o Gabinete de Controlo de Gestão ainda solicitou que o SIHIP fosse momentaneamente desligado para se poder fazer a sincronização da informação dos três hospitais, e quando essa sincronização estivesse preparada voltaria a estar no ativo. Mas isso nunca acabou por acontecer...”

Além da incongruência de informação observada por vários utilizadores, o *SIHIP* era visto como um instrumento básico que apenas possuía informação relativa à produção, não abordando, nem a parte financeira nem a parte económica do Hospital, mesmo tendo sido criado um separador para esse fim. O membro A do Conselho de Administração esclarece:

“ (...) Acho que tinha uma falha muito importante (...) não tinha custos nem proveitos, ou seja, a parte financeira. Tinha números estanques, número de consultas, número de internamentos mas não tinha por exemplo quanto é que se gastou com material administrativo, com consumo clínico. Nós no SIHIP não tínhamos nada disso”

O que indicia, apesar de ser bastante utilizado e dotar de informação relevante, uma constante preocupação por parte dos seus utilizadores no que diz respeito à informação necessária para apoiar as suas tomadas de decisão.

5.2.3.2. O Pentaho

5.2.3.2.1. Processo de mudança

Com a criação do Centro Hospitalar do Baixo Vouga e tendo em conta as diferentes falhas que o *SIHIP* apresentava, era necessário tomar decisões: ou se optava por atualizar o *SIHIP* e agregar a informação dos três hospitais; ou se construía um instrumento mais estável que colmatasse as deficiências apresentadas pelo *SIHIP* e que acompanhasse as novas necessidades sentidas pela mudança na estrutura organizacional

do Centro Hospitalar. Em conformidade com o membro A do Gabinete de Controlo de Gestão, apesar de haver a referida possibilidade de incremento e atualização do *SIHIP*, esta traduzia-se num elevado esforço, pelo que o Conselho de Administração optou por construir um novo instrumento de controlo de gestão:

“O SIHIP necessitava de uma reformulação para ser mais proactivo! Para isso, tinha-se que trabalhar bastante para se conseguir integrar a informação dos três hospitais (...) a Administração optou por construir e implementar uma nova ferramenta.”

Assim, em 2013 foi implementado o *Pentaho*, um instrumento de controlo de gestão desenvolvido internamente por profissionais do Centro Hospitalar do Baixo Vouga.

A transição do *SIHIP* para o *Pentaho* não ocorreu de imediato, pelo que durante algum tempo o Centro Hospitalar do Baixo Vouga prestava os seus serviços sem dispor de sistema de controlo de gestão, tal como refere a Gestora do Serviço A:

“ (...) Não foi uma transição imediata, durante algum tempo o SIHIP foi desativado e nós estivemos sem nada! Depois é que apareceu mais tarde o Pentaho.”

E a Diretora do Serviço A:

“O SIHIP foi abolido, apagado, e estivemos acho que seis meses sem nada. Eu precisava de informação e “refilava” todos os dias!”

O membro A do Gabinete de Controlo e Gestão acrescenta que, por forma a colmatar a inexistência de informação durante o período de transição, toda a informação necessária para apoiar a tomada de decisão era fornecida pelo seu Gabinete:

“Quando o SIHIP foi desativado não havia nenhum sistema de informação, o sistema de informação eramos nós [Gabinete de Controlo de Gestão].”

No que diz respeito à elaboração/construção do *Pentaho*, de acordo com o inquérito realizado por Cruz & Diz (2017), verifica-se que apesar de sete colaboradores admitirem a sua participação na definição dos objetivos de informação do sistema de controlo de gestão, apenas um considerou que participou plenamente neste processo.

Quadro 5.Participação na definição de objetivos de informação do *Pentaho*

Respostas	Participei na definição dos objetivos de informação do sistema de controlo de gestão
Discordo completamente	16
Discordo	11
Discordo ligeiramente	1
Não concordo nem discordo	2
Concordo ligeiramente	3
Concordo	3
Concordo completamente	1

Com as entrevistas realizadas, constatou-se que os diretores de serviço não participaram neste processo, havendo apenas a participação dos gestores após a construção deste instrumento. A este respeito a Gestora do Serviço B refere:

“ (...) Quando a ferramenta estava pronta apresentaram-nos e pediram-nos algumas sugestões de melhoria. (...) Pedem-nos para dar algum contributo, mas durante, não! É mais ao Controlo de Gestão.”

Este sentimento foi revigorado pela Gestora do Serviço A:

“ (...) Estiveram a mostrar a ferramenta e a dizer como é que nós podíamos construir, mas foi nessa perspetiva de nos mostrar... foi mais numa apreciação de sugestões do que propriamente na construção”

Apesar do *Pentaho* ter como intuito apoiar a tomada de decisão dos diferentes diretores de serviço, enfermeiros-chefes, gestores e membros do Conselho de Administração, este foi pouco divulgado, observando-se que os diretores de serviço não tiveram qualquer conhecimento sobre este instrumento, o que acabou por se traduzir na escassa utilização do mesmo. A Gestora do Serviço A revela:

“O Pentaho nunca foi muito divulgado... O Pentaho foi uma coisa que nós gestores tivemos acesso porque nos mostraram e trabalhámos um bocado naquilo. (...) Eu acho que os Diretores de Serviço nem sabiam o que era o Pentaho!”

A este respeito, o membro A do Conselho de Administração assinala que, enquanto diretora de serviço, apenas teve conhecimento da informação disponibilizada pelo *Pentaho* através das reuniões realizadas com o Conselho de Administração relativas à contratualização interna:

“ (...) Quando se começou a utilizar o Pentaho, utilizado sobretudo pelos serviços financeiros e Informática, nós, diretores de serviço, só tínhamos acesso ao Pentaho através das reuniões de contratualização com o Conselho de Administração, em que aí sim, nos era apresentado os dados. Agora... acesso em formato, estar no meu gabinete e ter acesso ao Pentaho, nunca tive! (...) Por desconhecimento, porque também não fui informada.”

A Diretora do Serviço B é perentória, relativamente ao conhecimento que tinha sobre o *Pentaho*:

“Eu nunca trabalhei com o Pentaho! Até o nome me é desconhecido! Nunca tive qualquer acesso à informação do Pentaho! Eu pedia a informação à Gestora do Serviço.”

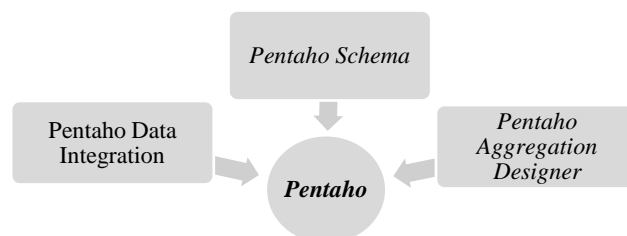
5.2.3.2.2. Caracterização do *Pentaho*

O *Pentaho*²² é um *software* desenvolvido pela companhia *Pentaho Corporation* na área de *Business Intelligence*²³ que recolhe e processa grandes quantidades de dados não estruturados de sistemas internos e externos, incluindo livros, revistas, documentos, registos médicos, imagens, ficheiros, e-mails, vídeos e outras origens das organizações.

Para que as organizações melhorem a sua performance, eficiência e efetividade na gestão de informação, o *Pentaho* para além de organizar e apresentar os dados de acordo com as necessidades da organização, é focado nos processos de trabalho e traz soluções para a mesma.

Para a construção do instrumento de controlo de gestão *Pentaho*, os profissionais do Centro Hospitalar do Baixo Vouga socorreram-se de diferentes módulos: *Pentaho Data Integration*, *Pentaho Aggregation Designer* e *Pentaho Schema*.²⁴

Figura 11. Módulos que compõem o *Pentaho*



O *Pentaho Data Integration* foi um dos módulos utilizado que teve por objetivo fazer a extração (*extract*), transformação (*transform*) e carregamento (*load*) (ETL) da base de dados. Neste processo, se dados não fossem corretamente trabalhados as informações geradas através deles poderiam originar tomadas de decisão erradas e afetar diretamente a organização. De referir que a base de dados do *Pentaho* tinha como origem os diversos sistemas de informação utilizados no Centro Hospitalar.

²² Foi dado o nome “*Pentaho*” ao instrumento de controlo de gestão, por este ser o nome da marca do *software* utilizado.

²³ O termo *Business Intelligence*, refere-se ao processo de coleta, organização, análise e monitoramento de informações que oferecem suporte à gestão de negócios. É o conjunto de metodologias, processos, estruturas e tecnologias que transformam uma grande quantidade de dados brutos em informação útil para tomadas de decisões estratégicas.

²⁴ Estes três módulos compõem o *Pentaho*.

Outro módulo utilizado na construção do *Pentaho* foi o *Pentaho Schema Workbench*, que se traduziu numa ferramenta gráfica onde se criavam esquemas para análise, dimensões e hierarquias entre as informações através de cubos. Estes cubos permitiam a visualização e o cruzamento dos dados de diversas formas.

Paralelamente a este módulo, utilizou-se também o *Pentaho Aggregation Designer* com o objetivo de melhorar a eficiência do cubo, criando tabelas agregadas.

