



**Mestrado em Contabilidade e Finanças**

**SISTEMAS E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM  
HOSPITAIS PÚBLICOS: INSTRUMENTOS DE GESTÃO E  
DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO**

**Estudo de caso em Portugal – Região do Grande Porto**

**José Manuel da Silva Luzia**

**Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em  
Contabilidade e Finanças**

**Orientador: Mestre Rui Filipe Pereira Bertuzi da Silva**

**Coorientador: Mestre Paulino Manuel Leite da Silva**

**Coorientador: Doutor António José Balloni – GESITI/CTI**

**Porto, Abril 2014**



**SISTEMAS E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM  
HOSPITAIS PÚBLICOS: INSTRUMENTOS DE GESTÃO E  
DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO**

**Estudo de caso em Portugal – Região do Grande Porto**

**José Manuel da Silva Luzia**

**Orientador: Mestre Rui Filipe Pereira Bertuzi da Silva**

**Coorientador: Mestre Paulino Manuel Leite da Silva**

**Coorientador: Doutor António José Balloni – GESITI/CTI**

**Porto, Abril 2014**

## RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo analisar a importância da utilização dos sistemas e tecnologias de informação para o exercício da gestão no setor hospitalar. Pretendeu-se assim comprovar os efeitos da utilização da informação produzida por esses instrumentos na melhoria do processo de gestão e no apoio à tomada de decisão.

Neste estudo, que decorreu no âmbito do projeto de investigação internacional GESITI/HOSPITALAR “AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SISTEMAS E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM HOSPITAIS”, apresentamos resultados de 5 hospitais públicos portugueses da área limítrofe do Grande Porto, os quais consideramos uma amostra significativa da região em estudo. A metodologia utilizada nesta investigação foi a de estudo de caso.

Com os resultados obtidos, podemos concluir que os sistemas e tecnologias de informação têm sido um mecanismo impulsionador de melhorias na produtividade e desempenho das entidades hospitalares. Foram também encontradas evidências nestas organizações do setor público da adoção de práticas de gestão do setor privado.

Palavras-chave: Gestão, Controlo de Gestão, Sistemas de Informação, Tecnologias de Informação, Hospitais, Gestão Hospitalar.

## ***ABSTRACT***

The purpose of the present work was to analyse the importance of the use of systems and technologies of information in the management procedures in hospital sector. We pretended to testify the effects of the utilization of the information produced by those instruments in the improvement of the management performance and as support to decision-making.

In this study, which took place within the international research project GESITI/HOSPITAL "EVALUATION OF MANAGEMENT INFORMATION SYSTEMS AND TECHNOLOGIES IN HOSPITALS", we present results of 5 Portuguese public hospitals in the border area of the Grande Porto, which we consider a representative sample of the studied area. The methodology used in this research was the case study.

With the obtained results, we can conclude that the systems and technologies of information have been a booster mechanism of improvements in productivity and in the performance of hospital organizations. We also found evidences in these organizations of the public sector of the adoption of management practices of the private sector.

Keywords: Management, Management Control, Information Systems, Information Technologies, Hospitals, Hospital Management.

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à pessoa mais importante da minha vida, o meu filho.*

*E de um modo muito especial aos meus queridos pais. À minha mãe e, também, ao meu pai, que embora já não esteja presente entre nós, mas que tenho a certeza esteve sempre presente neste meu percurso.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma, quer direta ou indiretamente, deram o seu contributo para a realização deste trabalho.

Agradeço de um modo especial aos Mestres Rui Filipe Pereira Bertuzi da Silva e Paulino Manuel Leite da Silva por terem aceitado ser meus orientadores, pelas suas preciosas orientações, conselhos e pela sua inteira disponibilidade.

Agradeço, também, a todos os docentes e colegas do Mestrado em Contabilidade e Finanças do Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto, por todos os conhecimentos partilhados, comentários e contributos na definição do tema da investigação.

Por fim, à minha família, que acompanhou de perto esta minha luta contra o tempo e que muitas vezes privei da minha companhia, agradeço o apoio permanente e a compreensão para as minhas desculpas pela ausência.

A Todos, **MUITO OBRIGADO!**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde
- ARS – Administração Regional de Saúde
- CRM – *Customer Relationship Management* (Gestão de Relacionamento com o Cliente)
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- ERP – *Enterprise Resource Planning* (Sistemas Integrados de Gestão Empresarial)
- ISCAP – Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto
- NPM – *New Public Management*
- OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- PNS – Plano Nacional de Saúde
- SI – Sistemas de Informação
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- TI – Tecnologias de Informação
- TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

## ÍNDICE GERAL

RESUMO .....	iii
ABSTRACT .....	iv
DEDICATÓRIA .....	v
AGRADECIMENTOS .....	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	vii
ÍNDICE GERAL .....	viii
ÍNDICE DE TABELAS .....	x
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xi
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO .....	1
I.1. Enquadramento.....	2
I.2. Motivação e Objetivos .....	2
I.3. Organização da Dissertação .....	4
CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA .....	6
II.1. Saúde em Portugal.....	7
II.2. Sistemas e Tecnologias de Informação .....	12
II.3. Contabilidade de Gestão.....	15
II.4. <i>New public management</i> .....	17
CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	20
III.1. Abordagem qualitativa .....	21
III.2. Epistemologia interpretativa.....	23
III.3. Metodologia de investigação estudo de caso.....	25
III.4. Técnica de investigação entrevista.....	26
CAPÍTULO IV – RECOLHA DE DADOS E ANÁLISE .....	29
IV.1. Administração Regional de Saúde do Norte .....	30
IV.2. Entidades Hospitalares .....	32
IV.3. Recolha de dados.....	35
Gestão Estratégica.....	35
Investigação e Desenvolvimento (I&D).....	39
Inovação tecnológica.....	40
Competitividade Hospitalar & Colaboração para a Vantagem Estratégica.....	44
Comércio eletrónico .....	47
Telemedicina .....	48

Relacionamento com o cliente .....	48
CAPÍTULO V – CONCLUSÕES .....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	54

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Sumário do Projeto GESITI/Hospitalar, “Questionário Prospetivo” .....	27
Tabela 2 - ACES integrantes da ARS-Norte .....	31
Tabela 3 - Hospitais integrantes da ARS-Norte .....	32
Tabela 4 - Caraterização dos Hospitais alvo do estudo .....	33
Tabela 5 - Distribuição dos Recursos Humanos por função desempenhada .....	33
Tabela 6 - Número de membros do Conselho de Administração.....	34
Tabela 7 - Formação académica dos Recursos Humanos.....	34
Tabela 8 - Dados relativos à Formação Profissional .....	35
Tabela 9 - Nível de conhecimento do Plano Estratégico.....	36
Tabela 10 - Periodicidade de revisão do Plano Estratégico .....	37
Tabela 11 - Grau de envolvimento dos Recursos Humanos .....	37
Tabela 12 - Elementos de criação de estratégias .....	38
Tabela 13 - Grau de importância dos clientes e recursos humanos na definição da estratégia.....	38
Tabela 14 - Obtenção de informação sobre novas tecnologias .....	39
Tabela 15 - Grau de importância da atividade de I&D .....	40
Tabela 16 - Grau de importância da obtenção de conhecimentos externos .....	40
Tabela 17 - Influência da inovação tecnológica .....	40
Tabela 18 - Mecanismos de acompanhamento do ambiente externo .....	41
Tabela 19 - Elementos do ambiente externo acompanhados.....	42
Tabela 20 - Áreas de investimento previsto .....	42
Tabela 21 - Fatores condutores da colaboração hospitalar .....	44
Tabela 22 - Principal desafio dos hospitais no século XXI .....	45
Tabela 23 - Alinhamento dos projetos com a estratégia .....	45
Tabela 24 - Medidas para aumento da competitividade hospitalar .....	46

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Suposições epistemológicas de investigação .....	23
Figura 2 - Distritos de intervenção da ARS-Norte .....	30

# **CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO**

## **I.1. Enquadramento**

A presente dissertação subordinada ao tema “Sistemas e Tecnologias de Informação em Hospitais Públicos: Instrumentos de gestão e de apoio à tomada de decisão” surge no âmbito do Mestrado em Contabilidade e Finanças, do Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto (ISCAP).

Para a escolha deste tema contribuiu, por um lado, o interesse pela área da contabilidade de gestão e, por outro lado, a possibilidade de participação no projeto de investigação internacional GESITI/HOSPITALAR “AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SISTEMAS E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM HOSPITAIS” em que o ISCAP esteve envolvido.

Uma vez que estamos num mundo em constante mudança e dado que, no nosso entender, este tipo de organizações devem e têm que se posicionar como as principais responsáveis pela mudança da sociedade, é fundamental que a sua gestão seja capaz de enfrentar desafios do presente e, mais do que isso, saber que as decisões tomadas hoje vão ter certamente repercussões no futuro.

Já não é suficiente uma atitude de simples gestão da despesa, tornando-se imperativo uma gestão ativa na busca de novas fontes de receitas próprias que contribuam para obter melhores resultados.

Neste contexto de permanente mudança, é necessário que a gestão das organizações seja cada vez mais abrangente e tenha uma visão global de todas as áreas que a compõem.

## **I.2. Motivação e Objetivos**

O tema escolhido para o projeto de dissertação apresentado está intimamente ligado à grande área de investigação em Contabilidade de Gestão.

Segundo Quivy & van Campenhoudt (1998), para a realização de um bom trabalho de investigação temos de começar bem. Para tal é fundamental começarmos com a

formulação de uma pergunta inicial, a qual nos servirá de orientação no desenvolvimento de todo o trabalho:

**“Serão os Sistemas e Tecnologias de Informação um instrumento facilitador para a melhoria na gestão e no apoio à tomada de decisão nas entidades hospitalares?”**

Os objetivos da investigação passam por apresentar provas confiáveis da importância dos Sistemas e Tecnologias de Informação para o exercício da gestão e de apoio à tomada de decisão, por forma a melhorar a eficiência e eficácia da gestão hospitalar, que se reflitam em pessoas mais satisfeitas com o atendimento e gestão hospitalar.

A escolha deste tema é justificada por vários motivos.

O primeiro desses motivos é o da área da contabilidade que trata o tema apresentado. Sempre foi de grande interesse para mim a área da Contabilidade de Gestão, nomeadamente as áreas da Gestão Estratégica e do Controlo de Gestão, quer durante o meu percurso académico quer no desenvolvimento da minha atividade profissional. Nos tempos mais recentes tem-se assistido a uma crescente valorização da importância e da relevância da contabilidade de gestão, no auxílio dos gestores para a tomada de decisão, facto que contribuiu, também, para a escolha do tema.

A evolução tecnológica, que assistimos quotidianamente, faz com que cada vez mais as entidades tratem a informação contabilística produzida de uma forma mais analítica e que a mesma seja utilizada para fins outrora não utilizados. Daí que, face à concorrência tão feroz que se vive hoje, todas as entidades necessitem de ter mais e melhor informação, com qualidade, que auxilie os gestores na tomada de decisão.

Outro motivo está relacionado com a participação do ISCAP no projeto de investigação internacional GESITI/HOSPITALAR “AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SISTEMAS E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM HOSPITAIS”.

Trata-se de um projeto coordenado pelo Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer (CTI), unidade do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), do Brasil, cujo objetivo é mapear a gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação em hospitais, visando identificar as suas necessidades, prospetar desdobramentos, realizar

publicações e, principalmente, gerar um Relatório de Pesquisa Integrado (RPI) com foco de, também, um *Report Research Roadmap* (RRR). Esse RPI/RRR deve ser utilizado como suporte às tomadas de decisões pelos gestores públicos ou privados interessados no tema (Balloni, 2012).

No caso concreto da nossa Escola, a investigação foi realizada em hospitais públicos da região do Grande Porto, num raio de 50 km em torno do ISCAP.

Conforme descrito no Termo de Cooperação assinado entre o ISCAP e o CTI/MCT, esta investigação abrange temas e propostas de soluções integradas, ou pontuais, nas seguintes áreas (focos do projeto): recursos humanos; gestão estratégica do hospital; I&D; inovação tecnológica (investimentos em inovação tecnológica e cooperação para a inovação); competitividade hospitalar & colaboração para vantagem estratégica; equipamentos de tecnologia da informação nos hospitais; aquisição de máquinas e equipamentos; bases de dados; redes, segurança e telecomunicações; gestão de TI; comércio e negócio eletrónico; telemedicina; relacionamento com os clientes e gestão de resíduos de serviços de saúde, entre outros temas que poderemos acompanhar, fruto de análises e correlações dos dados levantados.

Com os resultados que esperamos obter com a realização deste trabalho, pensamos contribuir para facilitar as tarefas dos gestores dos hospitais da região em estudo e, conseqüentemente, levar informação qualificada, oportuna e integrada que possa servir para a tomada de decisões mais assertivas na gestão hospitalar.

Esperamos que o resultado final decorrente desta investigação seja um contributo para a melhoria no processo de gestão e de apoio à tomada de decisão, que se reflita num aumento da satisfação dos utentes com o atendimento e gestão hospitalar.

### **I.3. Organização da Dissertação**

Para além deste capítulo, no qual introduzimos o tema, explicaremos as principais motivações e objetivos para a escolha do mesmo, esta dissertação divide-se em mais quatro capítulos.