Na prática, o *Pentaho*, foi visto pelos seus utilizadores como uma tabela dinâmica do Microsoft Excel, usada para resumir grandes quantidades de dados, acelerar a busca de informação e permitir tomar decisões mais assertivas (ver Anexos 10 e 11). A Gestora do Serviço A, relativamente a este assunto, elucida:

“Nós podíamos contruir a informação que pretendíamos, nesse aspeto era bom porque nós podíamos selecionar o período temporal e as variáveis que queríamos ver, era quase como uma tabela dinâmica do Excel onde nós no fundo escolhíamos e púnhamos a tabela como queríamos.”

Esta perceção foi reforçada pela Gestora do Serviço B:

“ (...) Conseguíamos desdobrar a informação, e contruir os mapas de acordo com a informação que nós precisávamos num determinado momento, era tipo uma tabela dinâmica em que nós contruíamos a informação.”

5.2.3.2.3. Informação disponibilizada pelo *Pentaho*

Uma das críticas apresentadas pelos utilizadores ao *SIHIP* estava relacionada com a ausência de informação sobre os custos e consumos do Centro Hospital do Baixo Vouga.

Considerando a complexidade das operações do Centro Hospitalar, gerir os seus custos era preponderante para promover a sua sustentabilidade financeira e para que se conseguissem tomar decisões da melhor forma. Esta gestão de custos permitia a valorização correta dos seus bens e serviços, evitando desperdícios, e provendo, assim, uma gestão eficiente dos processos.

Tendo em conta esta necessidade sentida pelo CHBV, a criação do *Pentaho*, permitiu a análise de diversos aspetos, que anteriormente com o *SIHIP* não tinha sido possível. Para além do *Pentaho* possibilitar o apuramento dos custos unitários da produção dos vários serviços (consulta, doentes saídos, doentes operados, etc.) fazendo

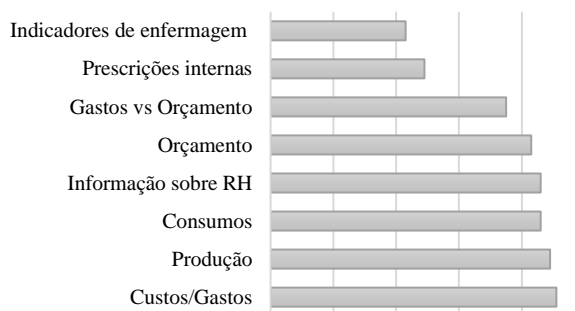
distinção entre os seus custos fixos²⁵ e custos variáveis²⁶, bem como entre as várias componentes por artigo e serviço (medicamentos, material clínico, etc.); também permitiu que os consumos fossem apresentados por artigo e serviço (medicamentos, material clínico, etc.).

De forma geral, os dados disponibilizados pelo *Pentaho* eram relativos a:

- Custos/Gastos;
- Produção;
- Informação sobre Recursos Humanos;
- Consumos;
- Orçamento;
- Gastos vs Orçamento;
- Prescrições internas;
- Indicadores de enfermagem.

Tendo em conta o inquérito realizado por Cruz & Diz (2017), conclui-se que no âmbito das atividades de tomada de decisão os dados mais importantes disponibilizados pelo *Pentaho* eram relativos aos custos/gastos do CHBV, tal como está representado no Gráfico 1.

Gráfico 1. Grau de importância dos dados disponibilizados pelo *Pentaho*



Esta conclusão foi reforçada pelos gestores ao longo das entrevistas realizadas. Em conformidade com a Gestora do Serviço B, a nova abordagem relativa a custos foi considerada a mais-valia do *Pentaho*:

²⁵ Os custos fixos são os custos inerentes à dotação da organização com uma determinada capacidade produtiva. São aqueles que o Centro Hospitalar suporta para dispor de uma determinada capacidade produtiva, independentemente, da utilização que em cada momento faz dessa capacidade. São exemplos de custos fixos a depreciação das máquinas e os ordenados do pessoal.

²⁶ Os custos variáveis relacionam-se com a medida e com as condições em que é utilizado o potencial disponível da empresa. São os custos suportados por se produzir e variam diretamente com o nível de atividade

“Quando eu penso no Pentaho, a mais-valia que eu ia buscar ao Pentaho era os custos. (...) O Pentaho tinha a parte dos custos bem estruturada.”

A informação disponibilizada pelo *Pentaho* suportava e apoiava às tomadas de decisão dos membros do Conselho de Administração, gestores, diretores de serviço e enfermeiros-chefes, nomeadamente, relacionadas com o controlo dos gastos, orçamentação, negociação do Contrato-Programa e cálculo dos custos dos diversos serviços/produtos.

Por outro lado, a informação fornecida pelo *Pentaho* permitiu a preparação de reuniões individuais com cada serviço, onde foram apresentados vários dados de produção, produtividade, custos, consumos, etc.. O membro A do Gabinete de Controlo de Gestão elucida:

“Nós fazíamos reuniões de x em x tempo por serviço para mostrar quanto é que estavam a gastar, qual é que era a produção dos médicos por consulta, se estavam a produzir muito ou pouco, o que estava a acontecer, etc.. Isto para eles perceberem, por exemplo, nos custos das medicinas que usam muitas fraldas, porque é que estavam a usar fraldas tamanho XXL quando os doentes até ficavam bem com uma fralda L? (...) O custo da XXL é maior que o custo de uma L! Outro exemplo, os pensos...porque é que se gastavam x pensos se depois a percentagem de doentes que tinham não representava aquele exagerado consumo?”

5.2.3.2.4. Críticas identificadas no *Pentaho*

À semelhança do que aconteceu com o *SIHIP*, o *Pentaho* também foi alvo de críticas.

A Gestora do Serviço C, quando questionada sobre o *Pentaho* enquanto instrumento de controlo de gestão, é perentória ao afirmar:

“O Pentaho não era um instrumento de controlo de gestão! Era uma ferramenta para um secretariado ou para um gabinete usar e depois disponibilizar informação de gestão aos administradores. Não era uma ferramenta porque implicava que se fizessem as contas todas! (...) Aquilo não era uma ferramenta que se apresentasse a um gestor ou diretor de serviço!”

A Gestora do Serviço A via o *Pentaho* como um instrumento de controlo de gestão inacabado cujos dados não estavam validados e por esse motivo nunca o utilizava com frequência:

“Utilizei muito pouco o Pentaho. Nunca tivemos a certeza que aquilo estaria tudo validado. Nunca tivemos a certeza que aquilo estava pronto a utilizar (...) e que a informação que estava lá era fiável... Parecia-me que era uma coisa que estava sempre em construção e nos íamos testando, mas nunca tive a certeza que podia utilizar! E depois quando as coisas se arrastam no tempo é complicado, porque uma coisa é fazer uma ferramenta, outra coisa é irmos fazendo isto e acrescentando aquilo e a coisa vai-se protelando do tempo.”

O membro B do Conselho de Administração acrescenta que aquando a sua entrada no CHBV, em 2015, se deparou com a inexistência de informação credível, sendo

que para a obter tinha que recorrer frequentemente ao Gabinete de Controlo de Gestão, algo que não era prático:

“Senti que o Pentaho não era de fácil acesso, não era amigável para os Diretores de Serviço nem tinha informação simples e intuitiva, e portanto, eu deparei-me com uma deficiência de informação! Quando eu queria falar com os diretores de serviço sobre a produção de serviço, havia sempre uma assimetria de informação... eles não tinham informação atualizada, tinham que pedir ao controlo de gestão e não era imediata... eles não trabalhavam com o Pentaho, não acediam (...) portanto, se era necessária informação, tínhamos que recorrer sempre a um intermediário que era o controlo de gestão e isso era um problema...”

A Diretora do Serviço B reforça este sentimento afirmando que o facto de haver um intermediário dificultava a gestão do seu serviço:

“Houve um período que foi muito contestado dentro do Hospital pelos diretores de serviço porque não tínhamos informação disponível. Tínhamos que a solicitar e não era prático! (...) Nós muitas vezes para esclarecer determinadas situações tínhamos de recorrer a informação para tentar perceber o que aconteceu... só assim é que conseguíamos gerir o serviço! Sem informação não era possível gerir o serviço.”

Relativamente a este assunto, o membro A do Gabinete de Controlo de Gestão elucida que a procura de informação por parte dos gestores e diretores de Serviço perturbava a realização das suas atividades:

“Se os gestores e os diretores de serviço não têm onde ir buscar informação, têm que recorrer ao Gabinete e nós em vez de estarmos a fazer o nosso trabalho estamos a despender de tempo a ir buscar informação que eles precisam.”

O referido membro do Conselho de Administração entrevistado menciona, ainda, que nunca aprendeu a utilizar o *Pentaho* por este se revelar pouco amigável e bastante trabalhoso:

“Não era muito amigável, era difícil de se estar lá. Eu nunca aprendi a trabalhar com ele!...”

O Coordenador do Gabinete de Controlo de Gestão esclarece que o *Pentaho* nunca foi muito utilizado porque implicava um conhecimento de gestão que a maioria dos diretores de serviço não possuía:

“A utilização do Pentaho não era adequada para os Diretores de Serviço! Um Diretor de Serviço não ia ao Pentaho construir nada porque a informação tinha que ser trabalhada! Era preciso ter algum conhecimento para se mexer!...”

Apesar da necessidade de conhecimentos específicos sentida pelos utilizadores do *Pentaho*, observou-se, de acordo com os inquéritos realizados por Cruz & Diz (2017), que apenas três colaboradores do Centro Hospitalar usufruíram de formação adequada.