No segundo capítulo apresentamos a revisão da literatura consultada para a realização deste estudo, a qual se apresenta dividida em três áreas. Em primeiro lugar analisamos o setor da saúde em Portugal e a sua evolução histórica até aos dias de hoje. Na segunda parte analisamos a área dos Sistemas e Tecnologias de Informação, com especial ênfase na literatura já publicada relativa ao projeto GESITI/HOSPITALAR. Finalmente, foi analisada literatura sobre a Contabilidade de Gestão, com especial foco nas recentes evoluções da disciplina no que concerne, entre outros, à Contabilidade de Gestão Estratégica e ao Controlo de Gestão e, também, ao conceito de *New Public Management*.

O terceiro capítulo é inteiramente dedicado à metodologia de investigação. Apresentamos as vertentes possíveis para a condução de um estudo científico e justificamos os motivos que levaram à escolha do estudo de caso para este trabalho.

No quarto capítulo apresentamos os dados recolhidos nesta investigação e a análise aos mesmos. É iniciado por uma caracterização das cinco entidades hospitalares estudadas, assim como da Região de Saúde do Norte em que as mesmas se encontram inseridas, dado que todas as entidades estudadas são de capital exclusivamente público. De seguida os dados recolhidos nas cinco entrevistas efetuadas para este estudo são apresentados e analisados.

Por fim, no quinto capítulo, são apresentadas as conclusões. Resumimos os principais resultados do estudo com resposta à questão subjacente a este trabalho, finalizando com sugestões de outras possibilidades de investigação.

## **CAPÍTULO II – REVISÃO DA LITERATURA**

Na revisão da literatura efetuada para este trabalho foram distinguidas três áreas de análise. Em primeiro lugar analisamos o setor da saúde em Portugal e a sua evolução histórica até aos nossos dias. Na segunda parte analisamos a área dos Sistemas e Tecnologias de Informação, com especial ênfase na literatura já publicada relativa ao projeto GESITI/HOSPITALAR. De seguida, na terceira parte, foi analisada literatura sobre a Contabilidade de Gestão, com especial foco nas recentes evoluções da disciplina no que concerne, entre outros, à Contabilidade de Gestão Estratégica e ao Controlo de Gestão, e finalmente, a quarta parte é dedicada ao conceito de *New Public Management* originário do Reino Unido, nos anos oitenta.

## **II.1. Saúde em Portugal**

Sendo as entidades hospitalares públicas o objeto de estudo deste trabalho, parece-nos premente efetuar uma breve caracterização dos sistemas de saúde em Portugal.

Para tal, achamos importante dividir a evolução do sistema de saúde português em 4 etapas distintas (OPSS, 2001):

- Antes do 25 de abril de 1974
- Criação e desenvolvimento do SNS (1974-1985)
- A Lei de Bases de 1990 (1985-1995)
- As experiências mais recentes (após 1995).

### **— Antes do 25 de abril de 1974**

Na primeira fase, e de acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2001), coexistiam várias instituições com raízes diferentes na história do país, que podem resumir-se da seguinte forma:

- As Misericórdias, instituições centenárias de solidariedade social, ocupavam um lugar de relevo na saúde – geriam grande parte das instituições hospitalares e outros serviços de saúde por todo o país.

- Os Serviços Médico-Sociais (SMS, vulgo “postos das caixas”), prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação das Caixas de Previdência. Estas constituíram a versão portuguesa do “regime do bem-estar” na saúde – quotização obrigatória de empregado e empregador para financiar o acesso aos cuidados de saúde. Ao contrário do que aconteceu noutros países europeus, as Caixas de Previdência desenvolveram os seus serviços médicos próprios (ambulatórios).

- Os Serviços de Saúde Pública estavam vocacionados essencialmente para a proteção da saúde (vacinações, proteção materno-infantil, saneamento ambiental, entre outras valências).

- Os Hospitais estatais, gerais e especializados, encontravam-se principalmente localizados nos (poucos) grandes centros urbanos.

- Os Serviços privados eram dirigidos aos estratos socioeconómicos mais elevados.

Foi em conexão com outras transformações na sociedade portuguesa que, ao longo da década de 70, foram instituídas as maiores reformas no sistema de saúde português (Baganha, Ribeiro, & Pires, 2002).

#### — Criação e desenvolvimento do SNS (1974-1985)

Na segunda fase, coincidente com a consolidação da democracia em Portugal, temos a concretização da implementação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), em 1979, criado com um objetivo muito democrático – universalidade, generalidade e gratuidade.

O SNS foi instituído pelo Decreto-Lei n.º 56/79, de 26 de agosto, tendo ficado dependente da Secretaria de Estado da Saúde do então Ministério dos Assuntos Sociais. A Constituição da República de 1976 garantiu, no seu artigo 64.º, expressão legal ao direito à proteção da saúde.

Dois aspetos fundamentais caracterizaram a configuração do SNS, o financiamento a partir do orçamento geral do estado (em 1976) e a integração das várias estruturas de prestação de cuidados de saúde num sistema único: os hospitais das Misericórdias

foram nacionalizados em 1975, a integração dos centros de saúde com os postos médicos dos Serviços Médico-Sociais só tiveram lugar em 1984 (OPSS, 2001).

Na verdade, o desenho fundamental do SNS levou cerca de dez anos a ser implementado, refletindo muito claramente as contradições e lutas internas, entre o Estado e o associativismo/corporativismo médico (Mozzicafreddo & Monteiro, 2000).

A principal consequência deste conjunto de situações foi uma grande debilidade estrutural na construção do SNS (OPSS, 2001):

- Frágil base financeira e ausência de inovação nos modelos de organização e gestão, na altura em que começavam a expandir-se as infraestruturas do SNS;
- Um estado de coexistência assumida entre o financiamento público do SNS e o da “medicina convencionada” e, simultaneamente, uma grande falta de transparência entre os interesses públicos e privados;
- Dificuldade de acesso e baixa eficiência dos serviços públicos de saúde, que resulta dos fatores acima indicados e cujas consequências ampliam.

#### — A Lei de Bases de 1990 (1985-1995)

Para muitos, o ano de 1990 é considerado como um ano de viragem decisiva no Sistema de Saúde Português (Baganha et al., 2002).

O sistema de saúde português foi regulado, a partir de 1990, por dois diplomas fundamentais: a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de agosto) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro).

De acordo com o Relatório Primavera 2001 do OPSS, durante este ciclo e dentro da matriz filosófica geral proporcionada pela Lei de Bases de 1990, há que distinguir três períodos com orientações e prioridades distintas (OPSS, 2001):

- Um primeiro, em que a ênfase foi posta na separação entre os setores público e privado como condição para o desenvolvimento de ambos;

- Um segundo tempo, em que essa preocupação se atenuou consideravelmente e a agenda predominante passou a ser o desenho e a implementação de um “seguro alternativo” de saúde;

- Finalmente, um último período, em que esta ideia foi abandonada, tendo a agenda política passado a centrar-se no aumento do financiamento privado no sistema de saúde e na gestão privada das unidades públicas de saúde.

Foi nesta fase, e com a publicação do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde que foram constituídas as cinco Administrações Regionais de Saúde existentes até ao presente: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

Foram também constituídas dezoito Sub-regiões de Saúde correspondentes a cada um dos distritos de Portugal Continental.

#### — **As experiências mais recentes (após 1995)**

Nesta fase mais recente, como reflexo do clima social europeu e da base de conhecimentos que se tem vindo a acumular sobre a reforma da saúde, houve lugar a um conjunto de iniciativas que se podem resumir em duas categorias (OPSS, 2001):

- Criar novos mecanismos de orientação estratégica e responsabilização: estratégia de saúde, contratualização (agências), remuneração associada ao desempenho, gestão das doenças crónicas ( por exemplo a diabetes), sistema de qualidade, centros regionais de saúde pública, entre outros;

- Inovação, descentralização e flexibilização das organizações prestadoras de cuidados de saúde – hospital-empresa, os Centros de Responsabilidade Integrados (CRIs) nos hospitais, centros de saúde de 3.<sup>a</sup> geração, os sistemas locais de saúde e cuidados continuados.

De acordo com o Relatório Primavera 2012 do OPSS (OPSS, 2012), o primeiro documento a desenvolver um pensamento estratégico de saúde em Portugal foi apresentado em 1998, “Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002” (Ministério da Saúde, 1999).

Posteriormente, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 foi objeto de ampla divulgação e discussão pública. Deu-se início em Portugal, a um movimento alargado de participação, aos diferentes níveis e estruturas na construção de um pensamento coletivo sobre uma estratégia de saúde nacional. Mobilizou-se o apoio da Organização Mundial de Saúde para a avaliação do PNS, ao mesmo tempo que se pediu a esta organização uma análise do desempenho do sistema de saúde português. Essa análise pode ser encontrada no relatório “*Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004–2010*” (World Health Organization, 2010).

Durante este período, foram ainda extintas as sub-regiões de Saúde criadas pelo Estatuto do Sistema Nacional de Saúde, tendo sido criados em sua substituição os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro).

A elaboração e discussão do PNS 2012-2016 traduziu-se num processo extenso e complexo, que compreendeu um conjunto de iniciativas, como fóruns nacionais e regionais, reuniões descentralizadas, múltiplas entrevistas, análises de sociedades científicas e de setores organizados da sociedade. Esta fase prolongou-se cerca de ano e meio após o termo da vigência do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e, somente no final de junho de 2012, foi publicitado o início da fase de implementação no sítio da internet da Direção-Geral da Saúde (OPSS, 2013).

Através do sítio da internet do PNS 2012-2016, podemos verificar quais os principais eixos estratégicos para o sistema de saúde: i) Cidadania em Saúde; ii) Acesso e Equidade; iii) Qualidade em Saúde; iv) Políticas Saudáveis. Assim, como os seus objetivos: i) Obter Ganhos em Saúde; ii) Promover Contextos Saudáveis ao Longo da Vida; iii) Reforçar o Suporte Social e Económico na Saúde e na Doença; iv) Fortalecer a Participação de Portugal na Saúde Global.

A monitorização do PNS realiza-se através de três grandes conjuntos de indicadores: i) ganhos em saúde; ii) estado de saúde e de desempenho do sistema de saúde; iii) execução das ações e recomendações do PNS (OPSS, 2013).

## II.2. Sistemas e Tecnologias de Informação

As necessidades de informação em resultado da alteração das condições de mercado, da crescente concorrência e das alterações na estrutura da organização e na estratégia de negócio provocaram o desenvolvimento de novas práticas de Controlo de Gestão (Scapens, Burns, Baldvinsdottir, & Ezzamel, 2003).

No estudo de Vicente, Major, & Pinto (2011) podemos constatar que a introdução de novos meios informáticos foi uma das formas que as empresas encontraram para disponibilizar atempadamente informação e para responder rápida e de forma eficiente às pressões do seu meio envolvente. Foi notória a perceção de que as empresas estão atentas aos progressos tecnológicos como forma de introduzir técnicas de Controlo de Gestão mais avançadas que lhes permitam obter informação de apoio à gestão, quer de natureza financeira, quer não financeira, para apoiar / suportar as suas decisões.

Balloni (2006) refere que no mundo globalizado a importância dos Sistemas de Informação (SI) e das Tecnologias de Informação (TI) torna-se cada vez mais relevante face às necessidades impostas pela concorrência. Tanto o conhecimento do negócio da empresa como o rápido fluxo de informação são fundamentais para a tomada de decisão, tornando implícito que o conhecimento dos SI é essencial para criar empresas competitivas, gerir corporações globais e fornecer os clientes com produtos e serviços de valor.

Referem, também, Laudon & Laudon (2006) que a “Gestão dos SI e TI” pode ser considerada como uma importante área funcional para as operações das empresas, um campo de estudo essencial para a administração e gestão das empresas, tornando os SI e TI componentes vitais para o sucesso das organizações e empresas.

Desta forma, torna-se premente enunciar as definições básicas de Tecnologias de Informação e de Sistemas de Informação. Assim:

- TI = hardware + software, isto é, ferramentas que se utilizam para criar, armazenar e difundir dados e informação na criação do conhecimento;

- SI = TI + pessoas + procedimentos que registam, transformam e distribuem a informação para apoiar a tomada de decisão, coordenação, controlo, análise e visualização na organização.

Os SI desempenham três papéis vitais em qualquer organização (Balloni, 2006):

1. Suporte dos seus processos de negócios e operações;
2. Suporte na tomada de decisões dos seus funcionários e gestores;
3. Suporte nas suas estratégias em busca de uma vantagem competitiva.

Também no setor da saúde estas questões se levantam, dada a crescente exigência, quer nos serviços públicos quer privados, que obriga a que os hospitais se organizem de modo a responder às necessidades das pessoas e ofereçam um cuidado efetivo e humanizado, fornecendo todas as informações que os utentes necessitam.

Como refere Sun (2010), um hospital é considerado um modelo de organização dos mais complexos que existem, pois necessita de uma multiplicidade de informações para o seu funcionamento interno além dos relacionados à sociedade de saúde onde está inserido. São vários os motivos desta complexidade, passando pelo arsenal técnico necessário para o diagnóstico, cura e prevenção de doenças com múltiplos atores participantes deste ambiente, incluindo pacientes, profissionais de saúde, fornecedores, empresas de saúde suplementar, órgãos governamentais, órgãos não-governamentais, organizações internacionais entre tantos outros que interagem neste contexto. Entretanto, um hospital não deixa de possuir pontos comuns de qualquer organização como a gestão de pessoas, de finanças, da segurança, da manutenção e gestão predial, de faturação, do relacionamento com fornecedores e o envolvimento com a comunidade onde está inserido. Diante deste contexto complexo a TIC – Tecnologia da Informação é uma importante ferramenta para auxiliar a recolha, armazenamento, processamento e gestão de informações, enfim, para apoio aos processos envolvendo a área da saúde. E para isto é necessário, além dos recursos tecnológicos, pessoas com competências para desenvolver e gerir estratégias adequadas que atendam esta área do conhecimento.

A utilização das TIC é defendida também no Relatório da OCDE (2010), *“Improving Health Sector Efficiency: The Role of Information and Communication Technologies”*

segundo o qual a utilização generalizada das TIC em saúde pode contribuir para a redução de custos operacionais dos serviços clínicos através do melhoramento das tarefas e da forma como são realizadas, poupando tempo com o processamento de dados e reduzindo a necessidade de lidar com papel e outros documentos. O que também pode aumentar a produtividade. Esta evidência na área da saúde depende, contudo, do contexto e da tecnologia utilizada. (*OECD Health Policy Studies Improving Health Sector Efficiency The Role of Information and Communication Technologies: The Role of Information and Communication Technologies*, 2010).

No contexto atual, intensifica-se a utilização de indicadores e informações para comparar as organizações de saúde, visando levá-las a níveis de superioridade e vantagem competitiva, por meio de referências (*benchmarks*) de processos, práticas ou medidas de desempenho (Escrivão Junior, 2007).

MacGregor, Hyland, & Harvie (2009) referem a existência de vários estudos que examinam os benefícios da utilização das TI no setor da saúde. O setor da saúde, com o desenvolvimento da *internet*, foi levado a explorar as TI/SI tendo como escopo a melhoria do atendimento aos utentes dos hospitais, a melhoria da eficácia das próprias instituições em termos de negócio e, também, uma melhoria na comunicação entre os vários agentes do setor (MacGregor et al., 2009).

Como exemplos desses estudos antes referidos, Åkesson, Saveman, & Nilsson (2007) referem a melhoria da qualidade de atendimento e da disponibilidade da informação.

De acordo com Mechling & Sweeney (1997), as TI/SI acrescentam valor às organizações. Em primeira instância, porque adicionam valor por meio das possibilidades de pesquisa de informações e interatividade e pela possibilidade de partilha destas informações. Estas capacidades de pesquisa, interatividade e partilha, se usadas convenientemente, podem ajudar a redesenhar e melhorar processos de trabalho. Com as TI/SI, as organizações podem reestruturar o seu trabalho, alcançar maiores economias e melhorar os seus processos de controlo e *feedback*.

No entanto, ainda segundo estes autores, no setor público, e ao contrário do setor privado, quando se questiona porque deixa o Governo de ganhar maior valor pela

utilização das TI/SI, as duas principais respostas são a “falta de liderança a longo prazo” e “falta de fundos”. A tendência atual dificulta o financiamento de projetos de maior valor, inevitavelmente arriscados. Quando um gasto nestes projetos de TI depende de significativo estudo organizacional, e o seu valor não pode ser comprovado pela experiência, tornam os riscos incertos. O Governo por tendência evita o risco e opta por baixos gastos em projetos cujo risco é elevado, preferindo a manutenção de sistemas já existentes apesar de já não atenderem às necessidades ou não estarem atualizados com os seus objetivos, excetuando-se aqui os projetos da órbita da cobrança tributária.

Haux (2010) refere que os cuidados de saúde estão em constante mudança devido, também, às contínuas transformações nas práticas de saúde motivadas pelos avanços tecnológicos. As TI na saúde têm a responsabilidade de contribuir para as melhorias nos cuidados prestados às populações, através das suas contribuições para cuidados de saúde de alta qualidade e eficiência e para a investigação inovadora em biomedicina e ciências da saúde relacionadas. Este autor aponta, ainda, algumas possíveis transformações nesta área, entre outras, a crescente interatividade entre a recolha automática e armazenamento de informação via diagnóstico e terapêuticas informáticas.

Não obstante toda a evolução na utilização das TI/SI no setor da saúde, Ammenwerth, Gräber, Herrmann, Bürkle, & König (2003) referem que é de extrema importância para os decisores e utilizadores proceder-se a uma rigorosa avaliação da tecnologia implementada.

Nesta avaliação, não só a TI, mas também a interação entre a TI e os utilizadores no processamento da informação deve ser tomada em consideração. A avaliação deve levar em conta o ambiente em que a TI é utilizada. (Ammenwerth et al., 2003).

### **II.3. Contabilidade de Gestão**

Temos assistido nos últimos anos a uma grande evolução nas práticas de Contabilidade de Gestão. Essa evolução que se tem verificado nas empresas, não deixou de ser acompanhada nos restantes setores de atividade, nomeadamente no setor da saúde.

Em estudos empíricos recentes foram apontados indícios que existem mudanças significativas na forma de usar a Contabilidade de Gestão, tendo esta passado de um subsistema de informação que visa o registo, análise e controlo, para um subsistema focalizado, essencialmente, no negócio (Vicente et al., 2011).

Desta forma a Contabilidade de Gestão passou a ser usada como um importante auxiliar dos gestores na condução e na garantia de competitividade dos seus negócios. Simmonds (1981) define a Contabilidade de Gestão Estratégica como o processamento e análise de dados fornecidos pela Contabilidade de Gestão sobre o negócio e seus concorrentes para desenvolver e acompanhar a estratégia de uma empresa.

Para encorajar comportamentos consistentes com a estratégia de uma organização, tem sido dada atenção ao desenvolvimento de uma estrutura integrada de acompanhamento da performance que possa ser usada para clarificar, comunicar e gerir a estratégia (Drury, 2000). O autor refere-se ao *Balanced Scorecard*.

O *Balanced Scorecard* foi formulado e apresentado num artigo da *Harvard Business Review* (R. S. Kaplan & Norton, 1992). Nesse artigo, o *Balanced Scorecard* é definido como um conjunto de medidas que fornece aos gestores de topo uma rápida mas compreensiva visão do negócio. Inicialmente consideravam os indicadores financeiros como os mais importantes para a organização e depois sentiram a necessidade de introduzir indicadores não financeiros. Definiram quatro perspetivas:

- Como é que os clientes nos veem? (perspetiva dos clientes);
- Como é que devemos melhorar? (perspetiva interna);
- Como é que os acionistas nos veem? (perspetiva financeira);
- Como nos podemos adaptar para melhorar e criar valor? (perspetiva aprendizagem e inovação)

Todos os indicadores devem estar ligados à visão e à estratégia da organização, componentes estas, que foram adicionadas em 1996, por Kaplan & Norton, decorrentes de uma das evoluções sofridas pelo *Balanced Scorecard* desde a sua aparição.

De acordo com um estudo de Burns, Ezzamel, & Scapens (2003) as pressões relacionadas com a globalização e o aumento da competitividade associadas ao ‘novo’

ambiente empresarial são os fatores que melhor explicam a necessidade de as empresas obterem melhor informação de gestão.

Também em Scapens et al. (2003) verificamos que existem diversos fatores relacionados com a envolvente empresarial que são indutores de mudança nas práticas de Controlo de Gestão nas empresas:

- Globalização e foco no cliente.
- Mudança tecnológica.

O âmbito do Controlo de Gestão é conseguir realizar a estratégia das entidades pelo desenvolvimento de instrumentos práticos de Gestão, concebidos com os gestores e para os gestores (Jordan, Neves, & Rodrigues, 2008). Importa referir que a palavra controlo não deve ser entendida numa perspetiva de fiscalização, mas sim no sentido de manter e de não perder o controlo das situações dentro das organizações.

#### **II.4. *New public management***

O conceito de *new public management* (NPM) emergiu no final dos anos oitenta do século passado no Reino Unido e noutros países anglo-americanos (P. Silva & Ferreira, 2010). As suas origens encontram-se nas mudanças vividas pelo setor público do Reino Unido (Cairney, 2002), tendo sido seguidas por muitos outros países. Hood (1995) refere que as mudanças na contabilidade no setor público em muitos países da OCDE durante os anos oitenta foram a chave para o crescimento da NPM.

Este conceito é baseado na premissa de que muitas das práticas do setor privado podem ser transferidas para o setor público (Hood, 1991, 1995), incluindo importantes práticas de gestão de desempenho (Hood, 2006; Jacobs, 1995).

Hood (1991, 1995) evidencia quatro aspetos que contribuíram para aproximar os setores público e privado e que apelam a uma perceção de responsabilidade na gestão no setor público: redução do tamanho das organizações do setor público em unidades mais pequenas, que possibilitam a criação de um ambiente mais competitivo dentro do setor público, dando preferência por estilos de gestão do setor privado, e promovendo o uso

eficiente de recursos. Acrescenta, também, que a operacionalização da NPM é conseguida pelo fomento do profissionalismo da gestão de topo nas organizações do setor público, optando por medidas de performance claras e mensuráveis.

Nesta linha de pensamento, Humphrey, Miller, & Scapens (1993) descrevem as mudanças no setor público no Reino Unido desde a introdução do neoliberalismo no final dos anos setenta e início dos anos oitenta. Os autores evidenciam um aumento no interesse na responsabilidade da gestão nas organizações do setor público, desde a introdução de mudanças fundamentais na gestão do setor que levaram a controles mais eficientes, à introdução de indicadores de performance, procedimentos de gestão de recursos melhorados, e o estabelecimento de limites de caixa.

As organizações públicas de saúde são frequentemente objeto de extensivo escrutínio público devido ao seu significativo e sensível impacto económico. São, também, frequentemente criticadas nos média por alegadas pobres práticas de gestão de desempenho, fraca responsabilidade, e má utilização de recursos (Abernethy, 1996).

O conceito de NPM foi proposto como um mecanismo para a obtenção de um alto nível de eficiência e eficácia no setor público, um objetivo comum a todos os partidos do espectro político (P. Silva & Ferreira, 2010). Os estudos de Jackson & Lapsley (2003) e de Lapsley & Wright (2004) evidenciam que melhorias na eficiência e na eficácia podem ser atingidos através da inovação nas técnicas, processos e procedimentos de gestão de desempenho.

Há algum tempo que a inovação em TI tem sido um importante mecanismo para as reformas no setor público, sendo impulsionada pelas políticas de modernização dos governos. Estas reformas têm sido importantes para os contabilistas do setor público a vários níveis, incluindo gestão de projetos e atribuição de responsabilidades para as funções de TI dentro das organizações, as quais incluem políticas de compras, estratégias de implementação e rastreio de potenciais sistemas de TI (Lapsley, Brown, Jackson, Oldfield, & Pong, 2003).

Num estudo efetuado nos países nórdicos, Pettersen (2004) demonstra como os hospitais se tornaram mais responsáveis desde a introdução e uso intensivo de controles de gestão. A autora refere que a introdução de novos sistemas de contabilidade e

controle de gestão tem potencial para penetrar até ao nível dos processos operacionais dos hospitais. As técnicas contabilísticas não se limitam a funções de controlo, mas são, também, elementos importantes nos processos de tomada de decisão profissional e de performance clínica.

De notar, e de acordo com o estudo de Jacobs, Marcon, & Witt (2004), que enquanto se verifica um interesse na informação sobre custos e atividades hospitalares, normalmente o *staff* médico não tem acesso a esta informação porque inicialmente estava apenas acessível aos níveis hierárquicos mais elevados.

Cairney (2002) refere que, no Reino Unido, os médicos encontraram algumas dificuldades com as mudanças motivadas pela NPM; embora os médicos estivessem mais comprometidos na gestão e nas funções de tomada de decisão, o aumento da centralização do processo de compra nas autoridades de saúde diminuiu o seu papel no processo.

As mudanças no setor público têm levado a grandes preocupações acerca da eficiência, eficácia e performance. No entanto, mesmo com as melhores práticas de gestão e cultura das organizações, os gestores públicos enfrentam desafios significativos. Na melhoria da performance no setor da saúde devem ser abordadas questões mais complexas, como o *benchmarking* (Holloway, Francis, & Hinton, 1999). Outros investigadores sugerem, no entanto, que o *benchmarking* nem sempre resulta na desejada melhoria da performance, produzindo por vezes convergência com a média existente (Llewellyn & Northcott, 2005).

## **CAPÍTULO III – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

Ao iniciar os trabalhos de um novo projeto, um investigador, tendo em consideração os objetivos propostos, procura identificar formas alternativas de os atingir. O percurso de investigação idealizado reflete-se na aplicação de instrumentos de investigação, que tanto podem ser definidos devido à natureza do fenómeno, como devido à influência da comunidade de investigação em que o investigador está inserido. Na fase inicial do processo, um investigador normalmente equaciona diferentes abordagens para enfrentar o problema identificado e, dependendo da abordagem selecionada, poderão existir diversas metodologias e técnicas que se afiguram mais adequadas para o processo de investigação. Por outras palavras, na condução de um projeto de investigação em sistemas de informação organizacionais, tal como acontece noutras áreas, um investigador necessita de definir diversos aspetos fundamentais que caracterizam todo o processo. Esses aspetos incluem a epistemologia subjacente ao trabalho de investigação, a abordagem seguida, a metodologia adotada e o conjunto de técnicas utilizadas (Grilo, Varajão, Basto-Fernandes, & Pereira, 2010).