Quadro 6. Nível de formação para a conceção do *Pentaho*

Recebemos formação adequada à conceção do sistema de controlo de gestão	
Discordo completamente	13
Discordo	9
Discordo ligeiramente	2
Não concordo nem discordo	5
Concordo ligeiramente	1
Concordo	1
Concordo completamente	1

Perante o exposto, embora o *Pentaho* tenha sido um instrumento de controlo de gestão criado com o intuito de suprir as lacunas existentes no *SIHIP* e permitir uma melhor gestão da tomada de decisão, observou-se que este não preenchia as necessidades do Centro Hospitalar, isto porque, embora passasse a disponibilizar informação essencial relativa aos custos e consumos de cada serviço do CHBV, a informação não era intuitiva nem fácil de se obter.

Desta forma, existia uma regular preocupação quanto à informação necessária para apoiar as decisões dos gestores, enfermeiros-chefes, diretores de serviço e membros do Conselho de Administração.

5.2.3.3. O *Tableau de Bord*

5.2.3.3.1. O processo de mudança

Quando os membros do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Baixo Vouga começaram a exercer funções em 2015 observaram que o *Pentaho* apresentava diferentes lacunas, constantemente apontadas pelos diferentes utilizadores. A Gestora do Serviço A considerando imperativo encontrar uma solução para o *Pentaho*, revela que a dado momento sentiu necessidade de pressionar o Conselho de Administração para que fosse fornecido um bom instrumento de controlo de gestão:

“Eu lembro-me que a dada altura eu fiz pressão com a Administração para que nos dessem uma ferramenta com informação e que fosse fácil de aceder.”

O membro A do Gabinete de Controlo de Gestão elucida a necessidade que o CHBV tinha em possuir um instrumento de controlo de gestão que pudesse ser consultado pelos diferentes gestores, membros do Conselho de Administração, diretores de serviço e enfermeiros-chefes:

“ (...) Nós tínhamos que ter uma fonte de informação, um sítio onde as pessoas pudessem ir buscar informação porque isso condicionava muito o nosso trabalho.”

Tendo em conta que o *Pentaho* foi desenvolvido por colaboradores do CHBV, inicialmente, o Conselho de Administração teve preocupação em encontrar internamente soluções. No entanto, constataram que o desenvolvimento do *Pentaho* não progredia tão rápido quanto era necessário. Uma vogal do Conselho de Administração, relativamente a este assunto refere:

“Andei a tentar encontrar soluções, primeiro numa tentativa de desenvolver internamente o Pentaho num ambiente mais amigável, mas claramente era algo que não chegava a bom porto.”

Como o desenvolvimento interno do *Pentaho* não prosperava, era imperativo encontrar um novo instrumento de controlo de gestão que satisfizesse rapidamente as necessidades sentidas pelo CHBV, pelo que, o Conselho de Administração começou a pesquisar várias alternativas no mercado. A Gestora do Serviço A, relativamente a este processo esclarece:

“O Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão liderou este processo. As várias empresas vieram cá fazer demonstrações das diferentes ferramentas. Eu, por exemplo, lembro-me de ir a uma das demonstrações...”

O Conselho de Administração optou por escolher a empresa *AdvancingTo* para desenvolver o instrumento de controlo de gestão do CHBV (*Tableau de Bord*) tendo em conta dois aspetos:

- A experiência da *AdvancingTo* com hospitais;
- A existência de licenças pagas pelo Hospital Distrital de Águeda à *AdvancingTo*.

Relativamente a esta solução encontrada, membro B do Conselho de Administração, esclarece:

“ (...) Percebemos que a AdvancingTo tinha muita experiência em hospitais e além disso o Hospital Distrital de Águeda em tempos tinha tido a AdvancingTo e portanto tinha licenças. Eles cederam fazer alguns desenvolvimentos e não tivemos que pagar novamente as licenças e usámos as licenças de Águeda. Era uma solução que para além de não ser muito dispendiosa correspondia àquilo que nós pretendíamos. Eles tinham um modelo padrão usado em outros hospitais... Nós fizemos desenvolvimentos com a AdvancingTo de acordo com aquilo que eram as nossas necessidades e desenvolvemos o Tableau de Bord.”

No que concerne ao processo de implementação do *Tableau de Bord*, este foi caracterizado, de acordo o membro B do Conselho de Administração, como célere:

“Foi tudo muito rápido! Nós adjudicámos em julho e já tínhamos o Tableau de Bord no final do ano de 2016. Foram quatro ou cinco meses... mas porque

houve desenvolvimentos! A AdvancingTo disponibilizou-nos logo aquilo que tinham nos outros hospitais! Nós é que quisemos desenvolver mais coisas e naturalmente demorou mais tempo.”

Aquando a implementação do *Tableau de Bord*, o Conselho de Administração e o Gabinete de Controlo de Gestão procederam à apresentação e divulgação do instrumento de controlo de gestão com o intuito de recolher opiniões e sugestões de melhoria dos diferentes diretores de serviço, enfermeiros-chefes e gestores do CHBV, tal como confirma a Diretora do Serviço C:

“Houve uma grande revelação para todos a explicar como é que funcionava! Não participei [no processo de implementação] (...) mas pediram-me sugestões depois de apresentada.”

Apesar deste instrumento ter sido devidamente divulgado, ainda existe resistência à mudança por parte de alguns diretores de serviço que veem o *Tableau de Bord* como algo negativo. Jordan *et al.* (2015) tendo em conta um estudo realizado por estes em 1987, argumentam que “*os operacionais consideram o controlo de gestão como um instrumento da direção geral para fiscalizar estritamente o que acontece nos diversos sectores da empresa*”. Além disso, mostram-se hostis perante as intervenções do controlador, considerando que os diferentes instrumentos de controlo de gestão são a “*área reservada do controlador e não uma ferramenta de gestão pessoal que lhes permita analisar melhor os seus resultados, avaliar melhor as suas possibilidades de ação, e orientar melhor as suas decisões futuras*”.

Observa-se, assim, que existe uma ideia preconcebida em relação aos sistemas de controlo de gestão, onde estes são vistos como um órgão de fiscalização dentro da organização e não como um sistema de apoio que permite que se tomem decisões adequadas em tempo útil. O membro A do Conselho de Administração, face ao exposto reforça:

“ (...) Muitos Diretores de Serviço não têm por hábito usar este sistema de informação! São resistentes (...) porque acham que é mesmo um controlo e não uma mais-valia.”

A Gestora do Serviço B reforça este sentimento, afirmando que muitos Diretores de Serviço não estão propensos a trabalhar com o *Tableau de Bord*:

“O que acontece muito é os Diretores de Serviço (...) virem ter comigo para eu tirar informação do Tableau de Bord e apesar de eu muitas vezes dizer: «sente-se aqui, não me importo de tirar mas eu vou-lhe dizer para a próxima conseguir tirar», eles não estão predispostos.”

Como forma de contornar a resistência à mudança sentida relativamente ao *Tableau de Bord*, o membro A do Conselho de Administração esclarece que para além de

ser fundamental os médicos dotarem de formação em gestão, é imperativo que seja criado um Conselho de Gestão para cada serviço:

“Eu acho que tem que haver aqui um trabalho muito grande do gestor para envolver e fazer com que as pessoas percebam. Acho que os médicos que estão nas Direções de Serviços deviam ter formação na área da gestão. Não é serem gestores (...) acho que deviam ter alguns conhecimentos. Isso foi algo que eu senti e fiz uma formação porque eu não dominava a linguagem. Eu acho que enquanto não houver uma equipa efetiva de médico, gestor e enfermeiro, ou seja, Conselho de Gestão do serviço, é muito difícil as pessoas olharem para os sistemas de informação como uma mais-valia, ou seja, vai haver uns que vão dizer logo que sim mas vai haver sempre aqueles que serão resistentes a tudo o que é mudança.”

5.2.3.3.2. Caracterização do *Tableau de Bord*

Focado na vertente de produção, o *Tableau de Bord* está estruturado tendo por base indicadores necessários para a tomada de decisão, tal como se encontra espelhado no Anexo 12. A Diretora do Serviço B esclarece:

“O TB (...) dá-nos indicadores que para nós são importantes (...) são indicadores que no fundo valorizam o serviço e que nos permite estar mais atentos para lidar e gerirmos o serviço nas melhores condições.”

O *Tableau de Bord* permite que seja feito um acompanhamento das metas que se contratualizam serviço a serviço e que se efetuem comparações relativamente ao período homólogo. A este respeito a Gestora do Serviço B refere:

“Nós conseguimos perceber o que é que está a ser feito em números, conseguimos saber a evolução em anos, conseguimos comparar o que está a ser produzido com o que foi contratualizado. (...) Em termos de produção e atividade clínica e assistencial (...) o Tableau de Bord dá informação importante”.

De forma geral, o *Tableau de Bord* foi visto como um bom investimento que passou a abranger mais informação e a permitir a análise de novos indicadores relevantes, tal como elucida a Diretora do Serviço B:

“Quando o Tableau de Bord foi apresentado eu fiquei agradavelmente surpreendida porque achei que conseguia lidar com muito mais informação do que aquele que tínhamos anteriormente, e com informação mais real, ou seja, mais atualizada porque isso para nós é importante.”

5.2.3.3.3. Críticas apresentadas ao *Tableau de Bord*

Questionado o membro A do Gabinete do Controlo de Gestão sobre a celeridade do processo de implementação do *Tableau de Bord* este esclarece que o processo de implementação ainda não terminou:

“O Tableau de Bord ainda está a ser implementado! Ainda hoje tem falhas!”

De facto, o *Tableau de Bord* apesar de dotar de informação relevante tem recebido frequentemente críticas/sugestões de melhoria por parte dos seus utilizadores.

Um dos aspetos mais criticados está relacionado com a apresentação e organização da informação do *Tableau de Bord*. A maior parte dos entrevistados considerou que a informação disponibilizada por este instrumento se encontra dispersa em diferentes quadros, o que não se revela prático para quem está a consultar. A Diretora do Serviço C esclarece:

“Acho que não é muito intuitivo (...) há várias formas de obter os dados e não é assim uma coisa imediata, a pessoa tem que perder algum tempo! Lembrome, por exemplo, quando encontrei os dados das consultas, na vez seguinte que eu queria ir ver já não me lembrava onde é que estava... Os dados estão dispersos!”

O membro A do Gabinete de Controlo de Gestão reforça este sentimento afirmando que o *Tableau de Bord* necessita de ter uma apresentação mais simples, pois, caso contrário, o utilizador perde o interesse em consultá-lo:

“No meu ponto de vista eu acho que o Tableau de Bord precisava de ter outro tipo de apresentação... mais simples, com informação em que o Diretor de Serviço clicasse num botão e tivesse a informação da sua especialidade. Eu acho que se o utilizador tiver que dar mais de 5/7 cliques, perde o interesse (...) o utilizador aborrece-se! (...)”

Seria muito mais fácil eu chegar aqui [ao Tableau de Bord] escolher a especialidade e ver que tenho x consultas, x doentes que faltaram às consultas, etc.! Para quem, como os diretores de serviço, não têm tempo para andar aqui aos cliques, esta ferramenta perde o interesse! A forma como está construída, a visualização que nós temos da ferramenta podia ser mais simples, acho está um pouco confusa.”

Reforçando também esta ideia, a Diretora do Serviço A constata que os dados disponibilizados pelo *Tableau de Bord* são mais dirigidos para o Centro Hospitalar do que para os diferentes serviços:

“O Tableau de Bord traduz a produtividade do Hospital, no que diz respeito à produtividade do meu serviço só dá a consulta externa e o internamento. O resto está na tabela “disto” na tabela “daquilo” e não é fácil eu ir buscar a informação. O Tableau de Bord para o Hospital é ótimo, para o serviço A, B ou C, não! Estão aqui os dados mas eu gostava que a produtividade reportasse ao meu serviço.”

A ausência de dados relativos à parte financeira é, também uma falha apontada ao *Tableau de Bord*. A Gestora do Serviço B elucida que atualmente, apesar de ter criado altas expectativas em relação ao novo instrumento de controlo de gestão, este, no que diz respeito aos custos, não fornece a informação necessária para desempenhar as suas funções:

“O Tableau de Bord, atualmente, na questão dos custos não nos dá a informação que precisamos, devia ter aqueles cubos como tinha o Pentaho e acho que é uma coisa que até poderia ser fácil de desenvolver, penso eu... como já temos o histórico do Pentaho... (...) Na parte dos custos tinha uma expectativa mais alta, porque é difícil tentar junto dos Diretores de Serviço”

reduzir custos sem saber em que estamos a consumir, não sabemos ao certo em que é que estamos a consumir.”

A Diretora do Serviço C, igualmente crítica em relação à falta de informação sobre custos, reforça:

“Os custos estão mal feitos, já disse uma vez numa reunião (...) por exemplo, temos recursos humanos que não fazem parte do serviço; tem lá como custo de serviço as ecografias que nós fazemos, ou seja, aparece-nos como custo as ecografias e as pulsões que nós fazemos como se tivéssemos pedido à radiologia e isso está errado. Sempre que o Conselho de Administração pede medidas para redução de custos, a minha resposta é sempre a mesma: «não dá para fazer medidas para reduzir os custos se os custos estão mal feitos!». Assim é estar a perder tempo! Não dá para perceber se estamos a gastar mais e onde, ou se estamos a rentabilizar.”

A importância em ser disponibilizada informação financeira é reconhecida pelo membro B do Conselho de Administração que afirma que o CHBV tem como um dos objetivos de curto-prazo a contratualização de custos:

“Convinha e era importante tratar da parte financeira e conseguir ter os custos por serviço de forma o mais imediata possível e, principalmente, que permitisse ter capacidade de gestão. (...) O objetivo era no próximo ano além de se contratualizar no serviço a produção, contratualizar os custos.”

Além da parte financeira não estar devidamente estruturada, observa-se que a informação disponibilizada pelo instrumento de controlo de gestão está bastante orientada para a produção, não avaliando, através da qualidade de vida dos utentes, se é ou não gerado valor nos diferentes serviços. A Diretora Clínica do CHBV esclarece a importância e necessidade em o *Tableau de Bord* disponibilizar este tipo de informação:

“ (...) Eu acho que para além da produção que é aquilo que nós contratualizamos com a Tutela, eu acho que é importante perceber também qual o valor que nós acrescentamos em determinadas áreas, ou seja, não se avalia a qualidade de vida dos doentes e eu acho que isso era importantíssimo (...) eu posso ter um médico no serviço que faz 2500 consultas e outro que só faz 2000, se calhar aquele com 2000 tem outra qualidade do que o de 2500.

O que eu acho é que se devia fazer um estudo piloto e determinar alguns outcomes em determinadas patologias para avaliação. Porque aí, sim, podia ter a produção mas também tinha os outcomes de qualidade de vida, atividade da doença, produtividade dos utentes... porque o que é que interessa ver muitos doentes se eu não lhes incuto alteração no estado de saúde de forma a que ele se mantenha ativo para a sociedade?!”

Com as entrevistas realizadas aos diferentes enfermeiros-chefes, constatou-se que atualmente o *Tableau de Bord* não disponibiliza a informação necessária para que estes possam desempenhar adequadamente as suas funções. O Enfermeiro-Chefe A admite que este instrumento de controlo de gestão fornece informação essencialmente para membros do Conselho de Administração e diretores de serviço.

“Há uma série de dados que esta ferramenta não nos fornece. Está muito voltada para a produção e essencialmente para os dados clínicos que servem a administração e os diretores de serviço.”

A Enfermeira-Chefe B reforça este sentimento, afirmando que o *Tableau de Bord* atualmente possui poucos indicadores voltados para a enfermagem:

“ (...) Precisamos de vários tipos de indicadores (...) indicadores que nos possam ajudar a ter maior eficiência, maior eficácia, menos custos, poupar recursos humanos, e o Tableau de Bord, atualmente, ainda não está a dar informação que nos precisamos. Está muito limitado para o que precisamos! (...) Pouco voltado para a enfermagem!...”

A falta de indicadores importantes para a tomada de decisão não foi um sentimento exclusivo dos enfermeiros-chefes, alguns diretores de serviço e gestores também constataram esta limitação. A Gestora do Serviço A elucida:

“Há indicadores do Contrato-Programa que não estão lá. São indicadores de objetivos (...) que deveriam lá estar para nós irmos acompanhando.”

O membro A do Gabinete de Controlo de gestão relativamente a este assunto esclarece:

“Eu acho que o Tableau de Bord tem muitos indicadores, mas ainda lhe falta alguns para ir ao encontro daquilo que eu considero que os diretores de serviço e que os gestores precisam para tomar as suas decisões (...).”

As críticas apresentadas ao atual instrumento de controlo de gestão mostram que a preocupação anteriormente sentida por parte dos utilizadores, no que diz respeito à informação necessária para apoiar as suas tomadas de decisão, ainda subsiste.

5.3. Discussão dos resultados

Os principais resultados do estudo podem sumariar-se da seguinte forma:

1. Verifica-se que até ao momento o CHBV não dotou de um instrumento de controlo de gestão que satisfizesse as necessidades de todos os seus utilizadores, observando-se que o impacto da mudança de cada instrumento de controlo de gestão foi dissociado das expectativas iniciais. O *SIHIP*, para além de não disponibilizar informação relacionada com custos e proveitos, com a criação do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, não agregou a informação dos três hospitais, fornecendo informação desadequada e pouco fiável para a tomada de decisão. O *Pentaho*, na tentativa de dar resposta às críticas efetuadas ao *SIHIP*, apresentou a informação relacionada com os custos e proveitos do CHBV bem estruturada, no entanto, foi considerado um instrumento de controlo de gestão pouco amigável, uma vez que a sua utilização implicava determinado conhecimento de gestão que poucos utilizadores possuíam. O *Tableau de Bord*, instrumento de controlo de gestão atualmente utilizado no CHBV, não disponibiliza informação adequada relativa a custos e proveitos, apresentando-se muito voltado para a produção; não apresenta os indicadores necessários para a tomada de decisão; não fornece informação necessária para se proceder a comparações com outros hospitais; nem apresenta a informação estruturada de forma a que o seu acesso seja prático.
2. Algumas críticas apresentadas ao *Tableau de Bord* foram vistas como pontos fortes dos instrumentos de controlo de gestão anteriores. Por um lado, o *Pentaho* possuía a informação relativa a custos, consumos e proveitos muito bem estruturada. Por outro lado, verificou-se que a informação fornecida pelo *SIHIP* estava bem estruturada e organizada. Consta-se, desta forma, que na implementação do novo instrumento de controlo de gestão existiu uma grande preocupação em se colmatar as diferentes falhas existentes, sendo descurados os diferentes aspetos positivos dos anteriores instrumentos.
3. No CHBV, as mudanças efetuadas aos instrumentos de controlo de gestão traduziram-se numa certa instabilidade no que diz respeito aos processos de tomada de decisão. Nos anos analisados, constatou-se que associado a um novo Conselho de Administração esteve a implementação de um novo instrumento de controlo de gestão, ou seja, mesmo havendo a possibilidade de se desenvolver e aprimorar continuamente o instrumento já existente, o novo Conselho de Administração optou por proceder à criação e implementação de um novo. O processo de transição para o

novo instrumento de controlo de gestão, em qualquer um dos casos, não ocorreu de forma imediata, pelo que durante esse período, o CHBV desempenhava as suas funções sem ter acesso a qualquer sistema de controlo de gestão, o que levou à existência de instabilidade e de uma preocupação constante por parte dos diferentes colaboradores, no que diz respeito à informação necessária para apoiar as suas tomadas de decisão.