Para este trabalho, e conforme tem vindo a acontecer nas investigações efetuadas no âmbito do projeto de investigação internacional GESITI/HOSPITALAR “AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SISTEMAS E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM HOSPITAIS”, foi seguida uma abordagem qualitativa, sendo que a via para a interpretação dos resultados (epistemologia) subjacente é a interpretativa. A metodologia de investigação adotada foi a do estudo de caso e a técnica de investigação utilizada foi a da entrevista (Balloni, 2012).

Seguidamente será efetuada uma breve caracterização de cada um dos aspetos do processo de investigação.

### **III.1. Abordagem qualitativa**

Quando nos referimos à abordagem para enfrentar o problema identificado, somos confrontados com duas possibilidades de escolha: uma abordagem quantitativa ou uma abordagem qualitativa.

Na abordagem quantitativa, estamos perante uma investigação que produz dados possíveis de serem analisados estatisticamente e cujos resultados podem ser expressos numericamente. Tipicamente as metodologias e técnicas classificadas de quantitativas procuram quantificar os resultados obtidos e classificá-los por valores ou níveis que representem conceitos teóricos. A interpretação de classificação pode ser vista como uma evidência científica de como o fenómeno se realiza. Na abordagem qualitativa, a investigação para atingir o objetivo proposto ou para estudar um fenómeno, não usa procedimentos estatísticos ou outros meios quantitativos, mas sim métodos que permitam a recolha de dados qualitativos. A investigação qualitativa pode ser encontrada em várias disciplinas e áreas, tendo como suporte uma variedade de métodos e técnicas (Grilo, 2008).

O que motiva a seleção de investigação qualitativa em detrimento da quantitativa é sobretudo a capacidade de comunicar. Os métodos de investigação qualitativa foram concebidos para ajudar os investigadores a compreender pessoas e como estas vivem num determinado contexto social e cultural. O objetivo de compreender um fenómeno, a partir do ponto de vista dos participantes e do seu contexto social e institucional, seria largamente perdido quando os dados textuais fossem quantificados (B. Kaplan & Maxwell, 1994).

Esta abordagem de investigação possui como principal característica o facto dos dados recolhidos não estarem prontamente preparados ou não serem indicados para quantificações, especificações de valores, classificáveis ou não serem objetivos. Devido a este facto, os procedimentos comuns de estatísticas não podem ser aplicados para apresentação ou análise de resultados (Mauch & Park, 2003).

Nas últimas décadas temos assistido à crescente condução de investigação qualitativa na investigação em contabilidade e controlo de gestão. Este tipo de investigação tem marcado presença crescente nas revistas científicas de melhor qualidade, o que constitui um sólido indicador da sua legitimidade e credibilidade. A crescente importância da investigação qualitativa deve-se, por um lado, a uma certa desvalorização da investigação quantitativa desenvolvida à luz do paradigma positivista e, por outro, à necessidade de desenvolver novas abordagens metodológicas que permitam uma compreensão mais profunda dos problemas de investigação em estudo. Estas

abordagens requerem um forte envolvimento do investigador na recolha e análise de dados, sendo que a qualidade destes depende muito do seu conhecimento, da sua sensibilidade e da sua integridade (Vieira, Major, & Robalo, 2009).

### III.2. Epistemologia interpretativa

A investigação qualitativa tem seguido diferentes abordagens filosóficas. Toda a investigação, quantitativa ou qualitativa, é baseada em pressupostos acerca do que constitui investigação válida e que métodos de investigação são apropriados. Estes pressupostos dizem respeito à epistemologia, isto é, ao conhecimento e à forma como o mesmo é obtido (Vieira et al., 2009).

No que concerne ao critério de classificação epistemológico, Chua (1986) sugere três categorias de investigação: Positivista, Interpretativa e Crítica.

Juntando as possíveis bases epistemológicas para investigação, seja ela qualitativa ou quantitativa, resultam possíveis relacionamentos, indicados pela figura 1:

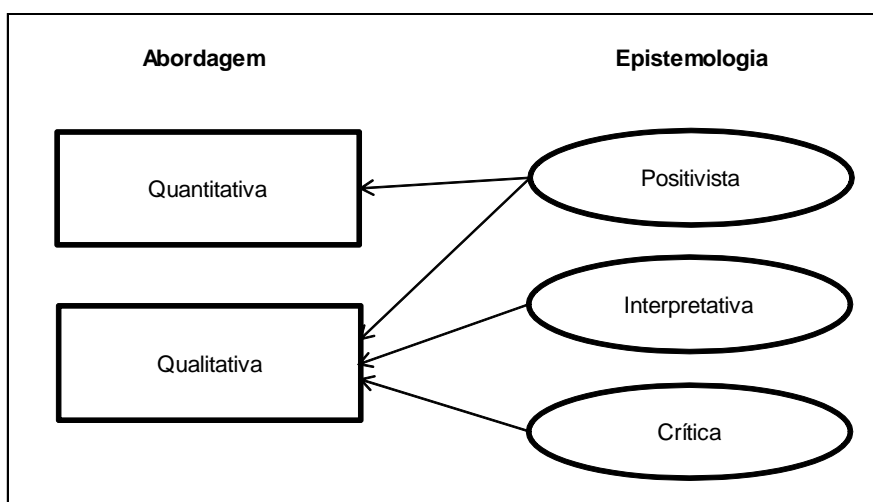


Figura 1 – Suposições epistemológicas de investigação (Grilo, 2008)

A epistemologia positivista baseia-se no pressuposto da existência de leis universais que governam os eventos sociais. O entendimento destas leis permite ao investigador descrever, prever e controlar o fenómeno (Kim, 2003). Referem, também, Vieira et al. (2009) que, de uma forma geral, os positivistas assumem que a realidade é

objetivamente observável e que pode ser descrita através de propriedades que podem ser medidas, sendo estas independentes do observador (investigador) e dos seus instrumentos de medida. Os estudos desta vertente procuram testar teorias com o objetivo de melhorarem a previsão e o controlo dos fenómenos.

A vertente interpretativa, em contraste, procura compreender valores, crenças e significados do fenómeno, através da obtenção de análises profundas sobre atividades e experiências culturais (Kim, 2003). Os investigadores assumem que a realidade é constituída por construções sociais tais como a linguagem, a consciência e os significados partilhados. Os estudos interpretativos têm procurado compreender o contexto subjacente aos sistemas de informação contabilística, e a forma como estes sistemas influenciam e são influenciados pelo contexto (Vieira et al., 2009). Ao contrário da abordagem positivista, a investigação interpretativa tem em consideração a relação entre as ações do dia a dia e as dimensões da estrutura social. Isto implica encontrar as estruturas no seu contexto social e compreender como estas evoluem ao longo do tempo (Ryan, Scapens, & Theobald, 2002). A investigação interpretativa utiliza métodos qualitativos, recorrendo a um processo interativo, que envolve um estudo de campo, que o interpreta no seu contexto sob a perspetiva dos vários intervenientes. Não se preocupa em obter verdades últimas, mas relatos que traduzam as diversas interpretações, pois considera-se que a realidade é uma construção dos seus vários intervenientes. Apesar de parecer, à luz das teorias positivistas, um procedimento não admissível, na investigação interpretativa existe uma envolvência do próprio investigador no objeto de investigação e a interpretação obtida resulta muito da sua experiência como investigador. Os resultados deste tipo de investigação normalmente apresentam um relato de situações concretas, possibilitando interpretações várias que são testadas. Em suma, a investigação interpretativa advoga que existem variadas e interessantes formas, todas válidas, de ver o mundo (R. Silva & Silva, 2013).

O principal pressuposto na filosofia crítica é a convicção que tudo, organizacional ou social, é historicamente constituído e por isso fenómenos humanos, organizacionais e sociais não estão confinados a um estado particular (Chua, 1986). Embora as pessoas possam agir de forma consciente para mudar as circunstâncias económicas e sociais, os investigadores críticos reconhecem que as suas capacidades para proceder à mudança

são limitadas por várias formas de dominância política, cultural e social. Os investigadores críticos centram-se nas oposições, conflitos e contradições da sociedade contemporânea, e procuram eliminar as causas da dominância (Vieira et al., 2009).

Nesta investigação foi utilizada a epistemologia interpretativa para a interpretação dos dados. De acordo com R. Silva & Silva (2013), este tipo de investigação recorre a um processo iterativo, que inclui um estudo de campo, que o interpreta no seu contexto sob a perspetiva de vários intervenientes. Não é objetivo deste tipo de interpretação obter verdades últimas, apenas relatos que espelham as diversas interpretações, uma vez que se considera que a realidade é uma construção dos seus vários intervenientes.

### **III.3. Metodologia de investigação estudo de caso**

Yin é o autor mais citado pelos investigadores que, em contabilidade, utilizam o estudo de caso como abordagem metodológica (Vieira et al., 2009). Este autor define o estudo de caso como uma investigação empírica que investiga um fenómeno no seu ambiente real, quando as fronteiras entre o fenómeno e o seu contexto não são evidentes, e na qual se utilizam múltiplas fontes de evidência (Yin, 2008).

De acordo com Yin (2008) existem três fatores determinantes para o tipo de metodologia de investigação a ser utilizada:

- Tipo de pergunta de pesquisa;
- Grau de controlo que o investigador tem sobre os eventos comportamentais;
- Grau de foco em eventos contemporâneos ou históricos.

Vieira et al. (2009) referem que os estudos de caso mais frequentemente adotados na área da contabilidade podem ser classificados em 5 diferentes tipos:

- Descritivos – este tipo de estudos de caso visa essencialmente descrever sistemas, técnicas e procedimentos seguidos na prática. Um determinado número de empresas é selecionado com o objetivo de descrever diversos sistemas e práticas de

contabilidade, ou com o objetivo de descrever uma dada técnica que foi adotada por diversas empresas.

- Ilustrativos – Robert Kaplan, associado à *Harvard Business School*, é um dos autores que mais notavelmente tem recorrido a este tipo de estudo. Segundo ele, há que estudar em termos práticos quais os instrumentos, sistemas e procedimentos de contabilidade adotados pelas empresas, principalmente por aquelas consideradas como bem sucedidas (R. S. Kaplan, 1986, 1998). O conhecimento daquelas práticas é fundamental para compreender até que ponto a teorias e as técnicas prescritas nos livros são seguidas efetivamente pelas empresas.

- Experimentais – caracterizam-se por ser o resultado de técnicas, procedimentos e práticas desenvolvidos conceitualmente por investigadores com o objetivo de serem aplicados em empresas e de serem analisados os seus impactos.

- Exploratórios – são adotados com a finalidade de permitir ao investigador explorar as razões que justificam determinadas práticas de contabilidade. Em consequência da sua utilização, são geradas hipóteses acerca da adoção de certas técnicas com o intuito de virem a ser testadas em estudos posteriores, quer através da elaboração de outros estudos de caso, quer de questionários.

- Explanatórios – neste tipo de estudo não se pretende lançar as bases para a obtenção de generalizações (como nos estudos exploratórios), mas antes estudar e explicar a existência de determinadas práticas. A ênfase é no particular, e não no genérico.

No caso deste estudo, a investigação teve com base de trabalho cinco estudos de caso, os quais se enquadram no tipo de estudo de caso descritivo.

### **III.4. Técnica de investigação entrevista**

A investigação qualitativa tem seguido diferentes abordagens filosóficas e tem recorrido a diferentes métodos de investigação. Os métodos de investigação são técnicas de pesquisa que permitem análises específicas de acordo com a metodologia seguida pelo estudo em que são utilizados (Vieira et al., 2009).

Referem os mesmos autores que entre os métodos de investigação mais comuns encontram-se as seguintes: (1) entrevistas, (2) observação, (3) textos e documentos, e (4) registo áudio e vídeo. Estes métodos podem, e são com frequência, combinados num mesmo estudo. Por exemplo, muitos estudos de caso em contabilidade combinam o uso de entrevistas e de informação documental (Vieira et al., 2009).

O alvo desta investigação foram cinco hospitais, nos quais foram realizadas entrevistas diretas com os representantes de cada hospital, que responderem às cerca de 200 questões de acordo com cada item ou tema descrito pelo questionário: recursos humanos; gestão estratégica do hospital; investigação e desenvolvimento; inovação tecnológica; equipamentos de tecnologias da informação nos hospitais; comércio eletrónico; telemedicina e tratamento e disposição de resíduos hospitalares etc.

A tabela 1 apresenta o sumário do questionário aplicado nesta investigação:

#### **Sumário do Projeto GESITI/Hospitalar, “Questionário Prospetivo”**

Caraterização do Hospital
Recursos Humanos
Gestão Estratégica do Hospital
Investigação e Desenvolvimento
Inovação Tecnológica
Investimentos em Inovação Tecnológica
Cooperação para inovação
Competitividade hospitalar & Colaboração para Vantagem Estratégica
Equipamentos e Tecnologia da Informação nos Hospitais
Aquisição de máquinas e equipamentos
Base de Dados
Redes, Segurança e Telecomunicações
Gestão de TI
Comércio Eletrónico
Módulo A: Informações Gerais sobre Tecnologia de Comunicação e de Informação
Módulo B: Uso da Internet
Módulo C: Comércio Eletrónico Via Internet (negócio eletrónico)
Módulo D: Custos/Gastos e Caraterísticas do Sistema Implantado

---

Módulo E: Barreiras ao Uso da Internet e TCI em Geral
Telemedicina
Relacionamento com os clientes
Prototipagem Rápida na Saúde
Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde

Tabela 1: Sumário do Projeto GESITI/Hospitalar, “Questionário Prospetivo” Balloni (2012)

As entrevistas podem ser classificadas em três tipos: não estruturadas, estruturadas e semiestruturadas (Marginson, 2008). As entrevistas não estruturadas têm a vantagem de permitir ao investigador introduzir novos temas, questões e tópicos de conversa de acordo com a forma como a entrevista se vai desenrolando. Ao contrário, nas entrevistas estruturadas, o investigador obrigatoriamente tem que colocar as mesmas questões a todos os entrevistados. Não tem qualquer tipo de flexibilidade para introduzir novas questões que previamente não foram planeadas. Neste sentido, este tipo de entrevistas assemelha-se a um questionário. Nas entrevistas semiestruturadas, por sua vez, um guião é preparado, mas existe a possibilidade de o alterar sempre que no decurso da entrevista se mostre vantajoso (Vieira et al., 2009).

Na presente investigação as perguntas constantes do questionário foram maioritariamente fechadas, combinadas com algumas questões abertas.

## **CAPÍTULO IV – RECOLHA DE DADOS E ANÁLISE**

Neste capítulo começamos por fazer uma caracterização das cinco entidades hospitalares estudadas, assim como da Região de Saúde do Norte em que as mesmas se encontram inseridas, dado que todas as entidades estudadas são de capital exclusivamente público.

#### **IV.1. Administração Regional de Saúde do Norte**

A Administração Regional de Saúde do Norte (ARS-Norte) foi criada em 1993, através da publicação do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de janeiro).

A ARS-Norte, e conforme plasmado no n.º 1 do art.º 3.º do Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro, tem por missão garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde, adequando os recursos disponíveis às necessidades e cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção.

A área geográfica de intervenção da ARS-Norte é composta por 7 distritos, conforme figura 2:



Figura 2: Distritos de intervenção da ARS-Norte (fonte: “ARS-Norte,” n.d.)

No caso dos distritos de Aveiro e Viseu, a área geográfica de intervenção não é total, dado que alguns concelhos destes distritos já se encontram incluídos na área geográfica de intervenção da ARS do Centro.

Por forma a termos uma visão geral da área geográfica de intervenção da ARS-Norte, mostramos a seguir o conjunto de ACES criados através da Portaria n.º 273/2009, de 18 de março, que se encontram sob poder de direção desta ARS, conforme plasmado no n.º 3 do art.º 2.º do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, os quais extinguíram as anteriores sub-regiões de saúde integradas na ARS-Norte:

ACES	Distrito	Concelho Sede
Alto Trás -os -Montes I — Nordeste	Bragança	Bragança
Alto Trás -os -Montes II — Alto Tâmega e Barroso	Bragança	Chaves
Douro I — Marão e Douro Norte	Vila Real	Vila Real
Douro II — Douro Sul	Viseu	Lamego
Ave I — Terras de Basto	Braga	Fafe
Ave II — Guimarães/Vizela	Braga	Guimarães
Ave III — Famalicão	Braga	Famalicão
Cávado I — Braga	Braga	Braga
Cávado II — Gerês/Cabreira	Braga	Amares
Cávado III — Barcelos/Esposende	Braga	Barcelos
Tâmega I — Baixo Tâmega	Porto	Amarante
Tâmega II — Vale do Sousa Norte	Porto	Penafiel
Tâmega III — Vale do Sousa Sul	Porto	Lousada
Grande Porto I — Santo Tirso/Trofa	Porto	Santo Tirso
Grande Porto II — Gondomar	Porto	Gondomar
Grande Porto III — Valongo	Porto	Valongo
Grande Porto IV — Maia	Porto	Maia
Grande Porto V — Póvoa do Varzim/Vila do Conde	Porto	Vila do Conde
Grande Porto VI — Porto Ocidental	Porto	Porto
Grande Porto VII — Porto Oriental	Porto	Porto
Grande Porto VIII — Gaia	Porto	Vila Nova de Gaia
Grande Porto IX — Espinho/Gaia	Aveiro	Espinho
Entre Douro e Vouga I — Feira/Arouca	Aveiro	Santa Maria da Feira
Entre Douro e Vouga II — Aveiro Norte	Aveiro	Oliveira de Azeméis

Tabela 2: ACES integrantes da ARS-Norte

No conjunto dos distritos acima referenciados, existem 17 hospitais sob a alçada da ARS-Norte. Na tabela seguinte encontramos esses hospitais ordenados pela distância a que se encontram do ISCAP, dado que, conforme já referido, esse foi o critério de seleção dos mesmos para este estudo:

Hospitais	Distrito	Localidade	Distância do ISCAP (Km)
Centro Hospitalar S. João, E.P.E.	Porto	Porto	1,3
Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, E.P.E.	Porto	Porto	1,4
Hospital Magalhães Lemos, E.P.E.	Porto	Porto	7,7
Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE	Porto	Matosinhos	7,7
Centro Hospitalar Porto, E.P.E.	Porto	Porto	11,3
Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.	Porto	Vila Nova de Gaia	12,5
Centro Hospitalar Médio Ave, E.P.E.	Porto	Santo Tirso	27,1
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.	Porto	Penafiel	34,0
Centro Hospitalar Póvoa de Varzim / Vila do Conde, E.P.E.	Porto	Póvoa de Varzim	36,8
Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, E.P.E	Aveiro	Santa Maria da Feira	36,9
Centro Hospitalar Alto Ave, E.P.E	Braga	Guimarães	49,8
Hospital de Braga	Braga	Braga	55,6
Hospital Santa Maria Maior, E.P.E.- Barcelos	Braga	Barcelos	63,5
Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE	Viana do Castelo	Viana do Castelo	69,6
Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.	Vila Real	Vila Real	93,2
Centro Hospitalar Nordeste, E.P.E.	Bragança	Mirandela	149,0
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	Bragança	Bragança	209,0

Tabela 3: Hospitais integrantes da ARS-Norte

Dos nove hospitais do distrito do Porto, sete deles são hospitais gerais sendo que os dois restantes são hospitais especializados, um deles em doenças oncológicas e o outro em doenças do foro psiquiátrico e de saúde mental.

## IV.2. Entidades Hospitalares

Para este estudo foram selecionados cinco hospitais pertencentes ao distrito do Porto, sendo que três deles estão localizados no concelho do Porto e os outros dois nos concelhos limítrofes. Desses cinco hospitais selecionados quatro são hospitais gerais e um é especializado.

Todos os hospitais alvo desta investigação pertencem à segunda região mais densamente povoada de Portugal, o Grande Porto. Deste modo, podemos considerar que esta investigação é representativa da realidade dos hospitais públicos portugueses.

Os hospitais investigados neste estudo serão identificados com as letras A a E. A seguir, na tabela 4, apresentamos um resumo geral desses hospitais:

**SISTEMAS E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM HOSPITAIS PÚBLICOS:**

**Instrumentos de gestão e de apoio à tomada de decisão**

<b>Caraterização dos Hospitais</b>	A	B	C	D	E
Fundação	1999	1974	1824	2000	1959
Setor	Público	Público	Público	Público	Público
Composição do Capital	100% Nacional	100% Nacional	100% Nacional	100% Nacional	100% Nacional
Quantidade de funcionários	2 198	1 981	4 082	652	5 729
Quantidade de leitos	400	319	867	143	1 124

Tabela 4: Caraterização dos Hospitais alvo do estudo

## Recursos Humanos

Os recursos humanos destas organizações foram também analisados. Na tabela seguinte, podemos verificar como estão, em cada hospital, distribuídos os recursos humanos de acordo com a função desempenhada:

<b>Total de Efetivos</b>	A	B *	C **	D	E ***
Dirigente	25		22	5	19
Médico	591	320	972	137	812
Téc. Sup. Saúde	8	64	48	5	625
Téc. Superior	61	50	67	25	
Informática	9		16	4	
Docente	1				
Enfermagem	732	655	1 266	215	2 104
Téc. Diag. Terapêutica	124	158	267	31	320
Religioso	1			1	
Assistente técnico	271	200	424	78	445
Assistente operacional	375	506	997	151	1 190
Outro Pessoal *		28	3		214
<b>Totais</b>	<b>2 198</b>	<b>1 981</b>	<b>4 082</b>	<b>652</b>	<b>5 729</b>
* Hospital B - inclui Pessoal Dirigente, Conselho de Administração, Pessoal Docente, Investigadores, Pessoal Informática * Hospital C - inclui Pessoal Docente e Religioso * Hospital E - não especificado					

Tabela 5: Distribuição dos Recursos Humanos por função desempenhada

É possível verificar que, em todos os hospitais, o grupo de profissionais mais representado são os enfermeiros com aproximadamente 34% do total dos efetivos da amostra, seguidos dos assistentes (técnicos e operacionais) com cerca de 32% dos efetivos, e depois os médicos com cerca de 19% do total dos efetivos.

Relativamente ao perfil dos Conselhos de Administração destas entidades, a semelhança entre elas é evidente, tanto no que respeita ao número de membros, como à distribuição das funções de cada membro:

Perfil da Administração	A	B	C	D	E
Presidente	1	1	1	1	1
Diretor Clínico	1	1	1	1	1
Enfermeiro-Diretor	1	1	1	1	1
Vogal *	1	1	1	1	1
Vogal *	1	1	1	1	1
<b>Totais</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
* Vogal - Embora não especificada em todos os casos, normalmente as funções destes Administradores são relativas à Direção Financeira e Direção de Recursos Humanos					

Tabela 6: Número de membros do Conselho de Administração

Seguidamente foram analisadas as vertentes de formação dos recursos humanos. No que respeita às habilitações literárias dos efetivos, a situação apresenta-se conforme a tabela seguinte:

Nível Formação dos Efetivos	A	B	C	D	E
Ensino básico (1º grau)	ND	420	ND	158	1 174
Ensino secundário (2.º grau)	ND	259	ND	67	446
Ensino Superior	ND	1 296	ND	427	4 109
<b>Totais</b>	<b>-</b>	<b>1 975</b>	<b>-</b>	<b>652</b>	<b>5 729</b>

Tabela 7: Formação académica dos Recursos Humanos

Como se nota, nos casos dos hospitais A e C, não foi possível obter informações sobre a formação académica dos efetivos. Nos restantes casos, podemos aferir que cerca de 70% dos efetivos possuem formação superior, enquanto cerca de 21% concluíram apenas o ensino básico. Os restantes 9% têm o ensino secundário completo.

Foram, também, recolhidos dados sobre as ações de formação profissional promovidas pelos hospitais. Na tabela seguinte indicam-se os números totais de ações de formação, assim como de participantes e participações, e de número de horas despendidas em ações de formação:

Formação Profissional	A	B	C	D	E
N.º total de ações de formação	128	ND	ND	101	34
N.º total de participantes	1 108	ND	ND	ND	2 834
N.º total de participações	2 338	ND	ND	1 320	ND
N.º total de horas de formação	18 303	ND	ND	429	172 788

Tabela 8: Dados relativos à Formação Profissional

Uma vez mais, não obtivemos evidências de todos os hospitais, tendo neste caso sido os hospitais B e C a não disponibilizarem essas informações.

### IV.3. Recolha de dados

#### Gestão Estratégica

Segundo Drucker (1999), “Uma empresa não se define pelo seu nome, estatuto ou produto que faz; ela se define pela sua missão. Somente uma definição clara da missão é razão de existir da organização e torna possíveis, claros e realistas os objetivos da empresa.”

A missão de uma organização consiste na definição dos seus fins estratégicos gerais. É o enunciado dos propósitos gerais e permanentes (contínuos) que expressam as intenções fundamentais da gestão global – de nível superior – da empresa proporcionando orientações para o seu desenvolvimento futuro. Traduz-se na prática numa filosofia básica da atuação da empresa e é o ponto de partida para a definição dos outros objetivos que a ela estão, portanto, subordinados (Teixeira, 2005).

Nas entidades hospitalares estudadas a referência à missão foi elencada pelos entrevistados quando questionados acerca do atendimento das manifestações e preocupações dos clientes. Essas manifestações e preocupações estão intimamente ligadas à missão de cada hospital. Essas missões são:

Hospital A: “Satisfazer todas as necessidades em saúde à população do Concelho, assumindo a integração dos diferentes níveis, desde a educação para a saúde e dos autocuidados, aos tratamentos continuados e paliativos e à referência para outros níveis da rede hospitalar.”

Hospital B: “O Hospital tem como missão a prestação de cuidados de saúde, em tempo útil, centrados no doente, não descurando a prevenção, a investigação, a formação e o ensino no domínio da oncologia com o objetivo de garantir elevados níveis de qualidade, humanismo e eficiência.”