4. Os diretores de serviço, enfermeiros-chefes, gestores e Conselho de Administração, apesar de reconhecerem atributos nos sistemas de controlo de gestão para apoiar a tomada de decisão, de uma forma geral, possuem diferentes atitudes relativamente à existência destes. Enquanto os profissionais de saúde (diretores de serviço e enfermeiros-chefes), geralmente, se demonstram críticos quanto à utilidade do instrumento, os gestores e o Conselho de Administração esforçam-se em compreender melhor a importância da mesma.
5. No que concerne à informação necessária para a tomada de decisão, nota-se uma clara diferença de opiniões entre os profissionais de saúde, o Conselho de Administração e gestores, nomeadamente, no que diz respeito à informação sobre custos, consumos e proveitos. A necessidade de informação financeira e económica, por parte dos diretores de serviço e enfermeiros-chefes e o recurso à mesma para a tomada de decisão é quase impercetível. Os membros do Conselho de Administração e os gestores, pelo contrário, demonstram uma preocupação constante em dispor de informação contabilística para apoiar todos os níveis de decisão.

Conclusão

O estágio teve como propósito, para além da elaboração dos diversos relatórios de reporte de informação financeira e não financeira que permitiram obter uma visão aprofundada sobre o desempenho do CHBV, a compreensão e análise do sistema de controlo de gestão do CHBV.

Conforme se verificou no primeiro capítulo do presente relatório, os hospitais têm sofrido sucessivas alterações relativamente à sua gestão. Neste sentido, enquanto organizações complexas necessitam de sistemas de controlo de gestão que permitam o suporte e apoio ao processo de tomada de decisão.

Através das diferentes entrevistas realizadas analisou-se a evolução dos instrumentos de controlo de gestão no CHBV, constatando-se que a implementação dos três instrumentos desde 2009 esteve associada a processos de tomada de decisão instáveis. Por um lado porque o processo de transição para o novo sistema não foi imediato, por outro lado porque não se implementou um instrumento de controlo de gestão que satisfizesse as necessidades de todos os seus utilizadores.

Atualmente, tendo em conta as diferentes falhas que ainda persistem no *Tableau de Bord*, considera-se que mais importante que mudar de instrumento de controlo de gestão se devia optar por aperfeiçoá-lo de acordo com as necessidades dos seus utilizadores, nomeadamente, investindo na parte financeira e económica, na disponibilização de novos indicadores, bem como, tendo em vista o seu acesso mais prático, na estrutura de toda a informação disponibilizada.

Esta análise revelou-se profícua para o CHBV, uma vez que através da identificação dos diferentes tipos de informação necessários para apoiar a tomada de decisão, bem como do reconhecimento das forças e fraquezas dos três sistemas de controlo de gestão implementados desde 2009 no CHBV, atualmente, é possível adaptar e aperfeiçoar o *Tableau de Bord* de forma a serem satisfeitas todas as necessidades dos seus utilizadores.

Este relatório apresenta algumas limitações que devem ser tidas em consideração aquando da interpretação dos resultados obtidos. Por um lado, o facto de ter sido conduzido um único estudo impossibilita a formulação de generalizações. Por outro lado, devido à pouca disponibilidade para serem entrevistados, foram realizadas apenas catorze entrevistas a membros do Conselho de Administração, gestores, diretores de serviço e enfermeiros-chefes.

Importa ainda referir, como conclusão final, que a concretização do estágio curricular nos serviços financeiros do CHBV revelou-se fundamental para o percurso de aprendizagem, tanto a nível académico e profissional como a nível pessoal. Similarmente, proporcionou a oportunidade de contacto com o mercado de trabalho, onde se complementaram e aprofundaram os conhecimentos obtidos ao longo do tempo de estudo, ligando-os ao mundo profissional.

Bibliografia

i. Bibliografia

- ACSS. (2017). *Operacionalização da Contratualização de Cuidados de Saúde Primários*.
- ACSS. (2018). Obtido em junho de 2018, de Benchmarking ACSS: http://benchmarking.acss.min-saude.pt/BH_Enquadramento/Objetivos
- Almeida, F. (2016). *Introdução à Geestão de Organizações* (4ª ed.). Escolar.
- Areias, G. P. (2016). *Dos instrumentos de gestão à tomada de decisão - Evidências na estrutura empresarial do Alto Minho*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Benson, T. (2002). Why general practitioners use computers and hospital doctors do not - Part 2: scalability. *British Medical Journal*. Obtido de <http://www.bmj.com/cgi/content/full/325/7372/1090>
- Bernardi, R. (2009). IT enactment of new public management: the case study of health information systems in Kenya. *Electronic Journal of e-Government*, 7, 311-326. Obtido de www.ejeg.com
- Caiado, J. C. (2007). Informação de gestão em saúde: Desafios da moderna gestão empresarial dos hospitais. *Conversas de Fim de Tarde*.
- Carvalho, J. E. (2014). *Gestão de empresas - Princípios fundamentais* (3ª ed.). Lisboa.
- CHBV. (2012). *Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Baixo Vouga*.
- CHBV. (2016). *Plano Estratégico do Centro Hospitalar do Baixo Vouga: 2016-2020*.
- CHBV. (2018a). *Relatório e Contas do Centro Hospitalar do Baixo Vouga de 2017*.
- CHBV. (2018b). *Plano de Atividades e Orçamento do Centro Hospitalar do Baixo Vouga de 2018*.
- Costa, J. R. (2014). *Aplicação de um sistema de controlo de gestão a uma empresa de construção civil*. Instituto Politécnico de Coimbra.
- Cruz, I. M. (2013). *Percursos da new public management num hospital EPE*. Instituto Universitário de Lisboa.
- Cruz, I. M., & Diz, P. F. (2017). The impact of organizational changes on management control in a public hospital group - why and how? *9th Conference on performance measurement and management control*. Nice.
- Dantas, E. B. (2006). *A importância da pesquisa para a tomada de decisões*. Obtido de www.bocc.ubi.pt
- Fernando, R. H. (2015). *A importância do controlo de gestão no sucesso empresarial*. Setúbal: Escola Superior de Ciências Empresariais .

- Ferrão, S. M. (2016). *O impacto da criação do Centro Hospitalar do Baixo Vouga na ótica do acesso à primeira consulta e à cirurgia programada*. Universidade de Aveiro .
- Ferreira, S. A. (2016). *Avaliação do serviço de urgência do Centro Hospitalar do Baixo Vouga*. Universidade de Aveiro.
- Jordan, H., Neves, J. C., & Rodrigues, J. A. (2015). *O controlo de gestão - ao serviço da estratégia e dos gestores* (10.^a ed.). Áreas.
- Moura, T. M. (2013). *Relatório sobre a informação de gestão no Centro Hospitalar do Porto*. Instituto Superior de Contabilidade e Administração da Universidade de Aveiro.
- Nunes, P. S. (2012). *Financiamento hospitalar em Portugal*. Universidade Nova de Lisboa.
- OPSS. (2001). *Conhecer os Caminhos da Saúde*. Relatório de Primavera.
- Pereira, B. M. (2008). *O controlo de gestão em estabelecimentos de saúde*. Lisboa: Academia Militar.
- Pereira, S. N. (2009). *Qualidade em saúde: O papel dos sistemas de informação*. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa.
- Quesado, P., & Cardoso, C. (2017). A problemática da imputação dos custos nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS). *European Journal of Applied Business Management, Special Issue*, 19-38.
- Ribeiro, C. M. (julho de 2008). O controlo de gestão nas unidades de saúde: o Balanced Scorecard. *TOC 100*.
- Ricardo, E. D. (2014). *Desenvolvimento de um sistema de controlo de gestão numa farmácia*. Instituto Universitário de Lisboa .
- Roberto, J. A. (1995). *Sistema de controlo de gestão para uma organização do Setor Público Administrativo*. Évora: INDEG/ISCTE.
- Sá, M. V. (2017). *Acompanhamento da execução orçamental e da LCPA nos hospitais E.P.E: Caso do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E*. Instituto Politécnico de Coimbra.
- Sampaio, V. H. (2015). *Controlo de gestão*. Viana do Castelo: Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Sandi, A. A. (2015). *A importância dos sistemas de informação em saúde - Estudo de caso na USF CelaSaúde*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Santos, L. M. (2016). *A adoção de sistemas de informação na gestão estratégica de uma organização*. Ponte de Lima: Instituto Politécnico de Viana de Castelo.
- Santos, N. M. (2010). *Ferramentas e controlo de gestão: um fator de competitividade*. Obtido de <http://hdl.handle.net/10071/3060>

Silva, A. F. (2013). *Accounting logic and new professionalism in helthcare. Case study*. Porto: ISCAP.