Hospital C: “O Hospital é um Hospital Central e Escolar que visa a excelência em todas as suas atividades, numa perspetiva global e integrada da saúde. Centra-se na prestação de cuidados que melhorem a saúde dos doentes e da população, em atividades de elevada diferenciação e no apoio e articulação com as restantes instituições de saúde. Privilegia e valoriza o ensino pré e pós graduado e incentiva a investigação com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da ciência e tecnologia da saúde.”

Hospital D: “O Hospital assume como missão prestar cuidados de saúde de qualidade à população da sua área de influência, assegurando, em simultâneo, o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de eficiência e eficácia.”

Hospital E: “O Hospital tem como missão prestar os melhores cuidados de saúde, com elevados níveis de competência, excelência e rigor, fomentando a formação pré e pós graduada e a investigação, respeitando sempre o princípio da humanização e promovendo o orgulho e sentido de pertença de todos os profissionais.”

Relativamente à avaliação da componente de planeamento estratégico efetuada aos cinco hospitais investigados, não foi possível obter qualquer dado respeitante ao Hospital B. À exceção do Hospital B, foram recolhidas evidências nos restantes quatro hospitais da existência de um Plano Estratégico.

Plano Estratégico	A	B	C	D	E
Administração	X		X	X	X
Nível intermédio			X	X	X
Nível operacional				X	X

Tabela 9: Nível de conhecimento do Plano Estratégico

Assim, nos quatro hospitais que possuem um Plano Estratégico ele é do conhecimento da Administração. Já no que respeita às chefias intermédias esse conhecimento não foi possível de ser validado no Hospital A, sendo que nos restantes casos dos Hospitais C, D e E esse conhecimento existe. Relativamente à comunicação do Plano Estratégico ao nível operacional, obtivemos respostas positivas nos Hospitais D e E.

No capítulo da periodicidade com que o Plano Estratégico é revisto, esta situa-se entre 6 e 12 meses para os Hospitais C, D e E. No caso do Hospital A não foi possível obter dados sobre a revisão do mesmo:

Periodicidade de Revisão do Plano Estratégico	A	B	C	D	E
até 3 meses					
de 3 a 6 meses					
de 6 a 12 meses			X	X	X
entre 12 a 24 meses					
acima de 24 meses					

Tabela 10: Periodicidade de revisão do Plano Estratégico

Seguidamente foi analisado o grau de envolvimento dos Recursos Humanos na elaboração e revisões do Plano Estratégico:

Grau de envolvimento dos Recursos Humanos	A	B	C	D	E
Apenas a liderança executiva participa					
Participação de todos			X		
Liderança executiva e os líderes de processos	X			X	X
Existe um grupo de planeamento que prepara e a liderança executiva aprova					
Utiliza dados de mercado, clientes, concorrência e da organização					
Outros – especificar _____					X

Tabela 11: Grau de envolvimento dos Recursos Humanos

Foi possível verificar que nos Hospitais A, D e E o envolvimento dos Recursos Humanos está circunscrito à liderança executiva e aos líderes de processos. No caso do Hospital C a participação é extensível a todos os níveis da hierarquia. De salientar, ainda, que no Hospital E existe também a abertura para a discussão e participação de outros funcionários.

Na tabela seguinte, podemos verificar que as estratégias são criadas recorrendo a diferentes elementos:

Elementos de criação de estratégias	A	B	C	D	E
Análise de cenários			X	X	X
Concorrência - ameaças e oportunidades	X		X		X
Grau de satisfação de clientes	X		X		X
Procura atual e potencial	X		X		
Benchmarking				X	X
Missão e competências reconhecidas	X		X		X
Outros – especificar _____					

Tabela 12: Elementos de criação de estratégias

Assim, constatamos que o Hospital A recorre à análise da concorrência, ao grau de satisfação dos clientes, à procura atual e potencial e, também, à missão e competência reconhecidas. O Hospital C além dos elementos referidos para o Hospital A recorre ainda à análise de cenários. O Hospital D recorre, igualmente, à análise de cenários e ao *benchmarking*. Finalmente, no caso do Hospital E obtivemos como respostas o recurso à análise de cenários, à análise da concorrência, ao grau de satisfação dos clientes, ao *benchmarking* e à missão e competências reconhecidas.

Foram colocadas questões sobre os graus de importância dos clientes (requisitos, satisfação, etc.) e dos recursos humanos (formação, motivação, disponibilidade, etc.) na determinação das estratégias destes hospitais. As respostas obtidas constam da tabela seguinte:

Importância dos Clientes e dos Rec. Humanos	A	B	C	D	E
Alto	X				X
Médio			X		
Baixo				X	
Nenhum					

Tabela 13: Grau de importância dos clientes e recursos humanos na definição da estratégia

Assim, constata-se que nos hospitais A e E esse grau de importância é alto, sendo considerando de grau médio no Hospital C e de grau baixo no Hospital D.

Relativamente à existência de acompanhamento das estratégias formuladas, apenas o Hospital A respondeu negativamente, afirmando que esse acompanhamento não é efetuado. Nos Hospitais C, D e E esse acompanhamento existe, embora seja feito com diferentes periodicidades: trimestralmente no Hospital C, anualmente no Hospital D e mensalmente no caso do Hospital E.

Os quatro hospitais onde obtivemos evidências sobre a temática da gestão estratégica afirmaram que utilizam ferramentas como o *Balanced Scorecard*, não tendo sido possível, no entanto, obter informações concretas sobre quais os indicadores usados, à exceção do grau de satisfação dos clientes.

Analisando, de seguida, as respostas sobre o conhecimento de novas tecnologias, obtivemos diferentes respostas, conforme a tabela seguinte:

Informação sobre novas tecnologias	A	B	C	D	E
Revistas			X		
Feiras e congressos	X		X		
Nenhum					
Viagens no exterior					
Consultorias			X	X	
Benchmarking					
Internet			X	X	
Outros – especificar _____					X

Tabela 14: Obtenção de informação sobre novas tecnologias

Assim, no Hospital A as feiras e congressos são a forma como a informação sobre novas tecnologias é obtida. No Hospital C essa informação é recolhida em revistas, feiras e congressos, através de consultorias e, também, da internet. No hospital D são também os consultores e a internet as formas de conhecimento de novas tecnologias. Finalmente, o Hospital E especifica que os seus fornecedores são o veículo de informação privilegiado sobre novas tecnologias.

### Investigação e Desenvolvimento (I&D)

Nesta parte do questionário não foi possível obter qualquer informação relativa aos Hospitais B e C. Nos restantes três hospitais a informação recolhida sobre a atividade de investigação e desenvolvimento realizada no período em análise (2007-2011), foi a seguinte: o Hospital E desenvolve atividades de I&D de uma forma contínua, enquanto os hospitais A e D desenvolvem essas atividades de forma ocasional.

De acordo com a tabela seguinte, observamos que o grau de importância dado à investigação e desenvolvimento é médio no Hospital A e que os Hospitais D e E atribuem-lhe uma importância baixa.

Grau de importância da atividade de I&D	A	B	C	D	E
Alta					
Média	X				
Baixa				X	X
Não relevante					

Tabela 15: Grau de importância da atividade de I&D

Já no que respeita ao grau de importância atribuído aos conhecimentos obtidos externamente, no período em análise, foi indicado um grau alto pelos Hospitais A e E, e, por sua vez, o Hospital D deu uma importância média:

Grau de importância de conhecimentos externos	A	B	C	D	E
Alta	X				X
Média				X	
Baixa					
Não relevante					

Tabela 16: Grau de importância da obtenção de conhecimentos externos

### Inovação tecnológica

No que respeita à inovação tecnológica, todos os hospitais alvo deste estudo têm opiniões muito semelhantes. Sendo assim, obtivemos evidência de que a inovação tecnológica é vista como uma forma para a melhoria do desempenho dos hospitais. Conforme se pode verificar na tabela seguinte, o aumento da produtividade é unanimemente considerado o fator mais influenciado pela inovação tecnológica. No entanto, nos Hospitais A, C e E, também, foram indicados a melhoria da qualidade e da imagem dos hospitais como outros resultados influenciados pela inovação tecnológica.

Influência da inovação tecnológica	A	B	C	D	E
Aumentando a produtividade	X		X	X	X
Melhorando a qualidade	X		X		X
Melhorando a imagem do hospital	X		X		X
Outros – especificar _____					

Tabela 17: Influência da inovação tecnológica

De salientar que as prioridades de todos os hospitais em inovação tecnológica se prendem com a automatização da gestão do hospital, nomeadamente a utilização de bases de dados para armazenamento de informações dos clientes. No entanto, deparam-se com dificuldades financeiras para investimento em tecnologias de informação, e que as razões apontadas para tal prendem-se com restrições orçamentais e executivas.

No que respeita ao nível de qualificação do pessoal, embora os Hospitais B e C considerem que o seu pessoal está suficientemente habilitado para empreender a implementação de tecnologias de informação, nos casos dos Hospitais A, D e E essa opinião é diferente, tendo os entrevistados afirmado que o nível de qualificação nem sempre é suficiente para tal.

Outro aspeto relevante é o relativo ao acompanhamento do ambiente externo, que é efetuado por todos os hospitais, no sentido de se informarem das novas tecnologias e do que é adquirido pelos hospitais concorrentes.

Acompanhamento do ambiente externo	A	B	C	D	E
Participação em Feiras/ Congressos/ Eventos /etc.	X		X	X	
Pessoal de TI monitora				X	X
Participação em Redes de Inovação	X		X		
Reuniões com representantes do setor	X		X	X	X
Participação em Comitês Setoriais			X		X
Outra forma. Qual? _____		X			

Tabela 18: Mecanismos de acompanhamento do ambiente externo

Esse acompanhamento é feito de formas distintas pelos diversos hospitais, como se verifica na tabela anterior. Assim, o Hospital A faz esse acompanhamento através da participação em Feiras/Congressos/Eventos/etc., participação em redes de inovação e em reuniões com representantes do setor. No Hospital B esse acompanhamento é feito a título individual pela Direção de Sistemas de Informação. O Hospital C faz esse acompanhamento através da participação em Feiras/Congressos/Eventos/etc., participação em redes de inovação, reuniões com representantes do setor e participação em Comitês Setoriais. O Hospital D faz esse acompanhamento via participação em Feiras/Congressos/Eventos/etc., também por monitorização do pessoal de TI e em reuniões com representantes do setor. Por último, o Hospital E faz esse

acompanhamento via monitorização do pessoal de TI, reuniões com representantes do setor e participação em Comitês Setoriais.

De referir que entre os elementos do ambiente externo que são acompanhados, também, existem algumas diferenças entre os hospitais:

Elementos do ambiente externo acompanhados	A	B	C	D	E
Interesses e/ou nível de satisfação dos clientes	X	X	X	X	X
Tecnologias de interesse		X		X	X
Atuação dos concorrentes				X	
Outros – especificar _____					

Tabela 19: Elementos do ambiente externo acompanhados

No entanto, e conforme a tabela 19, para todos eles é importante acompanhar o nível de satisfação dos clientes. Para os Hospitais B, D e E, também, é importante o acompanhamento das tecnologias de interesse no ambiente externo. O Hospital D foi o único que mencionou que, também, acompanha a atuação da concorrência.

Relativamente ao investimento, recolhemos evidências de que todos os hospitais investiram, nos últimos três anos, menos de 1% da sua faturação em inovação tecnológica (com exceção do Hospital D que não respondeu a este ponto) e, no que concerne a perspectivas para o próximo ano, as intenções de investimento mantêm-se inferiores a 1% da faturação. Na tabela seguinte encontramos os resultados acerca das áreas onde se preveem os próximos investimentos, os quais variam de instituição para instituição:

Áreas de investimento previsto	A	B	C	D	E
Administração		X		X	X
Operações			X		X
Sistemas de armazenagem					
ERP		X			
CRM		X			X
EAD					
Telemedicina	X	X			X
Outra forma. Qual? _____	X	X			X

Tabela 20: Áreas de investimento previsto

O Hospital A prevê investimentos na área da Telemedicina e em sistemas de informação dirigidos à área assistencial. O Hospital B prevê investimentos na área da

Administração, *Enterprise Resource Planning* (ERP), *Customer Relationship Management* (CRM) e Telemedicina, nomeadamente na melhoria da infraestrutura tecnológica (redes). No Hospital C o investimento previsto será na área das Operações. Já o Hospital D prevê investimentos na área da Administração. Por fim, o Hospital E prevê investimentos nas áreas da Administração, de Operações (concretamente no processo clínico eletrónico, numa intenção clara de desmaterialização de processos), CRM, e Telemedicina.

Os principais fornecedores de soluções de inovação tecnológica são grandes empresas privadas nacionais e estrangeiras e, também, pequenas e médias empresas nacionais. Os Hospitais B e E fazem algum desenvolvimento próprio e o Hospital C tem recebido alguns produtos desenvolvidos por professores universitários.

Foram dois os principais entraves à introdução de inovação tecnológica apontados pelos hospitais. Os Hospitais A, C e D apontaram a falta de verbas, enquanto os Hospitais B e E apontaram outros motivos sem especificarem concretamente nenhum.

Quando questionados sobre o conhecimento de linhas de crédito ou incentivo governamental para investimento em inovação tecnológica, apenas o Hospital A mencionou desconhecer a existência de fontes de financiamento. Os restantes hospitais têm conhecimento da existência desses mecanismos de financiamento, e indicaram alguns exemplos de programas que já utilizaram, tais como: QREN, SAMA (FEDER) e SAÚDE 21.

Relativamente a sistemas de certificação da qualidade, apenas o Hospital D não possui qualquer sistema de qualidade, estando todos os outros certificados. O Hospital está certificado desde 2005, o Hospital B desde 2006, o Hospital C desde 2004 e o Hospital E desde 2006. Ao nível da metodologia de gestão da qualidade, todos afirmaram que utilizam, tendo o Hospital C mencionado a metodologia Kanban. Os restantes não especificaram nenhuma metodologia em particular.

No tocante à cooperação para a inovação no período em análise, a importância da introdução das inovações tecnológicas para os hospitais obtivemos uma resposta

unânime de alta importância. Ao nível da envolvimento dos hospitais em arranjos cooperativos apenas os Hospitais A, C e E responderam afirmativamente.

### **Competitividade Hospitalar & Colaboração para a Vantagem Estratégica**

A colaboração é a ação resultante da interação de duas ou mais pessoas, com objetivos comuns, para a realização de uma tarefa, processo ou projeto. Com o desenvolvimento tecnológico, passaram a existir mais e melhores ferramentas que permitem a criação de ambientes que favorecem a colaboração e, conseqüentemente, a produtividade dos colaboradores.

Neste ponto do questionário foram efetuadas quatro perguntas, que por sua vez tinham várias possibilidades de escolha. A primeira nota de relevo é que do Hospital C não foi possível obter qualquer resposta. A pergunta número um interpelou os entrevistados sobre quais os fatores condutores para a colaboração hospitalar:

Fatores condutores de colaboração hospitalar	A	B	C	D	E
TIC					X
Necessidade de se reduzir custos				X	X
Necessidade de se gerar receitas					
Força de trabalho global					
Aumento da competitividade					X
Acha que existe uma tendência para a colaboração?					X
Outra?	X	X			
Não sabe					

Tabela 21: Fatores condutores de colaboração hospitalar

O Hospital A não escolheu nenhuma opção preferindo indicar como item mais importante “convencer os utilizadores” para a colaboração nos hospitais. Tal como aconteceu no Hospital anterior, também o Hospital B indicou um item diferente dos propostos e esse item foi, a “partilha de informação” e a “inter-operabilidade”. O Hospital D considera como item mais importante a necessidade de se reduzir custos. O Hospital E considerou como itens mais importantes as TIC, a necessidade de se reduzir custos, o aumento da competitividade e a existência de uma tendência para a colaboração.

A segunda pergunta abordava o principal desafio que os hospitais vão enfrentar no século XXI:

Principal desafio dos hospitais no século XXI	A	B	C	D	E
Inovação					
Governança Corporativa	X				
Pessoas com talento					
Tecnologia da Informação					
Eficiência dos processos e procedimentos hospitalares		X		X	X
Outra?					X

Tabela 22: Principal desafio dos hospitais no século XXI

O Hospital A indicou a Governança Corporativa como principal desafio. Por outro lado, os três restantes Hospitais, B, D e E indicaram a eficiência dos processos e procedimentos hospitalares. O Hospital E indicou ainda a concorrência.

Seguidamente foi questionado o alinhamento dos projetos desenvolvidos pelos hospitais com a sua estratégia:

Alinhamento dos projetos com a estratégia	A	B	C	D	E
Estão sempre alinhados ao planeamento estratégico		X			X
Nem sempre estão alinhados ao planeamento estratégico	X				
Nunca estão alinhados ao planeamento estratégico					
Outra					
Não sei				X	

Tabela 23: Alinhamento dos projetos com a estratégia

As respostas obtidas foram distintas. No Hospital A a resposta obtida foi que os projetos nem sempre estão alinhados com o planeamento estratégico. Nos Hospitais B e E a resposta obtida foi de que os projetos estão sempre alinhados com a estratégia. Por último, o Hospital D respondeu “não sei”.

Na última questão deste ponto do questionário foi perguntado o que seria necessário fazer para aumentar a competitividade do hospital. As respostas foram bastante diversificadas, como a tabela seguinte demonstra:

**SISTEMAS E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM HOSPITAIS PÚBLICOS:**

**Instrumentos de gestão e de apoio à tomada de decisão**

Aumento da competitividade do hospital	A	B	C	D	E
Reduzir os custos com servidores		X			X
Reduzir os custos com aplicativos				X	X
Reduzir os custos com contratos de TI				X	X
Reduzir os custos com armazenamento de dados					X
Reduzir as perdas por ociosidade					X
Reduzir os prazos de lançamentos de novos produtos e serviços	X				
Aumentar a agilidade e flexibilidade para gerir mudanças	X				X
Utilizar sempre aplicativos de última geração					
Utilizar benchmarking	X			X	X
Aumentar a disponibilidade de recursos financeiros para o core business	X				X
Contar com recursos ilimitados de processamento e armazenagem					
Administrar os recursos de TI de forma centralizada				X	X
Aumentar a independência de hardw ares					
Reduzir o risco de investimentos em novos negócios					X
Aumentar a rapidez de retorno dos investimentos					X
Reduzir as despesas de capital					
Aumentar a segurança dos dados					

Tabela 24: Medidas para aumento da competitividade hospitalar

Assim, no Hospital A seria necessário reduzir os prazos de lançamento de novos produtos e serviços, aumentar a agilidade e flexibilidade para gerir mudanças, utilizar o *benchmarking* e aumentar a disponibilidade de recursos financeiros para o *core business*. O Hospital B indicou a necessidade de se reduzir os custos com os servidores. O Hospital D disse que deveriam ser reduzidos os custos com aplicativos e com os contratos de TI, utilizar o *benchmarking* e administrar os recursos de TI de forma centralizada. Por fim, o Hospital E indicou as seguintes medidas necessárias: reduzir os custos com servidores, reduzir os custos com aplicativos, reduzir os custos com contratos de TI, reduzir os custos com armazenamento de dados, reduzir as perdas por ociosidade, aumentar a agilidade e flexibilidade para gerir mudanças, utilizar *benchmarking*, aumentar a disponibilidade de recursos financeiros para o *core business*, administrar os recursos de TI de forma centralizada, reduzir o risco de investimentos em novos negócios e aumentar a rapidez de retorno dos investimentos.

## Comércio eletrônico

Relativamente ao comércio eletrônico obtivemos a resposta de quatro dos cinco hospitais inquiridos. Desses quatro, apenas o Hospital D e E efetuam compras pela internet. Nenhum hospital dispõe de catálogo de venda de produtos ou serviços, pois não essa a via que usam para chegar aos seus clientes. Uma vez que pertencem ao serviço público não necessitam que utilizar essa via para chegar aos seus clientes.

O total de compras efetuados pela *internet* foi muito reduzido, menos de 10%, ou seja não é representativo do total de compras efetuadas.

Dos benefícios esperados com a realização das compras através da internet, foram questionados os seguintes benefícios: reduzir custos, maior acesso e conhecimento de fornecedores, aumento da velocidade dos processos de negócio. Embora não utilize, para já, o comércio eletrônico no seu processo de compras, o Hospital A respondeu a estas perguntas: considerou bastante importante a possibilidade de aumentar a velocidade dos processos de negócio, classificando de pouco importante o maior acesso e conhecimento de fornecedores e sem importância a redução de custos. O Hospital D disse tratarem-se dos principais benefícios esperados a redução de custos e o maior acesso e conhecimento de fornecedores e, também, considerou muito importante o aumento da velocidade dos processos de negócio. Por último, Hospital E considerou muito importantes a redução de custos e o maior acesso e conhecimento de fornecedores e sem importância o aumento da velocidade dos processos de negócio.

Seguidamente, e em função da realização de compras através da *internet*, questionamos os hospitais D e E sobre os resultados obtidos com essa prática. Assim, o Hospital D indicou que obteve bons resultados nas três vertentes anteriormente mencionadas. Já o Hospital E considerou que alcançou completamente os seus objetivos no que respeita à redução de custos, que teve bons resultados no maior acesso e conhecimento de fornecedores e que teve resultados modestos no aumento da velocidade dos processos de negócio.

## **Telemedicina**

Quanto à telemedicina apenas dois dos cinco hospitais é que a praticam. Esses Hospitais são o A e o E. No entanto esta não é uma forma de exercício plena e muito menos totalmente abrangente. Os hospitais usam esta forma de exercício de medicina apenas para situações específicas e particulares. O Hospital A usa para as especialidades de Dermatologia e Imagiologia e usam no diagnóstico e em situações de emergência. Para isso têm *software* específico, uma sala de videoconferência e uma câmara de documentos. Já o Hospital E recorre à telemedicina para diagnóstico e adquiriu um sistema para o efeito. Não obtivemos informação sobre as especialidades que recorrem à telemedicina.

## **Relacionamento com o cliente**

Neste ponto do questionário obtivemos respostas de apenas três Hospitais, o A, B e E. A forma de relacionamento utilizada é diferente nos três hospitais. O hospital A privilegia o suporte remoto via telefone. O Hospital B dispõe de um *call center* e finalmente o Hospital E recorre a um sistema CRM, ao suporte técnico, ao suporte remoto via telefone e às visitas periódicas a clientes. Quanto à satisfação dos clientes, os três hospitais avaliam e tratam a satisfação dos clientes de forma sistemática. No que respeita aos incidentes de segurança, estes também são tratados de forma sistemática por todos os hospitais. Relativamente à última questão colocada sobre o relacionamento com o cliente todos os hospitais acreditam que é adequada a qualidade de atendimento ao cliente.

## **CAPÍTULO V – CONCLUSÕES**

O presente estudo apresenta os resultados obtidos, a partir das entrevistas conduzidas, assim como de toda a informação adicional recolhida em cada um dos cinco hospitais públicos do Grande Porto estudados e teve como principal objetivo apresentar evidências de que os sistemas e tecnologias de informação são instrumentos que potenciam o desempenho das entidades hospitalares.

Este estudo decorreu no âmbito do projeto de investigação internacional GESITI/HOSPITALAR “AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SISTEMAS E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM HOSPITAIS”, coordenado pelo Centro de Tecnologia da Informação Renato Archer (CTI), localizado em Campinas/SP, uma unidade do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação do Brasil. Para tal foram selecionadas sete áreas do questionário prospetivo do projeto, nomeadamente a Gestão Estratégica, Investigação e Desenvolvimento, Inovação tecnológica, Competitividade hospitalar & colaboração para a vantagem estratégica, Comércio eletrónico, Telemedicina e Relacionamento com o cliente.

Na parte relativa à gestão estratégica, foi possível aferir o alinhamento de todos os hospitais com a sua missão, a qual está intimamente relacionada com o atendimento e preocupações dos seus clientes. As evidências recolhidas demonstram, também, que todos os hospitais possuem um plano estratégico, o qual é revisto periodicamente, assim como, demonstram que o grau de envolvimento dos recursos humanos de cada hospital na elaboração e revisão do plano estratégico não é igual em todos hospitais. Outro aspeto relevante em termos de diferenças entre os hospitais é o da comunicação do plano estratégico a toda a estrutura da organização, em que apenas duas entidades afirmaram que o mesmo é do conhecimento de toda a estrutura.

Relativamente à investigação e desenvolvimento, obtivemos evidências de três dos cinco hospitais estudados, sendo que apenas um hospital desenvolve atividades de forma contínua, a que não é alheio o facto de ser um hospital onde funciona também uma universidade, enquanto nos outros dois casos essas atividades são desenvolvidas de forma ocasional. Nenhum dos entrevistados considerou de elevada importância as atividades de I&D desenvolvidas internamente, embora tenham sido considerados, em dois casos, de elevada importância os conhecimentos obtidos externamente.

Sobre a inovação tecnológica, concluímos que todos os entrevistados concordam que a inovação tecnológica contribui para a melhoria do desempenho dos hospitais. O aumento da produtividade, a melhoria da qualidade dos serviços prestados e do atendimento e a melhoria da imagem do hospital foram considerados como tópicos diretamente influenciados pela inovação tecnológica. Neste sentido, apontaram como prioridades a automatização da gestão dos hospitais, nomeadamente a utilização de bases de dados para armazenamento de informações dos clientes. No entanto, foram evidenciadas restrições orçamentais para investimento em inovação tecnológica. No período em análise, os hospitais investiram menos de 1% da sua faturação nesta área, embora exista previsão no curto prazo de algum investimento em áreas identificadas.

Na parte seguinte do questionário, competitividade hospitalar & colaboração para a vantagem estratégica, e com base nos resultados obtidos foi possível concluir que são vários os fatores condutores da colaboração hospitalar. Não apenas o desenvolvimento das TIC foi referido como fator determinante, mas também a necessidade de se reduzirem custos e a necessidade de se convencerem os utilizadores para a colaboração, para a partilha de informação. Também o aumento da competitividade foi referido com um fator condutor para a colaboração. No que concerne ao principal desafio que se apresenta aos hospitais no século XXI, e face aos resultados obtidos, concluímos que a eficiência dos processos e procedimentos hospitalares é o principal desafio. Embora tenha sido referida por um dos hospitais, a concorrência não foi considerada como um desafio muito significativo, talvez porque sendo as entidades estudadas pertencentes ao setor público esse problema não se apresente tão premente.