Silva, A. M. (2013). *A relevância do controlo de gestão em empresas de sucesso*. Setúbal.

Sousa, P. A. (2009). *Acta Paul Enferm. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios*.

SPMS. (2018). *Serviços Partilhados do Ministério da Saúde*. Obtido em 05 de 2018, de <http://spms.min-saude.pt/product/>

Teixeira, A. A., & Brochado, A. M. (Janeiro/Junho de 2005). Quando o SONHO se torna realidade...: avaliação estatística do impacto das tecnologias de informação nos serviços de consulta externa hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23

ii. Legislação

Decreto-Lei 133/2013, de 3 de outubro de 2013.

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro de 1993

Decreto-Lei n.º 233/05, de 29 de dezembro de 2005.

Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de março de 2011.

Decreto-Lei n.º 98/2005, de 16 de junho de 2005.

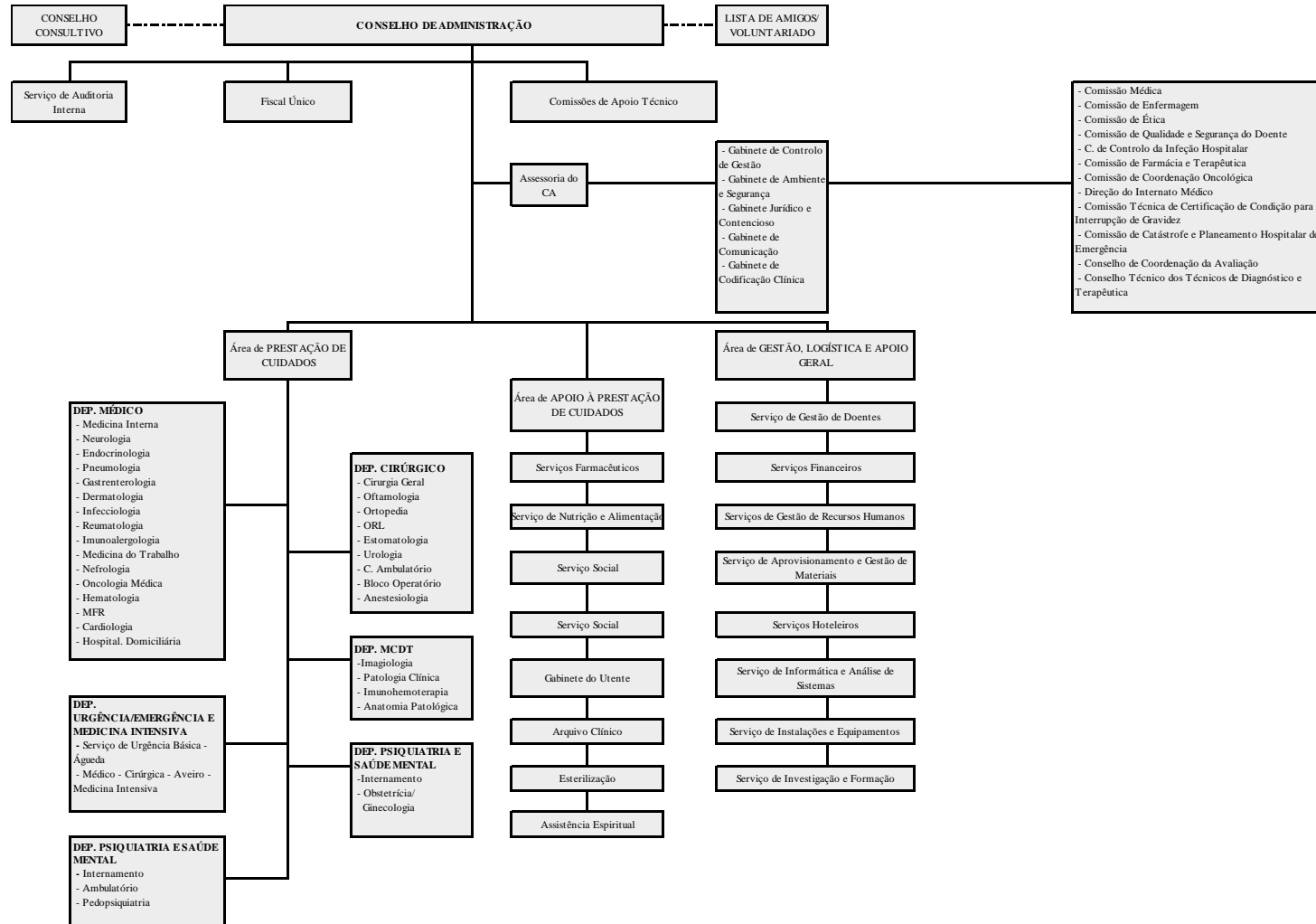
Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro de 2002.

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto de 1990.

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto de 1990.

Lei n.º 56/79, de 15 de setembro de 1979.

Anexo 1 – Organograma do CHBV



- Comissão Médica
- Comissão de Enfermagem
- Comissão de Ética
- Comissão de Qualidade e Segurança do Doente
- C. de Controlo da Infecção Hospitalar
- Comissão de Farmácia e Terapêutica
- Comissão de Coordenação Oncológica
- Direção do Internato Médico
- Comissão Técnica de Certificação de Condição para a Interrupção de Gravidez
- Comissão de Catástrofe e Planeamento Hospitalar de Emergência
- Conselho de Coordenação da Avaliação
- Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica



Anexo 2 – Dispositivo assistencial de Aveiro

Especialidade médica	Internamento	UCI	Hospital Dia	Urgência	Consulta externa	Cirurgia ambulat	MCDT
Anestesiologia	Existente	Apoio		Existente	Existente	Existente	Existente
Cardiologia	Existente	Existente	Existente	Apoio	Existente	Existente	Existente
Cirurgia Geral	Existente			Existente	Existente	Existente	
Dermatologia	Apoio				Existente	Existente	Existente
Dor	Apoio		Existente	Apoio	Existente		
Endocrinologia	Existente		Existente		Existente		
Estomatologia	Existente				Existente		Existente
Gastroenterologia	Apoio		Existente	Apoio	Existente	Existente	Existente
Ginecologia	Existente			Existente	Existente	Existente	Existente
Hematologia Clínica	Apoio		Existente		Existente		
Imagiologia							Existente
Imunoalergologia	Apoio		Existente		Existente		Existente
Imunohemoterapia	Apoio	Apoio	Existente	Apoio	Existente		Existente
Infeciologia	Existente		Existente	Apoio	Existente		
Medicina Física e Reabilitação	Apoio	Apoio	Existente		Existente		Existente
Medicina Intensiva		Existente					
Medicina Interna	Existente		Existente	Existente	Existente		
Medicina Trabalho					Existente		
Nefrologia	Apoio		Existente	Apoio	Existente		Existente
Neurologia	Existente	Apoio	Existente	Apoio	Existente		Existente
Obstetrícia	Existente			Existente	Existente		Existente
Oftalmologia	Apoio		Existente	Existente	Existente		Existente
Oncologia Médica	Apoio		Existente		Existente		Existente
Ortopedia	Existente			Existente	Existente	Existente	Existente
Otorrinolaringologia	Existente				Existente	Existente	Existente
Pediatria	Existente		Existente	Existente	Existente		
Pedopsiquiatria	Apoio		Existente	Apoio	Existente		
Pneumologia	Existente	Apoio	Existente	Apoio	Existente		Existente
Psiquiatria	Existente		Existente		Existente		Existente
Reumatologia	Existente		Existente		Existente	Existente	Existente
Urologia	Existente		Existente	Apoio	Existente	Existente	Existente

 Existente
 Apoio



Anexo 3 – Dispositivo Assistencial de Águeda

Especialidade médica	Internamento	UCI	Hospital Dia	Urgência	Consulta externa	Cirurgia ambulatório	MCDT
Anestesiologia					■		
Cardiologia					■		■
Cirurgia Geral					■	■	
Dermatologia					■		■
Dor					■		
Endocrinologia					■		
Estomatologia							■
Gastroenterologia							
Ginecologia							
Hematologia Clínica							
Imagiologia							■
Imunoalergologia							
Imunohemoterapia							■
Infeciologia							
Medicina Física e Reabilitação					■		■
Medicina Intensiva							
Medicina Interna	■				■		
Medicina Trabalho					■		
Nefrologia					■		
Neurologia					■		
Obstetrícia					■		
Oftalmologia					■	■	■
Oncologia Médica							■
Ortopedia					■	■	■
Otorrinolaringologia							
Pediatria					■		
Pedopsiquiatria							
Pneumologia					■		■
Psiquiatria					■		
Reumatologia					■		■
Urologia					■		■