Foi também possível concluir que o comércio eletrónico não é para já um processo de negócio representativo para as entidades estudadas. Apenas dois dos cinco hospitais estudados efetuam compras pela *internet*, sendo que o total de compras efetuado por este canal é, em cada um dos casos, inferior a 10% do total. Não existe também nenhum catálogo de venda de produtos e/ou serviços disponível *online*, dado que o facto de pertencerem ao setor público não lhes coloca essa necessidade para chegar aos seus clientes.

A telemedicina é usada muito pontualmente e circunscrita a situações específicas e, no caso concreto deste estudo, em apenas dois dos cinco hospitais investigados.

Por outro lado, ao nível do relacionamento com o cliente, e nos três hospitais onde foram possíveis recolher evidências, verificou-se uma preocupação com as reclamações e sugestões efetuadas pelos seus clientes, as quais são objeto de tratamento.

Assim, e face aos resultados obtidos no presente estudo, foi possível concluir que os sistemas e tecnologias de informação têm sido um mecanismo impulsionador de melhorias na produtividade e desempenho das entidades hospitalares. Aliados à inovação tecnológica foram apontados resultados que se podem traduzir em vantagens estratégicas, nomeadamente a redução de custos e a eficiência dos processos e procedimentos hospitalares.

As premissas da *new public management* ficaram também evidenciadas nos resultados obtidos neste estudo, uma vez que se verificaram por parte destas organizações do setor público a adoção de práticas de gestão do setor privado, entre as quais podemos destacar a existência de planos estratégicos e a sua periódica revisão e, conseqüente, controlo de metas atingidas. Embora a concorrência não seja um dos principais desafios destes hospitais, o *benchmarking* foi outra prática do setor privado indicada como utilizada pontualmente, não tendo sido possível aferir, no entanto, se com o intuito de melhorar a própria performance ou apenas de convergir com a média existente. Estes resultados denotam que existe uma perceção de responsabilidade por parte dos gestores e a existência de medidas de performance claras e mensuráveis fomenta, também, o profissionalismo dos mesmos.

### **Linhas de investigação futuras**

Como sugestão de pesquisas futuras propomos aprofundar a análise de alguns dos tópicos desenvolvidos neste estudo, nomeadamente nas questões relacionadas com a estratégia, através da realização de entrevistas a mais profissionais de cada hospital. Dessa forma, conseguiríamos perceber o quanto estão alinhados os profissionais com a estratégia da organização.

Uma outra possibilidade de pesquisa futura prende-se com a replicação do questionário em mais hospitais, nomeadamente em entidades do setor privado. Nestes casos, em que

o escopo final dessas organizações é o lucro, julgamos ser possível encontrar alcançar outras evidências passíveis de enriquecimento dos assuntos aqui estudados.

Também a possibilidade de replicação do questionário em hospitais de outras regiões do nosso território, ou de outros países, parece-nos uma boa perspectiva de investigação futura.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Abernethy, M. A. (1996). PHYSICIANS AND RESOURCE MANAGEMENT: THE ROLE OF ACCOUNTING AND NON-ACCOUNTING CONTROLS. *Financial Accountability and Management*, 12(2), 141–156. doi:10.1111/j.1468-0408.1996.tb00419.x
- Åkesson, K. M., Saveman, B.-I., & Nilsson, G. (2007, September 1). Health care consumers' experiences of information communication technology—A summary of literature. *International Journal of Medical Informatics*. Elsevier Science Ireland Ltd.,.
- Ammenwerth, E., Gräber, S., Herrmann, G., Bürkle, T., & König, J. (2003). Evaluation of health information systems—problems and challenges. *International Journal of Medical Informatics*, 71(2-3), 125–135. doi:10.1016/S1386-5056(03)00131-X
- ARS-Norte. (n.d.). acessado em 22/02/2014, em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Institui%C3%A7%C3%B5es/AgrupamentosCentrosSa%C3%BAde>
- Baganha, M., Ribeiro, J., & Pires, S. (2002). O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. *Policopiado, Oficina Do CES*, 33. Obtido em <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>
- Balloni, A. J. (2006). *Por que GESITI? Por que Gestão em Sistemas e Tecnologias de Informação?* (p. 320). Campinas: Editora Komedi.
- Balloni, A. J. (2012). *PROJETO PILOTO GESITI/HOSPITALAR. “AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SISTEMAS E TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO EM HOSPITAIS”* (pp. 1–13).
- Burns, J., Ezzamel, M., & Scapens, R. (2003). *The Challenge of Management Accounting Change: Behavioural and Cultural Aspects of Change Management*. Elsevier Science Limited.
- Cairney, P. (2002). New public management and the Thatcher healthcare legacy: enough of the theory, what about the implementation? *The British Journal of Politics & International Relations*, 4(3), 375–398. doi:10.1111/1467-856X.00085
- Chua, W. (1986). Radical Developments in Accounting Thought. *The Accounting Review*, 61(4), 601–632.
- Drucker, P. F. (1999). *Management*. Butterworth-Heinemann.
- Drury, C. (2000). *Management & Cost Accounting* (5th Ed.). Thomson Learning.
- Escrivão Junior, Á. (2007). Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(3), 655–666.

- Grilo, R. (2008). *Investigação em Sistemas de Informação Organizacionais – Teses e dissertações em Portugal*. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Grilo, R., Varajão, J., Basto-Fernandes, V., & Pereira, A. (2010). Investigação em sistemas de informação organizacionais em Portugal: caracterização do período de 2004 a 2007. *Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia E Ciência Da Informação*, 41–55. doi:10.5007/1518-2924.2010v15nesp2p41
- Haux, R. (2010, September 1). Medical informatics: Past, present, future. *International Journal of Medical Informatics*. Elsevier Science Ireland Ltd., Obtido em <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1386505610001140?showall=true>
- Holloway, J., Francis, G., & Hinton, M. (1999). A vehicle for change?: A case study of performance improvement in the “new” public sector. *International Journal of Public Sector Management*, 12(4), 351–365. doi:10.1108/09513559910282849
- Hood, C. (1991). A public management for all seasons? *Public Administration*, 69(1), 3–19. doi:10.1111/j.1467-9299.1991.tb00779.x
- Hood, C. (1995). The “new public management” in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2-3), 93–109. doi:10.1016/0361-3682(93)E0001-W
- Hood, C. (2006). Gaming in Targetworld: The Targets Approach to Managing British Public Services. *Public Administration Review*, 66(4), 515–521. doi:10.1111/j.1540-6210.2006.00612.x
- Humphrey, C., Miller, P., & Scapens, R. W. (1993). Accountability and Accountable Management in the UK Public Sector. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 6(3). doi:10.1108/09513579310042542
- Jackson, A., & Lapsley, I. (2003). The diffusion of accounting practices in the new “managerial” public sector. *The International Journal of Public Sector Management*, 16(5), 359–72.
- Jacobs, K. (1995). Budgets: a medium of organizational transformation. *Management Accounting Research*, 6(1), 59–75. doi:10.1006/mare.1995.1004
- Jacobs, K., Marcon, G., & Witt, D. (2004). Cost and performance information for doctors: an international comparison. *Management Accounting Research*, 15(3), 337–354. doi:10.1016/j.mar.2004.03.005
- Jordan, H., Neves, J. C., & Rodrigues, J. A. (2008). *O Controlo de Gestão: Ao serviço da estratégia e dos gestores* (8th Ed.). Áreas Editora.
- Kaplan, B., & Maxwell, J. A. (1994). Qualitative Research Methods for Evaluating Computer Information Systems. In *Evaluating Health Care Information Systems: Methods and Applications* (pp. 45–68). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Kaplan, R. S. (1986). The role for empirical research in management accounting. *Accounting, Organizations and Society*, 11(4-5), 429–452. doi:10.1016/0361-3682(86)90012-7
- Kaplan, R. S. (1998). Innovation action research: creating new management theory and practice. *Journal of Management Accounting Research*, 10, 89–118.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. (1996). Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Harvard Business Review*, 74(1), 75–85.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992). The balanced scorecard--measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 71–9.
- Kim, S. (2003). Research paradigms in organizational learning and performance: Competing modes of inquiry. *Information Technology, Learning, and Performance Journal*, 21(1), 9–18. Obtido em <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.134.1918>
- Lapsley, I., Brown, T., Jackson, A., Oldfield, R., & Pong, C. (2003). *The Transformation of the Public Sector: The Role of Accounting in Sustaining Change*. Edinburgh: The Institute of Chartered Accountants of Scotland. Obtido em [http://icas.org.uk/res\\_lapsley\\_brown\\_jackson\\_oldfield\\_pong\\_report.pdf](http://icas.org.uk/res_lapsley_brown_jackson_oldfield_pong_report.pdf)
- Lapsley, I., & Wright, E. (2004). The diffusion of management accounting innovations in the public sector: a research agenda. *Management Accounting Research*, 15(3), 355–374. Obtido em <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S104450050400040X>
- Laudon, K. C., & Laudon, J. P. (2006). *Management Information Systems: Managing The Digital Firm*. Prentice Hall.
- Llewellyn, S., & Northcott, D. (2005). The average hospital. *Accounting, Organizations and Society*, 30(6), 555–583. Obtido em <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0361368204000418>
- MacGregor, R. C., Hyland, P. N., & Harvie, C. (2009). *Handbook of Research on Developments in E-Health and Telemedicine*. (M. M. Cruz-Cunha, A. J. Tavares, & R. Simoes, Eds.). IGI Global. doi:10.4018/978-1-61520-670-4
- Marginson, D. E. W. (2008). The case study, the interview and the issues: a personal reflection. In *The Real Life Guide to Accounting Research: A behind the scenes view of using qualitative research methods* (pp. 325–337). Oxford: CIMA Publishing.
- Mauch, J. E., & Park, N. (2003). *Guide to the successful thesis and dissertation: A handbook for students and faculty* (5th Ed., p. 330). New York: Marcel Dekker, Inc.

- Mechling, J., Sweeney, V., of Government. Strategic Computing, J. F. K. S., & in the Public Sector Program, T. (1997). *Overcoming Budget Barriers: Funding Information Technology Projects in the Public Sector*. Harvard University. John F. Kennedy School of Government.
- Ministério da Saúde. (1999). *Saúde um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002* (p. 104). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Mozzicafreddo, J., & Monteiro, A. (2000). *Estado-providência e cidadania em Portugal*. Celta Ed.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). (2001). *Conhecer os caminhos da Saúde - Relatório Primavera 2001* (p. 63). Lisboa.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). (2012). *Crise & Saúde Um país em sofrimento - Relatório de Primavera 2012* (p. 214). Lisboa.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). (2013). *Duas faces da saúde - Relatório de Primavera 2013* (p. 138). Lisboa.
- OECD Health Policy Studies Improving Health Sector Efficiency The Role of Information and Communication Technologies: The Role of Information and Communication Technologies. (2010). OECD Publishing.
- Petterson, I. J. (2004). From bookkeeping to strategic tools? *Management Accounting Research*, 15(3), 319–335. doi:10.1016/j.mar.2003.10.007
- Quivy, R., & van Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em Ciências Sociais*. Gradiva.
- Ryan, B., Scapens, R. W., & Theobald, M. (2002). *Research Methods and Methodology in Finance and Accounting - 2nd Edition*. London: Thomson.
- Scapens, R. W., Burns, J., Baldvinsdottir, G., & Ezzamel, M. (2003). *Future Direction of Uk Management Accounting Practice*. Elsevier Science & Tech.
- Silva, P., & Ferreira, A. (2010). Performance management in primary healthcare services: evidence from a field study. *Qualitative Research in Accounting & Management*, 7(4), 424–449. doi:10.1108/11766091011094527
- Silva, R., & Silva, P. (2013). O contributo dos métodos qualitativos na investigação em contabilidade de gestão. *Indagatio Didactica*, 5(2), 1047–1063.
- Simmonds, K. (1981). Strategic management accounting. *Management Accounting*, 26–29.

- Sun, V. (2010). *Contribuição ao estudo da evolução de infraestruturas de informação: um caso de sistema hospitalar*. *Chemistry & ...*. Universidade de São Paulo. Obtido em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cbdv.200490137/abstract>
- Teixeira, S. (2005). *Gestão das organizações* (p. 314). Madrid: MCGRAW-HILL INTERAMERICANA.
- Vicente, C. S., Major, M. J., & Pinto, J. C. (2011). Estudo da Mudança nas Práticas de Controlo de Gestão em Portugal. *Contabilidade E Gestão, 10*, 9–40.
- Vieira, R., Major, M. J., & Robalo, R. (2009). Investigação Qualitativa em Contabilidade. In *Contabilidade e Controlo de Gestão: Teoria, Metodologia e Prática* (p. 364). Lisboa: Escolar Editora.
- World Health Organization. (2010). *WHO evaluation of the national health plan of Portugal (2004-2010)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Yin, R. K. (2008). *Case Study Research: Design and Methods* (4th Ed.). SAGE Publications.