 Existente
 Apoio

Anexo 4 – Dispositivo Assistencial de Estarreja

Especialidade médica	Internamento	UCI	Hospital Dia	Urgência	Consulta externa	Cirurgia ambulatório	MCDT
Anestesiologia							Existente
Cardiologia							Existente
Cirurgia Geral					Existente		
Cuidados Paliativos no Hospital		Existente	Existente		Existente		
Dermatologia							Existente
Dor			Existente		Existente		
Endocrinologia							
Estomatologia							
Gastroenterologia							Existente
Ginecologia					Existente		
Hematologia Clínica							
Imagiologia							
Imunoalergologia					Existente		
Imunohemoterapia							Existente
Infecologia							
Medicina Física e Reabilitação					Existente		Existente
Medicina Intensiva							
Medicina Interna	Existente		Existente		Existente		
Medicina Trabalho					Existente		
Nefrologia					Existente		
Neurologia							
Obstetrícia							
Oftalmologia							
Oncologia Médica							
Ortopedia					Existente		Existente
Otorrinolaringologia							
Pediatria					Existente		
Pedopsiquiatria							
Pneumologia			Existente		Existente		
Psiquiatria			Existente		Existente		Existente
Reumatologia							
Urologia							

 Existente
 Apoio

Anexo 5 – Carta ao Presidente do Conselho de Administração do CHBV

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do

Centro Hospitalar do Baixo Vouga

Dr. Aurélio Rodrigues

Sou estudante na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra e neste momento, com o intuito de terminar o Mestrado em Gestão, encontro-me a estagiar nos serviços financeiros do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, desde o dia 19 de fevereiro de 2018, sob orientação do Doutor Paulo Filipe Diz.

A conclusão do Mestrado implica a realização de um relatório de estágio, onde deverá ser explorado um tema que seja relevante, não só para o desenvolvimento de competências próprias e complementares ao Mestrado em Gestão, mas também para o enriquecimento da entidade de acolhimento. Como tal, considerou-se importante analisar a necessidade de adaptação do sistema de controlo de gestão às mudanças no contexto organizacional do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, com o propósito de dar respostas a questões como:

- A informação disponibilizada pelo controlo de gestão é utilizada?
- Porque é que se considerou importante mudar de Sistema de Controlo de Gestão?
- Quais são as principais forças (vantagens) e fraquezas que são perceptíveis no Sistema de Controlo de Gestão à partida, face ao anterior sistema?
- De que forma se está a utilizar o novo sistema?
- De que forma o novo sistema poderia ser utilizado? (Sugestões de melhoria)

Face ao exposto, venho por este meio solicitar a vossa autorização para:

- Explorar este tema no Centro Hospitalar do Baixo Vouga;
- Realizar entrevistas a membros do Conselho de Administração, a Diretores de Serviço, bem como a demais colaboradores do CHBV;
- Aceder ao programa *Tableau de Bord*.

Toda a informação recolhida é tratada de forma confidencial e usada apenas para efeito do presente estudo.

Muito grata por toda atenção e colaboração.

Com os melhores cumprimentos,

Alexandra Rocha

Anexo 6 – Guião para a entrevista no CHBV

A) Apresentação

1. Há quanto tempo colabora com o CHBV?
2. Qual a sua formação de base?
3. Que cargo é que desempenha atualmente?

B) Relacionado com a necessidade de mudança

1. Utilizava a informação dada pelo *SIHIP* (ferramenta informática de controlo de gestão do HIP)?
2. Na sua opinião que falhas é que o *SIHIP* apresentava?
3. A mudança para Centro Hospitalar alterou a sua perceção da relevância (ou não) dos custos (se tem agora maior necessidade de informação neste âmbito – contratualização interna e externa)?
4. Que tipo de informação acha indispensável para poder tomar decisões da melhor forma?
5. A que sistemas de informação recorre para aceder a informação útil para o apoiar na gestão?
6. Depois da criação do CHBV recorda-se da mudança do *SIHIP* para a ferramenta informática *Pentaho*?
7. Participou no processo de mudança para o *Pentaho*?
8. Utilizou a informação disponibilizada pelo *Pentaho*?
9. Considerava importante mudar de ferramenta informática de controlo de gestão? (que falhas é que o *Pentaho* apresentava)
10. Tem perceção de como surgiu a iniciativa de mudança do *Pentaho* para o *Tableau de Bord* (quem influenciou)?
11. Utiliza e em caso afirmativo, como utiliza a informação disponibilizada pelos serviços financeiros, controlo de gestão e *Tableau de Bord*?

C) No que concerne ao processo de implementação da ferramenta informática de controlo de gestão (*Tableau de Bord*)

1. Participou no processo de implementação do *Tableau de Bord*?
2. Qual foi a sua colaboração no processo de mudança?
3. Qual foi a duração do processo de implementação?

D) Expectativas criadas pela mais recente ferramenta informática de controlo de gestão (*Tableau de Bord*)

1. Na sua função, em que tipo de decisões poderá ser mais útil a informação fornecida pelo *Tableau de Bord*?
2. Qual a opinião sobre os efeitos práticos da mudança para o *Tableau de Bord*? A informação vai ser mais usada no apoio à tomada de decisão dos gestores?
3. Até que ponto este processo de mudança da ferramenta informática de controlo de gestão propicia uma mudança de atitude na gestão (se promove a proatividade ou a tomada de decisão mais fundamentada)?

E) Após a implementação da nova ferramenta informática de controlo de gestão (*Tableau de Bord*)

1. Quais são as principais forças (vantagens) e fraquezas que são perceptíveis no *Tableau de Bord* à partida, face ao *Pentaho/SIHIP*?
2. Quais são os problemas que ainda persistem na ferramenta informática atual?
3. A utilização da nova ferramenta informática de controlo de gestão está a ir ao encontro das expectativas criadas com a sua implementação?
4. De que forma poderia ser utilizada? (Sugestões de melhoria)
5. Que tipo de informação ou nível de detalhe ainda não está disponível na nova ferramenta informática?
6. O *SIHIP* disponibilizava informação importante que o *Tableau de Bord* não oferece? E o *Pentaho*?

Anexo 7 – Descrição das entrevistas

Data	Entrevistado	Formação
04/05/2018	Gestor B	Economia
08/05/2018	Gestor A	Economia
10/05/2018	Membro A do Conselho de Administração	Medicina e Gestão
10/05/2018	Membro B do Conselho de Administração	Farmácia e Gestão
11/05/2018	Gestor C	Administração Hospitalar
14/05/2018	Membro B do Gabinete de Controlo de Gestão	Gestão
15/05/2018	Diretor do Serviço A	Medicina
15/05/2018	Diretor do Serviço C	Medicina
16/05/2018	Diretor do Serviço B	Medicina
21/05/2018	Membro A do Gabinete de Controlo de Gestão	Gestão
28/05/2018	Diretor do Serviço D	Medicina
06/06/2018	Enfermeira-chefe C	Enfermagem
07/06/2018	Enfermeira-chefe B	Enfermagem
07/06/2018	Enfermeiro-chefe A	Enfermagem

Anexo 8 – Página de apresentação do SIHIP

SIHIP - Sistema de Informação do Hospital Infante D. Pedro

Seja bem vindo(a) ao SIHIP.

Esta aplicação pretende vir a ser uma vasta e diversificada base de informação. Com o seu desenvolvimento pretendemos uniformizar os processos de recolha e tratamento de dados, tornar válida e fiável a informação necessária aos diferentes níveis de decisão e disponibilizar informação oportuna permanentemente actualizável.

Os dados são diariamente actualizados e recolhidos directamente de diferentes bases de dados do HIP, não existindo qualquer manipulação de informação.

Alguns resultados históricos, até ao final do 1º semestre de 2009, podem não espelhar correctamente a realidade de algumas especialidades porque são fruto de procedimentos de registo administrativo até então em vigor e que têm vindo a ser permanentemente alterados desde Outubro de 2009, das quais as últimas foram a alteração da numeração das camas dos internamentos e a alteração das folhas de registo dos MCDT. As incorrecções históricas serão, assim, corrigidas em função das alterações que forem sendo introduzidas nos procedimentos de registo administrativo.

Considerando que a alteração destes procedimentos de registo administrativo só produzem efeitos reais após um mês de execução do contrato interno celebrado com os Serviços de Acção Médica, neste momento só está disponível a informação para as especialidades cuja contratualização interna vigora há pelo menos 30 dias.

Na eventualidade de ser detectada alguma falha, não hesite, contacte-nos, p.f., e ajude-nos a tornar esta aplicação num verdadeiro instrumento que permita identificar e introduzir melhorias em todos os níveis de actividade do HIP.

Qualquer sugestão, dúvida ou esclarecimento poderá ser feita através do endereço: sihip@hdaveiro.min-saude.pt

A equipa do SIHIP

Continuar

Anexo 9 – Mapa geral apresentado por especialidade - SIHIP

SIHIP Hospital Infante D. Pedro

Sugestões Fechar

Ano: 2016 Nota:

Especialidade: DERMATOLOGIA DERMATOLOGIA

Evolução da Produção e Produtividade

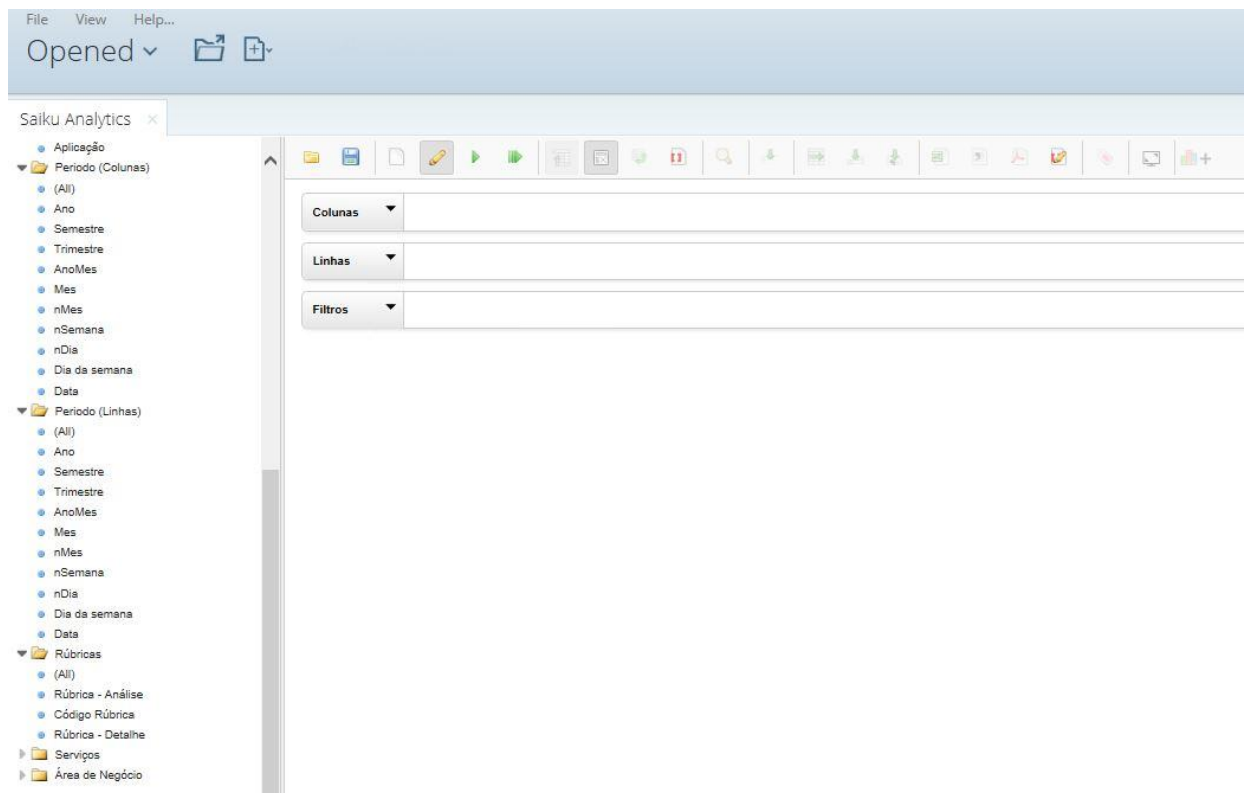
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Lotação média												
Doentes Saídos para o exterior												
Dias de Internamento												
Dias Internamento (doentes tratados)												
Demora média												
Transferências Internas												
Taxa de ocupação (%)												
GDH codificados												
Doentes equivalentes												
ICM												
Nº de médicos E.T.C.												
Doentes Saídos / Médicos E.T.C.												
Taxa de mortalidade (%)												
Total Falecidos												

Consultas Externas(Dermatologia)

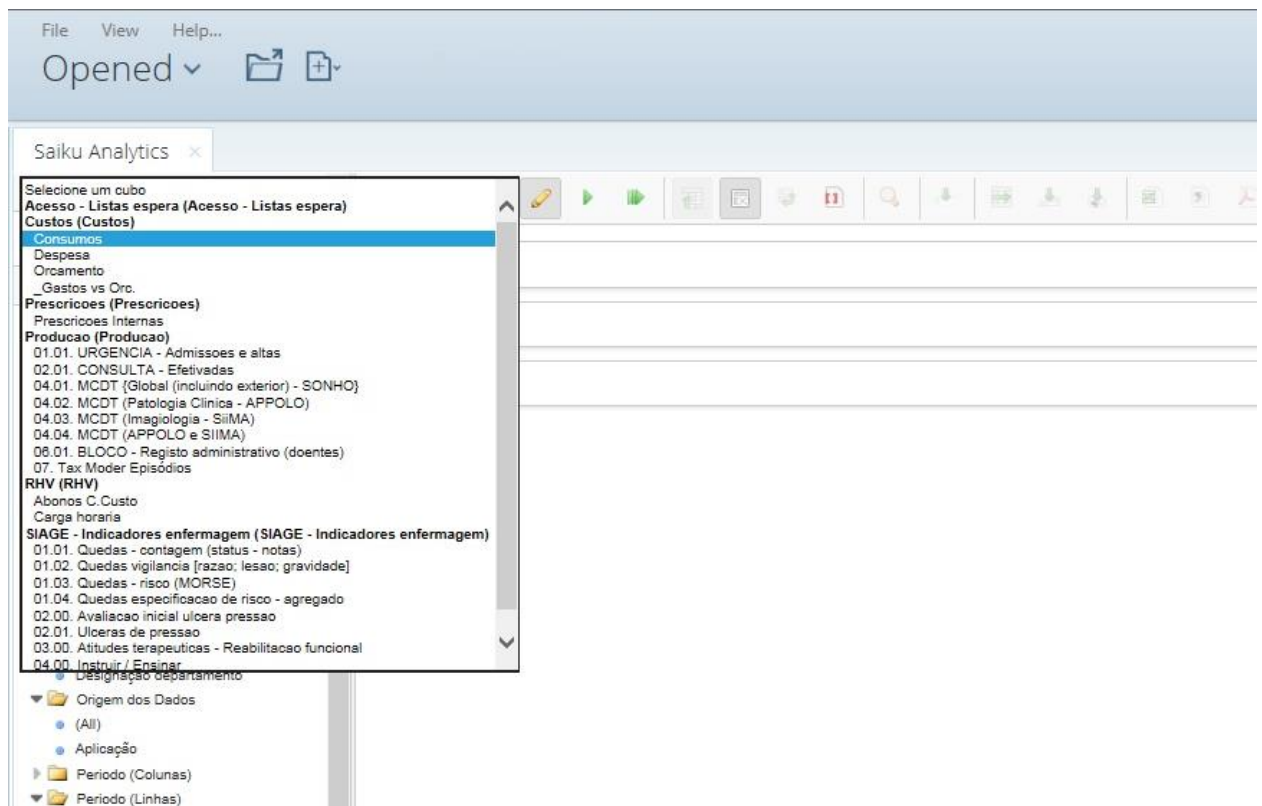
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Total												
Agendadas												
Marcadas												
Realizadas												
Realizadas médicas												
Primeiras												
Agendadas												
Marcadas												
Realizadas												
Realizadas médicas												
Subsequentes												
Agendadas												
Marcadas												
Realizadas												
Realizadas médicas												

Nota:

Anexo 10 – Página de apresentação do *Pentaho*



Anexo 11 – Diferentes cubos disponibilizados pelo *Pentaho*



Anexo 12 – Página de apresentação do *Tableau de Bord*

Atividade Clínica	Realização no período		Variação		2017 (anual)	2018 (anual)				Taxa de Execução
	2018	2017	Δ	%		Contrat. Interna	Estimativa	Variação Estim. vs Contr. Interna		
								Δ	(%)	
▶ Consulta Externa Médica - Nº. / (c/ Alta Clínica)	96.156 (16.795)	93.789 (15.777)	2.367	2,52	216.588 (34.584)	n.d.	231.670	n.a.	n.a.	n.a.
▶ Consulta Externa Não Médica	6.553 (346)	6.049 (296)	504	8,33	13.693 (734)	n.d.	16.770	n.a.	n.a.	n.a.
▶ Consultas de Apoio à Infertilidade	65 (5)	59 (8)	6	10,17	171 (21)	n.d.	208	n.a.	n.a.	n.a.
▶ Urgência (Atendimentos)	71.118	68.153	2.965	4,35	166.612	n.d.	171.439	n.a.	n.a.	n.a.
▶ Urgência (Altas)	71.095	68.136	2.959	4,34	169.535	n.d.	174.352	n.a.	n.a.	n.a.
▶ Hospital Dia - Sessões / (Doentes)	6.765 (2.049)	6.286 (1.808)	479	7,62	15.010 (3.208)	n.d.	17.233	n.a.	n.a.	n.a.
▶ Apoio Domiciliário	386	353	33	9,35	900	n.d.	953	n.a.	n.a.	n.a.
▶ Atividade Cirúrgica - Doentes / (Cirurgias)	5.985 (9.375)	4.821 (7.093)	1.164	24,14	11.305 (16.684)	n.d.	12.714	n.a.	n.a.	n.a.
▶ Doentes Saídos Agudos s/ TI - Especialidade Responsável (Física)	6.927 (6.927)	6.605 (6.604)	322	4,88	15.730 (15.730)	n.d.	16.842	n.a.	n.a.	n.a.
▶ Transferências Internas - Especialidade Responsável (Física)	203 (370)	226 (422)	-23	-10,18	508 (919)	n.d.	478	n.a.	n.a.	n.a.
▶ Berçário - Especialidade Responsável (Física)	665 (665)	646 (647)	19	2,94	1.646 (1.646)	n.d.	1.688	n.a.	n.a.	n.a.